

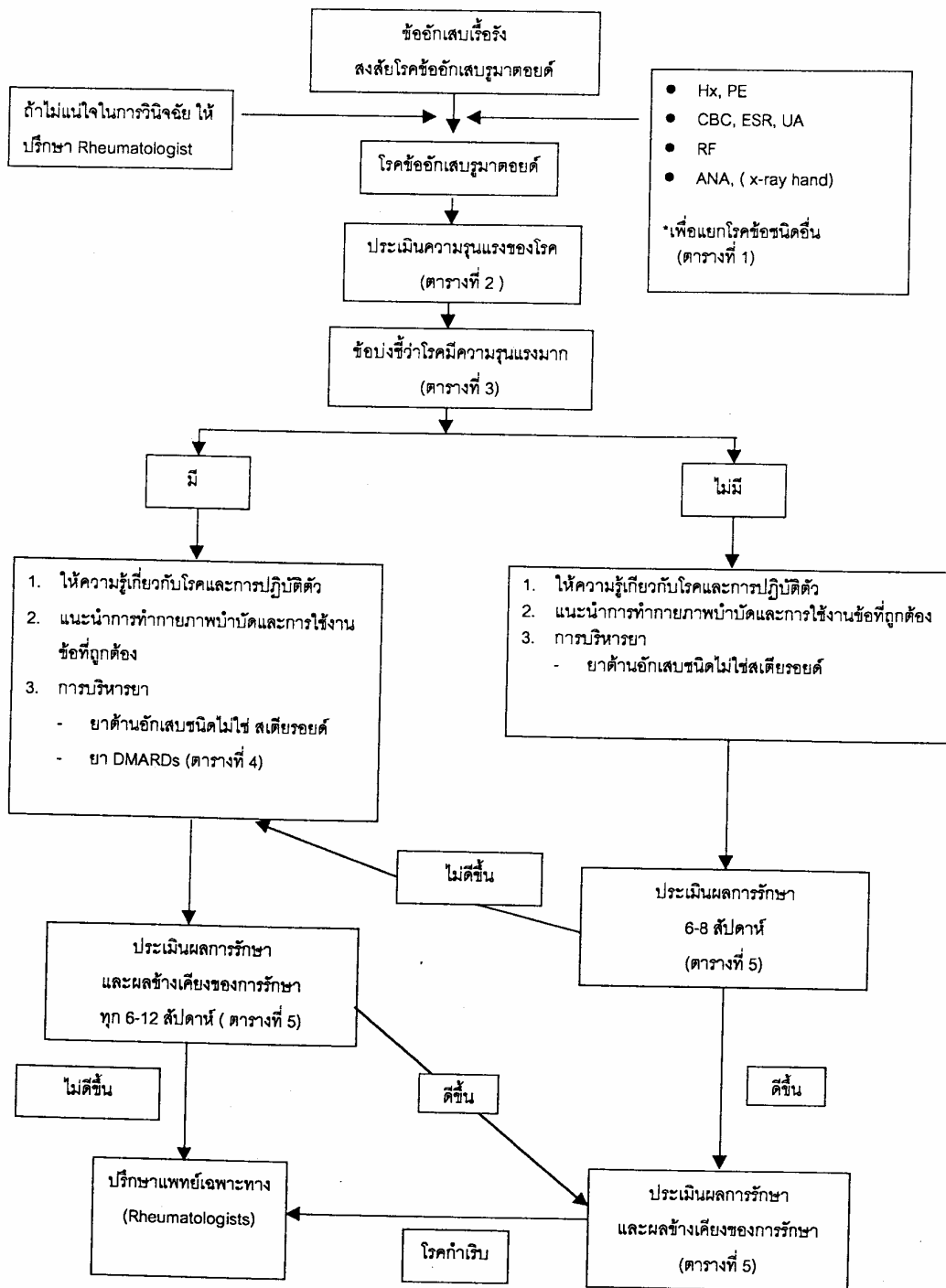
แนวทางเวชปฏิบัติ
โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid Arthritis)
โดยสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

กิตติ โตเต็มโชคชัยการ,* มงคล วัฒนสุข,* อุทิศ ดีสมโชค,* สุรวุฒิ ปรีชานนท์,*
สุกิจ จิตรบำรุง,* เอนก ไสวเสวี,* เอมวลี อารมย์ดี*

กนกรัตน์ นันทิรุจ,** จีรภัทร วงศ์ชินศรี,** ชัยโรจน์ ชิงสนธิพร,** จูฑเวทย์ ดุมราตวิน,**
นันทนา กลิตานนท์,**บุญจริง เกียรติก่อศิริ,** บุญเอก จันศิริมงคล,** ประภาพร พิสิษฐ์กุล,**
ปวีณา เชี่ยวชาญวิศวกิจ,** พรชัย เตชานุวงศ์,** พันธุ์จง หาญวิวัฒน์กุล,** พิบูลย์ ดวง
เฉลิมวงศ์,** พุทธิรัตน์ ลีเฉลิมวงศ์,** มนาธิป โอศิริ,** รัตนาดี ณ นคร,** เล็ก ปรีวิสุทธิ,**
วรวิทย์ เล่าห์เรณู,** วันรัชดา คัชมาตย์,** วิรinya พากเพียร,** ศิรภพ สุวรรณโรจน์,**
สมชาย อรรถศิลป์,** สมชาย เอื้อรัตน์วงศ์,** สิทธิชัย อุกฤษฏชน,** สิทธิพร มานวรงค์ชัย,**
สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์,** สูงชัย อังธารารักษ์,** อรรถนี มหรรฆานุเคราะห์,** อานนท์ พงศ์
ชรกุลพานิช,** อุดม วิศิษฎ์สุนทร**

*คณะอนุกรรมการแนวทางเวชปฏิบัติโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

**ผู้เข้าร่วมสัมมนาและออกความเห็น ทำให้แนวทางเวชปฏิบัติสมบูรณ์



ตารางที่ 1. การวินิจฉัยแยกโรค

SLE และโรคกลุ่มเนื้อเยื่อเกี่ยวพันอื่น ๆ
SNSA (Sero-negative spondyloarthropathy) หรือ SpA
Crystal-induced arthropathy
Osteoarthritis
Other chronic arthritis eg. Infection, malignancy

ลักษณะแยกโรค

1. SLE และโรคกลุ่มเนื้อเยื่อเกี่ยวพันอื่น ๆ
 - 1.1 มีอาการทางระบบอื่นนอกจากข้ออักเสบ เช่น ผื่นที่หน้า แผลในปาก ผื่นแพ้แสง ผมร่วง บวม อาการทางระบบประสาท ฯลฯ
 - 1.2 การตรวจร่างกายพบรอยโรคที่เฉพาะสำหรับโรค SLE เช่น malar rash, oral ulcer at palate
 - 1.3 การตรวจ ANA ให้ผลบวก เข้าได้กับลักษณะโรค SLE เช่น มี ANA pattern มากกว่า 1 แบบ โดยมี peripheral pattern ร่วมด้วย (การตรวจ ANA ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ อาจให้ผลบวกได้ แต่มักเป็น pattern ที่ไม่เฉพาะเจาะจง เช่น speckle pattern titer ต่ำ ๆ โดยไม่มี peripheral pattern)
 - 1.4 การตรวจ specific antibody ให้ผลบวก เช่น Anti-dsDNA, Anti-Sm เป็นต้น
2. SNSA (SpA)
 - 2.1 ผู้ป่วยมักเป็นเพศชาย
 - 2.2 มีอาการปวดบวมข้อใหญ่ ๆ โดยเฉพาะข้อของขา 2 ข้าง เช่น ข้อเข่า ข้อเท้า เด่นกว่า ข้อมือ ข้อนิ้วมือ
 - 2.3 ข้อที่ปวดบวมมักเป็นไม่เท่ากันระหว่างข้างซ้ายและขวา
 - 2.4 อาจมีอาการเส้นเอ็นอักเสบหรืออาการ enthesitis ซึ่งเป็นอาการอักเสบบริเวณเส้นเอ็นเกาะกับกระดูกร่วมด้วย
 - 2.5 อาจมีอาการตาอักเสบ ทางเดินปัสสาวะอักเสบ หรือลำไส้อักเสบร่วมด้วย
3. Crystal-induced arthropathy
 - 3.1 มักเกิดในคนสูงอายุ
 - 3.2 มีข้อปวดบวมอักเสบ เริ่มจากข้อเดียว
 - 3.3 มักเกิดกับข้อบริเวณเท้าหรือขา เช่น ข้อโคนนิ้วหัวแม่เท้า ข้อเท้า ข้อเข่า
 - 3.4 อาการปวดบวมอักเสบของข้อจะเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน รุนแรง และมักจะเป็นแบบเป็น ๆ หาย ๆ
 - 3.5 ในระยะแรก ๆ อาการอักเสบของข้ออาจหายได้เองภายในเวลา 1-2 วัน
 - 3.6 ส่วนมากมีระดับกรดยูริกในเลือดสูงสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคเก๊าท์

3.7 ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะไตเสื่อมหรือไตวายร่วมด้วย โดยมีค่า serum creatinine สูงขึ้น

4. Osteoarthritis

4.1 มักเกิดในคนสูงอายุ

4.2 มักเกิดในผู้ที่มีน้ำหนักตัวมาก

4.3 ข้อที่ปวดหรืออักเสบมักเป็นข้อใหญ่ ๆ ที่ต้องรับน้ำหนักตัวของผู้ป่วยมาก เช่น ข้อเข่า ข้อสะโพก

4.4 ในระยะแรก อาการปวดมักสัมพันธ์กับการใช้งานข้อมาก เช่น เดินมาก ยืนมาก หรือเดินขึ้นลงบันไดมาก

4.5 ถ้าเกิดกับข้อมือ มักจะเป็นข้อปลายนิ้วมือ (DIP joint) มากกว่าข้อโคนนิ้วมือ หรือข้อกลางนิ้วมือ (MCP or PIP joint)

4.6 X-ray ของข้อที่มีอาการ เช่น ข้อเข่า จะพบ joint space narrowing เพียง compartment เดียว โดยมากมักเป็น medial compartment ร่วมกับมี osteophyte แต่สำหรับโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์มักจะ narrow ทั้ง medial และ lateral compartment พอ ๆ กัน

4.7 ในกรณีที่เป็น x-ray hand ผู้ป่วยโรค osteoarthritis จะมี joint space narrowing บริเวณ DIP joint ร่วมกับ osteophyte โดยไม่มี erosion ส่วนในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จะมี juxtaarticular osteoporosis และมี joint space narrowing ของ joint บริเวณ carpal bones, MCP และ PIP joint มากกว่า

5. Other chronic arthritis

5.1 มักมีอาการปวดบวมข้อใหญ่ ๆ ข้อเดียว เช่น ข้อเท้า หรือข้อที่มี chronic infection

5.2 อาการปวดบวมข้อมักเป็นเรื้อรัง แต่ไม่รุนแรง

5.3 ในกรณีที่เกิดจาก malignancy มักมีอาการทางระบบที่เป็นมะเร็งเด่น หรือมีอาการทั่วไป เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ผอมลง น้ำหนักลด เด่นกว่าอาการทางข้อ

การแปลผล rheumatoid factor

1. การตรวจ rheumatoid factor เป็นการตรวจหา antibody ต่อ Fc fragment ของ IgG₁ จาก serum ของผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ประมาณร้อยละ 40-70 จะมีผลการตรวจ rheumatoid factor ให้ผลบวก titer สูง

3. ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีการตรวจ rheumatoid factor ให้ผลบวก มักมีความรุนแรงของโรคปานกลางถึงรุนแรง

4. ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจ rheumatoid factor ให้ผลลบ แต่มีอาการและอาการแสดงครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย ยังให้การวินิจฉัยเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้

5. Titer ของการตรวจ rheumatoid factor ไม่สามารถใช้ติดตามการดำเนินโรคได้

6. การตรวจ rheumatoid factor อาจให้ผลบวกได้ในภาวะอื่น ๆ เช่น

- 6.1 ผู้สูงอายุ
 - 6.2 โรค connective tissue ชนิดอื่น ๆ เช่น โรค SLE, scleroderma
 - 6.3 โรคที่เกิดจากภาวะติดเชื้อเรื้อรังทั้งจากเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส หรือ parasite เช่น วัณโรค ตับอักเสบจากเชื้อไวรัส
 - 6.4 โรคมะเร็ง เช่น multiple myeloma, leukemia
- ในภาวะเหล่านี้ การตรวจ rheumatoid factor ที่ให้ผลบวกมักเป็น titer ต่ำ ๆ

ตารางที่ 2. การประเมินความรุนแรงของโรค

ประวัติและอาการ

- ความรุนแรงของอาการปวด
- ระยะเวลาของอาการข้อฝืดตึงเวลาเช้า
- อาการเพลียในช่วงบ่ายหรือเย็น
- สมรรถภาพในการทำงานของข้อ

การตรวจร่างกาย

- จำนวนและตำแหน่งของข้อที่มีการอักเสบ
- การตรวจการเคลื่อนไหวของข้อและความผิดปกติ
- อาการแสดงทางระบบอื่นนอกจากข้อ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ESR
- CBC
- Rheumatoid factor (เฉพาะครั้งแรกของการวินิจฉัย)
- Creatinine
- LFT (ในกรณีที่พิจารณาการให้ยา methotrexate)

การตรวจทางภาพรังสี

ตารางที่ 3. ข้อบ่งชี้ของโรคที่มีความรุนแรงมาก

จำนวนข้ออักเสบมากกว่า 20 ข้อ (ในระยะเริ่มแรกของการวินิจฉัย) หรือมีข้อใหญ่อักเสบ เช่น ข้อเข่า ข้อสะโพก
 ค่า Rheumatoid factor ที่เป็นบวก และมีระดับสูงมาก
 ภาพรังสีพบการทำลายของกระดูกและข้อ
 ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพการใช้งานของข้ออย่างมาก

ตารางที่ 4. ยาปรับเปลี่ยนการดำเนินโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่ควรพิจารณาใช้ในอันดับแรก

| ยา | ช่วงเวลาที่ยาออกฤทธิ์เต็มที่ (เดือน) | ขนาดที่ใช้ | ผลข้างเคียง | การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา |
|--|--------------------------------------|--------------------|---------------------------|------------------------------|
| กลุ่มที่มีผลข้างเคียงต่ำ | | | | |
| ● Antimalarial agents | 2-4 | 4 mg/kg/d | Skin hyperpigmentation | Eye exam ทุก 6 mo |
| Chloroquine | | ไม่เกิน 250 mg/d | retinal toxicity | |
| | | 6 mg/kg/d | Retinal toxicity (rare) | |
| Hydroxychloroquine | | ไม่เกิน 400 mg/d | | |
| ● Sulfasalazine* | 1-2 | ไม่เกิน 40 mg/kg/d | Rash | CBC ทุก 8-12 wk |
| | | | Myelosuppression (rare) | SGOT/SGPT ทุก 3 mo |
| | | | Liver toxicity | |
| กลุ่มที่มีผลข้างเคียงสูง | | | | |
| ● Methotrexate* ให้ร่วมกับ Folic acid 5 mg/d | 1-2 | 7.5-15 mg PO/wk | Stomatitis, alopecia | CBC ทุก 8 wk |
| | | | Myelosuppression | SGOT/SGPT |
| | | | Pulmonary toxicity (rare) | alkphos ทุก 8 wk |

*ปรับขนาดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาโรคข้อและรูมาติสซั่มก่อนใช้ยา

ตารางที่ 5. การติดตามผลการรักษา

| | |
|-------------------------|---|
| ทุกครั้ง | ประเมินอาการและการตรวจพบ ความรุนแรงของอาการปวด ระยะเวลาของอาการผิดตั้งข้อเวลาเช้า อาการเพื่อยในช่วงเวลาเย็น การตรวจพบและจำนวนข้ออักเสบ การจำกัดการใช้งานของข้อโดยรวม |
| เป็นระยะ ทุก 3 เดือน | ประเมินความรุนแรงและการลุกลามของโรค อาการและการตรวจพบทางข้อที่รุนแรงมากขึ้น (การจำกัดการเคลื่อนไหวและความผิดปกติ) ESR |
| ทุก 1 ปี | การเปลี่ยนแปลงทางภาพรังสี |
| เมื่ออาการดีขึ้น | พิจารณาปรับลดยาตามอาการ พยายามหยุดยาลดอาการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ก่อน พิจารณาลดยา DMARDs |