

# 首部《纤维肌痛临床诊疗中国专家共识》发布 制定纤维肌痛“中国标准”

## 过去十年沉寂 诊断与治疗的弯路

统计显示,纤维肌痛的发病率为2%~4%,好发于18~60岁人群,多见于青壮年人群,女性患病比例较高,其中肥胖人群为高发人群,一级亲属的患病风险比非患者家属高8倍。纤维肌痛在社会竞争和生活节奏加快的影响下发病率逐年攀升。

樊碧发教授告诉记者,在临床诊疗中,一些原因不明、性质不同的疼痛并没有得到应有的关注,这是导致纤维肌痛在过去很长一段时间没有得到重视的首要原因。因纤维肌痛患者的疼痛部位与关节相关,临床中自然将其归为风湿科类疾病,导致很久以来,纤维肌痛都是按照类风湿性关节炎的方式进行治疗。

为此,2011年中华医学会风湿病学分会发布

了一版《纤维肌痛综合征诊断和治疗指南》,其中对纤维肌痛的诊断与治疗主要推荐采用1990年ACR(美国风湿协会)的诊断标准。长久以来,临床对于纤维肌痛的发生与发展没有全面的认识,导致该指南在此后也没有进行过更新。

从临床表现来看,纤维肌痛的患者主要表现为躯干(肩胛带、颈、背、髋等)的疼痛,所以诊断以压痛点为依据,2011年的诊断标准以18个已确定的压痛点中至少11个部位存在压痛为主要诊断依据,核心是围绕肌纤维患者的疼痛点来进行判定。

于生元教授介绍,经

医师报讯(融媒体记者 秦苗)  
这是一类“古老又新颖”的疾病,古老是因为50年前教科书中就有关于它的基本论述,过去几十年中,它一直隐藏在其他疾病的背后,没有得到应有的关注。对于它的诊断和治疗,临床更是经历了不少的曲折和弯路。它就是纤维肌痛,这是一种临床中常见的慢性弥漫性疼痛综合征,因病因不明,患者不仅仅遭受多部位疼痛,还常伴有多种躯体症状,如疲乏、睡眠和情绪障碍等多种问题,在临床中诊疗中十分棘手。  
近年来,随着医学的发展,治疗手段日新月异,而对于纤维肌痛,究竟该如何给予综合管理成为关注的话题。近日,《纤维肌痛临床诊疗中国专家共识》发布,此次新共识的发布,是学科发展的使然,亦是临床医生迫切的需求,还是患者一直以来的殷切期盼。无疑,这是三方共同合力把“纤维肌痛”推向前台,就是要打破它的治疗瓶颈。

过临床观察,我们发现,纤维肌痛的临床表现不止是疼痛,还包含各种各样的症状,如疲劳、睡眠紊乱、晨僵、认知症状等问

题。尤其是诊断断也没有特异性实验室和影像学检查,主要依据症状学疼痛来评价,因此临床上将其误诊的机率较高。



樊碧发教授



于生元教授



梁东风教授

### 访谈嘉宾

- |       |                            |
|-------|----------------------------|
| 樊碧发教授 | 中日友好医院疼痛科主任                |
| 于生元教授 | 中国人民解放军总医院<br>第一医学中心神经内科主任 |
| 梁东风教授 | 中国人民解放军总医院<br>第一医学中心风湿免疫科  |

## 现在关键十年 厘清机制 重塑治疗思路

自2011年以来,随着对纤维肌痛机制的不断探索,认识到纤维肌痛是一类以“中枢敏化”为主要病理特征体征的疾病。于生元教授介绍,所谓的“中枢敏化”,即人体的感觉中枢在受到外界的各种刺激,如声、光、电、情感等刺激时,中枢神经过度放大疼痛信号,导致人体接受到正常刺激,但身体的反应却将其过度放大,敏化导致中枢神经系统对刺激的反应性增强,从而产生疼痛,这与风湿病引发的关节疼痛的机制大相径庭。

纤维肌痛导致的疼痛表现为酸痛、胀痛等无以名状的疼痛感受,与其他疾病导致的疼痛性质不同。另外,从纤维肌痛的患者功能性磁共振成像(fMRI)表现来看,疼痛和情绪处理的信号传导异常有关。

### 重新定义标准概念

自此,纤维肌痛的概念发生了根本性变化,将

其定义为一种中枢神经传入处理功能失调引起的慢性弥漫性疼痛综合征,除多部位疼痛外,患者常伴有疲乏、睡眠和情绪障碍等多重临床症状。

梁教授介绍,过去临床中对纤维肌痛的诊断主要强调患者有多少痛点,现在新增广泛性疼痛标准,划分5个疼痛区域,简化躯体症状类型,明确躯体症状评价方式,而不仅仅被当作一种单纯的“疼痛”来对待。从WHO最新发表的国际疾病分类第11版(ICD-11)的内容可以看出,已将纤维肌痛归类于慢性原发性疼痛中的慢性广泛性疼痛一类。

### 重新修改诊断标准

在2010年和2016年,ACR分别对诊断标准进行了修订,新标准正式弃用了以压痛点为主的诊断方法,取而代之的是以既定部位发生疼痛的数量和症状作为主要判定标准。2019年美国镇痛、麻醉和

成瘾临床研究创新机会和网络(AAPT)制定的诊断标准:多部位疼痛(定义为9个部位中≥6个疼痛部位)结合睡眠和疲劳,诊断可做快速诊断,也可作为纤维肌痛诊断的参考。樊教授指出,随着中国疼痛学的进步和发展,慢性疼痛对人体构成的伤害逐步受到重视,人们开始意识到慢性疼痛对人体的损害。以纤维肌痛代表的、中枢敏化为病理基础的慢性疼痛逐渐引起社会和医疗界的关注。

### 找到治疗新靶点

临床中,纤维肌痛通常以“共病”的形式,顾名思义就是与其他的疾病共同存在,包括情绪障碍(焦虑、抑郁)、睡眠障碍,所以在治疗过程中,医生最关注的是患者的主要疾病,往往忽略了纤维肌痛的治疗,导致纤维肌痛治疗不能尽早进行,延误最佳治疗时机;同时,在治疗其他疾病的过程中,由于“共病”的存在,也影

响纤维肌痛的治疗效果。

于生元教授介绍,针对纤维肌痛的治疗,主要包含两个核心点:其一,根据“中枢敏化”的机制,包括脊髓水平之上的感觉传导调节机制,以及脊髓下行抑制疼痛通路受损进行针对性治疗。在临床治疗中,将“中枢敏化”作为“靶点”来进行治疗。研究显示,可以通过钙离子调节剂来减轻中枢的敏化的问题,钙通道调节剂得到了较好的临床疗效;其二,要解决“共病”的问题,如患者有明显的焦虑、抑郁和睡眠障碍,及时给予抗焦虑、抗抑郁和抗睡眠障碍的药物。除了药物治疗外,非药物治疗,如心理疏导、功能锻炼、理疗针灸治疗等也很重要。

梁教授认为,世界上没有一例纤维肌痛的患者是完全相同的症状,所以,用药不仅要考虑疗效,更需要结合患者的自身的共病特点,最终形成个性化的治疗方案。

## 未来下一个十年 制定共识 规范诊疗流程

近日,历经十年,为规范我国纤维肌痛的诊断和治疗,使其紧跟国际前沿,由中国医师协会疼痛科医师分会、国家临床重点专科·中日医院疼痛专科医联体和北京市疼痛治疗质量控制改进中心联合组织国内专家多次研讨,在参考借鉴国外最新指南、广泛收集临床证据的同时,结合临床经验和中国国情,制定了《纤维肌痛临床诊疗中国专家共识》。

作为主要执笔人,樊教授指出,此次新共识将纤维肌痛的最新的研究证据纳入其中,制定出一套规范的诊疗流程,对帮助临床医生提高对纤维肌痛的整

体认知水平有巨大的帮助。

在治疗中将普瑞巴林纳入一线标准治疗,主要是基于它针对性纤维肌痛的发病机制即抑制中枢敏化,同时作为国内目前唯一具有纤维肌痛适应证的药物,它在体内与电压门控钙通道的 $\alpha_2-\delta$ 亚基相结合,减少钙离子依赖的兴奋性神经递质释放,从而起到镇痛作用。因此在开始治疗时,设定治疗目标和随访周期,有助于提高依从性,改善结局。

新共识旨在将正确的诊疗进展和思路呈现给医生,以期给患者提供更及时、更规范的诊疗方案。