

เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2559; 26(1): 24-30
J Thai Rehabil Med 2016; 26(1): 24-30
DOI:

ความชุกของโรคไฟโบรมัยอัลเจียในผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ตรวจรักษา ณ กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ณัฐรุจุมิ อธิพิงศธร, ธง พงษ์หาญยุทธ, พีระภรณ์ นิธิกรณิวัฒน์
กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ABSTRACT

Prevalence of fibromyalgia at the physical medicine and rehabilitation outpatient clinic in Phramongkutklao Hospital

Itthipongsathorn N, Phonghanyudh T, Nitikornatiwat P
Physical Medicine and Rehabilitation Department,
Phramongkutklao Hospital

Objectives: To determine the prevalence of fibromyalgia, and compare demographic data, symptom characteristics, and quality of life (QOL) between fibromyalgia group and group of other causes of pain.

Study design: Cross-sectional descriptive study.

Setting: The Physical Medicine and Rehabilitation (PMR) outpatient clinic in Phramongkutklao Hospital.

Subjects: Four hundred and forty-seven out-patients from February to August 2013.

Methods: Data were collected by direct semi-structured interview including patients' characteristics, the 2010 American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia, and the Thai version of SF-36 (version 2) questionnaire, then the prevalence of fibromyalgia was estimated, and the demographic data, symptom characteristics, and QOL between fibromyalgia group and group of other causes of pain were compared.

Results: There were 15 patients (3.4%) fulfilling the fibromyalgia criteria, with female predominance (93.33%). The mean (standard deviation) pain score, widespread pain index, and symptom severity scale score of the patients with fibromyalgia were 6.67 (1.35), 10.53 (3.46), and 8.40 (1.80), respectively, which were significantly higher ($p < 0.05$) than those of the patients in other groups. The fibromyalgia patients also ranked significantly lower in all domains of QOL compared with the group of other causes of pain ($p < 0.05$).

Conclusion: At the PMR outpatient clinic, the prevalence of fibromyalgia was 3.4%, lower than other causes of

pain. Pain and other symptoms were more severe whereas quality of life was lower in patients with fibromyalgia and patients with other causes of pain.

Keywords: fibromyalgia, prevalence, pain, quality of life

J Thai Rehabil Med 2016; 26(1): 24-30

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาหาความชุกของโรคไฟโบรมัยอัลเจีย และเปรียบเทียบลักษณะเชิงประชากร ลักษณะอาการ รวมถึงคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยโรคไฟโบรมัยอัลเจียและผู้ป่วยในกลุ่มอาการปวดอื่น ๆ

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาหนึ่ง
สถานที่ทำการวิจัย: แผนกผู้ป่วยนอก กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

กลุ่มประชากร: ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตรวจรักษา จำนวน 447 ราย ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2556

วิธีการศึกษา: สัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป เครื่องมือวินิจฉัยกลุ่มอาการไฟโบรมัยอัลเจีย (the 2010 American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia) และแบบสอบถาม SF-36 (version 2) ฉบับภาษาไทย แล้วนำมาวิเคราะห์หาความชุกของโรคไฟโบรมัยอัลเจีย และเปรียบเทียบลักษณะเชิงประชากร ลักษณะอาการ ตลอดจนคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยโรคไฟโบรมัยอัลเจียและผู้ป่วยในกลุ่มอาการปวดอื่น ๆ

ผลการศึกษา: มีผู้ได้รับการวินิจฉัยโรคไฟโบรมัยอัลเจียทั้งสิ้น 15 ราย (ร้อยละ 3.4) โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.33) มีค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของคะแนนระดับความปวด, ดัชนีการกระจายอาการปวดทั่วร่างกาย, และคะแนนความรุนแรงของอาการ เท่ากับ 6.67 (1.35), 10.53 (3.46), และ 8.40 (1.80) ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มอาการปวดอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีคะแนนคุณภาพชีวิตในทุก ๆ ด้านต่ำกว่าผู้ป่วยในกลุ่มอาการปวดอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป: คลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฟื้นฟูพบความชุกของโรคไฟโบรมัยอัลเจีย เท่ากับร้อยละ 3.4 โดยความรุนแรงของอาการ

Correspondence to: Natthawut Itthipongsathorn M.D.; Phichit Hospital, Phichit, Thailand.
E-mail: goophgy@hotmail.com

ปวดและอาการร่วมมากกว่า แต่คุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยในกลุ่มอาการปวดจากสาเหตุอื่น

คำสำคัญ: โรคไฟโบรมัยอัลเจีย, ความชุก, อาการปวด, คุณภาพชีวิต

เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2559; 26(1): 24-30

บทนำ

โรคไฟโบรมัยอัลเจีย (fibromyalgia) เป็นกลุ่มอาการปวดเรื้อรังบริเวณกล้ามเนื้อและพังผืดที่มีรูปแบบการกระจายของอาการทั่วร่างกาย (chronic widespread pain) และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการร่วม (associated symptoms) ที่พบบ่อยได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ซึมเศร้า วิตกกังวล อาการตื่นนอนแล้วรู้สึกไม่สดชื่น ปวดกล้ามเนื้อ ชา ปวดศีรษะไมเกรน⁽¹⁾ อาการอ่อนเพลียเป็นอาการที่พบมากที่สุด⁽²⁾ ซึ่งโรคไฟโบรมัยอัลเจียสามารถแยกจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังโดยผู้ป่วยมักให้ประวัติอาการร่วมดังกล่าว⁽³⁾

การศึกษาวินิจฉัยก่อนหน้านี้ได้รายงานความชุกของโรคไฟโบรมัยอัลเจียในประชากรทั่วโลกประมาณร้อยละ 0.5 ถึง 5 ความชุกในประชากรประเทศสหรัฐอเมริกาประมาณร้อยละ 2 ขณะที่ในยุโรปตะวันตก ได้แก่ เยอรมัน สเปน อิตาลี สวีเดน ฟินแลนด์ เดนมาร์ก และตุรกี พบความชุกร้อยละ 3, 2.4, 2.2, 2.5, 0.8, 0.7, และ 3.6 ตามลำดับ^(3,4) Wolfe ได้รายงานความชุกของโรคไฟโบรมัยอัลเจียในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว อายุรกรรมทั่วไป และคลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่มประมาณร้อยละ 2.1, 5.7 และ 3.7 ถึง 20 ตามลำดับ⁽⁵⁻⁷⁾ Dokwe และคณะ ได้ศึกษาความชุกของโรคไฟโบรมัยอัลเจียในผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาในคลินิกอายุรกรรมทั่วไปและคลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม โรงพยาบาล Kenyatta มหาวิทยาลัย Nairobi ประเทศ Kenya พบความชุกเท่ากับร้อยละ 1⁽⁸⁾ ขณะที่ความชุกในคลินิกลดความปวดประเทศอิสราเอลซึ่งศึกษาโดย Brill และคณะ เท่ากับร้อยละ 41.2⁽⁹⁾ Wolfe ได้รายงานอีกว่าร้อยละ 73 ของผู้ป่วยโรคนี้เป็นเพศหญิง⁽⁶⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dokwe และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบโรคนี้ในเพศหญิงเท่ากับร้อยละ 97.7

เมื่ออิงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคไฟโบรมัยอัลเจีย (American College of Rheumatology 1990 diagnostic criteria for fibromyalgia) พบว่ามีข้อบกพร่องคือแพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีความชำนาญในวิธีการประเมินจุดกดเจ็บ (tender points) และอาการร่วม (associated symptoms) ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของโรคที่ไม่รวมอยู่ในเกณฑ์การวินิจฉัยเดิม จนกระทั่งในปี 2010 ได้มีการปรับปรุงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคไฟโบรมัยอัลเจีย (the 2010 American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia, ACR 2010) ขึ้นใหม่⁽¹⁰⁾ โดยนับจำนวนบริเวณของร่างกายที่รู้สึกปวดแทนวิธีการประเมิน

จุดกดเจ็บและเพิ่มการประเมินอาการร่วม ซึ่งอาการร่วมนี้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

อาการปวดกระจายทั่วไปตามร่างกายและอาการเหนื่อยล้าส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และการดำเนินชีวิตในสังคม⁽¹¹⁾ Hoffman และ Dukes รายงานว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไฟโบรมัยอัลเจียต่ำกว่าประชากรทั่วไป และผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น เข้าเสื่อม กระดูกพรุน ข้ออักเสบรูมาตอยด์ กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด (myofascial pain syndrome)⁽¹²⁾ โรคไฟโบรมัยอัลเจียนอกจากจะส่งผลด้านคุณภาพชีวิตแล้วยังมีผลกระทบต่อค่ารักษาพยาบาล โดย Annemans และคณะ ได้ทำการศึกษาพบว่าหลังจากวินิจฉัยโรคไฟโบรมัยอัลเจียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจะลดลงในด้านการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ รังสีวินิจฉัย และเวชภัณฑ์ยาเมื่อเทียบกับก่อนวินิจฉัย⁽¹¹⁾

เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นโรคไฟโบรมัยอัลเจียจะมีอาการปวดกล้ามเนื้อซึ่งพบได้เหมือนผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด และจุดปวด (trigger point) ที่พบในกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดสามารถพบร่วมในโรคไฟโบรมัยอัลเจียได้เสมอ อาจทำให้แพทย์วินิจฉัยคลาดเคลื่อนได้ และยังไม่เคยมีการศึกษาในคลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูมาก่อน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้นิพนธ์ต้องการหาความชุก ลักษณะเชิงประชากร ระดับความปวด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไฟโบรมัยอัลเจีย เปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดจากสาเหตุอื่น ๆ ในคลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วิธีการศึกษา

กลุ่มประชากร

ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์จนถึงสิงหาคม พ.ศ. 2556

ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกในการศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยทุกรายที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู ส่วนเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2) ผู้ที่ไม่สามารถตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์ได้ เช่น ผู้ที่มีความบกพร่องทางการพูด การได้ยิน การมองเห็น หรือผู้ที่มีความบกพร่องทางจิตหรือเป็นโรคจิตเภท ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมการศึกษารายหนึ่งได้รับการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ตลอดจนขั้นตอนการศึกษา และได้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

ขั้นตอนการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการศึกษารายหนึ่งได้รับการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตามแบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูล

ทั่วไปและข้อมูลเชิงประชากร (เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การมีบุตร อาชีพ รายได้ และคะแนนระดับความปวดโดยใช้ numerical rating scale) 2) เครื่องมือวินิจฉัยกลุ่มอาการไฟโบรไมอัลเจีย (ACR 2010) และ 3) แบบสอบถาม SF-36 (version 2) ฉบับภาษาไทย โดยผู้ทำการสัมภาษณ์ทุกคนมีความเข้าใจในแบบสอบถามทั้งหมดเป็นอย่างดี

ผู้เข้าร่วมการศึกษาถูกแบ่งกลุ่มโดยอาศัยอาการปวด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวด และบริเวณที่ปวด ดัดแปลงจากการศึกษาของ Wolfe และคณะ⁽⁷⁾ เป็น 6 กลุ่มดังนี้

- 1) กลุ่มที่ไม่มีอาการปวด (no pain)
- 2) กลุ่มที่อาการปวดกล้ำเนื้อน้อยกว่า 3 เดือน (transient pain)
- 3) กลุ่มที่อาการปวดกล้ำเนื้อเฉพาะส่วนของร่างกายเรื้อรังมากกว่า 3 เดือน (chronic regional pain)
- 4) กลุ่มที่อาการปวดกล้ำเนื้อกระจายทั่วไปตามร่างกายเรื้อรังมากกว่า 3 เดือน (chronic wide spread pain) โดยที่ตำแหน่งที่ปวดต้องมีทั้งซีกขวาและซ้าย ตำแหน่งที่ปวดต้องมีทั้งเหนือและใต้เอว และต้องมีตำแหน่งที่ปวดอยู่แนวกลางลำตัวด้านหลังหรือหน้า
- 5) กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไฟโบรไมอัลเจียตามแบบฟอร์มเครื่องมือวินิจฉัยกลุ่มอาการไฟโบรไมอัลเจีย (ACR 2010)
- 6) กลุ่มที่มีอาการปวดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น มะเร็ง อุบัติเหตุ กระดูกหัก เส้นประสาท โรครูมาติสซั่ม เป็นต้น

โดยกลุ่มที่ 2, 3, 4 และ 6 รวมเรียกว่า “กลุ่มอาการปวดที่ไม่ได้มีสาเหตุจากโรคไฟโบรไมอัลเจีย”

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคไฟโบรไมอัลเจีย ใช้เครื่องมือวินิจฉัยกลุ่มอาการไฟโบรไมอัลเจีย (ACR 2010)⁽¹³⁾ ซึ่งดัดแปลงจาก The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity⁽¹⁰⁾ โดยต้องมีเกณฑ์ต่อไปนี้ครบทั้ง 3 ข้อคือ

- 1) ดัชนีการกระจายอาการปวดทั่วร่างกายตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ร่วมกับคะแนนความรุนแรงของอาการตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป หรือดัชนีการกระจายอาการปวดทั่วร่างกายอยู่ในช่วง 3 – 6 คะแนน ร่วมกับคะแนนความรุนแรงของอาการตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป
- 2) มีอาการในระดับใกล้เคียงนี้มาอย่างน้อย 3 เดือน
- 3) ไม่มีภาวะผิดปกติอื่นใดที่จะอธิบายอาการปวดนี้

โดยที่ 1) ดัชนีการกระจายอาการปวดทั่วร่างกาย (Widespread Pain Index : WPI) คือ จำนวนบริเวณของร่างกายที่รู้สึกปวด ซึ่งมีคะแนน 0 – 19 คะแนน ได้แก่ กรามขวา กรามซ้าย หน้าอก

หน้าท้อง คอ ไหล่ขวา ไหล่ซ้าย ต้นแขนขวา ต้นแขนซ้าย ท่อนล่างแขนขวา ท่อนล่างแขนซ้าย ต้นขาขวา ต้นขาซ้าย ท่อนล่างขาขวา ท่อนล่างขาซ้าย หลังส่วนบน หลังส่วนล่าง สะโพกขวา และสะโพกซ้าย; 2) คะแนนความรุนแรงของอาการ (SS) คือ คะแนนรวมของความรุนแรงของสามอาการ ได้แก่ เหนื่อยล้า รู้สึกไม่สดชื่นเมื่อตื่นนอน ความทรงจำและสมาธิบกพร่อง ร่วมกับอาการร่วมอื่น ๆ ได้แก่ เวียนศีรษะ ซึมเศร้า รู้สึกบวม อาการชา ถ้าได้แปรปรวน ปวดศีรษะ วิดกกังวล ปวดประจำเดือน ผิดตั้ง เป็นต้น โดยมีคะแนน 0 - 12 คะแนน

การประเมินคุณภาพชีวิต อาศัยแบบสอบถาม SF-36 (version 2) ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลโดย กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย และคณะ⁽¹⁴⁾ ดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม SF-36 (version 2) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Ware และคณะ ในปี ค.ศ. 2000⁽¹⁵⁾ โดยทำการสัมภาษณ์ก่อนการรักษาโดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 36 ข้อ ครอบคลุม 2 หัวข้อใหญ่ 8 หัวข้อย่อย ได้แก่ 1) หมวดด้านร่างกาย ประกอบด้วย ความสามารถด้านร่างกาย, ข้อจำกัดเนื่องจากสุขภาพกาย, ความเจ็บปวดทางกาย และสุขภาพกายทั่วไป 2) หมวดจิตใจและสังคม ประกอบด้วย พลังชีวิต, กิจกรรมด้านสังคม, ข้อจำกัดจากอารมณ์, และสุขภาพจิต⁽¹⁶⁾ คำถามจะถูกนำมาจัดกลุ่มใหม่เป็น 8 หัวข้อดังกล่าวข้างต้น แล้วเปลี่ยนรหัสเป็นคะแนน เพื่อหาคะแนนรวมเฉลี่ยในแต่ละหัวข้อ คะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 100 คะแนน ซึ่งคะแนนมาก (high score) หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดี และได้ค่าเฉลี่ย (mean score) รวมถึงส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ซึ่งบอกถึงข้อจำกัดในด้านต่าง ๆ

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ข้อมูลจะได้รับการบันทึกด้วยโปรแกรม SPSS ความชุกของโรคไฟโบรไมอัลเจียแสดงด้วยความถี่และเปอร์เซ็นต์ สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ใช้แสดงผลข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา ดัชนีการกระจายอาการปวด (Widespread pain index) และคะแนนความรุนแรงของอาการใช้สถิติ Chi-Square test หรือ Fisher's Exact test เพื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม และใช้สถิติ one-way ANOVA เพื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลในกรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง และการเปรียบเทียบข้อมูลคะแนนระดับความปวด (Numerical rating scale) คะแนนคุณภาพชีวิตใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอาการปวดที่ไม่ได้มีสาเหตุจากโรคไฟโบรไมอัลเจีย และกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไฟโบรไมอัลเจีย การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดจะพิจารณาว่ามีความสำคัญทางสถิติต่อเมื่อมีค่า $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ผ่านเกณฑ์ทั้งสิ้น 447 ราย ในจำนวนนี้ได้จำแนกเป็น 6 กลุ่ม โดยอาศัยอาการปวด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวด และบริเวณที่ปวด มีผู้ที่ไม่มีอาการปวด จำนวน 97 ราย (ร้อยละ 21.7) ผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อน้อยกว่า 3 เดือน จำนวน 82 ราย (ร้อยละ 18.3) ผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อเฉพาะส่วนของร่างกายเรื้อรังมากกว่า 3 เดือน จำนวน 229 ราย (ร้อยละ 51.2) ผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อกระจายทั่วไปตามร่างกายเรื้อรังมากกว่า 3 เดือน จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 1.3) ผู้ที่

ได้รับการวินิจฉัยโรคไฟโบรมัยอัลเจีย จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 3.4) และผู้ที่มีอาการปวดจากสาเหตุอื่น ๆ จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 4) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไฟโบรมัยอัลเจียเป็นเพศหญิง 14 ราย (ร้อยละ 93.33) และเป็นเพศชาย 1 ราย (ร้อยละ 6.67) ไม่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ไม่มีอาการปวด กลุ่มอาการปวดที่ไม่ได้มีสาเหตุจากโรคไฟโบรมัยอัลเจีย และกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไฟโบรมัยอัลเจียในด้านอายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ไม่มีอาการปวด กลุ่มอาการปวดที่ไม่ได้มีสาเหตุจากโรคไฟโบรมัยอัลเจีย และกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไฟโบรมัยอัลเจีย

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ไม่มีอาการปวด	กลุ่มอาการปวด ที่ไม่ได้มีสาเหตุจาก โรคไฟโบรมัยอัลเจีย	กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัย โรคไฟโบรมัยอัลเจีย	p-value
	(n=97 คน)	(n=335 คน)	(n=15 คน)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				<0.001 ^π
ชาย	65 (67.01)	126 (37.61)	1 (6.67)	
หญิง	32 (32.99)	209 (62.39)	14 (93.33)	
อายุ, ปี				
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	56.76 (18.65)	56.00 (15.05)	50.33 (13.57)	0.344 [#]
ดัชนีมวลกาย, กก./ตร.ม.				
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	22.93 (2.70)	23.29 (2.85)	23.15 (2.95)	0.544 [#]
ระดับการศึกษา				0.120 [†]
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	18 (18.56)	65 (19.40)		
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าและอนุปริญญา	31 (31.96)	81 (24.18)	3 (20.00)	
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	48 (49.48)	189 (56.42)	12 (80.00)	
สถานภาพสมรส				0.205 [†]
โสด	30 (30.93)	73 (21.79)	6 (40.00)	
สมรส	61 (62.89)	234 (69.85)	8 (53.33)	
หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่	6 (6.19)	28 (8.36)	1 (6.67)	
การมีบุตร				0.035 ^π
ไม่มี	31 (31.96)	85 (25.37)	8 (53.33)	
มี	66 (68.04)	250 (74.63)	7 (46.67)	
อาชีพ				0.454 [†]
ข้าราชการหรือพนักงาน	24 (24.74)	123 (36.72)	4 (26.67)	
รับจ้าง	14 (14.43)	39 (11.64)	2 (13.33)	
ธุรกิจส่วนตัว	8 (8.25)	25 (7.46)	2 (13.33)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ หรือเกษียณ	51 (52.58)	148 (44.18)	7 (46.67)	
รายได้				0.323 [†]
ไม่มีรายได้	28 (28.87)	70 (20.90)	2 (13.33)	
น้อยกว่า 10,000 บาท	16 (16.49)	41 (12.24)	3 (20.00)	
10,000 ถึง 30,000 บาท	44 (45.36)	183 (54.62)	7 (46.67)	
มากกว่า 30,000 บาท	9 (9.28)	41 (12.24)	3 (20.00)	

สถิติที่ใช้ ^π Chi-Square test, [†] Fisher's Exact test, [#] One-way ANOVA

ดัชนีการกระจายอาการปวดทั่วร่างกาย และคะแนนความรุนแรงของอาการ มีค่าเท่ากับ 10.53 (3.46) และ 8.40 (1.80) ตามลำดับ โดยบริเวณของร่างกายที่มีอาการปวดมากที่สุด 3 ลำดับแรกในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไฟโบรไมอัลเจีย คือ คอและหัวไหล่ทั้งสองข้างมีความถี่เท่ากับร้อยละ 86.7 เท่ากัน และอาการร่วมที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ อาการเหนื่อยล้า (ร้อยละ 100) รู้สึกไม่สดชื่นเมื่อตื่นนอน (ร้อยละ 100) และอาการวิตกกังวล (ร้อยละ 93.3) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อาการร่วมที่พบในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไฟโบรไมอัลเจีย (n=15 คน)

	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เหนื่อยล้า	15	100
รู้สึกไม่สดชื่นเมื่อตื่นนอน	15	100
วิตกกังวล	14	93.33
ความทรงจำและสมาธิบกพร่อง	13	86.7
ปวดกล้ามเนื้อ	13	86.7
อาการชาเป็นเหน็บ	12	80
ปวดศีรษะ	12	80
เวียนศีรษะ	10	66.7
ปวดข้อ	9	60
นอนไม่หลับ	8	53.3
ซึมเศร้า	8	53.3
ผิวดึง	7	46.7
รู้สึกบวม	6	40
ภาวะไวต่อความเย็น	4	26.7
มีเสียงในหู	3	20
ลำไส้แปรปรวน	3	20
ปวดประจำเดือน	1	6.7

คะแนนระดับความปวดของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไฟโบรไมอัลเจียมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.67 (1.35) ซึ่งสูงกว่าผู้ที่ไม่มีอาการปวดที่ไม่ได้มีสาเหตุจากโรคไฟโบรไมอัลเจียซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.16 (1.88) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$)

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไฟโบรไมอัลเจียมีคะแนนคุณภาพชีวิตซึ่งวัดโดยใช้แบบสอบถาม SF-36 ในหมวดด้านร่างกายและหมวดจิตใจและสังคมเท่ากับ 35.45 (6.29) และ 34.33 (7.27) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนคุณภาพชีวิตพบว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไฟโบรไมอัลเจียมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีอาการปวดที่ไม่ได้มีสาเหตุจากโรคไฟโบรไมอัลเจียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุก ๆ ด้านของแบบสอบถาม SF-36 ดังแสดงในตารางที่ 3

บทวิจารณ์

ความชุกของโรคไฟโบรไมอัลเจียในการศึกษานี้มีค่าเท่ากับร้อยละ 3.4 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ก่อนหน้านี้ในประชากรทั่วไปในยุโรปตะวันตก ตุรกี และแอฟริกาใต้ ที่พบความชุกของโรคไฟโบรไมอัลเจียเท่ากับร้อยละ 0.7 ถึง 4.5, ร้อยละ 3.6 และร้อยละ 3.2 ตามลำดับ^(3,4) และสอดคล้องกับการศึกษาในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวและคลินิกอายุรกรรมทั่วไป⁽⁶⁾ เท่ากับร้อยละ 2.1 และร้อยละ 5.7 ตามลำดับ แต่พบน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาในคลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่มซึ่งรายงานโดย Wolfe และ Yanus⁽⁶⁾ ที่พบความชุกระหว่างร้อยละ 3.7 ถึง 20 ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าโรคไฟโบรไมอัลเจียมีความสัมพันธ์กับโรคข้อและรูมาติสซั่ม^(6,17) ซึ่งในคลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด มีผู้ป่วยโรคข้อและรูมาติสซั่มจำนวนน้อยกว่าที่พบในคลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม ทำให้พบความชุกของโรคไฟโบรไมอัลเจียต่ำกว่า แม้ว่าพบความชุกของโรคนี้เป็นจำนวนที่น้อยกว่าก็ตาม แต่ควรพิจารณาหรือคำนึงถึงในผู้ป่วยซึ่งมีอาการปวดเรื้อรังในหลายบริเวณของร่างกายและได้รับการรักษาแล้วอาการปวดไม่ดีขึ้น

ในการศึกษานี้พบความชุกในเพศหญิง ร้อยละ 93.33 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dokwe และ Brill^(8,9) ซึ่งพบความชุกในเพศหญิงร้อยละ 97.7 และ 82.86 ตามลำดับ Castro-Sánchez ได้ทำการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคไฟโบรไมอัลเจียมีระดับความปวดที่รุนแรงกว่า และระดับกันความรู้สึกเจ็บปวด (pressure pain threshold) น้อยกว่าในเพศชาย⁽¹⁸⁾ และการศึกษาของ Riley และคณะ พบว่าผู้ป่วยหญิงมีความไวและการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดมากกว่าเพศชาย⁽¹⁹⁾ ซึ่งอาจจะอธิบายว่าทำไมโรคไฟโบรไมอัลเจียจึงพบความชุกในเพศหญิงได้มากกว่าเพศชาย การศึกษาที่ก่อนหน้านี้พบว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไฟโบรไมอัลเจียมักจะมีจำนวนบุตรที่มาก⁽²⁰⁾ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษานี้ที่พบว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไฟโบรไมอัลเจียส่วนใหญ่ไม่มีบุตร อาจจะเป็นเพราะการศึกษาก่อนหน้านี้ทำในประชากรผู้หญิงชาวมุสลิมเบดูลิน ซึ่งครอบครัวชาวมุสลิมเบดูลินมีค่านิยมการมีบุตรจำนวนมาก⁽²⁰⁾ จึงอาจทำให้พบว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไฟโบรไมอัลเจียในการศึกษาก่อนหน้ามีจำนวนบุตรที่มากตามไปด้วย

คะแนนระดับความปวดในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไฟโบรไมอัลเจียมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าผู้ที่ไม่มีอาการปวดที่ไม่ได้มีสาเหตุจากโรคไฟโบรไมอัลเจียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Santos⁽²¹⁾ สำหรับดัชนีการกระจายอาการปวดทั่วร่างกายในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไฟโบรไมอัลเจียในการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Wolfe⁽¹⁰⁾ ที่มีค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เท่ากับ 11.4 (4.1) โดยบริเวณของร่างกาย

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) คุณภาพชีวิตซึ่งวัดโดยแบบสอบถาม SF-36 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอาการปวดที่ไม่ได้มีสาเหตุจากโรคไฟโบรไมอัลเจียและกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไฟโบรไมอัลเจีย

	กลุ่มอาการปวดที่ไม่ได้มีสาเหตุจากโรคไฟโบรไมอัลเจีย	กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไฟโบรไมอัลเจีย	p - value
หมวดด้านร่างกาย	41.15 (6.67)	35.45 (6.29)	0.001
ความสามารถด้านร่างกาย	45.97 (8.87)	37.81 (9.90)	0.001
ข้อจำกัดเนื่องจากสุขภาพกาย	44.27 (7.12)	36.28 (8.77)	<0.001
ความเจ็บปวดทางกาย	39.32 (7.20)	30.59 (5.78)	<0.001
สุขภาพกายทั่วไป	48.05 (8.56)	31.29 (8.55)	<0.001
หมวดจิตใจและสังคม	53.42 (7.25)	34.33 (7.27)	<0.001
พลังชีวิต	48.74 (7.13)	37.10 (6.59)	<0.001
กิจกรรมด้านสังคม	43.29 (7.68)	32.13 (8.95)	<0.001
ข้อจำกัดจากอารมณ์	52.94 (7.78)	33.59 (11.04)	<0.001
สุขภาพจิต	53.16 (8.18)	34.80 (6.46)	<0.001

สถิติที่ใช้ Independent t-test, ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

ที่มีอาการปวดมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ คอ ไหล่ซ้าย และไหล่ขวา มีความถี่เท่ากับร้อยละ 86.7 เท่ากัน แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Wolfe⁽⁶⁾ ที่พบว่าบริเวณของร่างกายที่มีอาการปวดมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ หลังส่วนล่าง คอ และไหล่ อาจเนื่องมาจากจำนวนผู้ได้รับการวินิจฉัยโรคไฟโบรไมอัลเจียในการศึกษานี้มีเพียง 15 ราย เทียบกับการศึกษาของ Wolfe ซึ่งมีจำนวน 81 ราย รวมถึงเชื้อชาติ อาชีพ และลักษณะการทำงานของผู้เข้าร่วมการศึกษาที่แตกต่างกัน โดยผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไฟโบรไมอัลเจียในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ลักษณะการทำงานต้องใช้คอมพิวเตอร์ต่อเนื่องเป็นเวลานานทำให้พบอาการปวดบริเวณคอและบ่าได้มากกว่า เช่นเดียวกับกับการศึกษาของประวิตร เจนวรรณกุล และคณะ⁽²²⁾ ในด้านคะแนนความรุนแรงของอาการพบใกล้เคียงกับการศึกษาของ Wolfe ซึ่งมีค่าเท่ากับ 8.0 (2.6)⁽¹⁰⁾

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไฟโบรไมอัลเจียและผู้ที่มีอาการปวดที่ไม่ได้มีสาเหตุจากโรคไฟโบรไมอัลเจียโดยใช้แบบสอบถาม SF-36 พบว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไฟโบรไมอัลเจียมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่มีอาการปวดที่ไม่ได้มีสาเหตุจากโรคไฟโบรไมอัลเจียในทุก ๆ ด้านของแบบสอบถาม SF-36 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman⁽¹²⁾

ซึ่งยังไม่พบว่าเคยมีการศึกษาใดที่กล่าวถึงความชุกของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไฟโบรไมอัลเจีย ในผู้ที่มารับบริการของคลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูมาก่อน ในทางเวชปฏิบัติจึงควรตระหนักถึงโรคไฟโบรไมอัลเจียในผู้ป่วยซึ่งมารับบริการด้วยอาการปวดหลายตำแหน่ง ตำแหน่งที่ปวด รวมถึงอาการร่วมอื่น ๆ ที่คล้าย

คลึงกับในการศึกษานี้ เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้รับการคัดกรองด้วยเครื่องมือวินิจฉัยกลุ่มอาการไฟโบรไมอัลเจีย (ACR 2010) รวมถึงการวินิจฉัยโรค การวางแผนการรักษา และการส่งต่อคลินิกระงับปวดหรือจิตเวชในรายที่มีอาการปวดรุนแรงหรือมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ตามความเหมาะสมของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นลง⁽¹¹⁾

อย่างไรก็ดีเมื่อเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ⁽²³⁾ เครื่องมือวินิจฉัยกลุ่มอาการไฟโบรไมอัลเจีย (ACR 2010) ฉบับภาษาไทยนั้นยังไม่มีการศึกษาหาความเที่ยงตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามแต่อย่างใด ซึ่งคงต้องรอการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมต่อไป การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ไม่ครอบคลุมช่วงฤดูหนาว ซึ่งอาจทำให้ความชุกที่ได้แตกต่างออกไป ผลที่ได้จากการศึกษานี้ไม่อาจนำไปใช้กับประชากรทั่วไปได้และอาจไม่สามารถสรุปได้ว่าคลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่อื่น ๆ นอกจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจะมีความชุกที่คล้ายคลึงกัน

กล่าวโดยสรุปความชุกของโรคไฟโบรไมอัลเจียพบได้น้อยกว่ากลุ่มอาการปวดจากสาเหตุอื่นในผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของคลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ควรตระหนักถึงโรคนี้ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังบริเวณกล้ามเนื้อและพังผืดซึ่งมีรูปแบบการกระจายของอาการทั่วร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเพศหญิง หากเปรียบเทียบจะพบว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการปวด, บริเวณที่ปวด, ความรุนแรงของอาการร่วม, และการลดลงของคุณภาพชีวิตที่มากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มอาการปวดจากสาเหตุอื่น

เอกสารอ้างอิง

1. Thai Association for the study of pain. Myofascial Pain Syndrome Fibromyalgia. Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public Company Limited; 2009. page 15-28.
2. Bannwarth B, Blotman F, Roué-Le Lay K, Caubère JP, André E, Taïeb C. Fibromyalgia syndrome in the general population of France: a prevalence study. *Joint Bone Spine* 2009; 76: 184-7.
3. Branco JC, Bannwarth B, Failde I, AbelloCarbonell J, Blotman F, Spaeth M, et al. Prevalence of fibromyalgia: A Survey in five European Countries. *Semin Arthritis Rheum* 2010; 39: 448-53.
4. Topbas M, Cakirbay H, Gulec H, Akgol E, Ak I, Can G. The prevalence of fibromyalgia in women aged 20-64 in Turkey. *Scand J Rheumatol* 2005; 34: 140-4.
5. Andary MT, Wieting JM, Baer D, Naftulin S, Hallgren RC. The prevalence of fibromyalgia in collegiate athletes. *J Clin Rheumatol* 2004; 10: 323-5.
6. Wolfe F. Fibromyalgia: the clinical syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 1989; 15: 1-18.
7. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 19-28.
8. M. S. Dokwe, G. Omondioyoo, E. O. Amayo. Prevalence of Fibromyalgia at the Medical out Patient Clinic. *Kenyatta National Hospital. East Afr Med J* 2011; 88: 155-62.
9. Brill S, Ablin JN, Goor-Aryeh I, Hyat K, Slefer A, Buskila D; Tel Aviv-Sourasky Medical Center. Prevalence of fibromyalgia syndrome in patients referred to a tertiary pain clinic. *J Investig Med.* 2012; 60: 685-8.
10. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010; 62: 600-10.
11. Annemans L, Wessely S, Spaepen E, Caekelbergh K, Caubère JP, Le Lay K, Taïeb C. Health economic consequences related to the diagnosis of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum.* 2008; 58: 895-902.
12. Hoffman DL, Dukes EM. The health status burden of people with fibromyalgia: a review of studies that assessed health status with the SF-36 or the SF-12. *Int J ClinPract.* 2008; 62: 115-26.
13. Prateepavanich P, Aromdee E, Chaudakshetrin P, Laurujisawat P, Pongvarin N, Leartsakulpanitch J, et al. Modifications of the American College of Rheumatology 2010 Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia Syndrome and Measurement of Symptom Severity as a Screening Tool for its Diagnosis [ACR 2010 FMS-STD]: Lessons Learned from the Process of Translation and Validation into a Thai Version. *Journal of Musculoskeletal Pain [Internet].* 2014 Feb [cited 2014 Feb 04];22(1):7-12. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/10582452.2014.883014>
14. Jirarattanaphochai K, Jung S, Sumananont C, Saengnipanthkul S. Reliability of the medical outcomes study short-form survey version 2.0 (Thai version) for the evaluation of low back pain patients. *J Med Assoc Thai* 2005; 88: 1355-61.
15. Ware JE. SF-36® Health Survey Update [Internet]. Lincoln: Quality Metric Incorporated; 2003 [cited 2013 Jun 30]. Available from: <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>
16. ธนกรณ์ งามเชวง, ดุจใจ ชัยวานิชศิริ. คุณภาพชีวิตภายหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ (CABG) ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *เวชศาสตร์ฟื้นฟู* 2544; 10(3): 107-116.
17. Wolfe F, Michaud K. Severe rheumatoid arthritis (RA), worse outcomes, comorbid illness, and sociodemographic disadvantage characterize RA patients with fibromyalgia. *J Rheumatol* 2004; 31: 695-700.
18. Castro-Sánchez AM, Matarán-Peñarocha GA, López-Rodríguez MM, Lara-Palomo IC, Arendt-Nielsen L, Fernández-de-las-Peñas C. Gender differences in pain severity, disability, depression, and widespread pressure pain sensitivity in patients with fibromyalgia syndrome without co-morbid conditions. *Pain Med* 2012; 13: 1639-47.
19. Riley JL, Robinson ME, Wise EA, Myers CD, Fillingim RB. Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: a meta-analysis. *Pain* 1998; 74: 181-7.
20. Peleg R, Ablin JN, Peleg A, Neumann L, Rabia RA, Buskila D. Characteristics of fibromyalgia in Muslim Bedouin women in a primary care clinic. *Semin Arthritis Rheum.* 2008; 37: 398-402.
21. Santos AM, Burti JS, Lopes JB, Sczufca M, Marques AP, Pereira RM. Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain in community-dwelling elderly subjects living in São Paulo, Brazil. *Maturitas.* 2010; 67: 251-5.
22. Janwantanakul P, Pensri P, Jiamjarasrangsi V, Sinsongsook T. Prevalence of self-reported musculoskeletal symptoms among office workers. *Occup Med (Lond).* 2008; 58: 436-8.
23. Usui C, Hatta K, Aratani S, Yagishita N, Nishioka K, Kanazawa T, et al. The Japanese version of the modified ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and the Fibromyalgia Symptom Scale: reliability and validity. *Mod Rheumatol* 2013; 23: 846-50.