

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2019.01.006

思路与方法

纤维肌痛症中医病名探讨

焦娟^{*}, 殷海波, 冯兴华, 姜泉, 张华东, 唐晓颇, 葛琳, 韩曼, 张柔曼

(中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区广安门内大街北线阁 5 号, 100053)

摘要 纤维肌痛症是一种特发性风湿病, 以全身弥漫性疼痛、特定部位压痛为主要特征, 同时具有多种非特异临床症状。中医病名常依据疾病的主要症状来命名, 基于纤维肌痛症躯体疼痛部位与中医学“筋”的概念相符、核心症状弥漫性疼痛是筋痹的主要临床表现、由筋痹导致的肝痹与纤维肌痛症的众多非特异症状相符、纤维肌痛症好发于中老年女性与筋痹的内在病因相符, 认为纤维肌痛症应归属于中医学“筋痹”范畴。

关键词 纤维肌痛症; 筋痹; 肝痹; 弥漫性疼痛

纤维肌痛症 (fibromyalgia) 也称纤维肌痛综合征 (fibromyalgia syndrome), 是一种特发性风湿病, 以全身弥漫性疼痛、特定部位压痛为主要特征。本病在欧美国家患病率为 2% ~ 8%^[1-4], 在风湿性疾病中发病率排名第二, 仅次于骨关节炎。亚洲地区韩国人群患病率为 2%^[5], 我国香港特别行政区人群患病率为 1%^[6], 我国台湾和大陆地区尚无流行病学调查报告。目前纤维肌痛症发病机制仍不明确, 西医学对本病的描述最早可追溯到 1592 年, 当时被称为肌肉风湿症 (muscular rheumatism)^[7]; 此后随着对疾病认识的深入, 1904 年 Gowers 教授首次用纤维组织炎 (fibrositis) 来命名此病, 假设本病病理变化是结缔组织的炎症^[8], 但在此后的 70 年间这一假设一直未能得到组织活检的证实^[9]; 1976 年美国 Hench 教授提出以纤维肌痛综合征来代替纤维组织炎^[10], 随后 1977 年开始本病压痛点的临床试验^[11]; 1987 年美国风湿病学会将本病划为一种独立的疾病, 并于 1990 年发布了第一版分类标准, 特定部位压痛成为其中的重要内容^[12], 1991 年世界卫生组织接受了美国风湿病学会的分类标准, 确认本病是一种“真正的”疾病。

尽管纤维肌痛症的患病率相对较高, 但医学界目前对本病的认知水平仍然较低, 漏诊误诊现象较为常见。据国外报道, 平均每位纤维肌痛症患者要

经过 2.3 年、3.7 个医生的诊治后才能得到正确诊断^[13], 而国内的调查结果也显示, 我国中西医风湿专科医生对本病的认知水平也亟待提高^[13-14]。

目前中医学界尚无纤维肌痛症公认的中医病名。因其临床表现复杂, 患者主诉较多、个体差异较大, 依据其临床表现, 本病可分属中医学中“痹证”“头痛”“不寐”“虚劳”“郁证”等范畴。如患者肢体疼痛, 痛无定处, 则为风痹、周痹; 痛处喜暖恶寒, 则为寒痹; 肌肉关节疼痛, 则为肌痹、筋痹; 睡眠障碍, 则为不寐; 情绪抑郁, 则为郁证等。这些病名都从一些侧面反映了纤维肌痛症的疾病特点, 但究竟应如何界定本病的中医病名, 仍是需要探讨的重要问题。

1 纤维肌痛症的流行病学特点和核心临床症状

纤维肌痛症各年龄段均可发病, 以中老年女性为好发人群^[2,15], 常继发于骨关节炎、类风湿关节炎、系统性红斑狼疮等各种风湿性疾病, 也可继发于甲状腺功能减退症、恶性肿瘤等非风湿性疾病。由于女性更倾向存在压痛部位的阳性结果, 所以如采用 1990 年美国风湿病协会发布的分类标准, 则本病女性明显多于男性, 比例大约为 7 : 1^[12], 而如采用 2010、2011 版诊断标准, 女性与男性比例则大约为 2 : 1^[16]。

本病除了全身弥漫性关节肌肉疼痛症状外, 常伴有多种非特异性症状, 导致本病患者躯体功能、

* 通讯作者: jiao.juan@hotmail.com

生活质量的明显下降^[3]。按照发生率将本病的核心症状进行梳理,依次为弥漫性疼痛(100%)、睡眠障碍(90%)、疲劳(80%)、外周压痛点(70%)、尿频急(60%)、肠易激惹症状(30%~50%)、膀胱易激惹症状(12%),另外认知障碍、头痛、晨僵、寒冷不耐受和心悸、胸痛均为本病常见症状。值得注意的是,曾导致本病被许多医生误认为应归属于心理或精神问题的抑郁症状发生率并不高,仅为20%~40%,在患者一生中抑郁症状的发生率为58%~71%^[4]。

正是基于上述核心临床症状,为了避免压痛点检测的不便、降低本病诊断的难度,2010年美国风湿病学会发布了新版纤维肌痛症诊断标准,取消了压痛点的检测,取而代之以评估疼痛弥漫程度的弥漫疼痛指数和主要临床症状严重程度的症状严重性量表(由认知障碍、无恢复性睡眠、疲劳症状的严重程度评分和躯体症状数量评分组成)^[5]。此后,Wolfe等学者对此版诊断标准进行了两次修订,主要对躯体症状数量评分进行了适当简化和对躯体疼痛部位进行了区域划分,并于2016年提出了纤维肌痛症最新版诊断标准^[6]。

综上所述,躯体疼痛是纤维肌痛症最核心的症状,见于所有患者,这种躯体疼痛并非单纯的肌肉疼痛、神经性疼痛或抑郁症的躯体症状,必须同时具有弥漫性($\geq 11/18$ 个压痛点或 $\geq 4/5$ 个疼痛区域)和慢性(持续3个月以上)的特点。

2 纤维肌痛症中医病名“筋痹”探讨

原则上中医病名是依据疾病的主要症状来命名。由于慢性弥漫性疼痛是本病最核心的症状,因此我们认为,纤维肌痛症应归属于中医学“痹证”范畴。“痹”作为病名,最早出现于《黄帝内经》。痹证病因、病位和临床特点的多多种多样导致了分类与命名的不同,按感受五邪分类,称为五淫痹,包括风痹、寒痹、湿痹、热痹、燥痹;按病变部位分类,称为五体痹,包括皮痹、肌痹、脉痹、筋痹、骨痹;五体痹不愈,复感外邪,导致五脏痹,包括肺痹、脾痹、心痹、肝痹、肾痹;按照病变部位在六腑和十二经筋的不同,又分为六腑痹和经筋痹等。此外,还有一些特殊临床表现的痹证,如疔痹、周痹、众痹等。结合纤维肌痛症的主要临床表现和病变部位,我们认为,本病重点考虑痹证的二级病名——筋痹,理由简述如下。

2.1 纤维肌痛症疼痛部位与“筋”的概念相符

西方医学已经认识到本病并非简单的肌肉疼痛,用于诊断纤维肌痛症的9对压痛点部位多数是在肌肉和骨骼的连接处,属于中医学“筋”的范畴。“筋”是中医术语,不是现代解剖学中独立的术语概念,包括:1)肌肉(骨骼肌):肌肉活动产生抻拉,保持伸缩力、弹性,牵引关节伸缩,做出各种动作。2)肌腱:连接骨骼和肌肉的一种索状或膜状致密结缔组织。3)韧带:存在于人体关节处,连接相邻骨骼的致密纤维结缔组织束,作用是加强关节的稳定性,限制其过度运动。4)体表的静脉:俗称“青筋”。除此之外,筋膜、腱鞘、滑囊、关节囊,甚至关节软骨、关节盂等组织,也都属于中医学“筋”的范畴^[7]。正如《杂病源流犀烛》所曰“筋也者,所以束节络骨,绊肉缠皮,为一身之关纽,利全体之运动者也。……按人身之筋,到处皆有,纵横无算”。

2.2 纤维肌痛症的核心症状是筋痹的主要临床表现

《素问·长刺节论篇》曰“病在筋,筋挛节痛,不可以行,名曰筋痹。”筋痹病位在筋,属于五体痹,主要临床表现为筋挛节痛,其主要病机不外乎不通和不荣两方面。郁怒伤肝、气机郁滞或风、寒、湿邪气入侵客于筋,不通则痛。《灵枢·刺节真邪》曰“虚邪之中人也,洒淅动形,起毫毛而发腠理,其入深,搏于筋则为筋挛。”《中藏经·论筋痹》云“筋痹者,由怒叫无时,行步奔急,淫邪伤肝,肝失其气,因而寒热所客,久而不去,流入筋会,则使人筋急而不能行步舒缓也,故曰筋痹。”《诸病源候论·风四肢拘挛不得屈伸候》曰“此由体虚腠理开,风邪在于筋故也。春遇痹,为筋痹,则筋屈,邪客关机,则使筋挛。”筋为肝所主,肝藏血,筋痹的另一主要病因病机即为不荣则痛。喻嘉言《医门法律》曰“筋痹,必因血不荣养”;“厥阴肝脏,所生者血也,所藏者魂也,血痹不行,其魂自乱”,故而导致患者出现“肝痹气逆,筋脉挛急”等症。

2.3 由筋痹导致的肝痹与纤维肌痛症的非特异症状相符

中医学认为,肝痹是由筋痹发展而来,临床症状肝痹与筋痹往往共存,而肝血不足,肝失疏泄,气机不畅则变生百症,导致众多非特异症状。《古今医统大全·郁证门》曰“郁为七情不舒,遂成郁结,即郁日久,变病多端。”肝血不足、筋失所

养见筋纵疲乏, 肝气郁滞、不达四末见畏寒肢冷, 肝阴不足、肝阳上亢见头痛。肝与五脏关系密切, 血不养心、心神不育或肝胆郁热见睡眠障碍, 肝郁克脾见腹痛等胃肠道症状, 肝虚及肾、髓窍失养见认知功能障碍等。肝在志为怒, 喜调达恶抑郁, 纤维肌痛症的情绪抑郁症状最与肝痹相关, 表现情志抑郁、心烦易怒、胸胁胀满等症状, 正如清代汪宏在《望诊遵经·青色主病条目》中所言“筋痹好悲思, 颜色苍白, 四肢痿痹, 手足拘挛, 伸动缩急”。再如睡眠障碍亦可见于肝痹患者, 如《素问·痹论篇》曰“肝痹者, 夜卧则惊, 多饮数小便, 上为引如怀”; 《圣济总录》曰“肝痹筋脉不利拘挛, 夜卧多惊”。

2.4 纤维肌痛症好发人群与筋痹的内在病因相符

女性时至中年, 经历经、带、胎、产, 肝血常亏, 肝阴不足, 而致筋挛失养, 不荣则痛, 发为筋痹; 肝血不足, 也更易致风、寒、湿邪气入侵客于筋, 同时血虚肝失所用, 则气机郁滞, 不通则痛, 发为筋痹。以上均为导致筋痹(肝痹)的重要内因, 与本病好发人群为中老年女性之内在病因相符。

3 应鉴别的其他痹证二级诊断

3.1 寒痹(痛痹)

寒痹的临床表现以疼痛较甚、得热则缓、痛处固定为主, 又称为痛痹, 是五淫痹之一, 其疼痛症状与纤维肌痛症相似。然外受寒邪多在感受邪气的部位出现疼痛症状, 其疼痛得热则缓, 与纤维肌痛症的疼痛特点不符。此外, 除疼痛以外的纤维肌痛症众多临床表现都不能以寒痹解释, 如疲乏、睡眠障碍、认知障碍、情绪抑郁等, 因此, 寒痹并不能涵盖纤维肌痛症的主要疾病特点。

3.2 肌痹(肉痹)

肌痹病在肌肉(包括骨骼肌、平滑肌、脂肪组织等), 亦称肉痹, 是以肌肉疼痛不仁、疲软无力甚至肌肉萎缩为主要表现的痹证, 属于五体痹, 其肌肉疼痛、疲乏与纤维肌痛症的主要临床症状相似。导致肌痹的外因多由外邪痹阻所致, 内因多为脾虚生湿生痰, 浸淫肌肉关节, 或气血化生不足, 不能荣养。虽然土衰湿盛导致的病理产物痰饮为有形之邪, 可随气流行, 或停滞于经脉, 或留滞于脏腑, 阻滞气血运行, 引发腹痛、头痛、认知障碍等多种症状, 但是湿邪或痰饮之邪却并非纤维肌痛症的根本致病因素, 且肌痹的病位主要在肌肉, 并不能解释纤维肌痛症特定部位压痛的特点。

3.3 周痹

因纤维肌痛症主要表现为周身疼痛, 与中医学周痹相似。周痹是风、寒、湿气未深入脏腑, 也未散发到皮肤, 而是滞留在分肉之间, 致使真气不能周流全身的一种痹证, 正如《素问·痹论篇》所言“风寒湿气, 客于分肉之间, ……此内不在脏, 外未发于皮, 独居分肉之间, 真气不能周, 故命曰周痹”。周痹的疼痛病位和特点与纤维肌痛症并不相符。首先, 《灵枢·周痹》有“风、寒、湿气, 客于分肉之间, 迫切而为沫”和“周痹者, 在血脉之中, 随脉以上, 循脉以下, 不能左右, 各当其所”之论述。由此可知, 周痹的病位是“在血脉之中”和“分肉之间”, 与纤维肌痛症不符。其次, 周痹疼痛症状的特点是“随脉以上, 随脉以下, 不能左右, 各当其所”, 呈游走性, 这与纤维肌痛症疼痛呈弥漫性不符。此外, 纤维肌痛症的常见非特异症状也不能以周痹的病机来解释。

3.4 众痹

纤维肌痛症的弥漫性疼痛与中医学众痹亦有相似之处。众痹的特点在《灵枢·周痹》中也有论述, 曰“愿闻众痹, ……此各在其处, 更发更止, 更居更起, 以左应右, 以右应左, 非能周也。更发更休也”; “其痛之移也, 间不及下针, 其痛之时, 不及定治, 而痛已止矣”。即病邪分布在人体的各处, 时发时止, 此伏彼起, 左侧会影响到右侧, 右侧也会影响到左侧, 但不能遍及全身, 或上或下, 或左或右, 会互相转移, 其疼痛容易发作, 也容易停止; 疼痛部位移动得很快, 以致来不及决定如何治疗和在痛处下针时, 疼痛已止。因此, 众痹疼痛的特点与纤维肌痛症不同, 且众痹也不能涵盖后者众多的非特异症状。

综上所述, 纤维肌痛症以弥漫性疼痛、特定部位压痛为特征, 同时具有多种非特异临床症状, 其病因在外可为七情六淫, 在内可为气血阴阳不足或脏腑功能失调而出现的湿浊、痰饮、瘀血、食积等, 基本病机为气机不畅, 就其中医病名而言, 我们认为, 中医学筋痹与纤维肌痛症的疾病特点最相符合。

参考文献

- [1] FITZCHARLES MA, MCDOUGALL J, STE-MARIE PA, et al. Clinical implications for cannabinoid use in the rheumatic diseases: potential for help or harm? [J] Arthritis Rheum, 2012, 64(8): 2417-2425.
- [2] WOLFE F, ROSS K, ANDERSON J, et al. The preva-

- lence and characteristics of fibromyalgia in the general population [1]. *Arthritis Rheum*, 1995, 38(1): 19-28.
- [2] MCBETH J, JONES K. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain [J]. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 2007, 21(3): 403-425.
- [3] VINCENT A, LAHR BD, WOLFE F, et al. Prevalence of fibromyalgia: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, utilizing the Rochester Epidemiology Project [J]. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2013, 65(5): 786-792.
- [4] KIM SH, BAE GR, LIM HS. Prevalence and risk factors of fibromyalgia syndrome and chronic widespread pain in two communities in Korea—first report in Korean [J]. *J Korean Rheum Assoc*, 2006, 13(1): 18-25.
- [5] ROGER AS, EDMUND KML, RHONDA JS. The Prevalence of fibromyalgia syndrome in Chinese people in Hong Kong [J]. *J Muscul Pain*, 2006, 14(2): 3-11.
- [6] RUHMAN W. The earliest book on rheumatism [J]. *Br J Rheumatol*, 1940, 2: 140-162.
- [7] GOWERS WR. A Lecture on Lumbago: Its lessons and analogues: Delivered at national hospital for the paralysed and epileptic [J]. *Br Med J*, 1904, 1(2246): 117-121.
- [8] Twenty-Second Rheumatism Review. Review of the American and English literature for the years 1973 and 1974 [J]. *Arthritis Rheum*, 1976, 19(6 Suppl): 973-1223.
- [9] YUNUS M, MASI AT, CALABRO JJ, et al. Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls [J]. *Semin Arthritis Rheum*, 1981, 11(1): 151-171.
- [10] WOLFE F, SMYTHE HA, YUNUS MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee [J]. *Arthritis Rheum*, 1990, 33(2): 160-172.
- [11] CHOY E, PERROT S, LEON T, et al. A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis [J]. *BMC Health Serv Res*, 2010, 10: 102. doi: 10.1186/1472-6963-10-102.
- [12] MU R, LI C, ZHU JX, et al. National survey of knowledge, attitude and practice of fibromyalgia among rheumatologists in China [J]. *Int J Rheum Dis*, 2013, 16(3): 258-263.
- [13] 焦娟, 张柔曼, 姜泉. 中医风湿专科医生对纤维肌痛综合征认知水平的调查 [J]. *中医杂志*, 2017, 58(20): 1740-1742.
- [14] HÄUSER W, ABLIN J, FITZCHARLES MA, et al. Fibromyalgia [J]. *Nat Rev Dis Primers*, 2015, 1: 15022. doi: 10.1038/nrdp.2015.22. Review.
- [15] MEASE P, ARNOLD LM, CHOY EH, et al. Fibromyalgia syndrome module at OMERACT 9: domain construct [J]. *J Rheumatol*, 2009, 36(10): 2318-2329.
- [16] WOLFE F, CLAUW DJ, FITZCHARLES MA, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity [J]. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2010, 62(5): 600-610.
- [17] WOLFE F, CLAUW DJ, FITZCHARLES MA, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria [J]. *Semin Arthritis Rheum*, 2016, 46(3): 319-329.
- [18] 庞坚, 曹月龙, 詹红生, 等. 骨关节炎的“筋”“骨”之辨 [J]. *上海中医药大学学报*, 2012, 26(1): 29-31.

Discussion on the Naming of Fibromyalgia in Traditional Chinese Medicine

JIAO Juan, YIN Haibo, FENG Xinghua, JIANG Quan, ZHANG Huadong, TANG Xiaopo, GE Lin, HAN Man, ZHANG Rouman

(Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053)

ABSTRACT Fibromyalgia is an idiopathic rheumatic disease characterized by diffuse pain throughout the body and tenderness at specific sites, as well as a variety of non-specific clinical symptoms. The name of the disease in traditional Chinese medicine (TCM) is often based on the main symptoms. Based on the following four aspects, i. e. site of somatic pain: 1) fibromyalgia is consistent with the concept of “tendon” in TCM, 2) the core symptom diffuse pain is the main clinical manifestation of tendon numbness. 3) the liver numbness and fibromyalgia caused by tendon numbness are consistent with many non-specific symptoms. 4) fibromyalgia occurs in middle-aged and elderly women and is consistent with the intrinsic etiology of tendon numbness; it is believed that fibromyalgia should be attributed to the category of “tendon numbness” in TCM.

Keywords fibromyalgia; tendons numbness; liver numbness; diffuse pain

(收稿日期: 2018-09-05; 修回日期: 2018-10-15)

编辑: 黄 健