纤维肌痛并不是一种“新病”，1990 年美国风湿协会（ACR）就制定了纤维肌痛的诊断标准；纤维肌痛也不是一种“怪病”。

近年来，随着医学研究的发展，临床对纤维肌痛的认识已经获得突破性进展。越来越多的病理学与影像学研究证实，纤维肌痛为中枢神经系统相关疼痛障碍，中枢敏化为其主要发病机制，同时具有家族遗传倾向。此外，环境因素包括急性创伤、特殊的感染疾病及患者社会心理因素等是可能诱发的危险因素。如今，纤维肌痛不仅有成熟的诊断方法，近年上市的针对这一疾病的药物，也已经为纤维肌痛的治疗带来更好的效果。

纤维肌痛女性发病率是男性的 2 倍，任何年龄都可发病，55 岁 –64 岁是女性高发期。至今，纤维肌痛并没有什么特别有效的预防方法，唯有及早诊断和规范治疗，才能尽量缓解纤维肌痛患者的痛苦。

千万纤维肌痛患者“隐形”

专家介绍，纤维肌痛是一种病因不明、以全身广泛性疼痛以及明显躯体不适为主要特征的一组临床综合征，常伴有疲劳、睡眠障碍、晨僵以及抑郁焦虑等精神症状。纤维肌痛患者普遍有严重的全身疼痛症状，因此他们在求医时，最常选择的科室是风湿科、骨科、疼痛科、神经内科等。

“纤维肌痛是一种典型的心身疾病，在全球范围内，纤维肌痛患病率为 4% ，中国香港地区人群患病率为 1% ，据此推算中国约有 1400 万患者。国内首诊误诊率这么高，主要的原因还是我们医学界对这个疾病的关注还不够，对它的认识太少。”中日友好医院疼痛科主任樊碧发在接受《新民周刊》记者采访时说。樊碧发主任告诉记者，纤维肌痛患者中，有 60%–80% 伴有焦虑、抑郁问题。

中国人民解放军总医院第一医学中心风湿科梁东风副主任医师在临床上也发现，患者中绝大多数都伴有明显的焦虑、抑郁症状。梁东风医生介绍，纤维肌痛是风湿科门诊中很常见的疾病，在风湿疾病中排名第二，仅次于骨关节炎（OA）。

近几年，梁东风医生诊断了不少纤维肌痛患者，病人口口相传，让很多有类似症状的患者慢慢聚集到这里。

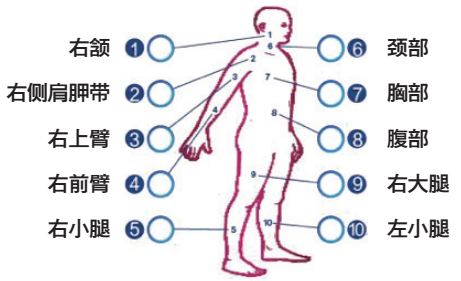
梁东风强调，纤维肌痛的诊断并不难，但过去专科医生容

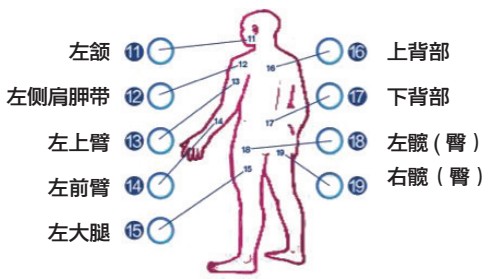
2016 年修订版纤维肌痛诊断标准

当患者满足以下 4 条时，可诊断为纤维肌痛：

►弥漫性疼痛指数≥ 7 分，且症状严重度评≥ 5 分，或弥漫性疼痛指数 4–6 分，且症状严重度评≥ 9 分；
►全身性疼痛，定义为 5 个区域中至少 4 个有疼痛，其中，颌、胸、腹部的疼痛不包括在全身疼痛范围；
►症状持续至少 3 个月，且疼痛程度基本相似；
►纤维肌痛的诊断与其他诊断无关，纤维肌痛的诊断不影响其他临床诊断。

弥漫性疼痛指数：指过去 1 周内疼痛区域的评分。每个区域 1 分，总评分为 0–19 分。





症状严重度评分：以下 2 项相加的得分，总分为 0–12 分。

►疲劳；睡醒后萎靡不振；认知症状。根据过去 1 周时间内患者出现以上 3 个症状的严重度打分：
0= 无　　1= 轻微、间断出现；
2= 中等、经常存在　　3= 重度、持续、影响生活
►过去 6 个月内患者发生以下症状的得分之和：
头痛 (0~1)；下腹部疼痛或痉挛性疼痛 (0~1)；情绪低落 (0~1)。
纤维肌痛评分 (fibromyalgia severity scale)：为弥漫性疼痛指数与症状严重度评分之和。

可能的得分范围为 0–31 分；
若总得分大于等于 13 分，疑似纤维肌痛。