

## بررسی شیوع سندرم فیبرومیالژی در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه داخلی بیمارستان دکتر شریعتی در سال ۱۳۸۴

### چکیده

عبدالهادی ناجی\*  
پیمان عرب<sup>۲</sup>

۱-مرکز تحقیقات روماتولوژی بیمارستان  
شریعتی،  
۲-گروه بیماریهای داخلی  
دانشگاه علوم پزشکی تهران

**زمینه و هدف:** سندرم فیبرومیالژی از بیماری های مزمن دردناک نسج نرم با اتیولوژی ناشناخته است و شیوع آن در این مراکز بین ۳٪ تا ۲۰٪ می باشد.

**روش بررسی:** بیماران مراجعه کننده به درمانگاه داخلی توسط یک پزشک تحت پرسش های لازم در رابطه با وجود درد منتشر مزمن، احساس خستگی، اختلال خواب، سن، وضعیت تأهل، سطح سواد، محل زندگی و تعداد فرزندان قرار گرفتند. تشخیص ابتلا به فیبرومیالژی بر اساس معیارهای تشخیصی American College of Rheumatology (ACR) توسط همان پزشک، صورت پذیرفت.

**یافته ها:** در بررسی انجام شده از ۱۰۰۴ بیمار میزان شیوع درد منتشر مزمن ۱۴/۶٪ (۹۵٪ CI: ۱۲/۴-۱۶/۸)، بود و ۴٪ از مراجعین (۴۰ نفر) (۹۵٪ CI: ۲/۹-۵/۲) به فیبرومیالژی مبتلا بودند. میانگین سنی مبتلایان به فیبرومیالژی ۴۸/۴±۱۴/۹ سال بود. ۹۲/۵٪ (۳۷ نفر)، از مبتلایان زن و ۷/۵٪ (۳ نفر) مرد بودند. شیوع فیبرومیالژی در زنان ۵/۹۸٪ (۹۵٪ CI: ۴/۳۱-۸/۰۶) و در مردان ۰/۷۸٪ (۹۵٪ CI: ۰/۲۰-۲/۱۱) بود. ارتباط مستقیم بین جنس زن و نیز پایین بودن سطح تحصیلات و ابتلا به فیبرومیالژی مشاهده شد (به ترتیب تست  $\chi^2 = 11/9$ ،  $P = 0/001$  و تست Fisher's exact،  $P = 0/003$ ). ۹۲/۵٪ از مبتلایان دچار احساس خستگی و ۸۲/۵٪ دچار اختلال خواب بودند که از نظر آماری بین وجود شکایات مذکور و ابتلا به فیبرومیالژی رابطه معنا دار وجود داشت (به ترتیب،  $\chi^2 = 19/6$ ،  $P < 0/001$  و  $\chi^2 = 29/9$ ،  $P < 0/001$ ).  
**نتیجه گیری:** با در نظر گرفتن شیوع قابل ملاحظه فیبرومیالژیا و عوارض جسمی و روحی و نیز پی آمدهای اقتصادی مهم آن انجام مطالعات گسترده اپیدمیولوژیک پیشنهاد می شود.

**کلمات کلیدی:** سندرم فیبرومیالژی- درد منتشر مزمن، روماتولوژی

\*نویسنده مسئول

نشانی: استان هرمزگان، شبکه بهداشت و درمان  
شهرستان جاسک  
تلفن: ۴۴۸۱۹۳۸۱-۸۸۲۶۰۲۰۷  
پست الکترونیک: payman-arab@yahoo.com

## مقدمه

جمعیتی در کانادا افزایش ریسک ابتلا به فیبرومیالژی را در افراد با تحصیلات پایین‌تر نشان داد،<sup>۱۸</sup> وجود برخی از ناهنجاری‌های ایمنونولوژیک،<sup>۱۹،۲۰</sup> تحصیلات پایین،<sup>۲۱</sup> مشاغل پر زحمت با استرس فیزیکی زیاد<sup>۲۲</sup> و کودکان با افزایش تحرک (hypermobility) در مفاصل با میزان نسبتاً بالای بروز فیبرومیالژی همراه بوده‌اند. طبق شواهد موجود درد و ناتوانی فیزیکی ناشی از فیبرومیالژی در حد بیماری آرتریت روماتوئید بوده و باعث اختلال در فعالیتهای شخصی و تفریحی و نیز اختلال در کارکرد شغلی می‌شود.<sup>۲</sup> ۱۰ تا ۲۵ درصد از مبتلایان در هیچ ظرفیتی قادر به کار نبوده و سایر مبتلایان نیز مجبور به ایجاد تغییراتی در شغل خویش می‌باشند.<sup>۵</sup>

از نظر اقتصادی مبتلایان به فیبرومیالژی با توجه به مراجعات پزشکی متعدد و داروهای تجویز شده دو برابر سایر افراد جامعه بر دوش اجتماع هزینه خواهند داشت.<sup>۲</sup> در جامعه ما تاکنون بررسی‌های کافی در زمینه سندرم فیبرومیالژی انجام نشده است، لذا این مطالعه به منظور گامی در جهت شناخت جنبه‌های اپیدمیولوژیک این سندرم و تعیین شیوع آن در بیماران مراجعه کننده به مرکز آموزشی-درمانی دکتر شریعتی در تهران طراحی و به مرحله اجرا در آمد.

## روش بررسی

در این مطالعه Cross sectional، ۱۰۰۴ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه داخلی بیمارستان دکتر شریعتی در تهران در طی سال ۱۳۸۴، به صورت تصادفی بدون توجه به شکایت اصلی یا بیماری زمینه‌ای از لیست بیماران سرپایی با روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار این مطالعه پرسشنامه استاندارد بود که برای بررسی شیوع سندرم فیبرومیالژی بر اساس معیارهای American College of Rheumatology (ACR) تعیین گردیده بود. کالج روماتولوژی آمریکا در سال ۱۹۹۰ به منظور همگون‌سازی روش تشخیص این سندرم در مطالعات بالینی معیارهای ACR را جهت تشخیص فیبرومیالژی بنیان گذاشت.<sup>۲۳</sup> طبق معیارهای ACR در صورت وجود درد منتشر مزمن به مدت بیش از سه ماه همراه با تندرns واضح در حداقل یازده نقطه از نقاط هجده گانه، سندرم فیبرومیالژی مطرح می‌باشد. درد منتشر به معنی وجود احساس درد در نیمه راست و نیمه چپ بدن و نیز ناحیه بالا و پایین کمر و درد در اسکلت محوری شامل فقرات گردنی،

سندرم فیبرومیالژی یکی از شایع‌ترین اختلالات عضلانی-اسکلتی در بزرگسالان است. طبق تعریف این سندرم مجموعه‌ای از شکایات شامل دردهای مزمن منتشر همراه با وجود نقاط دردناک در معاینه و علائمی نظیر خستگی و اختلال خواب و سردرد و اختلالات خلقی-شناختی می‌باشد.<sup>۱،۲،۳</sup> این بیماری هیچگاه با التهاب بافتها همراه نیست و اتیولوژی درد در این بیماری ناشناخته است.<sup>۱</sup> سندرم فیبرومیالژی شایع‌ترین تشخیص روماتولوژیک پس از استئوآرتریت بوده<sup>۱</sup> و در بسیاری از کلینیک‌های روماتولوژی به عنوان نخستین و یا دومین تشخیص شایع گزارش شده است.<sup>۴</sup> این سندرم شایع‌ترین علت دردهای جنرالیزه عضلانی-اسکلتی در زنان ۲۰ تا ۵۵ ساله بوده و در کودکان نیز گزارش گردیده است.<sup>۳-۱</sup>

بارزترین شکایت غیر عضلانی-اسکلتی، احساس خستگی و اختلال خواب می‌باشند. احساس خستگی در بیش از ۹۰٪ از مبتلایان روی داده و گهگاه<sup>۵</sup> به عنوان شکایت اصلی مطرح می‌باشد.<sup>۳-۵</sup> شیوع کلی فیبرومیالژی بر اساس مطالعات جمعیتی یک تا پنج درصد، در زنان بین ۰/۷٪ تا ۱/۳٪ و در مردان بین ۰/۲٪ تا ۳/۹٪ گزارش گردیده است.<sup>۶-۸</sup> و شیوع آن در بیماران مراجعه کننده به مراکز ارجاعی (referral) بین ۳٪ تا ۲۰٪ گزارش گردیده است.<sup>۲</sup> میزان بروز آن بطور دقیق معلوم نیست میزان بروز فیبرومیالژی در یک مطالعه در زنان ۲۶ تا ۵۵ ساله ۰/۵۸٪ در سال گزارش گردید. مطالعه دیگری در جنوب نروژ بروز فیبرومیالژی را در زنان ۲۰ تا ۴۹ ساله ۵۸۳ در صدهزار گزارش نمود.<sup>۹-۱۱</sup> سندرم فیبرومیالژی در اکثر کشورها و اکثر گروههای قومی و در تمامی شرایط آب و هوایی یافت گردیده است.<sup>۱۲-۱۳</sup> این سندرم عموماً<sup>۱۲</sup> در زنان میانسال سفید پوست تشخیص داده می‌شود اگرچه در کودکان و سالمندان نیز مشاهده شده است.<sup>۱۴</sup>

فیبرومیالژی در زنان هشت تا نه برابر شایع‌تر از مردان است و بر خلاف برخی از گزارشهای قبلی فقط محدود به زنان جوان نبوده بلکه بیشترین شیوع در زنان پس از سن ۵۰ سالگی دیده می‌شود.<sup>۱۵</sup> شیوع این سندرم با افزایش سن، افزایش یافته و در زنان بین سنین ۷۰ تا ۷۹ سالگی به ۷/۴٪ می‌رسد.<sup>۱۶</sup> علائم این سندرم بیش از همه بین سنین ۳۰ تا ۵۰ سالگی آغاز می‌گردد<sup>۱</sup> و عمدتاً<sup>۱۷</sup> در طبقات متوسط و بالای اجتماع گزارش شده است.<sup>۱۷</sup> اگرچه یک مطالعه

## یافته‌ها

در این مطالعه ۱۰۰۴ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین (±SD) سن بیماران ۴۳/۹±۱۶/۴ سال (از ۸ تا ۹۰ سال) بود. ۳۸۵ نفر (۳۸/۳٪) از بیماران مورد مطالعه مرد و ۶۱۹ نفر (۶۱/۷٪) زن بودند. از نظر تحصیلات ۲۵۵ نفر (۲۵/۴٪) بی‌سواد، ۴۲۶ نفر (۴۲/۴٪) زیر دیپلم، ۲۱۵ نفر (۲۱/۴٪) دیپلم، ۲۴ نفر (۲/۴٪) فوق دیپلم، ۶۳ نفر (۶/۳٪) کارشناس، ۱۶ نفر (۱/۶٪) کارشناسی ارشد و پنج نفر (۰/۵٪) دکترا بودند. ۸۸۴ نفر (۸۸٪) از بیماران ساکن شهر و ۱۲۰ نفر (۱۲٪) ساکن روستا بودند. ۱۷۷ نفر (۱۷/۶٪) مجرد، ۷۶۰ نفر (۷۵/۷٪) متأهل و ۶۷ نفر (۶/۷٪) از همسر خود جدا شده بودند. میان تعداد فرزندان در جمعیت مورد مطالعه دو فرزند (از صفر تا ده فرزند) بود. ۱۴۷ نفر از ۱۰۰۴ بیمار مورد مطالعه (۱۴/۶٪، ۱۶/۸-۱۲/۴؛ ۹۵CI٪) از درد منتشر بدن شکایت داشتند بر این اساس و در نهایت ۴۰ نفر (۴٪، ۵/۲-۲/۹؛ ۹۵CI٪) از ۱۰۰۴ بیمار مورد مطالعه، مبتلا به فیبرومیالژی بودند. درصد شیوع فیبرومیالژی بر حسب سن و نیز سایر متغیرها (جنس، تحصیلات، تعداد فرزندان، وضعیت تأهل، محل زندگی) به ترتیب در جداول شماره ۱ و ۲ آمده است. ارتباط بین ابتلا به سندرم فیبرومیالژی و سایر متغیرها در بیماران بررسی گردید که نتایج آن در جدول شماره ۳ آمده است.

با توجه به نتایج به دست آمده ارتباط آماری معنی داری بین وجود احساس خستگی و یا اختلال خواب با هیچیک از عوامل سن، جنس، میزان، تحصیلات، محل زندگی یا وضعیت تأهل وجود نداشت. در آنالیز رگرسیون لجستیک به عمل آمده با روش Forward Wald-، ارتباط متغیرهای جنس، تحصیلات و تعداد فرزندان با ابتلا به فیبرومیالژی بررسی گردید که در نهایت فقط متغیرهای جنس و تحصیلات با فیبرومیالژی رابطه معنی دار آماری داشتند و تعداد فرزندان از مدل آماری خارج شد. همچنین ۸۲/۵٪ (۳۳ نفر) از مبتلایان به فیبرومیالژی فاقد بیماری زمینه‌ای و ۱۷/۵٪ (۷ نفر) از مبتلایان فیبرومیالژی دچار بیماری همراه بودند. از نظر فراوانی بیماری‌های همراه در بیماران مبتلا به فیبرومیالژی، از مجموع ۴۰ بیمار، ۳۳ بیمار (۸۲/۵٪) فاقد بیماری همراه، دو بیمار (۵٪) مبتلا به آرتريت روماتوئید، دو بیمار دیابت و دو بیمار هیپوتیروئیدی بودند و یک بیمار (۲/۵٪) سابقه هیپرتیروئیدی داشتند.

فقرات پشتی، قفسه سینه و ناحیه کمر می‌باشد. نقاط هجده گانه نواحی زیر را شامل می‌گردند:<sup>۳</sup> محل اتصال عضله ساب اکسیپیتال به اکسی پوت در دو طرف، قدام فضای اینترترانسورس مهره‌های پنجم تا هفتم گردنی در پایین در دو طرف، قسمت میانی لبه فوقانی عضله تراپزیوس در دو طرف، مبدأ عضله فوق خاری در بالای خار اسکاپولا در نزدیکی لبه میانی آن در دو طرف، کناره فوقانی خارجی دنده دوم در محل اتصال کستوکندرال در دو طرف، دو سانتیمتر دیستال به اپی کوندیل خارجی در آرنج در دو طرف، ربع فوقانی خارجی ناحیه گلوئیتال در دو طرف، خلف برجستگی تروکانتر بزرگ در دو طرف و fat pad زانو در قسمت داخلی پروگزیمال به خط مفصل زانو در دو طرف. طبق معیارهای ACR وجود همزمان بیماری دیگر رد کننده سندرم فیبرومیالژی نمی‌باشد. ارزش معیارهای ACR در مطالعات وسیع جمعیتی ثابت شده و بسیار reliable می‌باشد.<sup>۱</sup> در معاینه نقاط دردناک می‌بایست فشاری معادل ۴ kg/cm با استفاده از dolorimeter یا لمس با انگشت وارد شود. فشاری که منجر به سفید شدن بستر ناخن فرد معاینه کننده گردد تقریباً "معادل ۴ kg/cm می‌باشد. فشار باید بطور تدریجی و طی چند ثانیه به هر دو سمت راست و چپ بدن وارد شود.<sup>۱</sup> در این مطالعه از کلیه بیماران توسط یک پزشک معاینه به عمل آمد که در صورت وجود درد منتشر بیش از سه ماه به همراه تندرینس در یازده محل از هجده نقطه آناتومیک به عنوان سندرم فیبرومیالژی در نظر گرفته می‌شد. جهت رد سایر تشخیص‌های افتراقی از تست‌های آزمایشگاهی (CBC, U/A, CRP, ESR, TSH, CPK, AST, ALT, ALP, P, Ca, Cr) نیز استفاده شد. بیماران درباره ورود به مطالعه و نحوه مداخله به طور کامل توجیه شدند و اطلاعات شخصی افراد محفوظ نگه داشته شد و آمار به طور کلی بیان گردید. اطلاعات فردی شامل سن، جنس، محل زندگی، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، وجود احساس خستگی، اختلال خواب، درد منتشر مزمن و تعداد و محل نقاط دردناک جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویراست ۱۲ انجام شد. علاوه بر محاسبه شاخص‌های توصیفی شامل فراوانی، فراوانی نسبی، میانگین، انحراف معیار و دامنه، با استفاده از تست‌های آمار Chi Square, Fisher's exact, t-test, Mannwhitney و آنالیز رگرسیون لجستیک ارتباط بین متغیرهای مورد مطالعه با ابتلا به فیبرومیالژی بررسی گردید.

جدول-۱: بررسی شیوع فیبرومیالژیا بر حسب سن

سن (سال)	درصد فراوانی فیبرومیالژیا	95% CI
۰-۹	۰	-
۱۰-۱۹	۰	-
۲۰-۲۹	۳/۴۶	۲/۰۱-۴/۹۱
۳۰-۳۹	۳/۳۸	۱/۷-۴/۶۲
۴۰-۴۹	۳/۰۷	۱/۷-۴/۴۴
۵۰-۵۹	۵/۹۷	۴/۶۴-۷/۳
۶۰-۶۹	۶/۲۹	۴/۶۲-۷/۹۶
۷۰-۷۹	۱/۶۹	۰/۰۱-۴/۲۱
۸۰-۸۹	۱۰	۴/۲-۱۵/۸
۹۰-۹۹	۰	-

جدول-۲: بررسی شیوع فیبرومیالژیا بر حسب: جنس، تحصیلات، تعداد فرزندان، وضعیت تأهل، محل زندگی

متغیر	درصد شیوع	OR
زن	۵/۹۸ (% 95 CI: ۴/۳۱-۸/۰۶)	OR= ۸/۱
مرد	۰/۷۸ (% 95 CI: ۰/۲۰-۲/۱۱)	(% 95 CI: ۲/۴۸-۲۶/۴۴)
تحصیلات کمتر از دیپلم	۵/۴۳ (% 95 CI: ۳/۹۱-۷/۳۳)	OR= ۶/۱۳
تحصیلات دیپلم و بالاتر	۰/۹۳ (% 95 CI: ۰/۲۴-۲/۵۱)	(% 95 CI: ۱/۸۸-۲۰/۳)
تعداد فرزندان >۴	۲/۱۸ (% 95 CI: ۱/۷-۴/۳)	OR = ۲/۱۷
تعداد فرزندان ≤۴	۵/۹ (% 95 CI: ۳/۸-۸/۵)	(% 95 CI: ۱/۱۵-۴/۱۲)
ساکن شهر	۳/۷۳ (% 95 CI: ۲/۶-۵/۳)	OR = ۰/۶۳
ساکن روستا	۵/۸ (% 95 CI: ۲/۵۸-۱۲/۱)	(% 95 CI: ۰/۲۷-۱/۴۵)
مجرد	۱/۱۳ (% 95 CI: ۰/۱۹-۳/۷)	-
متاهل	۴/۴۷ (% 95 CI: ۳/۱۷-۶/۱۳)	
از همسر جدا شده	۵/۹۷ (% 95 CI: ۱/۹۳-۱۳/۷۸)	

جدول-۳: بررسی ارتباط بین ابتلا به فیبرومیالژیا و سایر متغیرها

متغیر	مبتلا به فیبرومیالژیا a	عدم ابتلا به فیبرومیالژیا a	P
جنس زن <sup>b</sup>	۳۷ (% 92/۵)	۵۸۲ (% 60/۴)	۰/۰۰۱
میانگین سن در زمان مراجع (سال) (±SD) <sup>c</sup>	۴۸/۴±۱۴/۹	۴۳/۷±۱۶/۵	۰/۰۸
تحصیلات پایین <sup>d</sup>	۳۷ (% 92/۵)	۶۴۴ (% 66/۸)	<۰/۰۰۱
میانگین تعداد فرزندان <sup>e</sup>	۳	۴/۵	۰/۰۰۵
سکونت در شهر <sup>d</sup>	۳۳ (% 82/۵)	۸۵۱ (% 88/۳)	۰/۳۱
افراد متاهل <sup>b</sup>	۳۴ (% 85)	۷۲۶ (% 75/۳)	۰/۰۹
احساس خستگی <sup>b</sup>	۳۷ (% 92/۵)	۵۲۶ (% 54/۶)	<۰/۰۰۱
اختلال خواب <sup>b</sup>	۳۳ (% 82/۵)	۳۷۷ (% 39/۱)	<۰/۰۰۱

a: ۴۰ نفر مبتلا به فیبرومیالژیا و ۹۶۴ نفر غیر مبتلا بودند. b: برای مقایسه از تست chi square استفاده شد. c: برای مقایسه از تست Fisher's exact test. d: استفاده شد. e: Mann whitney test از

استفاده شد.

## بحث

۸۲/۵٪ از مبتلایان وجود داشت که در مقایسه با افراد فاقد فیبرومیالژی از نظر آماری کاملاً<sup>۱</sup> معنی‌دار بود ( $P < 0/001$ ). از ۴۰ بیمار مبتلا به فیبرومیالژی ۸۲/۵٪ ساکن شهر بودند که در مقایسه با افراد فاقد فیبرومیالژی (۸۸/۳٪ ساکن شهر) از نظر آماری تفاوت معنی‌دار وجود نداشت ( $P = 0/31$ ). از نظر وضعیت تأهل نیز بین بیماران مبتلا به فیبرومیالژی و افراد فاقد فیبرومیالژی از نظر آماری تفاوت معنی‌دار وجود نداشت ( $P = 0/09$ ). در ضمن ۸۲/۵٪ (۳۳ نفر) از مبتلایان فاقد بیماری زمینه‌ای و ۱۷/۵٪ (هفت نفر) از مبتلایان دچار بیماری همراه بودند. با توجه به یافته‌های به دست آمده میزان شیوع سندرم فیبرومیالژی و نیز میزان شیوع آن در جمعیت زنان ارتباط آن با سطح سواد و فراوانی شکایات اختلال خواب و احساس خستگی در فیبرومیالژی به عنوان بارزترین شکایات غیر اسکلتی-عضلانی آمار این مطالعه قابل مقایسه با آمارهای گزارش شده در بررسی‌های پیشین در سایر کشورها می‌باشد. سندرم فیبرومیالژی شایع‌ترین تشخیص روماتولوژیک پس از استئوآرتریت بوده<sup>۱</sup> و در بسیاری از کلینیک‌های روماتولوژی بعنوان نخستین و یا دومین تشخیص شایع گزارش شده است.<sup>۴</sup> این سندرم شایع‌ترین علت دردهای ژنرالیزه عضلانی-اسکلتی در زنان ۲۰ تا ۵۵ ساله بوده و در کودکان نیز گزارش گردیده است.<sup>۳</sup> درد و ناتوانی فیزیکی ناشی از فیبرومیالژی در حد بیماری آرتریت روماتوئید بوده و باعث اختلال در فعالیتهای شخصی و تفریحی و نیز اختلال در کارکرد شغلی می‌شود.<sup>۱۰</sup> تا ۲۵ درصد از مبتلایان در هیچ ظرفیتی قادر به کار نبوده و سایر مبتلایان نیز مجبور به ایجاد تغییراتی در شغل خویش می‌باشند.<sup>۵</sup> مبتلایان به فیبرومیالژی با توجه به مراجعات پزشکی متعدد و داروهای تجویز شده از نظر اقتصادی هزینه‌ای دو برابر سایر افراد جامعه بر دوش اجتماع خواهند داشت.<sup>۲</sup> بسیاری از بیماران سالها قبل از تشخیص به این سندرم مبتلا بوده و اغلب ارزیابی‌های متعدد شده‌اند.<sup>۳</sup> در صورت آشنایی پزشکان با طیف تظاهرات بالینی فیبرومیالژی و تلاش آنان در جهت آموزش و آگاهی مبتلایان از مراجعات مکرر پزشکی و درمانهای نا به جا کاسته خواهد شد.<sup>۳</sup> لذا با در نظر گرفتن شیوع قابل ملاحظه سندرم فیبرومیالژی و عوارض جسمی و روحی همراه و نیز پی‌آمدهای اقتصادی آن انجام مطالعات گسترده‌تر اپیدمیولوژیک جهت بررسی شیوع فیبرومیالژی پیشنهاد می‌شود.

در کشورهای صنعتی سندرم فیبرومیالژی به عنوان یکی از شایع‌ترین تشخیص‌ها در بین بیماران مراجعه کننده به مراکز روماتولوژی محسوب می‌گردد.<sup>۱</sup> در مطالعات شیوع فیبرومیالژی در جمعیت عمومی بین یک تا پنج درصد،<sup>۱</sup> در بیماران مراجعه کننده به مراکز مراقبت‌های اولیه بین ۱/۹٪ تا ۳/۷٪ و در مراکز ارجاعی بین ۳ تا ۲۰٪ گزارش گردیده است.<sup>۲</sup> در زمینه شیوع سندرم فیبرومیالژی در جمعیت ایرانی تاکنون مطالعات اندکی صورت پذیرفته است. در مطالعه حاضر از ۱۰۰۴ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه داخلی ۴۰ تن از آنان (حدود ۴٪) به سندرم فیبرومیالژی مبتلا بودند. همچنین میزان شیوع درد منتشر مزمن ۱۴/۶٪ بود که قابل مقایسه با شیوع درد منتشر در مطالعه Croft (۱۱/۲٪) می‌باشد.<sup>۸</sup> در مطالعات نشان داده شده که شیوع سندرم فیبرومیالژی با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد.<sup>۵</sup> در این بررسی میانگین سنی مبتلایان  $48/4 \pm 14/9$  سال بود که در مقایسه با میانگین سنی سایر مراجعین ( $43/7 \pm 16/05$ ) بیش از پنج سال بالاتر بود. هر چند از نظر آماری این اختلاف معنی‌دار نبود ( $P = 0/08$ ). بر اساس مطالعات موجود سندرم فیبرومیالژی در زنان هشت تا نه برابر شایعتر از مردان است.<sup>۵</sup> در این مطالعه نیز از میان ۶۱۹ زن مراجعه کننده، ۳۷ نفر (۵/۹۸٪) و از میان ۳۸۵ مرد مراجعه کننده، سه نفر (۰/۷۸٪) مبتلا به فیبرومیالژی بودند. نسبت شانس (OR) ابتلا زنان به فیبرومیالژی در مقایسه با مردان ۸/۱ بود. در این مطالعه از ۴۰ بیمار، ۳۷ نفر زن بودند (۹۲/۵٪)، از ۹۶۴ بیمار فاقد فیبرومیالژی، ۶۰/۴٪ زن بودند. این تفاوت آشکار از نظر آماری نیز معنی‌دار بود ( $P = 0/01$ ). مطالعات جمعیتی در فنلاند و کانادا گویای افزایش ریسک ابتلا به فیبرومیالژی در افراد با تحصیلات پایین تر بوده است.<sup>۱۸-۲۱</sup> در این بررسی نیز رابطه بین کاهش سطح سواد و افزایش ابتلا به فیبرومیالژی از نظر آماری معنی‌دار بود ( $P = 0/009$ ). از سوی دیگر میان تعداد فرزندان در مبتلایان به فیبرومیالژی ۴/۵ فرزند و در افراد فاقد بیماری سه فرزند بود ( $P = 0/005$ )، ولی در آنالیز لجستیک ارتباط آماری معنی‌داری بین تعداد فرزندان و ابتلا به فیبرومیالژی یافت نشد. طبق بررسیهای انجام شده بیش از ۹۰٪ از مبتلایان به فیبرومیالژی از احساس خستگی و ۹۰٪-۸۰٪ از اختلال خواب شکایت دارند.<sup>۳</sup> در مطالعه حاضر نیز احساس خستگی در ۹۲/۵٪ و اختلال خواب در

## References

- Hilal Mardit Kremers, Sherine E, Gabriel. The epidemiology of fibromyalgia. In: Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CG, eds. Textbook of rheumatology. 7th ed. Philadelphia: WB Saunders: 2005; p. 417-523.
- Laurence A Bradley, Graciela S. Alarcon: fibromyalgia. In: William J Koopman, Larry W Moreland. Arthritis and allied conditions, A Textbook of Rheumatology. 14th ed. Philadelphia: Lea & Febiger: 2001; p.1811-44.
- Up-to-date, Fibromyalgia, Don L Goldenberg MD, Rose, BD, version 13.1, Uptodate, Wellesley, MA 2005.
- Wolfe F. Fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am* 1990; 16: 681-98.
- Bruce C. Gilliland: fibromyalgia, in Harrison's principle of internal medicine. 16th ed. DL Kasper, et al. New York: Mc Graw Hill companies Inc: 2005; p. 2055-57.
- Masi AT. Review of the epidemiology and criteria of fibromyalgia and myofascial pain syndromes: concepts of illness in populations as applied to dysfunctional syndromes. In: Jacobsen S, Danneskiold-Samos B, Lund B. Musculoskeletal pain, myofascial pain syndrome, and the fibromyalgia syndrome. 1st ed. New York: The Haworth Medical Press Inc: 1993; p. 113-36.
- Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Herbert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 19-28.
- Croft P, Rigby AS, Boswell R, Schollum J, Silman A. The prevalence of chronic widespread pain in the general population. *J Rheumatol* 1993; 20: 710-3.
- Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis* 2001; 60: 1040-45.
- Lindell L, Bergman S, Petersson IF, Jacobsson LT, Herrstrom P. prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain. *Scand J Prim Health Care* 2000; 18: 149-53.
- Forseth KO, Gran JT, Husby G. A population study of the incidence of fibromyalgia among women aged 26-55 yr. *Br J Rheumatol* 1997; 36: 1318-23.
- Yunus MB, Masi AT, Aldag JC. Preliminary criteria for primary fibromyalgia syndrome (PFS): multivariate analysis of a consecutive series of PFS, other pain patients, and normal subjects. *Clin Exp Rheumatol* 1989; 7 :63-9.
- White KP, Harth M, Speechley M, Ostbye T. Testing an instrument to screen for fibromyalgia syndrome in general population studies: the London Fibromyalgia Epidemiology Study Screening Questionnaire. *J Rheumatol* 1999; 26; 880-4.
- Campbell SM, Clark S, Tindall EA, Forehand ME, Bennett RM. Clinical characteristics of fibrositis: A "blinded" controlled study of symptoms and tender points. *Arthritis Rheum* 1983; 26: 817-25.
- Hartz A, Kirchdoerfer E. Undetected fibrositis in primary care practice. *J Fam Pract* 1987; 25: 365-9.
- Wolfe F, Cathey MA. Prevalence of primary and secondary fibrositis. *J Rheumatol* 1983; 10: 965-8.
- Buskila D, Press J, Gadelia A, Harman-Boehm I. Assessment of monoarticular tenderness and prevalence of fibromyalgia in children. *J Rheumatol* 1993; 20: 368-70.
- White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London Fibromyalgia Study: the prevalence of fibromyalgia in London, Ontario. *J Rheumatol* 1999; 26: 1570-6.
- Felson DT. Epidemiologic research in fibromyalgia. *J Rheumatol* 1989; 16: 7-11.
- Dinerman H, Goldenberg DL, Felson DT. A prospective evaluation of 118 patients with fibromyalgia syndrome: Prevalence of Raynaud's phenomenon, sicca symptoms, ANA, low complement and Ig deposition at the dermal-epidermal junction. *J Rheumatol* 1986; 13: 368-73.
- Makela M, Heliovaara M. Prevalence of primary fibromyalgia in the Finnish population. *BMJ* 1991; 203: 216-19.
- Felson DT, Goldenberg DL. The natural history of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1986; 29: 1522-26.

## Prevalence of fibromyalgia syndrome in patients referring to Shariati hospital, Terhan

A. Najji<sup>1\*</sup>  
P. Arab<sup>2</sup>

1-Rheumatology Research  
center, Shariati Hospital  
2- Department of Internal  
Medicine

Tehran University of  
Medical Sciences.

### Abstract

**Background:** Fibromyalgia has been defined as a constellation of complaints including diffuse chronic pain and the presence of tender points. Its frequency varies from 3% to 20%. This study was conducted to estimate the prevalence of fibromyalgia syndrome in patients who come to the general medical clinic of Dr. Shariati hospital.

**Methods:** Using a standard questionnaire, all patients who came to the general medical clinic were asked about their ages, presence of diffuse chronic pain, marital status, educational level, living place, number of children and presence of fatigue or sleep disorder by a physician, without any gender or age restriction and without considering their main complaints or their underground diseases. The same physician did a thorough physical examination with special attention to the tender points in order to diagnose fibromyalgia according to the ACR criteria. To rule out other differential diagnosis relevant tests would be ordered for suspected patients.

**Results:** Among 1004 patients who were assessed, the prevalence of diffuse chronic pain was 14.6% (95%CI: 12.4-16.8). Forty patients 4% (95%CI: 2.9-5.2) suffered from fibromyalgia syndrome, their mean age ( $\pm$ SD) was (48.4 $\pm$ 14.9) years. 92.5% of these cases were female and 7.5% (3 patients) were male. The prevalence of fibromyalgia among women was 5.98% (95% CI: 4.31-8.06) and among men was 0.78% (95% CI: 0.20- 2.11) (OR=8.1, 95%CI: 2.48-26.44). There was a meaningful statistical relation between the prevalence of fibromyalgia and gender (P=0.001). There was also a direct statistical relation between the prevalence of fibromyalgia and low educational level (P=0.003). But there was not any relation between fibromyalgia and living place or marital status. Also, there was no relationship between the prevalence of fibromyalgia and having more children (Logestic analysis). 82.5% of patients with fibromyalgia suffered from sleep disorders and 92.5% of them complained of fatigue. There was remarkable statistical relations between fibromyalgia syndrome and sleep disorders or fatigue. (P<0.001)

**Conclusion:** Fibromyalgia syndrome is relatively prevalent among Iranian and in some extents its epidemiological aspects are comparable to those in developed countries. More extensive epidemiologic studies on fibromyalgia is recommended in general population

**Keywords:** Fibromyalgia – Frequency

\*Corresponding Author  
Jask health network  
Tel: +98-21-88260207-  
44819381  
Email: payman-arab@yahoo.com