

纤维肌痛综合征肝气郁结证患者躯体症状与心理症状的相关性

李延婷¹, 姜泉¹, 焦娟^{*}, 赵亚云²

1. 中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区北线阁 5 号, 100053; 2. 河北省中医院

摘要 目的 观察纤维肌痛综合征(FMS)主要中医证型及其躯体症状和心理症状的相关性。方法 采用横断面调查设计, 调查 2015 年 5 月至 2016 年 3 月在中国中医科学院广安门医院风湿科连续就诊的 FMS 患者。设计调查表, 分为两部分, 第一部分是患者人口学特征(包括性别、年龄、身高、体重、病程)、压痛点个数(TPC)、中医证候分型, 由医生记录; 第二部分为 FMS 病情, 由躯体症状和心理症状的评估组成, 包括痛觉视觉模拟评分(VAS)、纤维肌痛症影响问卷(FIQ)、多维疲劳量表(MAF)、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)、贝克抑郁量表第 2 版(BDI-II)、压力知觉量表(PSS)、健康状况调查问卷(SF-36)。SF-36 可分为 SF-36 生理部分(PCS)和 SF-36 心理部分(MCS)2 个分量域。躯体症状相关量表总评分 = 疼痛 VAS 评分 + FIQ 总分 + MAF 总分 + PSQI 总分 + SF-36 PCS 评分 + TPC; 心理症状相关量表总评分 = BDI-II 总分 + PSS 总分 + SF-36 MCS 评分。结果 共纳入 124 例 FMS 患者, 主证为肝气郁结证的患者有 93 例(75%)。Pearson 相关性分析表明: FMS 肝气郁结证患者的躯体症状和心理症状呈正相关($r=0.470$, $P<0.001$); 具体表现在 FIQ 总分、躯体疼痛程度(疼痛 VAS 评分)、疲劳程度(MAF 总分)、睡眠质量(PSQI 总分)和身体健康水平(SF-36 PCS 评分)与患者的抑郁程度、心理压力程度、精神健康水平具有相关性($P<0.001$)。结论 肝气郁结证是 FMS 常见的中医证型, 本证患者躯体症状和心理症状呈正相关关系。

关键词 纤维肌痛综合征; 躯体症状; 心理症状; 中医证候; 肝气郁结

纤维肌痛综合征(fibromyalgia syndrome, FMS)是一种以全身广泛性疼痛、疲劳、失眠等躯体症状为主, 并伴有抑郁、焦虑等心理症状的疾病, 全世界(欧美为主)患病率为 2%~8%, 以女性为主^[1]。FMS 属于中医学“筋痹”范畴^[2]。尽管其患病率较高, 但在我国医生对本病的认知水平仍然较低^[3-5]。近年来, 有关本病的病因病机、中医证候和治疗的中医药研究有较大幅度的增长, 取得了一定的成果^[6-9]。但 FMS 症状谱的繁杂与其高误诊率、低认知度以及辨证的不统一都有一定关系。本研究对 FMS 患者的中医证型、临床症状类型和病情轻重进行了分析, 探讨本病躯体症状与心理症状的相关性, 以期提高对 FMS 的认识。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准依据 1990 年美国风湿病学会 FMS 诊断标准^[10]: 1) 持续 3 个月以上的全身性疼痛: 身体的左、右侧, 腰的上、下部及中轴骨骼(颈椎或前胸或胸椎或下背部)等部位同时出现疼痛时, 称为全身性疼痛; 2) 按压 18 个压痛点中至少有 11 个疼痛, 用拇指按压, 按压力约为 4 kg; 这 18 个(9 对)压痛点部位是: 枕骨下肌肉附着处; 斜方肌上缘中点; 第 5~7 颈椎横突间隙的前面; 冈上肌起始部, 肩胛棘上方近内侧缘; 肱骨外上髁远端 2 cm 处; 第 2 肋骨与软骨交界处; 臀外上象限, 臀肌前皱襞处; 大粗隆后方; 膝内侧脂肪垫关节折皱线的近侧。同时满足上述 2 个条件者, 即可诊断。

中医证候诊断标准参照《实用中医风湿病学》^[11]中 FMS 中医辨证标准, 基本证型包括寒湿痹阻证、湿热痹阻证、气血两虚证、脾肾阳虚证和

基金项目: 北京市科技计划(Z181100001718153); 中央本级重大增
减支项目(2060302)

* 通讯作者: jiao.juan@hotmail.com

肝气郁结证 5 个证型。其中肝气郁结证辨证标准：主要症状为肌肉骨骼疼痛，头痛，焦虑，易怒，寐差多梦，疲乏无力，腹痛腹泻，舌质红，苔薄黄，脉弦细。

1.2 纳入标准

符合上述西医诊断标准；有能力填写问卷者；自愿参加本研究并签署知情同意书。

1.3 排除标准

合并严重的精神类疾病；肿瘤、系统性红斑狼疮、系统性硬化症或其他严重疾病的终末期患者。

1.4 一般资料

调查 2015 年 5 月至 2016 年 3 月在中国中医科学院广安门医院风湿科连续就诊的 FMS 患者 124 例，平均年龄 (49.4 ± 10.8) 岁，其中女 107 例 (86.3%)，男 17 例 (13.7%)，男女比例约为 1 : 5.3，平均体重指数 (BMI) (23.3 ± 3.0) kg/m²，平均病程 24 (19 ~ 31) 个月。

2 方法

2.1 调查方法

本横断面研究采用问卷调查和医生评估相结合的形式。

2.2 调查表设计

调查表分为两部分。第一部分是患者人口学特征 (包括性别、年龄、身高、体重、病程)、压痛点个数 (TPC)、中医证候分型。压痛点个数由风湿科专科医生通过对患者进行查体得出，方法见诊断标准^[1]。中医证候分型由两名副主任医师及以上职称医生共同判断，如果结果不一致将邀请第三位主任医师共同讨论决定。

第二部分为 FMS 病情，包括躯体症状和心理症状的评估。疼痛视觉模拟法 (VAS)^[2] 评估患者在过去 1 周中的躯体疼痛的平均程度；纤维肌痛症影响问卷 (FIQ)^[3] 评价本病相关症状的轻重，其总分分值范围为 0 ~ 100 分；多维疲劳量表 (MAF)^[4] 评估患者的疲劳程度，其总分分值范围为 0 ~ 50 分；匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI)^[5] 评价患者最近 1 个月的睡眠质量，其总分分值范围为 0 ~ 21 分；贝克抑郁量表第 2 版 (BDI-II)^[6] 评价患者心理的抑郁程度，其总分分值范围为 0 ~ 39 分；压力知觉量表 (PSS)^[7] 测量患者对压力的感知和当前经历的压力水平，其总分分值范围为 0 ~ 56 分。同时，还要填写健康状况调查问卷 (SF-36)^[8] 评估患者的生活质量，包含了生理功能、生

理职能、躯体疼痛、整体健康、活力状况、社会功能、情感职能和精神健康共计 8 个维度，这 8 项维度可分为 SF-36 生理部分 (PCS) 和 SF-36 心理部分 (MCS) 2 个分量域，分值范围均为 0 ~ 100 分，分数越高代表健康状况越好。将以上 7 个量表合并为躯体症状相关量表总评分和心理症状相关量表总评分。计算公式如下：躯体症状相关量表总评分 = 疼痛 VAS 评分 + FIQ 总分 + MAF 总分 + PSQI 总分 + SF-36 PCS 评分 + TPC；心理症状相关量表总评分 = BDI-II 总分 + PSS 总分 + SF-36 MCS 评分。

2.3 统计学方法

采用 SAS 8.2 软件。计量资料符合正态分布的采用均值 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，不符合正态分布的采用中位数和四分位间距即 M (Q25 ~ Q75) 表示；计数资料用百分比 (%) 表示。采用 Pearson 相关系数来表示相关性， $r > 0$ 为正相关， $r < 0$ 为负相关，检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

3 结果

3.1 124 例患者证候分型结果

124 例 FMS 患者中主要证候为肝气郁结证者最多 (93 例，75.0%)，其中肝气郁结合并气血两虚证 43 例，占 46.2%；单纯肝气郁结证 24 例，占 25.8%；肝气郁结合并湿热阻络证 18 例，占 19.4%；肝气郁结合并寒湿痹阻证 8 例，占 8.6%。此外，还有气血两虚证 (16 例，12.9%)、寒湿痹阻证 (11 例，8.9%)、湿热阻络证 (4 例，3.2%)，无脾肾阳虚证患者。

3.2 FMS 肝气郁结证患者与调查总体患者一般资料比较

表 1 示，与 FMS 患者总体比较，肝气郁结证患者一般资料差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。但可以发现，肝气郁结证患者女性所占比例、TPC、疼痛 VAS 评分、BDI-II 总分、PSS 总分、FIQ 总分均有升高的趋势，PSQI 总分、SF-36 PCS 及 MCS 评分均有降低的趋势。

3.3 FMS 肝气郁结证患者躯体与心理症状相关量表总评分之间的相关性

本研究绝大多数患者的主要中医证候为肝气郁结证，因此，对主证为肝气郁结证的患者躯体症状和心理症状相关量表总评分进行了相关性分析。结果显示，FMS 肝气郁结证患者躯体症状总评分为 (120.62 ± 32.15) 分，心理症状总评分为 (34.34 ± 14.61) 分，且躯体症状和心理症状呈正相关 ($r =$

0.470, $P < 0.001$)。

表 1 纤维肌痛综合征总体患者及肝气郁结证患者一般资料比较

特征	患者总体 (124 例)	肝气郁结证 (93 例)
女性 [例(%)]	107(86. 3)	90(96. 8)
病程 [月, M(Q25 ~ Q75)]	24(19 ~ 31)	23(18 ~ 30)
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	49. 4 $\pm$ 10. 8	50. 2 $\pm$ 10. 4
体重指数(kg/m^2 , $\bar{x} \pm s$)	23. 3 $\pm$ 3. 0	22. 1 $\pm$ 3. 3
TPC(个, $\bar{x} \pm s$)	14. 2 $\pm$ 3. 0	16. 1 $\pm$ 3. 6
疼痛 VAS 评分(分, $\bar{x} \pm s$)	55. 9 $\pm$ 22. 2	58. 5 $\pm$ 17. 5
MAF 总分(分, $\bar{x} \pm s$)	33. 4 $\pm$ 8. 9	30. 6 $\pm$ 8. 2
BDI-II 总分(分, $\bar{x} \pm s$)	9. 4 $\pm$ 6. 4	12. 8 $\pm$ 8. 4
PSS 总分(分, $\bar{x} \pm s$)	25. 0 $\pm$ 9. 4	30. 7 $\pm$ 10. 4
PSQI 总分(分, $\bar{x} \pm s$)	11. 0 $\pm$ 4. 2	14. 0 $\pm$ 8. 2
FIQ 总分(分, $\bar{x} \pm s$)	49. 7 $\pm$ 15. 1	54. 6 $\pm$ 18. 3
SF-36 PCS 评分(分, $\bar{x} \pm s$)	32. 5 $\pm$ 16. 7	30. 9 $\pm$ 16. 1
SF-36 MCS 评分(分, $\bar{x} \pm s$)	48. 8 $\pm$ 20. 9	40. 2 $\pm$ 21. 3

注: TPC: 压痛点个数; VAS, 视觉模拟评分法; MAF, 多维疲劳量表; BDI-II, 贝克抑郁量表第 2 版; PSS, 压力知觉量表; PSQI, 匹兹堡睡眠质量指数; FIQ, 纤维肌痛症影响问卷; SF-36 PCS, 健康状况调查问卷生理部分; SF-36 MCS, 健康状况调查问卷心理部分

3.4 FMS 肝气郁结证患者各躯体与心理症状量表评分之间的相关性

表 2 示, FMS 肝气郁结证患者的躯体疼痛程度(疼痛 VAS 评分)与抑郁程度(BDI-II 总分)、心理压力大小(PSS 总分)、精神健康(SF-36 MCS 评分)均具有相关性($P < 0.05$ 或 $P < 0.001$)。FIQ 总分与抑郁程度(BDI-II 总分)、心理压力大小(PSS 总分)、精神健康(SF-36 MCS 评分)均具有相关性($P < 0.001$)。常见症状中, 疲劳程度(MAF 总分)与抑郁程度(BDI-II 总分)、心理压力大小(PSS 总分)、精神健康(SF-36 MCS 评分)也都具有相关性($P < 0.001$); 睡眠质量(PSQI

表 2 纤维肌痛综合征肝气郁结证患者躯体症状与心理症状量表评分之间的相关性

量表	BDI-II 总分		PSS 总分		SF-36 MCS 评分	
	r 值	P 值	r 值	P 值	r 值	P 值
疼痛 VAS 评分	0.344	<0.001	0.223	0.014	0.264	0.003
FIQ 总分	0.601	<0.001	0.508	<0.001	0.607	<0.001
MAF 总分	0.479	<0.001	0.487	<0.001	0.482	<0.001
PSQI 总分	0.427	<0.001	0.345	<0.001	0.416	<0.001
SF-36 PCS 评分	-0.532	<0.001	-0.480	<0.001	0.608	<0.001
TPC	0.030	0.740	0.116	0.206	0.060	0.512

注: TPC, 压痛点个数; VAS, 视觉模拟评分法; MAF, 多维疲劳量表; PSQI, 匹兹堡睡眠质量指数; FIQ, 纤维肌痛症影响问卷; SF-36 PCS, 健康状况调查问卷生理部分; PSS, 压力知觉量表; BDI-II, 贝克抑郁量表第 2 版; SF-36 MCS, 健康状况调查问卷心理部分

总分)与抑郁程度(BDI-II 总分)、心理压力大小(PSS 总分)、精神健康(SF-36 MCS 评分)均具有相关性($P < 0.001$); 躯体健康水平(SF-36 PCS 评分)与抑郁程度(BDI-II 总分)、心理压力大小(PSS 总分)、精神健康(SF-36 MCS 评分)均具有相关性($P < 0.001$)。而 TPC 与上述心理症状指标均无相关性。

4 讨论

本研究采用问卷调查和医生评估的方式, 对 124 例 FMS 患者的一般资料和临床表现进行分析, 结果显示相较于其他证候, 肝气郁结证是 FMS 常见中医证候分型。与总体患者相比, 肝气郁结证患者中女性所占比例、躯体痛点、疼痛程度、抑郁程度、心理压力、总体病情严重程度均有升高的趋势, 睡眠质量和生活质量均有降低的趋势。该证型患者躯体症状和心理症状之间具有明显的正向相关性。

既往业内普遍对本病的肝气郁结证关注良多, 认为肝气郁结证为本病主要证候。2016 年调查来自全国多地的中医风湿病专科医生, 结果显示医生认为本病主要中医证候类型依次为肝气郁结证(141 人次, 25%), 气滞血瘀证(134 人次, 24%), 外感风寒证(79 人次, 14%), 肝肾阴虚证(78 人次, 14%), 脾虚湿阻证(71 人次, 13%)和胆胃不和证(58 人次, 10%)^[8]。2018 年 11 月, 国家中医药管理局发布的“纤维肌痛症中医诊疗方案”中也将肝郁气滞证作为本病主要临床证型^[9]。有学者总结近 30 年中医临床治疗 FMS 的文献, 发现文献中提及的本病证型包括肝郁(18.22%)、血瘀(15.25%)、气滞(12.29%)、脾虚(9.32%)、脉络不通(8.05%)、气虚(5.08%)、血虚(4.66%)、阳虚(3.39%)、痰湿(3.39%)、寒凝(2.54%)、风湿痹阻(2.12%)^[10]。本研究结果用临床数据印证了这一观点。

本研究结果提示, FMS 肝气郁结证患者纤维肌痛影响问卷总分、躯体疼痛程度、疲劳程度、睡眠质量和身体健康水平与患者的抑郁程度、心理压力程度、精神健康水平之间具有正向相关性, 躯体症状和心理症状密切相关。这一结果与国外学者的研究结果一致。国外有学者以汉密尔顿抑郁量表评分大于 7 分为界点, 将 30 名符合 1990 年 FMS 诊断标准的患者分为两组, 结果发现, 评分在 7 以上的患者占 83.8%, 且这组患者与评分小于 7 的不伴抑郁的患者相比疼痛 VAS 评分更高^[11]。FMS 是

常见的慢性疼痛性疾病,慢性疼痛性疾病患者常常同时伴有心理症状和情绪问题。Korff 等^[21]调查了美国 5692 个社区居民,结果表明慢性疼痛和任何形式的情绪问题的共患病率达 17.5%; Demyttenaere 等^[22]通过对世界 18 个国家的 85 088 名社区居民进行的一项跨国调查显示,慢性疼痛和抑郁的共患病率为 2.5%~15.7%。

本研究发现 FMS 肝气郁结证患者躯体与心理症状具有正相关关系,这一现象是中医“肝主疏泄”理论的典型体现。肝疏泄功能正常,则全身脏腑经络之气血运行畅达,各脏腑机能协调有序,心情舒畅。肝气郁结,肝失疏泄,气血津液输布障碍,可出现以关节、肌肉疼痛为主要症状的病症。同时,可伴有心情抑郁不乐,或烦躁易怒。肝气郁结,枢机不利,除肝脏本脏患病外,又常累及他脏,常合并诸多兼证,如肝郁乘脾,生化乏源,则兼见气血亏虚;脾虚运化失司则痰湿内生,郁而化热,或少阳有余,肝胆郁热,则可兼见湿热阻络等。因此,临证时从肝论治本病,或可达到身心同治的效果。

现代医家在治疗过程中多同时兼顾理气止痛和疏肝解郁两个方面,多采用逍遥散类方。如杨广同等^[23]比较加味逍遥散和阿米替林加芬必得治疗 FMS 的疗效,结果表明加味逍遥组的总有效率为 90.9%,显著高于对照组的 64.7%,且加味逍遥散组 33 例患者中有 9 例患者的临床表现基本消失,临床症状积分减少 90% 以上;赵敏等^[24]采用逍遥散加减治疗纤维肌痛综合征患者 60 例,40 例患者症状及体征消失,正常生活和工作无困难,随访半年无复发,总有效率为 95%。逍遥散最早见于《太平惠民和剂局方》,原方主治中即提及“肢体疼痛”。《圣济总录》在逍遥散基础上去白芍,加赤芍、生姜、薄荷创制逍遥饮,治疗妇人血风,见百节疼痛、心烦热燥、恍惚忧惧等症。因此,采用逍遥散类方可同时缓解 FMS 患者的身心诸症。

本研究为单个中心的小样本研究,同时,本研究结果虽提示 FMS 患者的躯体症状和心理症状之间密切相关,但是其因果关系还尚未可知,尚需大样本临床证候调查研究以进一步证实这一关系。

参考文献

[1] 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.

[2] 国家中医药管理局. 纤维肌痛症的中医临床路径 [EB/OL]. (2018-11-30) [2019-05-27]. <http://www.cacm.org.cn/zhzyyx/tzgg/201812/ef4c1ac0b3944c07b96a037a1d9aaca.shtml>.

[3] 尉国师,周海核,唐力. 原发性纤维肌痛 113 例临床误诊分析 [J]. 河北医学, 2013, 19(12): 1845-1846.

[4] 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.

[5] 焦娟,张柔曼,姜泉. 中医风湿专科医生对纤维肌痛症认知水平的调查 [J]. 中医杂志, 2017, 58(20): 1740-1742, 1759.

[6] 焦娟. 纤维肌痛综合征诊治进展 [J]. 临床荟萃, 2019, 34(4): 293-298.

[7] 焦娟,殷海波,冯兴华,等. 纤维肌痛症中医病名探讨 [J]. 中医杂志, 2019, 60(1): 25-28.

[8] 吴庆军,张奉春,陈予暄. 纤维肌痛综合征的诊断和治疗进展 [J]. 中华风湿病学杂志, 2018, 22(2): 134-137.

[9] 马淑惠,戴京璋. 纤维肌痛综合征的病证结合诊治 [J]. 世界中医药, 2018, 13(3): 781-784.

[10] WOLFE F. 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] 王承德,沈丕安,胡荫奇. 实用中医风湿病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 829-830.

[12] 曹卉娟,邢建民,刘建平. 视觉模拟评分法在症状类结局评价测量中的应用 [J]. 中医杂志, 2009, 50(7): 600-602.

[13] BENNETT RM, FRIEND R, JONES KD, et al. The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties [J]. Arthritis Res Ther, 2009, 11(4): R120.

[14] LIN JMS, BRIMMER DJ, MALONEY EM, et al. Further validation of the multidimensional fatigue inventory in a US adult population sample [J]. Popul Health Metr, 2009, 7: 18. doi: 10.1186/1478-7954-7-18.

[15] BUYSSE DJ, HALL ML, STROLLO PJ, et al. Relationships between the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Epworth Sleepiness Scale (ESS), and clinical/polysomnographic measures in a community sample [J]. J Clin Sleep Med, 2008, 4(6): 563-571.

[16] ARNAU RC, MEAGHER MW, NORRIS MP, et al. Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients [J]. Health Psychol, 2001, 20(2): 112-119.

- [7] REMOR E. Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS) [J]. Span J Psychol, 2006, 9(1): 86–93.
- [8] ELLIOTT TE, RENIER CM, PALCHER JA. Chronic pain, depression, and quality of life: correlations and predictive value of the SF-36 [J]. Pain Medicine, 2003, 4(4): 331–339.
- [9] 王智航. 纤维肌痛综合征的中医证治规律研究 [D]. 南京: 南京中医药大学, 2018.
- [10] AGUGLIA A, SALVI V, MAINA G, et al. Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: comorbidity and clinical correlates [J]. J Affect Disord, 2011, 128(3): 262–266.
- [11] KORFF MV, CRANE P, LANE M, et al. Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication [J]. Pain, 2005, 113(3): 331–339.
- [12] DEMYTTENAERE K, BRUFFAERTS R, LEE S, et al. Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the world mental health surveys [J]. Pain, 2007, 129(3): 332–342.
- [13] 杨同广, 冯兴华. 加味逍遥散治疗纤维肌痛综合征临床研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34(8): 1090–1091.
- [14] 赵敏, 张留栓. 逍遥散加减治疗肝郁脾虚型纤维肌痛综合征疗效观察 [J]. 风湿病与关节炎, 2015, 4(9): 48–51.

Correlation Between Physical Symptoms and Psychological Symptoms in Patients with Fibromyalgia Syndrome with Stagnation of Liver-qi Syndrome

LI Yanting¹, JIANG Quan¹, JIAO Juan¹, ZHAO Yayun²

1. Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100053; 2. Hebei Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine

ABSTRACT Objective To observe the major traditional Chinese medicine syndrome of fibromyalgia syndrome (FMS) and the correlation between physical symptoms and psychological symptoms. **Method** A cross-sectional survey design was used to investigate FMS patients who were continuously treated at the Department of Rheumatology, Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences from May 2015 to March 2016. The questionnaire was designed and divided into 2 parts. The first part was the demographic characteristics of the patient including gender, age, height, weight and course of disease, tender points count (TPC), and the types of TCM syndromes, which were recorded by doctors; the second part was the condition of FMS, which was consisting of the assessment of physical and psychological symptoms, including pain visual analogue scale (VAS), fibromyalgia impact questionnaire (FIQ), multidimensional fatigue scale (MAF), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Baker Depression Scale 2nd Edition (BDI-II), Pressure Perception Scale (PSS), Short-Form 36-item Health Survey (SF-36). SF-36 can be divided into 2 component domains, physical component score (PCS) and mental component score (MCS). The total score of the physical symptom-related scale = pain VAS score + FIQ total score + MAF total score + PSQI total score + SF-36 PCS + TPC; total psychological symptom-related scale score = BDI-II total score + PSS total score + SF-36 MCS. **Results** A total of 124 FMS patients was included, 93 (75%) among those with the main syndrome of liver stagnation. Pearson correlation analysis showed that in FMS patients with liver-qi stagnation syndrome, the physical symptoms were positively correlated with psychological symptoms ($r = 0.470$, $P < 0.001$). Specifically, it was manifested that the FIQ total score, NAS, MAF, PSQI and SF-36 PCS had a correlation with the degree of depression, psychological pressure, and the level of mental health ($r \geq 0.344$, $P < 0.001$). **Conclusion** Liver-qi stagnation is the common TCM syndrome in FMS patients. The physical symptoms and psychological symptoms of FMS patients with live-qi stagnation syndrome are positively correlated.

Keywords fibromyalgia syndrome; physical symptoms; psychological symptoms; traditional Chinese medicine syndrome; stagnation of liver qi

(收稿日期: 2019-12-29; 修回日期: 2020-05-29)

编辑: 王利芬