

การศึกษาหาความชุกของโรคไฟโบรมัยอัลเจียในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ มัยโอฟาสเซียลเรื้อรัง

ประติษฐ์ ประทีปะวนิช¹, ดวงพร ชัดตินานนท์¹, อัจฉรา สุวรรณนาคินทร²

¹ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, ²การพยาบาลศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

The Prevalence of Fibromyalgia in Chronic Myofascial Pain Syndrome Patients

Prateepavanich P¹, Kattinanon D¹, Suwannakin A²

¹Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

²Surgical Nursing Unit, Siriraj Hospital

ABSTRACT

Objectives: To study the prevalence of fibromyalgia (FM) in chronic myofascial pain syndrome (MPS) patients.

Study design: Descriptive study

Setting: Outpatient clinic, Physical Medicine and Rehabilitation Department, Siriraj hospital.

Subjects: Seventy patients, aged 20-60 years who were diagnosed with MPS more than 3 months, and visited between september 2012 to september 2013.

Methods: All the subjects were face-to-face interviewed with a screening tool for the diagnosis of FM based on the ACR 2010 criteria validated and translated into Thai version. Including factors that might influence the course of the disease were also reviewed.

Results: Eighteenth out of 70 patients of chronic MPS (25.7%) fulfilled the criteria of FM (95% Confidence Interval: 16.9% - 37.0%). The most common site of pain found in those with FM was neck (50%) whereas in those without FM was either side of shoulder (51.9%). Stress as an aggravating factor was found more in those with FM than in those without FM (12/18 and 14/52, p=0.003). No statistical significance in age, sex, pain duration and average pain severity between these two groups.

Conclusion: The prevalence of fibromyalgia in patient with chronic myofascial pain syndrome was 25.7%.

Keywords: fibromyalgia, chronic myofascial pain syndrome, prevalence

J Thai Rehabil Med 2017; 27(2): 71-76.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาความชุกของโรคไฟโบรมัยอัลเจีย (FM) ในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อมัยโอฟาสเซียลเรื้อรัง (MPS)

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา

สถานที่ทำการวิจัย: คลินิกผู้ป่วยนอก ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มประชากร: ผู้ป่วยอายุ 20-60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น MPS มานานกว่า 3 เดือน ซึ่งเข้ารับการรักษาระหว่างกันยายน 2555 ถึงกันยายน 2556 จำนวน 70 ราย

วิธีการศึกษา: ชักประวัติและสัมภาษณ์ผู้ป่วย MPS ด้วยเครื่องมือคัดกรองเพื่อวินิจฉัย FM ตามเกณฑ์ของ ACR 2010 ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย รวมถึงปัจจัยที่อาจมีผลต่อการดำเนินโรค

ผลการศึกษา: ในผู้ป่วย 70 ราย พบความชุกของ FM 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.7 (95% CI: 16.9%-37.0%) พบว่าตำแหน่งอาการปวดที่พบบ่อยที่สุดมีความแตกต่างกันโดย กลุ่มที่มี FM ร่วมด้วยพบอาการปวดที่บริเวณคอ (ร้อยละ 50) ในขณะที่กลุ่ม MPS อย่างเดียว พบว่าข้างใดข้างหนึ่ง (ร้อยละ 51.9) ความเครียดเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้อาการปวดรุนแรงมากขึ้นในกลุ่มที่มี FM ร่วมด้วย ต่างกับกลุ่ม MPS อย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญคือ (12/18 และ 14/52, p= 0.003) ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างเรื่อง อายุ เพศ ระยะเวลาอาการปวด และความรุนแรงของอาการปวดโดยรวมระหว่างทั้งสองกลุ่ม

สรุป: พบความชุกของโรคไฟโบรมัยอัลเจียในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อมัยโอฟาสเซียลเรื้อรังร้อยละ 25.7

คำสำคัญ: โรคไฟโบรมัยอัลเจีย กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อมัยโอฟาสเซียลเรื้อรัง ความชุก

เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2560; 27(2): 71-76.

Correspondence to: Pradit Prateepavanich, M.D.; Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700 Thailand; E-mail: pradit.pra@mahidol.ac.th

บทนำ

อาการปวดเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในทางเวชปฏิบัติและที่นับว่าเป็นปัญหาสำคัญอันหนึ่ง คือ อาการปวดเรื้อรังซึ่งโรคปวดกล้ามเนื้อไฟโบรมัยอัลเจีย (fibromyalgia, FM) และกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้ออัยโอฟาเซียล (myofascial pain syndrome, MPS) ถือว่าเป็นโรคที่พบได้เป็นอันดับต้น ๆ ของปัญหานี้

MPS คือกลุ่มอาการปวดที่มีลักษณะปวดร้าว (referred pain) และ/หรืออาการปวดระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic symptoms) ซึ่งเกิดขึ้นในบริเวณใดบริเวณหนึ่ง (regional pain) อาการต่าง ๆ เกิดจากจุดที่เรียกว่า myofascial trigger point (MTrP) ซึ่งเป็นจุดที่ไวต่อการกระตุ้นซึ่งอยู่ส่วนปลาย (peripheral sensitization) โดยเป็นจุดที่มีขนาดเล็ก มีความไวสูง (hypersensitive area) มักเกิดร่วมกับหลายจุดจนอาจคล้ายได้เป็นก้อน (nodule) หรือเป็นลากล้ามเนื้อที่แข็งตึง (taut band)⁽¹⁾ ความชุกของ MPS นี้มีความแตกต่างกันไปในแต่ละการสำรวจ เช่น ในคลินิกออร์โธปิดิกส์ทั่วไปพบร้อยละ 21 ส่วนในคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไปพบร้อยละ 30 จากการศึกษาของ Borg-Stein J และ Simons DG⁽¹⁾

FM เป็นโรคที่มีความเรื้อรังและการกระจายของอาการปวดหลายแห่งตามตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกาย ลักษณะดังกล่าวเป็นคุณสมบัติเด่นทางคลินิก จากการศึกษาในประชากรทั่วไปของประเทศสหรัฐอเมริกา พบความชุกของโรค FM ประมาณร้อยละ 2 เพศหญิงพบบ่อยกว่าเพศชายในอัตราส่วน 7:1⁽²⁾ และพบว่าเป็นโรคที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก⁽³⁾

FM กับ MPS นอกจากอาจมีอาการคล้ายคลึงกัน ยังเป็นสองกลุ่มอาการปวดที่พบร่วมกันได้บ่อย⁽⁴⁾ จากการศึกษาของ Cakit และคณะพบว่าประมาณร้อยละ 23.6 ของกลุ่มผู้ป่วย MPS บริเวณคอเข้าได้กับ FM ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ The ACR 1990 criteria⁽⁵⁾

ที่ผ่านมาข้อมูลส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับ FM ได้จากการศึกษาที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของเกณฑ์การวินิจฉัยด้วย The American College of Rheumatology diagnostic criteria 1990 (The ACR 1990 criteria) คือมีอาการปวดเรื้อรังกระจายตามตำแหน่งส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (chronic widespread pain) นานกว่า 3 เดือน ร่วมกับตรวจพบจุดกดเจ็บ (tender point) อย่างน้อย 11 จุดใน 18 จุดตามตำแหน่งที่กำหนดโดยอาศัยแรงกดด้วยน้ำหนักประมาณ 4 กิโลกรัม/ตารางเซนติเมตร ต่อมาพบปัญหาต่าง ๆ ในการใช้เกณฑ์นี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความน่าเชื่อถือในการตรวจจุดกดเจ็บ สมาคมกลุ่มโรคข้อประเทศไทยนั้น จึงได้ปรับเปลี่ยนเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่โดยเผยแพร่ออกมาเมื่อปี ค.ศ. 2010 (The American College of Rheumatology diagnostic criteria 2010: The ACR 2010 criteria) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากที่สำคัญคือไม่มีการตรวจหาจุดกดเจ็บอยู่ในเกณฑ์ แต่ได้นำดัชนีการกระจายอาการปวดทั่วร่างกาย อาการเหนื่อยล้า ความรู้สึกไม่สดชื่นเมื่อตื่นนอน ความทรงจำและสมาธิบกพร่องและอาการร่วมอื่น ๆ มาประกอบการวินิจฉัยสำหรับประเทศไทยได้มีการแปลและจัดทำเป็นเครื่องมือในการคัดกรองสำหรับการตรวจวินิจฉัยโรค FM เป็นภาษาไทยซึ่งมีความไว (ร้อยละ 85.37) และความจำเพาะ (ร้อยละ 87.50)⁽⁶⁾

สาเหตุของ FM ยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจน เชื่อกันทั่วไปว่าเป็นกรณีของหลายปัจจัยร่วมกัน (multifactor) ผู้ป่วยแต่ละคนนั้นมักจะมีปัจจัยแตกต่างกันแต่ผลรวมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการรับรู้อาการปวดในระบบประสาทส่วนกลางมีความไวมากขึ้น (central sensitization) ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีกรกล่าวถึง ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ การติดเชื้อได้แก่ Parvovirus, Epstein-Barr virus, Lyme disease, Q fever ประวัติประสบอุบัติเหตุได้แก่ อุบัติเหตุทางรถยนต์ มีการเปลี่ยนแปลงทางฮอโมนได้แก่ ภาวะฮอโมนไทรอยด์ต่ำ ยาบางกลุ่มหรือวัคซีนบางชนิด ภาวะความเครียด ความบีบคั้นทางจิตใจ การได้พบเหตุการณ์ร้ายแรง และกลุ่มโรคความปวดบริเวณส่วนปลาย (peripheral pain generator) เป็นต้น⁽⁷⁾ และการศึกษารวบรวมข้อมูลพบว่า MTrP พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรค FM และจัดเป็น peripheral pain generator ที่อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการของอาการปวดในระบบประสาทส่วนกลางที่มีความไวมากขึ้น⁽⁸⁻¹¹⁾ จากการศึกษาของ Affaitati G. และคณะพบว่า การรักษา MTrP ที่พบร่วมในผู้ป่วยโรค FM ไม่เพียงแต่ทำให้ความรุนแรงของอาการปวดเฉพาะที่ลดลงยังทำให้ระดับความรุนแรงของอาการปวดในตำแหน่งส่วนอื่น ๆ ของร่างกายลดลง รวมทั้งความทนต่อการปวด (pain threshold) เพิ่มขึ้นด้วย⁽¹²⁾

FM และ chronic MPS จึงเป็นกลุ่มอาการปวดเรื้อรังที่อาจมีอาการทางคลินิกคล้ายกันแต่กลไกการเกิดพยาธิสภาพและการรักษารวมถึงการพยากรณ์โรคต่างกันอย่างมาก เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่าง FM กับ MPS นับว่ายังขาดข้อมูลที่ชัดเจน เพื่อเป็นการเพิ่มเติมฐานข้อมูลและประโยชน์ในการรักษาที่ครอบคลุม ผู้ทำการวิจัยจึงมีความสนใจในการค้นหาความชุกและศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยโรค FM ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยเกณฑ์การวินิจฉัยด้วย The ACR 2010 criteria กับผู้ป่วยในผู้ป่วยกลุ่มอาการ chronic MPS

วิธีการศึกษา

กลุ่มประชากร

ผู้ป่วยอายุ 20-60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น MPS ตามเกณฑ์ที่ดัดแปลงของ Simon และคณะ, 1990 มานานกว่า 3 เดือน ซึ่งเข้ารับการรักษาระหว่างกันยายน 2555 ถึงกันยายน 2556

เกณฑ์การวินิจฉัย MPS (ดัดแปลงจาก Simon และคณะ, 1990) **เกณฑ์หลัก (major criteria)**

1. มีอาการปวดบริเวณใดบริเวณหนึ่งของร่างกาย (regional pain)
2. มีอาการปวดหรือการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกในบริเวณที่ควรจะมีปวดร้าวตามแบบแผนของ MTrP
3. ในกล้ามเนื้อเนื้อมัดที่อยู่ไม่ลึกนักสามารถคลำได้ taut band
4. ในความยาวของ taut band จะต้องมียจุดที่กดเจ็บที่สุดชัดเจน
5. เมื่อทำการวัดพิสัยการเคลื่อนไหวจะมีการลดลง

เกณฑ์รอง (minor criteria)

1. สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการปวดหรือความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงไปได้ด้วยการกดที่จุดปวดนี้
2. สามารถกระตุ้นให้เกิด local twitch response ได้ด้วยการ

ทางเข็มหรือคดลงในแนวตั้งฉากกับ taut band ตรงตำแหน่งที่มีจุดปวด

3. การบริหารยืดกล้ามเนื้อหรือฉีดยาที่จุดปวดจะทำให้อาการปวดลดลงได้

*การวินิจฉัย MPS ต้องประกอบด้วยทุกกรณีของ major criteria ร่วมกับอย่างน้อยหนึ่งกรณีของ minor criteria

เกณฑ์การคัดเข้า

• ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น MPS ตามเกณฑ์การวินิจฉัยและที่ได้รับการตัดแปลงของ Simon และคณะ, 1990 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ใช้ในทางปฏิบัติและมีความปลอดภัยสูงสุดเมื่อเทียบกับหัวข้ออื่น

- ผู้ป่วยมีอาการมานานกว่า 3 เดือน
- อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 20-60 ปี
- ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

• มีประวัติกลุ่มโรคข้ออักเสบต่าง ๆ เช่น rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, systemic lupus erythematosus, sjogren's syndrome, polymyalgia rheumatic เป็นต้น

• มีประวัติกลุ่มโรค inflammatory myositis เช่น polymyositis, dermatomyositis, other connective tissue disease, metabolic myopathy เป็นต้น

• มีประวัติโรคความผิดปกติของฮอร์โมน เช่น hypothyroidism, hyperparathyroidism, cushing's syndrome, diabetes mellitus เป็นต้น

• มีประวัติเป็นโรคปลอกประสาทอักเสบ multiple sclerosis, โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง myasthenia gravis เป็นต้น

- มีประวัติโรคมะเร็ง
- มีประวัติโรคติดเชื้อ ได้แก่ viral hepatitis C เป็นต้น
- มีประวัติโรค osteomalacia
- ตั้งครรภ์

วัสดุอุปกรณ์/เครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูลสำหรับผู้ป่วยจำนวน 70 ราย แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลอาการปวดของผู้เข้าร่วมวิจัย
2. เครื่องมือวินิจฉัยโรค fibromyalgia (The ACR 2010 criteria)

ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย⁽⁶⁾

ขั้นตอนการวิจัย

1. เชิญชวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น MPS ตามเกณฑ์การวินิจฉัยที่ได้รับการตัดแปลงของ Simon et al. 1990 มานานกว่า 3 เดือน และเป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้า

2. ผู้ป่วยได้รับการชี้แจงและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมงานวิจัย

3. ผู้ป่วยลงชื่อยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย
4. เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมดจำนวน 2 ครั้ง
 - การเข้าร่วมครั้งที่ 1

o ซักประวัติผู้ป่วยตามแบบบันทึกข้อมูลในส่วนข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัยคือ ข้อมูลอาการปวดได้แก่ รูปแบบลักษณะของอาการปวด และปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบและลดอาการ ด้วยแบบบันทึกข้อมูลที่มีการประเมินโดยตนเอง (self assessment) แบบคำถามปลายเปิด (open end)

o ซักประวัติผู้ป่วยด้วยเครื่องมือวินิจฉัยโรค fibromyalgia (The ACR 2010 criteria) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย

o เจาะเลือดส่งตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการที่อาจพิจารณาเมื่อมีลักษณะอาการทางคลินิกที่สงสัยหรือมีสิ่งชี้แนะเพื่อวินิจฉัยแยกโรคต่าง ๆ ได้แก่การเจาะเลือดเพื่อตรวจหาความสมบูรณ์ของเลือด (CBC), c-reactive protein, ฮอรโมนไทรอยด์ในเลือด (TFT), การทำงานของตับ (LFT), ESR, CPK

o บันทึกข้อมูลที่ได้ในแบบบันทึกข้อมูล

- การเข้าร่วมครั้งที่ 2

o บอกผลจากการส่งตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการสรุปผลการวินิจฉัยให้รักษาและให้คำแนะนำ

การวิเคราะห์ทางสถิติ

คำนวณขนาดตัวอย่างเท่ากับ 70 ราย คาดว่าความชุกที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 10% อ้างอิงจากการศึกษาเรื่อง co-morbidity of fibromyalgia and cervical myofascial pain syndrome โดย Cakit และคณะ⁽⁵⁾

ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ และข้อมูลอาการปวดได้แก่ ระยะเวลาอาการปวดความรุนแรงของอาการปวดแสดงผลเป็น ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว และข้อมูลอาการปวดได้แก่ ตำแหน่งแรกเริ่มที่มีอาการปวดปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบและลดอาการแสดงผลเป็นจำนวน

เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลอาการปวด ปัจจัยต่าง ๆ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัย FM กับกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรค FM โดยใช้สถิติ independent t-test Chi-square test และ Fisher exact test โดยให้ค่า p -value < 0.05 มีนัยสำคัญทางสถิติ

การคำนวณค่าทางสถิติใช้โปรแกรม PASW statistics (SPSS) version 18.0

หมายเหตุ การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาในการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการได้ ตามรหัสโครงการวิจัย 272/2555 (EC1)

ผลการศึกษา

ผู้ป่วย MPS ที่เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 70 ราย ในการศึกษานี้มีอายุระหว่าง 24-59 ปี (เฉลี่ย 42.4±10.9 ปี) เป็นหญิง 59 ราย และชาย 11 ราย ข้อมูลพื้นฐานต่าง ๆ (ตารางที่ 1) พบความชุกโรค FM 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.7 (95% Confidence Interval = ร้อยละ 16.9-37.0) ส่วนที่เหลือ 52 ราย เป็นกลุ่ม MPS อย่างเดียว ระหว่าง

กลุ่มผู้ป่วย MPS ที่พบ FM ร่วมกับกลุ่มที่เป็น MPS อย่างเดียว ไม่พบความแตกต่างทางสถิติในเรื่องอายุ (42.8±9.9 ปี และ 42.3±11.2 ปี, $p=0.451$) อัตราส่วนของเพศ (หญิง:ชาย 15:3 และ 44:8, $p=1.000$) รวมถึงโรคประจำตัวต่าง ๆ

เกี่ยวกับลักษณะทางคลินิก ดังแสดงในตารางที่ 2 ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญในระยะเวลาที่มีอาการปวด (4.8±3.5 ปี และ 3.6±3.4 ปี, $p=0.230$) ความรุนแรงของอาการปวดโดยรวมที่วัดด้วย VAS score (6.5±2.4 และ 5.5±2.1, $p=0.094$) ช่วงปวดมากที่สุด (8.3±1.8 และ 7.5±1.9, $p=0.117$) ยกเว้นช่วงปวดน้อยที่สุดซึ่งกลุ่มที่ไม่พบ FM ร่วมกับมีอาการน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (3.8±2.1 และ 2.8±1.6, $p=0.045$) ทั้งสองกลุ่มมีตำแหน่งของอาการปวดที่พบบ่อยสุดต่างกัน คือกลุ่มที่พบ FM ร่วม 9 ใน 18 ราย หรือร้อยละ 50.0 คอเป็นตำแหน่งซึ่งพบอาการบ่อยที่สุด ส่วนกลุ่ม MPS อย่างเดียวว่าขาหรือขาคือตำแหน่งที่พบอาการปวดบ่อยที่สุด คือ 27 ใน 52 ราย (ร้อยละ 51.9) และกลุ่มที่มี FMS ร่วมพบปวดบ่นน้อยกว่าชัดเจน คือ 2

ใน 18 ราย หรือร้อยละ 11.1 ซึ่งต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.002$) สำหรับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการปวดดังแสดงในตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่ามีความเครียดเป็นปัจจัยที่ทำให้มีอาการต่าง ๆ รุนแรงมากขึ้น (12 ใน 18 ราย กับ 14 ใน 52 ราย, $p=0.003$) และไม่มีความเครียดทำให้อาการลดลง (11 ใน 18 ราย กับ 12 ใน 52 ราย, $p=0.003$) ได้บ่อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่มี FM ร่วม

บทวิจารณ์

MPS และ FM เรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่มีอาการทางคลินิกคล้ายกันได้ แต่แตกต่างกันในเรื่องกลไกพยาธิสภาพ การรักษาและการพยากรณ์โรค ความสำคัญทางคลินิกอีกอย่างคือ MPS พบร่วมกับ FM ได้⁽⁴⁾ ดังการศึกษาของ Cakit และคณะ⁽⁵⁾ ในผู้ป่วย MPS ที่ปวดคอพบว่าร้อยละ 23.7 มี FM ร่วมด้วย และการศึกษาของ Gerwin RD⁽¹³⁾ ในผู้ป่วย FM พบ MTrP ถึงร้อยละ 72

Table 1. Basic information of the myofascial pain syndrome (MPS) patients, compared between those with and without fibromyalgia syndrome (FM).

	Total (n=70)	MPS + FM (n=18)	MPS (n=52)	p-value
Age				
Mean (SD) ¹	42.4 (10.9)	42.3 (11.2)	42.3 (11.7)	0.451
Sex				
Female : male ²	59:11	15:3	44:8	1.000
Underlying disease ²				
- HT	5	1	4	1.000
- DLP	3	0	3	0.564
- Migraine	6	3	3	0.172
- C-spondylosis	1	1	0	0.257
- L-spondylosis	1	1	0	0.257
- HNP, Cervical part	1	0	1	1.000
- HNP, Lumbar part	2	0	2	1.000
- OA knee	1	0	1	1.000
- Allergic rhinitis	8	4	4	0.190
- Epilepsy	1	1	0	1.000
- Dyspepsia	1	0	1	1.000
- MDD	1	0	1	1.000

HT, hypertension; DLP, dyslipidemia; HNP, herniated nucleus pulposus; OA, osteoarthritis; MDD, major depressive disorder
¹ independent t-test, ²Fisher exact test.

Table 2. Pain information of the myofascial pain syndrome (MPS) patients, compared between those with and without fibromyalgia syndrome (FM)

	MPS + FM (n=18)			MPS (n=52)			p-value		
	In general	Most	Least	In general	Most	Least	In general	Most	Least
Severity of pain (VAS score) ¹	6.5 (2.4)	8.3 (1.8)	3.8 (2.1)	5.5 (2.1)	7.5 (1.9)	2.8 (1.6)	0.094	0.117	0.045
Position of pain ²									
- neck		9			14				0.072
- Shoulder girdle		2			27				0.002
- Lower arm		0			1				1.000
- Upper back		4			4				0.190
- Lower back		2			5				1.000
- Can not definite		1			1				0.451
Pain duration (year) ¹	4.8±3.5			3.6±3.4					0.230

*Mean (SD), ¹ independent t-test, ² Fisher exact test

Table 3. The comparison of factors that influence the severity of pain between MPS patients with and without FM.

Factors	MPS + FM (n=18)	MPS (n=52)	p-value
Aggravating factors¹			
- Working	16	38	0.209
- Repetitive activities	12	30	0.503
- Stress	12	14	0.003
- Carrying heavy loads	3	10	1.000
- Older	0	3	0.564
- Neck flick / whiplash injury	1	1	0.451
- Not defined	2	8	1.000
Relieving factors²			
- Rest	17	41	0.166
- No stress	11	12	0.003
- Exercise	5	7	0.274
- Massage	6	10	0.328
- Muscle stretching	0	10	0.054
- Dry needling	1	4	1.000
- Pain understanding and coping	0	3	0.564

^{1,2} Fisher exact test

จากการศึกษาในผู้ป่วย chronic MPS จำนวน 70 ราย ครึ่งนี้พบว่า มีความชุกของโรค FM 18 ราย (ร้อยละ 25.7) เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่าง กลุ่ม MPS ที่มี FM ร่วม และกลุ่มที่เป็น MPS อย่างเดียวคือ 52 ราย (ร้อยละ 74.3) ในทางสถิติทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างกันในเรื่อง อายุเฉลี่ย ระยะเวลาที่มีอาการ และเพศหญิงพบบ่อยกว่าเพศชาย ประมาณ 5 เท่าเหมือนกัน

ในเรื่องความรุนแรงของอาการปวดโดยทั่วไป FM เป็นโรคที่มีความรุนแรงของอาการปวดมาก⁽¹⁴⁾ เมื่อเกิดร่วมกับโรคอื่นจะทำให้โรคเหล่านั้นมีความรุนแรงมากขึ้น สามารถนำมาอธิบายข้อมูลที่พบว่าอาการปวดในช่วงที่น้อยที่สุดในกลุ่ม MPS ที่พบ FM ร่วมมีความรุนแรงกว่าที่พบในกลุ่มที่เป็น MPS อย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญได้ ส่วนความรุนแรงอาการปวดโดยรวม และช่วงที่ปวดมากที่สุด ถึงแม้จะสูงกว่าแต่ไม่มีนัยสำคัญนั้นอาจเป็นเรื่องจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาที่ไม่มากพอ

สำหรับตำแหน่งปวดที่พบบ่อยที่สุดพบว่าแตกต่างกัน คือกลุ่ม MPS อย่างเดียวเป็นตำแหน่งบ่าข้างใดข้างหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับหลายรายงานที่พบว่า MTrip ที่พบบ่อยที่สุดอยู่ในกล้ามเนื้อบ่า คือ trapezius⁽¹⁵⁻¹⁹⁾ ในขณะที่กลุ่ม MPS ที่พบ FMS ร่วมพบปวดคอบ่อยที่สุดซึ่งอาจเป็นผลมาจาก FM ที่เกิดร่วม เนื่องจากอาการปวดตามแนวแกนกลางลำตัวคืออาการเด่นของ FM⁽²⁰⁾ ซึ่งมีความสำคัญในทางคลินิก ให้พึงระลึกว่าตำแหน่งของ MPS เป็นปัจจัยหนึ่งต่อโอกาสที่อาจจะพบ FM ร่วม

นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยในการศึกษานี้ไม่พบว่ามีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ยกเว้นความเครียด และไม่มี ความเครียดเป็นปัจจัยที่ทำให้ อาการรุนแรงขึ้นและลดลงตามลำดับในกลุ่มที่พบ FM ร่วมด้วย บ่อยกว่ากลุ่มที่พบ MPS อย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอธิบายได้จากที่ทั้ง MPS และ FM มีความเครียด เป็นปัจจัยกระตุ้นเช่นเดียวกัน^(10, 17) อย่างไรก็ตามก็ตามข้อมูลเกี่ยวกับความเครียดของการวิจัยนี้เป็นเพียงการสอบถามอย่างเรียบง่าย ควรได้มีการศึกษาโดยอาศัยการประเมินด้วยเครื่องมือ

ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่มีรายละเอียดต่อไป

สรุป จากการศึกษานี้พบความชุกของโรค FM ในผู้ป่วย MPS ร้อยละ 25.7 ซึ่งเป็นจำนวนที่ไม่น้อย จึงมีความสำคัญทางคลินิก โดยเฉพาะการรักษาที่เหมาะสมและครบถ้วน ในด้านลักษณะประชากรไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่พบ FM ร่วมด้วย และกลุ่ม MPS อย่างเดียว แต่พบความแตกต่างเรื่องลักษณะอาการทางคลินิก คือ ตำแหน่งอาการปวดที่พบบ่อยที่สุด โดยกลุ่ม MPS ที่พบ FM ร่วมด้วยมีปวดคอ ในขณะที่กลุ่ม MPS อย่างเดียวพบปวดบ่าข้างใดข้างหนึ่งบ่อยที่สุด และพบว่าความเครียดเป็นปัจจัยซึ่งมีผลต่อความรุนแรงของอาการอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่พบ FM ร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

คุณสุทธิพล อุดมพันธุ์รัก สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง

- Borg-Stein J, Simons DG. Myofascial pain. Arch Phys Med Rehabil. 2002;83:40-7.
- Goldenberg DL, Clauw DJ, Fitzcharles MA. New concepts in pain research and pain management of the rheumatic diseases. J Sem Arthritis. 2011;41:319-34.
- Wolfe F. Fibromyalgia. Rheum Dis Clin North Am. 1990;16:681-98.
- Chaitow L. Fibromyalgia syndrome a practitioner's guide to treatment, 3rd edition, London: Churchill Livingstone. 2009.
- Cakit BD, Taskin S, Nacir B, Unlu I, Genc H, Erdem HR. Comorbidity of fibromyalgia and cervical myofascial pain syndrome. Clin Rheumatol. 2010;29:405-11.
- 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-

- STDJ]: lessons learned from the process of translation and validation into a Thai version. *J Musculoske Pain*. 2014;22:7-12.
7. Clauw DJ. Fibromyalgia: an overview. *The American Journal of Medicine*. 2009;122:S3-S13.
 8. Ge HY. Prevalence of myofascial trigger points in fibromyalgia: the overlap of two common problems. *Curr Pain Headache Rep*. 2010;14:339-45.
 9. Borg-Stein J, Stein J. Trigger points and tender points: one and the same? Does injection treatment help? *Rheum Dis Clin North Am*. 1996;22:305-22.
 10. Staud R. Peripheral pain mechanisms in chronic widespread pain. *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol*. 2011;25:155-64.
 11. Sarzi-Puttini P, Atzeni F, Mease PJ. Chronic widespread pain: from peripheral to central evolution. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2011;25:133-39.
 12. Affaitati G, Costantini R, Fabrizio A, Lapenna D, Tafuri E, Giamberardino MA. Effects of treatment of peripheral pain generators in fibromyalgia patients. *Eur J Pain*. 2011;15:61-69.
 13. Gerwin RD. A study of 96 subjects examined both for fibromyalgia and myofascial pain. *J Musculoskel Pain*. 1995;3:121.
 14. Marques AP, Ferreira EAG, Matsutani LA, Pereira CAB, Assumpção A. Quantifying pain threshold and quality of life of fibromyalgia patients. *Clin Rheumatol*. 2005;24:266-71.
 15. Rachlin ES. History and physical examination for regional myofascial pain syndrome. In: Rachlin ES, editor. *Myofascial pain and fibromyalgia: trigger point management*. St. Louis: Mosby; 1994. p.159-72.
 16. Rosomoff HL, Fischbain DA, Goldberg M, Santana R, Rosomoff RS. Physical findings in patients with chronic intractable benign pain of the neck and/or back. *Pain*. 1989;37:279-87.
 17. Simons DG, Travell JG, Simons LS. Trapezius muscle. In: Johnson E, editor. *Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual*. vol. 1. upper half of body. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999. p. 278-307.
 18. Sola AE, Kuitert JH. Myofascial trigger point pain in the neck and shoulder girdle. *Northwest Med*. 1955;54:980-84.
 19. Sola AE, Rodenberger ML, Gettys BB. Incidence of hypersensitive areas in posterior shoulder muscles: A survey of two hundred young adults. *Am J Phys Med*. 1955;34:585-90.
 20. Reilly PA, Littlejohn GO. Peripheral arthralgic presentation of fibrositis/fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol*. 1992;19:281-83.