

ผลการรักษาผู้ป่วยโรคข้อและรูมาติสซั่มจากคลินิกเฉพาะโรค โรงพยาบาลลำปาง

ธวัชชัย ปานทอง, พบ.

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลลำปาง

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประเทศไทยยังมีผู้ป่วยโรคข้อจำนวนมากที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้อง เนื่องจากจำนวนอายุรแพทย์โรคข้อไม่เพียงพอ และแนวทางการรักษาที่เปลี่ยนไปจากเดิม จึงทำการศึกษาย้อนหลังในคลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่มซึ่งเปิดดำเนินการโดยอายุรแพทย์เป็นเวลา 1 ปี คือ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2548 ถึง 30 กันยายน 2549 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาชนิดของโรค จำนวนผู้ป่วยในคลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม และผลการรักษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยใช้ DMARDs ผลการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 270 คน มีผู้ป่วยโรค Rheumatoid Arthritis 109 คน, โรค Systemic Lupus Erythematosus (SLE) 31 คน, Polymyositis 10 คน, Dermatomyositis 1 คน, Bechet's Disease 1 คน, Overlap Syndrome 10 คน, Mixed Connective Tissue Disease (MCTD) 2 คน, Undifferentiated Connective Tissue Disease (UCTD) 4 คน, Scleroderma 24 คน, Polyarteritis Nodosum (PAN) 1 คน, Spondyloarthropathy 5 คน, Gout 23 คน, Osteoarthritis (OA) 16 คน, Myofascial pain Syndrome 6 คน, Psoriatic Arthritis 5 คน, L-C spondylosis 5 คน, Juvenile rheumatoid Arthritis 2 คน สำหรับผู้ป่วยโรค Rheumatoid Arthritis พบว่าอัตราส่วนเพศหญิง : เพศชาย คือ 3.4 : 1 ช่วงอายุที่พบได้มากที่สุด คือ 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.2 ผู้ป่วยส่วนมากเป็นโรคมาแล้วมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 37.7 แม้โรคยังอยู่ในภาวะข้ออักเสบอยู่ หลังการรักษาแล้วพบว่าผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ภาวะโรคสงบได้ร้อยละ 73.4 โดยได้รับ Disease Modifying Antirheumatic Drugs (DMARDs) เฉลี่ย 2 ชนิด

จากผลการศึกษาสรุปว่าการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องในระยะเริ่มแรกของโรคจะให้ผลการรักษาที่ดี ลดทุพพลภาพลงได้ ดังนั้น แพทย์ทั่วไปควรเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการตรวจรักษาโรคข้อ รวมถึงควรมีการผลิตอายุรแพทย์โรคข้อเพิ่มให้เพียงพอต่อไป

คำสำคัญ : Rheumatologic disease

บทนำ

โรคข้อและรูมาติสซั่ม จัดได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งต่อประเทศ โรคเหล่านี้เป็นโรคเรื้อรัง เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันร่างกาย เป็นโรคที่มีการอักเสบทั่วร่างกาย เป็นกับอวัยวะต่าง ๆ ได้เกือบทุกแห่ง อาการเดิมของโรค คือ ข้ออักเสบ ซึ่งเป็นได้เกือบทุกข้อของร่างกาย ความรุนแรงของโรคเป็นมากสลับเป็นน้อย เป็นโรคที่ไม่หาย ดังนั้น ผู้ป่วยจะแย่ลงช้า ๆ มีความพิการของข้อเกิดขึ้น สมรรถภาพของร่างกายเสื่อมลง ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากโรค สูญเสียเวลา เสียโอกาสในการทำงาน และเสียค่าใช้จ่าย เกิดผลเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมต่อตนเอง ครอบครัว และประเทศ การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคข้อและรูมาติสซั่มต้องอาศัยความรู้ความชำนาญ ผู้ป่วยโรคข้อจำนวนมากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม ปัจจุบันประเทศไทยมีอายุรแพทย์โรคข้อเพียง 80 คน (ข้อมูลจากสมาคมโรคข้อและรูมาติสซั่ม ปี 2550) ซึ่งไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มีเป็นจำนวนมาก การจัดตั้งคลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่มในส่วนภูมิภาคจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสมมากขึ้น รับทราบปัญหาและข้อมูลเกี่ยวกับโรคข้อและรูมาติสซั่มในพื้นที่นั้น ๆ มากขึ้น

ปัจจุบันการรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid Arthritis) ได้ปรับเปลี่ยนไปจากเดิม คือ การรักษาเน้นการใช้ยาปรับเปลี่ยนการดำเนินโรค DMARDs หลายชนิดร่วมกัน (combination therapy) ซึ่งจะให้ผลดีต่อการดำเนินโรคและการควบคุมโรคให้เข้าสู่ภาวะสงบ การศึกษานี้จึงศึกษาถึงการรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์โดยใช้ DMARDs เพื่อควบคุมโรคให้เข้าสู่ภาวะสงบ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาชนิดของโรค จำนวนผู้ป่วยของผู้ป่วยในคลินิกเฉพาะโรคข้อและรูมาติสซั่ม ช่วง 1 ปี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2548 ถึง 30 กันยายน 2549 และเพื่อศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์โดยใช้ DMARDs

วิธีการศึกษา

การศึกษาย้อนหลังโดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกเฉพาะโรคข้อและรูมาติสซั่มจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2548 ถึง 30 กันยายน 2549 โดยศึกษาชนิดของโรค จำนวนผู้ป่วยและการรักษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์โดยใช้ DMARDs

เนื่องจากโรงพยาบาลลำปางเป็นโรงพยาบาลศูนย์ มีแพทย์เฉพาะทางหลายท่าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากแพทย์ที่สามารถร่วมดูแลผู้ป่วยโรคข้อและรูมาติสซั่มได้ โดยผู้ป่วยโรค RA, SLE, Spondyloarthropathy บางส่วนได้รับการรักษาโดยอายุรแพทย์ทั่วไป, อายุรแพทย์โรคไต, ศัลยแพทย์โรคกระดูกและข้อ ผู้ป่วยโรค Gout ส่วนมากได้รับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรมและศัลยกรรมโรคข้อและกระดูก ผู้ป่วยโรค OA ส่วนมากได้รับการรักษาที่คลินิกศัลยกรรมโรคข้อและกระดูก

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ อัตราส่วน และค่าเฉลี่ย

นิยามศัพท์

DMARDs (Disease Modifying Antirheumatic Drugs) ยาด้านรูมาติสซั่ม ที่ปรับเปลี่ยนการดำเนินโรค ประกอบด้วย Chloroquine Methotrexate Sulfasalazine Leflunomide Gold Salt

RA (Rheumatoid Arthritis) โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

Gout โรคเก๊าท์

OA (Osteoarthritis) โรคข้อเสื่อม

SLE (Systemic Lupus Erythematosus) โรคลูปัส

Scleroderma โรคสเคลอโรเดอร์มา

Overlap Syndrome โรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพันชนิดคาบเกี่ยว

Polymyositis โรคโพลีมัยโอซัยติส

Spondyloarthropathy โรคข้อกระดูกสันหลังและข้ออักเสบ

Dermatomyositis โรคเดอมาโตมัยโอ ซัยติส

Behcet's Disease โรคเบเซ็ท

PAN (Polyarteritis Nodosum) โรคโพลีอาเทอไรติ โนโดซุม

MCTD (Mixed Connective Tissue Disease) โรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพันชนิดผสม

UCTD (Undifferentiated Connective Tissue Disease) โรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่ไม่สามารถจำแนกหรือวินิจฉัยเป็นโรคใดได้ตามเกณฑ์ที่มีอยู่

Vasculitis โรคหลอดเลือดอักเสบ

L-C Spondylosis โรคกระดูกสันหลังส่วนคอและหลังเสื่อม

AS (Ankylosing Spondylitis) โรคข้อสันหลังอักเสบเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุ

MPS (Myofascial pain Syndrome) กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ และปวดเฉพาะที่

Psoriatic Arthritis ข้ออักเสบสะเก็ดเงิน

JRA (Juvenile rheumatoid arthritis) โรคข้ออักเสบจากเนื้อเยื่อเกี่ยวพันทันที

ภาวะโรคสงบ (remission) หมายถึง การที่มีข้อฝืดแข็งในช่วงเช้าน้อยกว่า 15 นาที ไม่มีอาการปวดข้อ ไม่มีอาการแสดงของข้ออักเสบ เป็นระยะติดต่อกันมากกว่า 2 เดือน

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยในคลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่มที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกในช่วง 1 ตุลาคม 2548 ถึง 30 กันยายน 2549 มีจำนวน 270 คน จำแนกตามชนิดของโรคพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย RA ร้อยละ 40.3 ผู้ป่วยโรคข้อ และรูมาติสซั่มอื่น ๆ ที่มีโรค Gout และ OA ร้อยละ 45.2 (ตาราง 1)

ตาราง 1 โรคที่พบในคลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่มในระยะ 1 ปี

โรค	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ
Rheumatoid Arthritis	109	40.3
Gout	23	8.5
Osteoarthritis	16	5.9
SLE	31	11.5
Scleroderma	24	8.9
Overlap Syndrome	10	3.7
Polymyositis	10	3.7
Spondyloarthropathy	12	4.4
Dermatomyositis	1	0.4
Bechet's Disease	1	0.4
PAN	1	0.4
MCTD	2	0.7
UCTD	4	1.5
Vasculitis	4	1.5
L-C-Spondylosis	5	1.8
Psoriatic Arthritis	5	1.8
Scleroderma + GA	1	0.4
AS(Ankylosing Spondylitis)	1	0.4
MPS	6	2.2
Psoriatic Arthritis + GA	1	0.4

ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ทั้งหมด 109 คน เป็นผู้ป่วยในเขตอำเภอเมือง 68 คน (ร้อยละ 62.6) เป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อเข้ามารับการรักษา 41 คน (ร้อยละ 37.4) พบเป็นเพศหญิง 84 คน คิดเป็น (ร้อยละ 77.3) เป็นเพศชาย 25 คน (ร้อยละ 22.7) อัตราส่วนเพศหญิง : เพศชาย คือ 3.4 : 1.0

ช่วงอายุเริ่มเป็นโรคของผู้ป่วย ดังตาราง 2 โดยช่วงอายุที่พบได้มากที่สุด คือ 41-60 ปี (ร้อยละ 55.2)

ตาราง 2 ช่วงอายุที่เริ่มมีอาการของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

อายุ (ปี)	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ
21-30	4	3.7
31-40	19	17.5
41-50	38	35.0
51-60	22	20.2
61-70	16	14.7
71-80	9	8.3
> 80	1	0.9

ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการจนถึงเข้ารับการรักษาศึกษาในคลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม แสดงดังตาราง 3 โดยผู้ป่วยมีอาการมาแล้วมากกว่า 1 ปี เป็นจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 37.7 ผู้ป่วยที่มาในระยะเริ่มแรกน้อยกว่า 6 เดือน พบ 62 คน (ร้อยละ 57.0)

ตาราง 3 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีอาการจนถึงเข้ารับการรักษาศึกษาที่คลินิกโรคข้อ

ระยะเวลา	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ
< 6 สัปดาห์	24	22.1
6 สัปดาห์ - 2 เดือน	20	18.4
3 เดือน - 6 เดือน	18	16.6
7 เดือน - 11 เดือน	6	5.5
1 ปี - 4 ปี	26	23.9
5 ปี - 10 ปี	12	11.0
> 10 ปี	3	2.8

ข้อที่พบอักเสบในผู้ป่วยส่วนมากพบเป็นข้ออักเสบหลายข้อ (polyarthritis) โดยเป็นทั้งข้อนิ้วมือและข้อนิ้วเท้า และข้อศอกและข้อไหล่ และข้อเข่า และข้อเท้า พบ 99 คน (ร้อยละ 90.8) ข้ออักเสบเฉพาะข้อมือและข้อนิ้วมือ (Hand Joint) 9 คน (ร้อยละ 8.3) ข้ออักเสบข้อเดียว (monoarthritis) พบเป็นข้อศอก 1 คน (ร้อยละ 0.9)

รูมาตอยด์แฟกเตอร์ (rheumatoid factor) พบให้ผลบวกในผู้ป่วย 78/98 คน (ร้อยละ 79.6) ให้ผลลบในผู้ป่วย 20/98 คน (ร้อยละ 20.4)

ในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะข้ออักเสบ พบว่าอัตราการตกของเม็ดเลือด (ESR) น้อยกว่า 30 ในผู้ป่วย 13/64 คน (ร้อยละ 20.3) ค่า ESR 31-100 ในผู้ป่วย 37 คน (ร้อยละ 57.7) ค่า ESR มากกว่า 100 ในผู้ป่วย 14 คน (ร้อยละ 21.8)

ผลการรักษาผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ภาวะโรคสงบ 80 คน (ร้อยละ 73.4) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าสู่ภาวะโรคสงบ ยังคงมีอาการปวดข้ออักเสบอยู่ 14 คน (ร้อยละ 12.8) ผู้ป่วยจำนวน 6 คน ขาดการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าสู่ภาวะโรคสงบจำนวน 7 คน เนื่องจากเป็นผู้ป่วยใหม่ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัย คิดเป็นร้อยละ 6.4

DMARDs ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยได้รับยา Chloroquine 90/109 คน (ร้อยละ 82.6) Sulfasalazine 64/109 คน (ร้อยละ 58.7) Methotrexate 51/109 คน (ร้อยละ 46.8) Leflunomide 14/109 คน (ร้อยละ 12.8) Gold salt 10/109 คน (ร้อยละ 9.2) จำนวนและชนิดของ DMARDs ที่ใช้ในผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกันขึ้นกับภาวะผู้ป่วย ความรุนแรงของโรค และผลข้างเคียงของยาที่ใช้ โดยผู้ป่วยได้รับ DMARDs เฉลี่ย 2 ชนิด ผู้ป่วยส่วนมากได้รับ DMARDs 2 ชนิด (ร้อยละ 54.3) จำนวนชนิดของ DMARDs แสดงดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนชนิดของ DMARDs ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

จำนวน DMARDs (ชนิด)	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ
1	21	19.3
2	59	54.3
3	25	23.0
4	4	3.7

DMARDs ที่ใช้ร่วมกันบ่อยที่สุด ได้แก่ Chloroquine และ Sulfasalazine ใช้ในผู้ป่วย 26 คน (ร้อยละ 44.1) รองลงมา ได้แก่ Chloroquine และ Methotrexate ใช้ในผู้ป่วย 14 คน (ร้อยละ 23.7) ผู้ป่วยได้รับ Prednisolone เพื่อเป็นการบำบัดเชื่อมโยง (Bridging therapy) ก่อนที่ยา DMARDs จะออกฤทธิ์ เป็นจำนวน 32 คน (ร้อยละ 29.4) โดยใช้ขนาด 5-10 มิลลิกรัม

ผู้ป่วยโรค SLE ที่เข้ารับการรักษานในคลินิกโรคข้อและรูมาติซึม ส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดข้อ และผื่น malar ผื่นแพ้แดด ผื่น Discoid บางรายมีระบบโลหิต เช่น เลือดจาง เม็ดเลือดขาวต่ำ เกร็ดเลือดต่ำ มี 1 คน มีอาการทางระบบประสาทที่สำคัญ คือ Transverse Myelitis ร่วมด้วย ส่วนตัวผู้ป่วยมีอาการทางไต จะปรึกษาอายุรแพทย์โรคไต

ผู้ป่วย Scleroderma มีจำนวนมากถึง 24 คน เป็น Systemic Scleroderma ทั้งหมด 20 คน โดยมากมีภาวะผิวหนังตึงแข็งค่อนข้างมาก และมี Raynaud's phenomenon เกือบทุกราย

ผู้ป่วยโรค Overlap Syndrome มี 10 คน พบว่าเป็น Scleroderma-Polymyositis Overlap 7 คน SLE และ Dermatomyositis 1 คน SLE และ Rheumatoid arthritis 1 คน Rheumatoid Arthritis และ Polymyositis 1 คน

ผู้ป่วย UCTD เข้ารับการรักษาด้วยอาการปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ Raynaud's Phenomenon ตรวจพบ Antinuclear Antibody เป็นผลบวก

ผู้ป่วยโรค Psoriatic Arthritis เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Psoriasis จากอายุรแพทย์โรคผิวหนัง และส่งมาปรึกษาด้วยเรื่องปวดข้อ, ข้ออักเสบ รูปแบบการอักเสบเป็น Asymmetrical Oligoarthritis

สำหรับผู้ป่วย Bechet's Disease 1 คน และ PAN 1 คน เป็นผู้ป่วยที่ส่งกลับจากโรงเรียนแพทย์มารับการรักษาต่อโรงพยาบาลใกล้บ้าน

วิจารณ์

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคข้อและรูมาติสซั่ม อาจมีปริมาณไม่มากเมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ แต่ปัญหาอยู่ที่การให้การวินิจฉัยและการรักษาในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ พบว่าผู้ป่วยประมาณมากกว่าครึ่ง เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง ส่วนที่เหลือเป็นผู้ป่วยที่ส่งเข้ามาปรึกษาจากต่างอำเภอ จึงคาดว่าจำนวนผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องน่าจะมีปริมาณอีกพอสมควร และการที่มีผู้ป่วยอาการปวดข้อเรื้อรัง จึงก่อให้เกิดปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่ม DMARDs และ Steroid

ในผู้ป่วยโรค Scleroderma การวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่เริ่มแรก และให้การรักษาระยะต้นจะช่วยลดอัตราการทุพพลภาพลงได้ จากการศึกษาผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคและให้การรักษาที่ค่อนข้างช้า ทำให้มีภาวะทุพพลภาพค่อนข้างมาก

ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่เข้ารับการรักษา ถึงแม้ส่วนมากจะเป็นโรคมาระยะเวลานานแล้ว แต่พบว่าข้อยังอักเสบอยู่และการให้ DMARDs อย่างเหมาะสมและถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะโรคสงบได้

การให้ DMARDs ในระยะเริ่มต้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคและลดความรุนแรงของโรคได้⁽¹⁾ การรักษาในปัจจุบันจึงเริ่มให้ยา DMARDs ภายใน 3 เดือนแรกของการรักษา⁽²⁾ และการใช้ DMARDs มีทั้งใช้แบบเดี่ยว (monotherapy) และแบบร่วมกัน (Combination therapy) การใช้ยาแบบเดียวมักให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าแบบใช้ร่วมกัน ดังนั้น การใช้แบบร่วมกันจึงได้รับความนิยมมากกว่า

เนื่องจากโรงพยาบาลลำปางเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งต้องรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน จึงมีระดับความรุนแรงของโรคต่างๆ กันหลายระดับ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ส่งมามากจะได้รับ การวินิจฉัยและรักษาด้วย Chloroquine อย่างเดียว และอาการไม่ดีขึ้นจึงส่งต่อมา เพราะโรงพยาบาลชุมชน มี DMARDs อยู่ตัวเดียว คือ Chloroquine ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง จะมีทั้งผู้ป่วยที่พบใหม่ ผู้ป่วยรักษาจากคลินิกเอกชน หรือผู้ป่วยบางคนที่ได้รับ

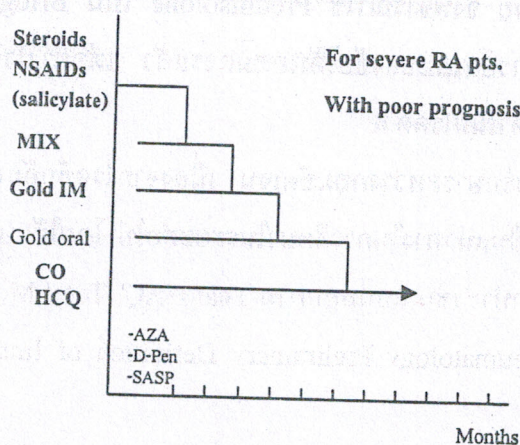
การรักษาที่แผนกศัลยกรรมกระดูก ได้รับยาหลายชนิดและโรคยังไม่สงบได้ส่งมาเพื่อปรึกษา

การเลือกใช้ combination therapy การพิจารณาที่นำมาใช้ร่วมกันแต่ละชนิด พิจารณาจากประสิทธิภาพของยา ผลข้างเคียง รวมทั้งราคาด้วย การใช้ Triple therapy โดยใช้ Chloroquine และ Methotrexate และ Sulfasalazine ร่วมกัน ได้รับความนิยมค่อนข้างมาก เนื่องจากให้ผลการรักษาที่ดี⁽³⁾ สำหรับประเทศไทยการรักษาต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายค่อนข้างมาก⁽⁴⁾ จากการศึกษาจึงเลือกใช้ Chloroquine และ Sulfasalazine มากที่สุด รองลงมาเป็น Chloroquine และ Methotrexate และ Sulfasalazine ซึ่งให้ผลการรักษาที่ค่อนข้างดี

แบบแผนของการใช้ DMARDs ของแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลลำปาง

แบบแผนของการใช้ Combined DMARDs Therapy เป็นแบบ Step down⁽⁵⁾ คือ ในรายที่มีอาการรุนแรงมากจะให้ DMARDs หลายชนิดพร้อมกัน ตั้งแต่เริ่มต้นจนเมื่อได้ผลการรักษาแล้ว จึงค่อยถอน DMARDs ที่ให้อยู่ลงทีละขนาน จนเหลือให้พอควบคุมไว้ไม่ให้โรคกลับขึ้นมากำเริบใหม่ จึงเป็นที่มาของการใช้ DMARDs มากกว่า 2 ตัวขึ้นไป ร้อยละ 80.9

The Step-down Bridging Therapy

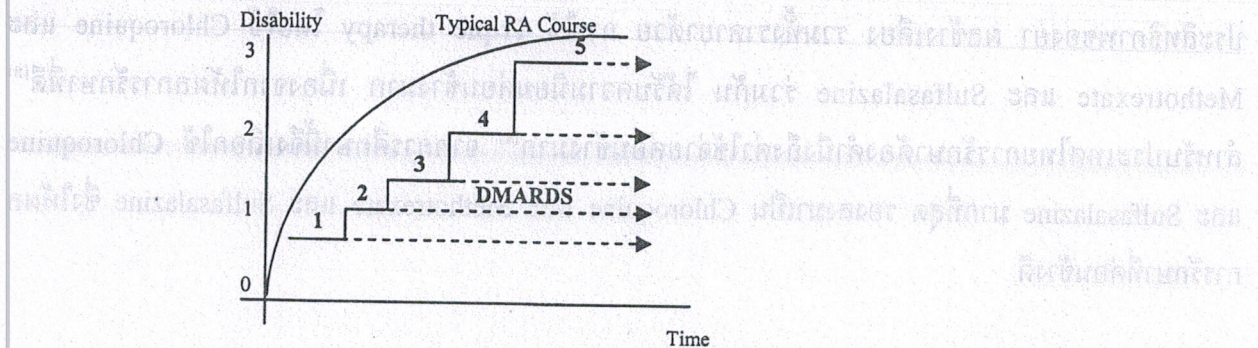


Remodeling The Pyramid

เนื่องจากความรู้ที่ว่า การทำลายของข้อในโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จะเกิดขึ้นภายใน 2 ปีแรกของการวินิจฉัย จึงไม่ใช่แบบแผนของการใช้ Combined DMARDs Therapy แบบ Step up คือ เมื่อ DMARDs ที่ให้อยู่ไม่สามารถควบคุมโรคในระดับที่ต้องการก็จะค่อย ๆ เพิ่มชนิดของ DMARDs ทีละขนาน เพื่อให้เพิ่มผลการตอบสนองที่ดีขึ้น

COMBINATION DMARDS THERAPY

(Step-up Combination Strategy)



ส่วนการใช้ Steroids แบบ Systemic ในการรักษาร่วมด้วย มีร้อยละ 29.4 โดยใช้ Prednisolone ในขนาด 5-10 มิลลิกรัมต่อวัน โดยมีข้อบ่งใช้ ดังนี้

1. Bridging Therapy ในระหว่างที่รอผลการรักษาจากยา DMARDs ซึ่งจะต้องใช้เวลานานเป็นเดือนหรือมากกว่านั้น และยา NSAIDs ที่ให้อยู่ก็ไม่สามารถบรรเทาอาการปวด และอักเสบได้มากนัก
2. ใช้แทน NSAIDs ในกรณีที่ใช้ NSAIDs ไม่ได้ คือ มีเลือดออกจากแผลในกระเพาะอาหาร โรคไตวาย หรือเกิด Angioedema

เนื่องจากผู้ป่วยในการศึกษาที่เป็นผู้ป่วยที่มีระยะดำเนินโรคนาน และโรคค่อนข้างรุนแรง โดยมีข้ออักเสบหลายข้อ และรบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วย จึงพิจารณาใช้ Prednisolone เป็น Bridging therapy ค่อนข้างมาก โดยจะลดยาลงเมื่อสามารถควบคุมการอักเสบของข้อได้พอสมควรแล้ว แต่อย่างไรก็ตาม การใช้ Steroid ในผู้ป่วยโรคนี้ก็ยังมียุทธศาสตร์ในแง่ของการดำเนินโรคด้วย⁽⁶⁾

การศึกษานี้ยังมิได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างกลุ่มชัดเจน เนื่องจากโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มีความรุนแรงของโรคแตกต่างกันมาก แต่คาดว่าจะเป็แนวทางในการศึกษาในระยะต่อไป โดยใช้แบบสอบถามที่มีอยู่หลาย ๆ อย่างมาประยุกต์ใช้กับทางโรงพยาบาลลำปาง เช่น แบบสอบถาม Thai HAQ, Total Modified Sharp Score (TMSS) และ American College of Rheumatology Preliminary Definition of Improvement in Rheumatoid Arthritis (ACR)⁽⁷⁾

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาการรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์โดยใช้สารชีวภาพ (Biological therapy) ซึ่งได้แก่ anti TNF⁽⁸⁾ IL 1 receptor antagonist⁽⁹⁾, anti CD20⁽¹⁰⁾ แต่เนื่องจากราคายาที่แพง และยังไม่มียาจำหนว่ยทั่วไป จึงยังไม่สามารถนำมาใช้ในการรักษาทั่วไปได้

สรุป

การให้การวินิจฉัยในระยะเริ่มแรกของการเป็นโรค และการรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม ในผู้ป่วยโรคข้อและรูมาตัสมีความสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้น การให้ความรู้แก่แพทย์ทั่วไปอาจจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และอาจจะลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศได้

บรรณานุกรม

1. Van Aken J, Lard LR, Le Cessie S, Hazes JMW, Breedveld FC, Huizinga. Radiologic outcome after four years of early versus delayed treatment strategy in patients with recent onset Rheumatoid Arthritis. *Ann Rheum Dis* 2004 ; 63 : 274-9.
2. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis 2002 Update. *Arthritis Rheum* 2002 ; 46 : 328-46.
3. O'Dell JR, Leff R, Paulsen G, Haire C, Mallek J, Eckhoff PJ, et al. treatment of rheumatoid arthritis with methotrexate and hydroxychloroquine, methotrexate and sulfasalazine, or a combination of the three medications: Results of a two year, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum* 2002 ; 46 : 1164-70.
4. สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์, โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ใน : สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์, สุรวุฒิ ปรีชานนท์, บรรณาธิการ. ตำราโรคข้อ. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : บริษัท เอส.พี.เอ็น.การพิมพ์ จำกัด; 2547 หน้า 177-217.
5. ไพจิตร อัครนบดี. Rheumatology for the Non-Rheumatologist. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: บริษัท ชีตพันธ์ จำกัด ; 2549. หน้า 63
6. Kirwan JR. Systemic low dose glucocorticoid treatment in Rheumatoid Arthritis. In : O'Dell, editor. *Rheumatic Disease Clinics of North America : Rheumatoid Arthritis* Orlando : W.B.Saunders Company ; 2001. 389-403.
7. แนวทางการใช้ Anti-Tumor Necrosis Factor - 2 Therapies ในโรครูมาติก. วารสารโรคข้อและรูมาติสซั่ม. 2550 ; 16 : 56-73
8. Lipsky PE, Van der Heijde, St Clair EW, Furst DE, Breedveld FC, Kalden JR, et al. Infliximab and methotrexate in the treatment of rheumatoid arthritis. *N Engl J Med* 2000 ; 343 : 1594-602.
9. Cohen S, Hurd E, Cush J, Schiff M, Weinblatt ME, Moreland LW, et al. Treatment of rheumatoid arthritis with anakinra, a recombinant human interleukin-1 receptor antagonist, in combination with methotrexate : results of a twenty-four-week multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum* 2002 ; 46 : 614-24.
10. Edwards JC, Szczepanski L, Szechinski J, Filipowicz-Sosnowska A, Emery P, Close DR, et al. Efficacy of B-cell-targeted therapy with rituximab in patients with rheumatoid arthritis. *N Engl J Med* 2004 ; 350 : 2572-81.

Treatment outcome in Rheumatology clinic, Lampang Hospital

Tawatchai Panthong, MD.

Department of Medicine Lampang Hospital

Abstract

There are many patients with arthritic disease who are not diagnosed and treated properly due to the lack of specialists in rheumatology and the change of new treatment modality. The objective is to study the type of the disease, the incidence, and the treatment outcome by Disease Modifying Antirheumatic Drugs (DMARDs) in rheumatic outpatient clinic, Lampang Hospital. A one-year retrospective study was done during October 1, 2005 to September 30, 2006. The results demonstrated 270 patients who were diagnosed into following diseases : 109 cases of rheumatoid arthritis, 31 cases of systemic lupus erythematosus (SLE), 4 case of undifferentiated connective tissue disease (UCTD), 24 cases of scleroderma, 1 case of polyarteritis nodosa (PAN), 12 cases of spondyloarthropathy, 23 cases of gout, 16 cases of osteoarthritis, 10 cases of Overlap Syndrome, 10 cases of Polymyositis, 6 cases of Myofascial pain syndrome, 5 cases of Psoriatic Arthritis, 5 cases of L-C spondylosis and 2 cases of Juvenile rheumatoid Arthritis.

Among Rheumatoid Arthritis patients , There were female to more than male (ratio was 3.4 : 1.0) and the most common age was found in the range of 41-60 years. Most patients had the history of more than 1-year disease and the disease was still active. After the treatment of DMARDs with the average of 2 drugs, 54.3% of the patients can achieve the remission of the disease.

In conclusion, the early diagnosis and proper management give the good treatment outcome and reduce the morbidity of the patients. Hence, the general practices should keep the update of the knowledge and the practical skill in the management of these rheumatic patients. The increased training of the rheumatologic specialists is also mandatory in improving the care of the patients.

Key word : Rheumatologic disease