



淺談纖維肌痛症

林承昌¹ 陳睿俊² 柯朝元³

前言

每日因為急慢性筋骨酸痛而到醫療院所求診的病患不計其數，這些病患依症狀的部位求助於各科門診，多數的肌肉骨骼疾病在完整的篩檢及治療後會緩解痊癒。但是纖維肌痛症(fibromyalgia syndrome, FMS)的病患卻因慢性疼痛及睡眠障礙，花費大量時間金錢，往返醫院診所之間而不得其功。纖維肌痛症是一個病因和治療方式都仍持續爭議的疾病，在美國約有5%的盛行率。單純使用消炎止痛藥物往往無明顯效果，治療此疾病需要橫跨生物－心理－社會多層面的介入，配合藥物及非藥物治療。基層醫師在臨床上診治肌肉骨骼疾病時，宜對此病抱持警覺心，及早診斷並適時的轉介及照會。

症狀及定義

纖維肌痛症除表現散佈性的肌肉疼痛，也常有肌肉僵硬、深度的疲勞、情緒障礙、淺眠及自覺睡眠不足的情形，而肌肉疼痛會隨著活動力增加、壓

力、失眠而加劇。根據美國風濕病學會(ACR)1990年的診斷標準(表一)，遍佈性的(widespread)疼痛至少持續三個月以上；疼痛的位置要符合18個結構位置中至少11個點以上(圖一)。而疼痛的界定在以約4kg/cm²的壓力觸按(palpation)或使用痛覺壓力測量(dolorimetry)，會使病患產生疼痛的感覺。但非所有的纖維肌痛症病患都符合這個定義，因此在診斷FMS時須謹慎的鑑別診斷。常見有類似症狀的如：風濕性多發肌痛(poly myalgia rheumatica)、慢性疲勞症候群、僵直性脊椎炎、精神疾病引起的體化症狀(somatization)、甲狀腺功能低下和各種系統性肌炎等，都需要加以鑑別排除。

流行病學

纖維肌痛症在男性的盛行率約0.5%；而在女性約有3.4%，女性偏多(約9:1)。常見的年齡在二十到五十歲之間，但在大於八十歲的高齡族群，盛行率可達8%；在大於五十歲的女性，盛行率亦隨著年齡增加。在美國，一般基層院所的病患約有6%的盛行率。

1 國軍桃園總醫院家庭醫學科住院醫師

2 國軍桃園總醫院家庭醫學科主治醫師

3 國軍桃園總醫院家庭醫學科主任

關鍵字: fibromyalgia syndrome

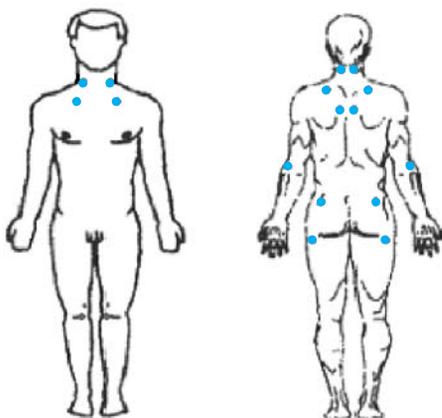


表一：美國風濕病學會1990年公佈的纖維肌痛診斷標準

遍佈性的疼痛至少達三個月，且影響下列位置：	在下列個18個點中至少11個點以手指觸碰（約4kg/cm ² 的壓力）產生疼痛：
(1)左側軀幹及肢體 (2)右側軀幹及肢體 (3)腰部以上區域 (4)腰部以下區域 (5)骨骼疼痛(含前胸壁、頸椎、胸椎及下背痛)	(1)雙側枕部：下枕骨肌附著處 (2)前側雙側下頸部：約第五至第七頸椎橫突間區 (intertransverse space) (3)雙側斜方肌：斜方肌上緣的中點 (4)雙側脊上肌：肩胛骨脊內側 (5)雙側第二肋骨：肋軟骨聯合的外上側 (6)雙側肱骨外上髁：外上髁外側二公分處 (7)雙側臀部：外上四分之一的區域 (8)雙側股骨大轉子：轉子隆突後側 (9)雙側膝部：關節近端內側脂肪墊處

資料來源 Gilliland BC:Fibromyalgia. Harrison's Principles of Internal Medicine.16th ed. New York: McGraw-Hill, 2005:2011)

圖一 纖維肌痛症的十八個觸痛點位置



資料來源 Gilliland BC:Fibromyalgia. Harrison's Principles of Internal Medicine.16th ed. New York: McGraw-Hill, 2005:2011)

纖維肌痛症的共病性

纖維肌痛症主要定義在症狀的表現，但是這些症狀是原發還是次發造成，目前病因學上無法確定及釐清，也因此纖維肌痛症在症狀上常和其他肌肉疼痛疾病混淆。然而歷年來對纖維肌痛症的研究中發現許多共病的存在。在部

分系統性紅斑性狼瘡、風濕性關節炎、骨關節炎、修格蘭氏症候群(Sjogren's syndrome)病人的症狀表現上，同時符合纖維肌痛症的診斷。而約二到五成的纖維肌痛症病人會表現類似雷諾氏症候群(Raynaud's phenomenon)的症狀。曾有研究指出可能與纖維肌痛症有關的疾病，如：C型肝炎、波斯灣戰爭症候群或乳房植入物症候群等，都仍待證實。

纖維肌痛症和精神疾病有著密切的關係，在他們身上較容易出現焦慮和憂鬱情緒，40%的纖維肌痛症病人有憂鬱症。病患生理上的疲勞及疼痛、不成熟的壓力應對技巧，造成了認知和情緒上的負面回饋，而使疼痛程度放大、自我認同及社會功能下降，也使診治這個疾病橫跨了生物-心理-社會不同的層面。

病生理學

纖維肌痛症的病理機轉仍沒有定



論，但絕非僅是神經肌肉系統(neuromuscular)的功能障礙，在一些有關肌肉結構或代謝的研究中顯示和對照組並沒有明顯差異。反而是許多研究在神經內分泌系統(neuroendocrine)、中樞及自主神經系統、大腦的功能性活動中發現病生理相關的異常。

纖維肌痛症病人對於壓力反應呈現偏低的腎上腺皮質酮及甲狀腺素濃度，這可能代表了在下視丘-腦下垂體-腎上腺軸(hypothalamic-pituitary-adrenal axis)和下視丘-腦下垂體-甲狀腺軸(hypothalamic-pituitary-thyroid axis)的神經內分泌系統調節異常。

約30%的纖維肌痛症病人有生長激素(growth hormone)低下的情形，這可能與腦下垂體內分泌失調與第四期睡眠(non-rapid eye movement, NREM sleep)被中斷都有相關。人體的生長激素多於第四期睡眠期間生成，而生長激素對於肌肉的修補與張力扮演重要的角色。1998年的研究指出皮下注射生長激素可改善纖維肌痛症的疼痛症狀。

另外，還可發現腦脊髓液中，有許多和疼痛相關的神經傳導物質濃度上升，造成中樞疼痛的敏感性(central sensitization)，如：substance P、calcitonin gene-related peptide、腦內啡(dynorphin A)、神經生長因子(nerve growth factor)。

血清張力素(serotonin)是調節疼痛、睡眠和情緒的神經傳導物質，在纖維肌痛症的病人血液及腦脊髓液中常見濃度偏低。

藉由病史及各項篩檢來鑑別纖維肌痛症

前面提及的神經傳導物質濃度變化只能當做診斷的參考，要診斷纖維肌痛症，需先排除次發性造成的症狀及原發性肌肉關節的問題，且在實驗數據上無特殊發現。一般建議的篩檢項目有：特定部位的X光檢查、常規血液檢查(CBC)、紅血球沉降速率(ESR)、C型肝炎抗體、甲狀腺刺激激素、甲狀腺素。而免疫疾病常檢驗的抗核抗體(ANA)有較高的偽陽性，不建議當作鑑別診斷的工具。

風濕性多發肌痛的ESR多會升高，而在纖維肌痛症則是正常，可用於鑑別診斷。甲狀腺功能低下除常見的疲勞及全身無力，偶有肌痛及關節酸痛表現；而萊姆病(Lyme disease)亦會有類似的肌肉疼痛症狀。C型肝炎的患者可能有較高的機會得到纖維肌痛症。

慢性疲勞症候群也會表現肌肉酸痛、失眠，但在病史上多可追溯到明確的發作日期，及有類似感冒的症狀和病程。在精神疾病常見的焦慮症及情感疾病，常會有身體症狀的主訴，因此藉由病史詢問來鑑別也是必要的。

纖維肌痛症的處置

有效治療纖維肌痛症的方法尚待研究，目前仍有針灸、各種物理治療和替代療法持續在研究。理想的治療必須含括藥物、物理治療及復健計畫、心理治療、職能評估及社工的介入，因此跨部科的照會及治療計畫擬定是必要的。

在非藥物治療部分，目前證實有治療效果的是適度規則的有氧運動，如游



泳、健走、或騎腳踏車，但須避免衝擊性的激烈運動。治療期間需調整病人生活型態，讓病人保持規律的睡眠習慣，增加膳食纖維攝取。

心理支持和同理心是簡單的技巧，且對於病患精神狀態的穩定有幫助。因此照會心理治療團隊，鼓勵病患參與和增加動機，採取認知行為療法或生物回饋等運作方式，是治療成功的重要因素。

在藥物治療部分，治療的目標是在不增加藥物的原則下，能降低疼痛、改善功能及生活品質。用藥需要考量到病人失眠及情緒障礙的嚴重程度，單純使用非類固醇性消炎藥(NSAID)的效果不明顯，可配合低劑量的三環抗憂鬱劑(如：amitriptyline)、選擇性血清張力素回收抑制劑(SSRI)、trazodone等都可改善症狀。使用bezodiazepam類藥物可改善焦慮及失眠的症狀。腎上腺皮質類固醇和鴉片類止痛藥須避免使用，後者容易在慢性疼痛的治療過程中成癮及濫用。

纖維肌痛症的預後與失能的爭議

纖維肌痛症的預後並不理想，即使在適當的治療及環境支持下，纖維肌痛症的症狀多只能部分緩解，且會有復發及慢性疼痛的可能。纖維肌痛症是否造成失能(disability)在美國產生職業醫學及法律上判定的爭議，約30%的纖維肌痛症的病人為失能狀態，且無法負擔常人的工作內容。近來研究指出纖維肌痛症不會造成漸進性的失能，而失能狀態除了疼痛的程度還需加入情緒及認知等主觀

因素。從病人的角度，慢性疼痛除了引起功能下降，在家庭社會的角色由生產者變成病患及負擔，更加重了焦慮等情緒障礙的「生物-心理」惡性循環。

結語

纖維肌痛症是一個複雜的慢性疼痛疾病，其病因和治療方式都仍待研究，且後續引起諸多功能及情緒障礙的惡性循環，因此治療此疾病需要橫跨生物-心理-社會多層面的介入。在疾病過程中予以支持及強化病患的治療動機、自信及參與度是治療成功的關鍵，再輔以藥物及非藥物多層面的介入，期能降低疼痛，改善功能及生活品質。基層醫師在遭遇慢性疼痛病患時，需在逐一排除相關診斷後，考慮纖維肌痛症的可能性，而能及早轉介、照會及治療。

參考資料

1. Nampiaparampil DE, Shmerling RH: A review of fibromyalgia. *Am J Manag Care* 2004;10:794-800.
2. Gilliland BC: Fibromyalgia. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 16th ed. New York: McGraw-Hill, 2005:2010-2.
3. Bartecchi CE: Fibromyalgia and complementary and alternative medicine. *Mayo Clin Proc* 2005 ;80:826-7.
4. Luedtke CA, Thompson JM, Postier JA, Neubauer BL, Drach S, Newell L: A description of a brief multidisciplinary treatment program for fibromyalgia. *Pain Manag Nurs* 2005; 6:76-80.
5. Mannerkorpi K: Exercise in fibromyalgia. *Curr Opin Rheumatol* 2005; 17:190-4.