แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษา
โรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดติดยึด
(Guideline for Management of Ankylosing Spondylitis)

โดย

สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

พ.ศ. 2555

| คำนำ |

โรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดติดยึด (ankylosing spondylitis, AS) เป็นโรคข้ออักเสบเรื้อรังที่พบบ่อยในคนอายุน้อย ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดและแข็งตึงที่กระดูกสันหลังโดยเฉพาะเวลาตื่นนอนเช้า การดำเนินโรคที่เรื้อรังร่วมกับการรักษาที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความพิการหรือเสียชีวิตในระยะท้าย การวินิจฉัยโรคอาศัยประวัติและการตรวจร่างกาย โดยอาจใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพรังสีข้อและกระดูกช่วยยืนยันการวินิจฉัยโรคด้วยในบางครั้ง อย่างไรก็ตามปัญหาในการวินิจฉัยโรคก็ยังเกิดขึ้นได้บ่อย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแรกซึ่งมีอาการแสดงไม่ชัดเจนและไม่พบการเปลี่ยนแปลงในภาพรังสี แนวทางปฏิบัติสำหรับโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดติดยึดฉบับนี้มีจุดประสงค์เพื่อให้แพทย์ผู้เกี่ยวข้องได้ใช้เป็นแนวทางในการวินิจฉัยโรคและให้การรักษาเบื้องต้น พร้อมกับเป็นแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรค AS ระยะแรกและผู้ป่วยโรค AS ที่ดื้อต่อการรักษาเบื้องต้นไปให้อายุรแพทย์สาขาโรคข้อและรูมาติสซั่มเพื่อให้การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องและการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดติดยึดฉบับนี้ ได้จัดทำขึ้นโดยอาศัยข้อมูลจากหลักฐานการศึกษาที่น่าเชื่อถือล่าสุด รวมทั้งแนวทางปฏิบัติและข้อแนะนำของต่างประเทศในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ไม่สามารถใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดติดยึดทุกรายได้ เนื่องจากการดูแลรักษาผู้ป่วยควรตั้งอยู่บนพื้นฐานข้อมูลทางคลินิกและการตัดสินใจของผู้ป่วยในแต่ละราย รวมทั้งสภาวะแวดล้อมและเศรษฐานะของประเทศ แนวทางเวชปฏิบัติอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้เมื่อความรู้ทางการแพทย์มีความก้าวหน้ามากขึ้นและแบบแผนการรักษามีการปรับเปลี่ยนไปในอนาคต แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ไม่ได้รวมยาบางชนิดหรือวิธีการรักษาบางอย่างซึ่งไม่ได้ขึ้นทะเบียนให้ใช้รักษาโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดติดยึด แต่มีหลักฐานทางคลินิกว่าอาจมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคนี้ได้

แพทย์หญิงไพจิตต์ อัศวธนบดี
นายกสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย
วาระปี พ.ศ. 2553-2555

คณะทำงานแนวทางเวชปฏิบัติ
การรักษาโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดติดยึด

สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

แพทย์หญิงกนกรัตน์	นันทิรุจ
แพทย์หญิงกุลศิริ	ธรรมโชติ
นายแพทย์เกียรติ	ภาสภิญโญ
แพทย์หญิงขวัญฤทัย	ศรีพวาทกุล
แพทย์หญิงจินตาหรา	มังคะละ
นายแพทย์ชยวี	เมืองจันทร์
นายแพทย์ชาติวุฒิ	ค้ำชู
นายแพทย์โชคชัย	กิตติญาณปัญญา
แพทย์หญิงโชติมา	ศรศิริวงศ์
แพทย์หญิงดวงกมล	ผดุงวิทย์วัฒนา
แพทย์หญิงทัศนีย์	กิตอำนวยพงษ์
นายแพทย์ธานี	ตั้งอรุณสันติ
แพทย์หญิงธาริณี	โรจน์สกุลกิจ
แพทย์หญิงนันทนา	กสิตานนท์
แพทย์หญิงนันทรัตน์	วงษ์วรอาภรณ์
นายแพทย์บดินทร์	บุตรธรรม
นายแพทย์ปฐพงศ์	โตวิวัฒน์
แพทย์หญิงประภัสสร	อัศวโสตถิ์
แพทย์หญิงปริฉัตร	เอื้ออารีวงศา
แพทย์หญิงปวีณา	เชี่ยวชาญวิศวกิจ
นายแพทย์พงศ์ธร	ณรงค์ฤกษ์นาวิน
นายแพทย์พนัสพงษ์	จันทร์บรรเจิด
แพทย์หญิงพรเพ็ญ	อัครวัชรางกูร
แพทย์หญิงพัสวี	วนานุวัธ
นายแพทย์พีระวัฒน์	บุนยตีรณะ

แพทย์หญิงไพจิตต์	อัศวธนบดี
แพทย์หญิงภัทริยา	มาลัยศรี
นายแพทย์ภาสกร	แสงสว่างโชติ
แพทย์หญิงภิรดี	ศรีจันทร์
นายแพทย์ยุทธนา	สงวนศักดิ์โกศล
นายแพทย์รัตตพล	ภัคโชตานนท์
แพทย์หญิงรัตนวดี	ณ นคร
แพทย์หญิงวันรัชดา	คัชมาตย์
นายแพทย์สมชาย	เอื้อรัตนวงศ์
แพทย์หญิงสหนันท์	เลิศสินกอบศิริ
นายแพทย์สิทธิชัย	เนตรวิจิตรพันธ์
นายแพทย์สิทธิชัย	อุกฤษฏชน
แพทย์หญิงสิริพร	จุทอง
แพทย์หญิงสิริพร	มานวธงชัย
แพทย์หญิงสุจินต์	เลิศวิเศษ
นายแพทย์สุจิโรตถ์	หาญทวิชัย
แพทย์หญิงสุมาภา	ชัยอำนวย
นายแพทย์สุรชัย	นิธิเกตุกุล
นายแพทย์สุรวุฒิ	ปรีชานนท์
นายแพทย์สุรศักดิ์	นิลกานุวงศ์
แพทย์หญิงเสาวนีย์	เบญจมานุกูล
นายแพทย์อนวรรถ	ซื่อสุวรรณ
นายแพทย์อภิชาญ	ชำนาญเวช
แพทย์หญิงอรรจนี	มหรรฆานุเคราะห์
แพทย์หญิงอังครัตน์	ศุภชัยศิริกุล
แพทย์หญิงอัจฉรา	กุลวิสุทธิ์
แพทย์หญิงอัญชลี	ไทรงาม
แพทย์หญิงเอมวลี	อารมย์ดี

| สารบัญ |

หน้า

ความจำเป็นของแนวทางเวชปฏิบัติ.....07
แนวทางการวินิจฉัยโรค.....09
แนวทางการรักษา.....10
ภาคผนวก.....15
ภาคผนวกที่ 1 การแบ่งระดับของหลักฐานการศึกษา (levels of evidence) และข้อแนะนำ (grading of recommendations).....15
ภาคผนวกที่ 2 การวินิจฉัย AS ตามเกณฑ์ modified New York ปี 1984.....16
ภาคผนวกที่ 3 การวินิจฉัยโรค AS ตาม ASAS classification criteria for axial spondyloarthropathy (SpA).....18
ภาคผนวกที่ 4 แนวทางปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย โรคข้อสันหลังอักเสบติดยึด.....19
ภาคผนวกที่ 5 ขอให้ขีดกากบาทลงบนเส้นตรงข้างล่างในแต่ละข้อ เพื่อบอกว่าท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันเหล่านี้ได้ดีเพียงใดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา.....22
ภาคผนวกที่ 6 การประเมิน Physician Global Assessment (PGA) ตาม Likert Scale.....23
ภาคผนวกที่ 7 การประเมินส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนเริ่มให้การรักษาผู้ป่วยโรค AS ด้วย DMARDs และ anti-TNF drugs.....24
ภาคผนวกที่ 8 การบริหารร่างกายสำหรับผู้ป่วยโรค AS.....25
ภาคผนวกที่ 9 แผนภูมิแสดงแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค AS.....30
ภาคผนวกที่ 10 ขนาดยา DMARDs ที่ควรใช้ในการรักษาโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบติดยึด ก่อนพิจารณาให้ anti-TNF agents.....31
ภาคผนวกที่ 11 ข้อมูลที่ใช้ในการประเมินผลตอบสนองต่อการรักษาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของ DMARDs.....32

แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษา โรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดติดยึด (Guideline for Management of Ankylosing Spondylitis)

สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

ความจำเป็นของแนวทางเวชปฏิบัติ

โรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดติดยึด (Ankylosing Spondylitis, AS) เป็นโรคหนึ่งในกลุ่มโรคข้อกระดูกสันหลังและข้อระยางค์อักเสบ (spondyloarthropathy, spondyloarthritis, SpA) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดหลังและ/หรือสะโพก เนื่องจากมีการอักเสบของกระดูกสันหลังและข้อต่อกระดูกเชิงกราน (sacroiliac, SI) joint นอกจากนี้ยังอาจทำให้เกิดการอักเสบบริเวณตำแหน่งของปลายเอ็นซึ่งยึดติดกับกระดูก (enthesitis) และความผิดปกติของอวัยวะอื่นได้แก่ ม่านตาส่วนหน้าอักเสบ (anterior uveitis), ความผิดปกติของการนำคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (cardiac conduction defect), และพังผืดในปอด (lung fibrosis)

จากการวินิจฉัยโรคซึ่งอ้างอิงจาก modified New York criteria 1984[1] โดยจะต้องพบการเปลี่ยนแปลงที่มีลักษณะจำเพาะจากภาพถ่ายทางรังสี หลายการศึกษาจึงพบว่ากว่าจะวินิจฉัยโรคนี้ได้ผู้ป่วยก็มักมีอาการปวดหลังเรื้อรังแล้วนานเป็น 10 ปี ประกอบกับอาการปวดหลังเป็น

อาการที่พบได้บ่อยในหมู่ประชากรทั่วไป และอาการปวดหลังของโรค AS ก็มีการตอบสนองที่ดีต่อยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs) ซึ่งหาซื้อเองได้ จึงทำให้ผู้ป่วยโรคนี้มาพบแพทย์ล่าช้าซึ่งมักจะพบความพิการของร่างกายอย่างถาวรแล้ว

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรค AS ฉบับนี้ถูกสร้างขึ้นจากความร่วมมือของคณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ โดยทั้งหมดเป็นอายุรแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่มในสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย ซึ่งได้ทำการรวบรวมข้อมูลที่มีหลักฐานการศึกษา (ภาคผนวกที่ 1) จาก electronic database (Medline) และ systematic review database (Cochrane systematic review) ที่เกี่ยวกับโรค AS จนถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2554 รวมทั้งได้ศึกษาจากแนวทางเวชปฏิบัติโรค AS จากต่างประเทศ ทั้งนี้จะเลือกเฉพาะข้อมูลที่มีหลักฐานน่าเชื่อถือระดับสูงสุด

ข้อจำกัดของแนวทางเวชปฏิบัติ

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรค AS ฉบับนี้ไม่สามารถใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรค AS ทุกรายได้ เนื่องจากการดูแลรักษาผู้ป่วยควรตั้งอยู่บนพื้นฐานข้อมูลทางคลินิกรวมทั้งการตัดสินใจของผู้ป่วยในแต่ละราย แนวทางเวชปฏิบัติอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้เมื่อความรู้ทางการแพทย์มีความก้าวหน้ามากขึ้นและแบบแผนการรักษามีการปรับเปลี่ยนไปในอนาคต การดูแลรักษาโดยยึดแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้จะไม่ยืนยันว่าผู้ป่วยทุกรายจะประสบความสำเร็จจากการรักษา แนวทางเวชปฏิบัตินี้ไม่ได้รวมยาบางชนิดหรือวิธีการรักษาบางอย่างซึ่งไม่ได้ขึ้นทะเบียนให้ใช้รักษาโรค AS แต่มีหลักฐานทางคลินิกว่าอาจมีประสิทธิภาพในการรักษาโรค AS ได้ การบันทึกข้อมูลอย่างละเอียดลงในเอกสารทางการแพทย์ของผู้ป่วยจะเป็นหลักฐานที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากหากการดูแลรักษาผู้ป่วยบางรายจะมีความแตกต่างไปจากแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้อายุรแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่มและแพทย์สาขาอื่นๆที่เกี่ยวข้องได้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษา การประเมินผล และการติดตามผลข้างเคียงของการรักษาผู้ป่วยโรค AS ในประเทศไทยให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

เพื่อให้อายุรแพทย์และพยาบาลโรคข้อและรูมาติสซั่ม รวมทั้งแพทย์และพยาบาลสาขาอื่นๆที่เกี่ยวข้องได้ใช้เป็นแนวทางในการประเมินโรค และติดตามผลการรักษา รวมทั้งทราบข้อบ่งชี้ในการส่งผู้ป่วยโรค AS ให้อายุรแพทย์สาขาโรคข้อและรูมาติสซั่มเพื่อดูแลรักษาต่อ

เพื่อให้ผู้ป่วยโรค AS ได้รับประโยชน์สูงสุดจากการรักษาด้วย DMARDs ทั้งด้านประสิทธิภาพ (effectiveness) และความปลอดภัย (safety)

กลุ่มเป้าหมาย

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป อายุรแพทย์ทั่วไป อายุรแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่ม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคข้อ และบุคคลากรทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง

แนวทางการวินิจฉัยโรค

แม้อาการปวดหลังจะเป็นอาการนำที่สำคัญของโรค AS แต่ผู้ที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ป่วยเป็นโรค AS ผู้ป่วย AS มีอาการปวดหลังจากการอักเสบของโครงกระดูกสันหลัง (inflammatory back pain)

การวินิจฉัยอาการปวดหลังชนิด inflammatory back pain อาศัยเกณฑ์ของ the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS)[2] ได้แก่ มีอาการปวดหลังนานเกิน 3 เดือนร่วมกับลักษณะทางคลินิกอย่างน้อย 4 ข้อดังต่อไปนี้

- เริ่มมีอาการเมื่ออายุน้อยกว่า 40 ปี
- อาการเกิดขึ้นอย่างช้าๆ (insidious onset)
- อาการปวดหลังดีขึ้นหลังเคลื่อนไหวหรือออกกำลังกาย
- อาการปวดหลังไม่ดีขึ้นหลังพัก (rest)
- มีอาการปวดหลังตอนกลางคืน (มีอาการดีขึ้นเมื่อลุกขึ้นจากที่นอน)

  เกณฑ์นี้มีความไวร้อยละ 71 และความจำเพาะร้อยละ 91.7

การวินิจฉัยโรค AS

1. การวินิจฉัยโรค AS ตามเกณฑ์มาตรฐานของ modified New York criteria 1984[1] (ภาคผนวกที่ 2)

การสั่งภาพถ่ายทางรังสีเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค AS แนะนำให้ส่งภาพรังสีธรรมดา (conventional radiograph) ของ KUB และท่าด้านข้างของกระดูกสันหลังช่วงเอวและเชิงกราน (lateral view of lumbo-sacral spine) เนื่องจากเป็นท่าที่จะพบความผิดปกติของ SI joints ทั้งสองข้าง[3] และยังสามารถตรวจหาความผิดปกติของช่องกระดูกสันหลังช่วงเอว (lumbar intervertebral joint), ข้อต่อกระดูกหัวเหน่า (pubic symphysis) และข้อสะโพก (hip joints) (evidence IV)

2. การวินิจฉัยโรค AS ตาม ASAS classification criteria for axial spondyloarthritis[4]

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่เข้าได้กับโรค AS (มี inflammatory back pain นานเกิน 3 เดือน และเริ่มมีอาการเมื่ออายุน้อยกว่า 45 ปี) แต่ยังไม่พบความผิดปกติของข้อ sacroiliac จากภาพถ่ายทางรังสี แนะนำให้ส่งผู้ป่วยปรึกษากับอายุรแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่ม เพื่อให้การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องต่อไป

การวินิจฉัยโรค AS ในผู้ป่วยที่มีภาพถ่ายทางรังสีปกติมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ non-radiographic SpA ระยะแรกก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงในภาพถ่ายทางรังสี จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งจะลดความทุกข์ทรมาน ลดผลข้างเคียงของการรักษา ป้องกันไม่ให้เกิดความพิการ และอาจปรับเปลี่ยนการดำเนินโรค ทำให้โรคเข้าสู่ภาวะสงบ ซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์ของโรคที่ดีในที่สุด การวินิจฉัยโรคในกรณีนี้ อายุรแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่มจะใช้เกณฑ์ของ ASAS classification criteria for axial spondyloarthritis (ภาคผนวกที่ 3) จะพิจารณาอาการทางคลินิกและส่งตรวจ HLA-B27 และ/หรือ MRI ของข้อ และกระดูกสันหลังตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

แนวทางการรักษา

วัตถุประสงค์ของการรักษา

เพื่อลดอาการอักเสบของกระดูกสันหลัง ป้องกันความพิการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว (ภาคผนวกที่ 4) ร่วมกับการรักษาโดยไม่ใช้ยาและใช้ยา ซึ่งจะปรับเปลี่ยนไปตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละคน

การประเมินผู้ป่วย

ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจคัดกรองและประเมินโรคก่อนให้การรักษา

1. ประเมินระยะกำเริบของโรค (disease activity)โดยอาศัยประวัติ การตรวจร่างกาย หรือโดยใช้ BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) (ภาคผนวกที่ 5) และ PGA (physician global assessment) (ภาคผนวกที่ 6) ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ ESR และ CRP

2. ประเมินความผิดปกติของอวัยวะอื่น ได้แก่ enthesitis, peripheral arthritis, genital ulcer และ anterior uveitis

3. ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น แผลในกระเพาะอาหาร เลือดออก

จากทางเดินอาหารส่วนต้น โรคไต และโรคตับ โดยการตรวจ CBC, renal และ liver function

4. ทำการตรวจคัดกรองเพื่อความปลอดภัยก่อนให้ยา DMARDs และสารชีวภาพ (ภาคผนวกที่ 7)

การรักษา

การรักษาโดยไม่ใช้ยา เป็นการรักษาหลักของโรค AS ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การทำกายภาพบำบัด (level of evidence 1b, strength of recommendation A) และการออกกำลังกาย (I1a, B) (ภาคผนวกที่ 8)

การรักษาโดยการใช้ยา ถือเป็นการรักษารอง และต้องใช้ร่วมกับการการรักษาที่ไม่ใช้ยาเสมอ

การรักษาโดยการใช้ยา (ภาคผนวกที่ 9)

- ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) แนะนำให้ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดอักเสบและฝืดขัดที่กระดูกสันหลังและ enthesitis (1b, A)[5] ควรเลือกใช้ยา NSAIDs ทีละชนิด ปรับขนาดยาจนสามารถควบคุมอาการได้โดยไม่เกิดผลข้างเคียง ไม่ใช่ยาเกินขนาดสูงสุดที่แนะนำไว้ และประเมินผู้ป่วยอีก 1 เดือนหลังให้ยา ถ้ายังไม่สามารถควบคุมอาการได้ก็สามารถเปลี่ยนเป็น NSAIDs ชนิดอื่น หรือพิจารณายาในกลุ่ม disease modifying anti-rheumatic drugs (DMARDs) หากใช้ NSAIDs 2 ชนิดเป็นเวลานาน 3 เดือน แล้วยังไม่ตอบสนองก็ให้พิจารณา DMARDs (4, D)

ถึงแม้จะมีรายงานว่า การรักษาด้วย NSAIDs ทุกวันอย่างสม่ำเสมอในระยะยาว จะสามารถป้องกันอาการกำเริบของโรคและลดการสร้างกระดูกงอกของกระดูกสันหลังได้[6] แต่ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลมากเพียงพอที่จะสนับสนุนประโยชน์ดังกล่าวของ NSAIDs

- ยาแก้ปวด (analgesics) ได้แก่ paracetamol และ opioid สามารถใช้แทน NSAIDs เพื่อควบคุมอาการปวดหลังในกรณีที่มีข้อห้ามในการให้ NSAIDs หรือให้ร่วมกับ NSAIDs เพื่อเสริมฤทธิ์ (adjuvant) บรรเทาอาการปวด (4, D)

- การฉีดสารสเตียรอยด์เฉพาะที่ (local corticosteroid injection) ใช้ในกรณีที่มี enthesitis (4, D) หรือ sacroiliitis (1b, A)[7,8] ที่ไม่ตอบสนองต่อ NSAIDs

- ยาปรับเปลี่ยนการดำเนินโรค (DMARDs) (ภาคผนวกที่ 10) ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อ NSAIDs 2 ชนิดเป็นเวลานาน 3 เดือน ควรพิจารณาให้การรักษาด้วย DMARDs (4, D) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยระยะแรกบางรายมีการตอบสนองต่อการรักษาด้วย sulfasalazine

(1a, A)[9,10] และ methotrexate (1b, A)[11] ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยา sulfasalzine และ methotrexate ได้ ให้พิจารณาใช้ leflunomide (1b, A)[12] หรือ azathioprine (4, D) สำหรับ bisphosphonate มีรายงานว่าการใช้ pamidronate สามารถควบคุมอาการปวดหลังในผู้ป่วย AS ได้ (3, C)[13,14]

ในระหว่างให้การรักษาด้วย DMARDs จะต้องทำการประเมินภาวะกำเริบของโรค และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการรักษาเป็นระยะๆ (ภาคผนวกที่ 11) ภายหลังการรักษาด้วย DMARDs ในขนาดเต็มที่หรือในขนาดรักษา เป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 3 เดือนแล้วอาการยังไม่ดีขึ้นโดยมีค่า BASDAI เท่ากับหรือสูงกว่า 4 หรือ physician global assessment สูงกว่าหรือเท่ากับ 2 ก็ให้พิจารณาให้การรักษาด้วยสารชีวภาพต่อไป

- สารชีวภาพ (biologic agents) ข้อบ่งชี้และแนวทางการรักษาโรค AS ด้วยสารชีวภาพ ให้ดูแนวทางปฏิบัติการใช้สารชีวภาพในผู้ป่วยโรคข้อสันหลังอักเสบติดยึด สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. Arthritis Rheum. 1984;27(4):361-8.

2. Sieper J, van der Heijde DM, Landewe RB, et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain-a real patient exercise of the Assessment in SpondyloArthritis international Society (ASAS). Ann Rheum Dis. 2009.

3. Braun J, van der Heijde D. Imaging and scoring in ankylosing spondylitis. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2002;16(4):573-604.

4. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewe R, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. Ann Rheum Dis. 2009;68(6):777-83.

5. Sidiropoulos PI, Hatemi G, Song IH, et al. Evidence-based recommendations for the management of ankylosing spondylitis: systematic literature search of the 3E Initiative in Rheumatology involving a broad panel of experts and practising rheumatologists. Rheumatology (Oxford). 2008;47(3):355-61.

6. Wanders A, Heijde D, Landewé R, et al. Nonsteroidal antiinflammatory drugs reduce radiographic progression in patients with ankylosing spondylitis: a randomized clinical trial. Arthritis Rheum. 2005;52(6):1756-65.

7. Maugars Y, Mathis C, Vilon P, Prost A. Corticosteroid injection of the sacroiliac joint in patients with seronegative spondylarthropathy. Arthritis Rheum 1992;35:564–8.

8. Luukkainen R, Nissila M, Asikainen E, et al. Periarticular corticosteroid treatment of the sacroiliac joint in patients with seronegative spondylarthropathy. Clin Exp Rheumatol 1999;17:88–90.

9. Braun J, Zochling J, Baraliakos X, et al. Efficacy of sulfasalazine in patients with inflammatory back pain due to undifferentiated spondyloarthritis and early ankylosing spondylitis: a multicentre randomised controlled trial. Ann Rheum Dis 2006;65(9):1147-53.

10. Chen J, Liu C. Is sulfasalazine effective in ankylosing spondylitis? A systematic review of randomized controlled trials. J Rheumatol 2006;33(4): 722-31.

11. Huang F, Li S, Liu Z, et al. Preliminary evaluation of the efficacy of methotrexate in treatment of early ankylosing spondylitis. Chin J New Drugs 2001; 10: 689-92.

12. Haibel H, Rudwaleit M, Braun J, Sieper J. Six months open label trial of leflunomide in active ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis. 2005 Jan;64(1): 124-6.

13. Maksymowych WP, Jhangri G S, Fitzgerald AA, et al.A six-month randomized, controlled, double-blind, dose-response comparison of intravenous pamidronate (60 mg versus 10 mg) in the treatment of nonsteroidal antiinflammatory drug-refractory ankylosing spondylitis. Arthritis Rheum 2002;46:766-73.

14. Santra G, Sarkar, RN, Phaujdar S, et al. Assessment of the efficacy of pamidronate in ankylosing spondylitis: an open prospective trial. Singapore Med J 2010;51:883-7.

ภาคผนวกที่ 1

การแบ่งระดับของหลักฐานการศึกษา (levels of evidence) และข้อแนะนำ (grading of recommendations)

ระดับของหลักฐานการศึกษา (levels of evidence, LoE)

1a	หลักฐานจาก meta-analysis ของการศึกษาที่เป็น randomized controlled trials (RCT)
1b	หลักฐานจากการศึกษาที่เป็น RCT อย่างน้อย 1 ฉบับ
2a	หลักฐานจากการศึกษาที่เป็น well-designed controlled study ซึ่งไม่มี randomization อย่างน้อย 1 ฉบับ
2b	หลักฐานจาก well-designed quasi-experimental study ชนิดอื่นๆอย่างน้อย 1 ฉบับ
3	หลักฐานจาก well-designed non-experimental descriptive studies เช่น comparative studies, correlation studies and case control studies เป็นต้น
4	หลักฐานจากรายงานหรือความเห็นของคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ และ / หรือ ประสบการณ์ทางคลินิกจากผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการเชื่อถือ

ลำดับของข้อแนะนำ (grading of recommendations, SoR)

A	หลักฐานประเภทที่ 1
B	หลักฐานประเภทที่ 2 หรือหลักฐานที่นอกเหนือจากประเภทที่ 1
C	หลักฐานประเภทที่ 3 หรือหลักฐานที่นอกเหนือจากประเภทที่ 1 หรือ 2
D	หลักฐานประเภทที่ 4 หรือหลักฐานที่นอกเหนือจากประเภทที่ 2 หรือ 3

ภาคผนวกที่ 2

การวินิจฉัย AS ตามเกณฑ์ modified New York ปี 1984 (ดัดแปลงจาก van der Linden[4])

การวินิจฉัย AS เมื่อพบความผิดปกติจากภาพถ่ายทางรังสีข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
1. การอักเสบระยะ 2-4 ของข้อต่อกระดูกเชิงกรานทั้งสองข้าง (bilateral sacroiliitis grade 2-4) 2. การอักเสบระยะ 3-4 ของข้อต่อกระดูกเชิงกรานข้างเดียว (unilateral sacroiliitis grade 3-4)
ร่วมกับมีอาการหรืออาการแสดงของโรคข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
1. ปวดหลังช่วงล่างนานอย่างน้อย 3 เดือนซึ่งจะดีขึ้นเมื่อได้เคลื่อนไหวหรือออกกำลังกายและไม่ทุเลาลงเมื่อพัก (low back pain of at least 3 months' duration improved by exercise and not relieved by rest) 2. การเคลื่อนไหวกระดูกสันหลังช่วงเอวจำกัดในท่าเอียงข้างและท่าก้มหงาย (limitation of lumbar spine in sagittal and frontal planes) 3. การขยายของรอบอกลดลงจากค่าปกติเมื่อเทียบกับคนปกติที่มีอายุเท่ากันและเพศเดียวกัน (chest expansion decreased relative to normal values for age and sex)

Chest expansion เป็นการวัดความแตกต่างของรอบอกที่ระดับช่องซี่โครงที่4 ในขณะหายใจเข้าเต็มที่และหายใจออกเต็มที่ โดยมีค่าปกติเท่ากับหรือมากกว่า 2.5 เซนติเมตร

ระดับการอักเสบของ SI joint จากภาพถ่ายทางรังสี (Grading of radiographic sacroiliitis[3])

ระดับการอักเสบ	การเปลี่ยนแปลงในภาพถ่ายทางรังสี
0	ปกติ (normal)
1	มีการเปลี่ยนแปลงไม่ชัดเจน (suspicious changes)
2	มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย (minimal abnormality): มีตำแหน่งของกระดูกที่กร่อนและหนาตัวขึ้นเล็กน้อยโดยที่ความกว้างของช่องข้อยังปกติ (small localized areas with erosion or sclerosis, without alteration in the joint width)
3	มีการเปลี่ยนแปลงปานกลาง (moderate abnormality): มีตำแหน่งของกระดูกที่กร่อนและหนาตัวขึ้น โดยช่องข้อกว้างขึ้น แคบลง หรือเริ่มมีการเชื่อมข้อ (erosions, sclerosis, widening, narrowing joint space, or partial ankylosis)
4	มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรง (severe abnormality): ข้อเชื่อมกันอย่างสมบูรณ์ (total ankylosis)

ภาคผนวกที่ 3

การวินิจฉัยโรค AS ตาม ASAS classification criteria for axial spondyloarthropathy (SpA)

ASAS classification criteria for axial SpA

(ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังนานเกิน 3 เดือนและมีอาการเริ่มต้นเมื่ออายุน้อยกว่า 45 ปี)

ผลบวกของ HLA-B27 + อาการของ SpA อย่างน้อย 2 ข้อ**	หรือ	การอักเสบของ SI joint จากภาพรังสี* + อาการของ SpA อย่างน้อย 1 ข้อ**

** อาการของ SpA :

: อาการปวดหลังชนิด inflammatory

: ข้ออักเสบ

: ปลายเอ็นยึดติดกับกระดูกส้นเท้าอักเสบ

: ม่านตาอักเสบ

: Dactylitis

: โรคผิวหนังสะเก็ดเงิน (psoriasis)

: Crohn's disease/ulcerative colitis

: ตอบสนองดีต่อ NSAIDs

: มีประวัติครอบครัวของ SpA

: มีผลบวกของ HLA-B27

: มีระดับ CRP สูง

* การอักเสบของ SI joint จากภาพรังสี*

- Active (acute) inflammation จาก MRI ซึ่งสนับสนุน sacroiliitis ใน SpA

หรือ

- Definite radiographic sacroiliitis ตามเกณฑ์ของ modified New York

ภาคผนวกที่ 4

แนวทางปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคข้อสันหลังอักเสบติดยึด

การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมจะช่วยลดอาการเจ็บปวด ลดการใช้ยา ลดความรุนแรงรวมทั้งป้องกันความพิการ และทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด

1. **ท่าทาง** ผู้ป่วยควรให้ความสำคัญกับอิริยาบถต่างๆของร่างกายในชีวิตประจำวันเป็นพิเศษ เนื่องจากอิริยาบถที่ไม่เหมาะสมสามารถส่งผลกระทบถึงรูปทรงกระดูกสันหลังของผู้ป่วยได้

1.1 การเลือกเก้าอี้นั่ง ทั้งที่บ้านหรือที่ทำงาน เบาะนั่งจะต้องแข็งพอดี ไม่นุ่มมากจนเบาะยุบลงเวลานั่ง พนักเก้าอี้ควรเอียงเล็กน้อยเพื่อรองรับการพิงของหลัง เลือกเก้าอี้ที่มีเท้าแขนเพื่อให้สามารถวางแขนซึ่งจะช่วยผ่อนน้ำหนักที่กดลงบนกระดูกสันหลัง ความลึกของเบาะนั่งจะต้องพอดีกับความยาวต้นขา เพื่อให้หลังและสะโพกชิดพอดีกับพนักเก้าอี้ โดยที่ขอบเก้าอี้อยู่พอดีกับรอยพับของเข่า และทำให้เข่างอตั้งฉากกับพื้นได้พอดี เก้าอี้จะต้องไม่สูงเกินไปจนขาและเท้าลอยจากพื้น ไม่ควรนั่งเก้าอี้นวม (โซฟา) ที่เตี้ยเกินไปเพราะจะทำให้กระดูกสันหลังต้องงอเสียรูปทรงและทำให้ลุกขึ้นลำบาก

1.2 การนั่ง ต้องตรวจสอบท่านั่งของตัวเองบ่อยๆ เหยียดหลังนั่งให้ตัวตรงและยืดไหล่เป็นพักๆ ไม่ควรนั่งต่อเนื่องนานเกินไป ควรลุกขึ้นยืนหรือเดินไปเดินมาเพื่อยืดข้อต่อบ้าง

1.3 การนอน ถ้าใช้เป็นเตียงสปริงจะต้องหาแผ่นกระดานแข็งปูด้านล่างไว้ไม่ให้เตียงยวบลงเวลานอน ฟูกที่นอนจะต้องแน่นกำลังดี ไม่ยุบหรือนุ่มเกินไป การหนุนหมอนให้เลือกหมอนที่รองรับต้นคอ หรือเลือกใช้หมอนที่เปลี่ยนรูปไปตามสรีระของศีรษะได้ดี ไม่หนุนหมอนสูง

1.3 น้ำอุ่น การอาบน้ำอุ่น ช่วยลดอาการฝืดแข็งของข้อกระดูกสันหลังได้ดี ผู้ป่วยบางรายจะรู้สึกสบายถ้าได้อาบหรือแช่น้ำอุ่นตอนเช้าและตอนเย็น ระหว่างแช่น้ำอุ่นถ้าได้บริหารร่างกายเพื่อยืดกล้ามเนื้อไปพร้อมๆกันจะทำให้รู้สึกผ่อนคลายยิ่งขึ้น

1.4 การใช้กายอุปกรณ์หรือผ้ารัด หลีกเลี่ยงการใช้สนับเข่าหรือเฝือกอ่อนรัดช่วงเอว (lumbar support) เพราะจะทำให้ข้อและหลังตึงแข็งยิ่งขึ้น และเกิดข้อติดตามมาในภายหลัง

2. **อาหาร** พยายามควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ระวังไม่ให้น้ำหนักเกินหรืออ้วน ไม่จำเป็นต้องงดหรือรับประทานอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งเป็นพิเศษ ให้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่อาหารต้องสุกและสะอาด เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินอาหารซึ่งจะทำให้โรคกำเริบขึ้นได้

3. **เครื่องดื่มแอลกอฮอล์** สามารถดื่มได้เล็กน้อยตามความจำเป็นทางสังคม แต่ถ้าไม่จำเป็นควรงดโดยเฉพาะรายที่ต้องกินยาต้านการอักเสบหรือ DMARDs เพราะจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลในกระเพาะอาหารและผลข้างเคียงของยาต่อตับ

4. **การสูบบุหรี่** งดสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด เนื่องจากการสูบบุหรี่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย และการทำงานของปอดเลวลง

5. **การรักษาโดยการจัดกระดูก** ไม่ควรทำ เพราะอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรงขึ้นได้ เช่น กระดูกหัก และข้อหลุด เป็นต้น

6. **การรักษาโดยใช้การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ** เช่น การฝังเข็ม สุคนธบำบัด (aromatherapy) การกดจุดที่ฝ่าเท้า (reflexology) และ การปรับสภาพร่างกาย (homeopathy) ปัจจุบันยังไม่มีงานวิจัยสนับสนุนมากนัก ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกผ่อนคลายและมีอาการดีขึ้นจากการบำบัด อย่างไรก็ตามจะต้องแน่ใจว่าผู้ให้การบำบัดนั้นมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคข้อสันหลังอักเสบติดยึดเป็นอย่างดี

7. **กายภาพบำบัด** มีบทบาทสำคัญต่อต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคนี้มากที่สุด ผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้ถึงอิริยาบถที่เหมาะสมเพื่อรักษารูปทรงที่ดีของกระดูกสันหลังไว้ การบริหารข้อต่อโดยเฉพาะข้อไหล่และสะโพกจะทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ข้อทำงานงานได้ตามปกติ ควรศึกษาท่าบริหารร่างกายและกล้ามเนื้อเพื่อนำไปฝึกทำและปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน (ดูรายละเอียดเรื่องการบริหารร่างกาย)

8. การดำเนินชีวิตประจำวัน

8.1 ทำงานประจำตามปกติ แต่ต้องเอาใจใส่กับท่าทางและอิริยาบถที่จะส่งผลต่อรูปทรงของกระดูกสันหลัง ควรขยับเก้าอี้ให้ชิดโต๊ะทำงาน เพื่อจะได้นั่งตัวตรงโดยไม่ต้องโน้มตัวมาด้านหน้ามากนัก ใช้หมอนเล็กๆรองหลังและหนุนก้นเพื่อให้นั่งสบาย ไม่ควรยืนหรือนั่งอยู่ในท่าเดียวเป็นระยะเวลานานๆ ควรพักยืดเส้นยืดสายและขยับข้อเป็นครั้งคราว

8.2 การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา สามารถทำได้ การออกกำลังกายที่ดีที่สุดสำหรับโรคนี้คือการว่ายน้ำ เพราะทำให้กระดูกสันหลังอยู่ในท่าเหยียดตรง ช่วยทำให้กล้ามเนื้อทุกส่วนได้ออกแรงโดยไม่มีแรงกระแทกต่อกระดูกสันหลัง ให้ฝึกว่ายน้ำหลายๆท่าผสมกัน ถ้าว่ายน้ำไม่แข็งจะเกาะโฟมกระทุ่มน้ำก็ได้ การดำน้ำตื้น (skin diving) โดยสวมหน้ากากดำน้ำและหายใจผ่านท่ออากาศ จะช่วยบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก ทำให้การหายใจได้ดีขึ้น ไม่ควรออกกำลังกายที่มีการปะทะหรือแข่งขัน เช่น รักบี้ มวย บาสเกตบอล เทนนิส หรือเต้นแอโรบิกชนิดที่ต้องเหวี่ยงหรือกระโดด เพราะมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ ถ้าต้องการวิ่งออกกำลังกายควรสวมรองเท้าที่มีเบาะรองรับส้นเท้าเพื่อลดแรงกระแทก

8.3 การขับรถยนต์ ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ ถ้าต้องขับรถติดต่อกันนานเป็นชั่วโมง อาจทำให้หลังติดแข็ง ควรหยุดพักเป็นช่วงๆ ออกมาเดินยืดเส้นยืดสาย เพื่อลดการยึดของข้อต่อและกระดูกสันหลัง ระหว่างขับรถอาจใช้หมอนเล็กๆหนุนหลังและรองก้นเพื่อช่วยให้นั่งตัวตรง ปรับเบาะรองรับต้นคอให้พอดีกับสรีระโดยไม่ให้เกิดแรงกดที่ต้นคอมากเกินไป ใส่ใจเป็นพิเศษกับการเลือกกระจกมองหลังและมองข้าง ใช้กระจกขนาดใหญ่และจัดให้อยู่ในตำแหน่งที่สามารถเหลือบตามองได้อย่างชัดเจน โดยที่ไม่ต้องหมุนคอเพื่อเหลียวมองหลังหรือมองข้างมากจนเกินไป การขับรถที่ใช้เกียร์อัตโนมัติจะมีประโยชน์โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้ออักเสบหรือฝืดแข็ง

8.4 กิจกรรมทางเพศ ผู้ป่วยที่มีปัญหาปวดหลังหรือมีข้อสะโพกยึดติดสามารถดำเนินกิจกรรมทางเพศได้ โดยเลือกใช้ท่าที่สบายและเหมาะสม ภาวะอ่อนเพลียที่เกิดขึ้นในช่วงที่โรคกำเริบ อาจก่อให้เกิดอุปสรรคกับชีวิตคู่ได้ในบางครั้ง ผู้ป่วยและคู่สมรสควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค ควรเปิดใจคุยกันเพื่อช่วยกันหาทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น การมีทักษะในการสื่อสาร การมีอารมณ์ขัน และมองโลกในแง่ดี จะช่วยทำให้ชีวิตคู่ดำเนินไปได้อย่างราบรื่น ความซื่อสัตย์และความจริงใจที่คู่สมรสมีให้แก่กันและกัน จะเป็นภูมิคุ้มกันที่ป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธุ์และยังเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวที่สร้างความเข้มแข็งให้กับสถาบันครอบครัวอีกด้วย

8.5 การตั้งครรภ์ ไม่มีข้อห้ามในการตั้งครรภ์และให้กำเนิดบุตร แต่ผู้ป่วยที่มีปัญหากับข้อสะโพกและข้อต่อกระดูกเชิงกรานอย่างมากอาจต้องพิจารณาผ่าตัดคลอด ระหว่างตั้งครรภ์น้ำหนักหน้าท้องอาจถ่วงทำให้หลังแอ่นซึ่งจะทำให้ปวดหลังเวลายืน การใช้ผ้ารองรับน้ำหนักหน้าท้องเพื่อกระจายน้ำหนักจะลดอาการปวดหลังลงได้ งดใช้ยาต้านการอักเสบใน 3 ช่วงได้แก่ ช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ เดือนสุดท้ายก่อนคลอด และช่วงให้นมบุตร การบริหารร่างกายที่เหมาะสมระหว่างตั้งครรภ์ สามารถทำได้เมื่ออายุครรภ์เกิน 3 เดือนได้แก่ การออกกำลังกายในน้ำหรือแช่น้ำอุ่น ซึ่งจะช่วยลดอาการปวดหลังได้โดยไม่ต้องกินยาต้านการอักเสบ

8.6 การเข้าสังคม ผู้ป่วยไม่ควรท้อใจ เศร้าซึม หรือแยกตัวเองออกจากครอบครัว เพื่อนฝูง และสังคม หากคนรอบข้างมีความได้เข้าใจที่ถูกต้องถึงธรรมชาติของโรคและทราบถึงข้อจำกัดบางอย่างที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมส่วนรวมบางอย่างที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมกับสภาพของโรคและร่างกายได้ เช่น การออกกำลังกายเบาๆ หรือเล่นกีฬาที่ไม่ต้องใช้แรงมาก เป็นต้น

ภาคผนวกที่ 5

BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Aetivity Index)

ขอให้ขีดกากบาทลงบนเส้นตรงข้างล่างในแต่ละข้อ เพื่อบอกว่าท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันเหล่านี้ได้ดีเพียงใดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1. ในภาพรวม ท่านมีอาการอ่อนล้า เพลีย หรือหมดเรี่ยวหมดแรงมากน้อยเพียงใด

ไม่มีเลย 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 รุนแรงมาก .....

2. ท่านรู้สึกปวดหรือขัดที่ต้นคอ หลัง หรือ ข้อสะโพกมากน้อยเพียงใด

ไม่มีเลย 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 รุนแรงมาก .....

3. นอกเหนือจากต้นคอ หลัง และข้อสะโพกแล้ว ท่านรู้สึกปวดหรือบวมที่ข้อต่อตามแขนขา

ไม่มีเลย 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 รุนแรงมาก .....

4. ท่านรู้สึกไม่ค่อยสบายเนื่องจากรู้สึกเจ็บที่จุดใดจุดหนึ่งตามร่างกายเมื่อถูกกดหรือสัมผัส

ไม่มีเลย 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 รุนแรงมาก .....

5. หลังตื่นนอนเช้าท่านรู้สึกไม่ค่อยสบาย

ไม่มีเลย 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 รุนแรงมาก .....

6. ท่านมีอาการฝืดขัดหรือตึงตอนเช้าหลังตื่นนอนนานกี่ชั่วโมง

ไม่มีเลย 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

30 นาที 1 ชั่วโมง 1 ชั่วโมงครึ่ง ≥ 2 ชั่วโมง

คะแนนรวมของข้อ 1-4 + ค่าเฉลี่ยของข้อ 5 และ 6 = ... เต็ม 50

BASDAI SCORE = $\frac{\text{คะแนนรวม}}{5}$ = ... เต็ม 10

ภาคผนวกที่ 6

การประเมิน Physician Global Assessment (PGA) ตาม Likert Scale

0	=	ไม่มีอาการ
1	=	มีอาการน้อย
2	=	มีอาการปานกลาง
3	=	มีอาการรุนแรง
4	=	มีอาการรุนแรงมาก

ภาคผนวกที่ 7

การประเมินส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนเริ่มให้การรักษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินด้วย DMARDs และ TNF-antagonist

DMARDs	CBC UA	Cr	AST ALT	HBV, HCV☆ (anti-HIV)	PPD test (Quanti f.TB)	Other
MTX	✓	✓	✓	✓		CXR
SSZ	✓	✓	✓			G6PD (♂)
LEF	✓	✓	✓	✓		CXR
AZA	✓	✓	✓	✓		CXR
Anti-TNF	✓	✓	✓	✓	✓	CXR

☆ เฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อโรคไวรัสตับอักเสบหรือโรคเอดส์

- MTX – Methotrexate, SSZ – Sulphasalazine, LEF – Leflunomide, Gold inj. – Gold salt injection, AZA – Azathioprine, CyA – Cyclosporin A, Anti-TNF – Anti-tumor necrosis factor drugs.
- CBC – Complete blood count, UA – Urine exam, Cr – Serum creatinine, AST – Aspartate aminotranferase, ALT – Alanine aminotransferase, G6PD – Glucose-6-phosphate dehydrogenase screening test (สำหรับผู้ป่วยชาย).
- CXR – chest x-rays, BP – Blood pressure measurement, elect – Serum electrolytes, lipid – Lipid profile.
- HBV serology – hepatitis B surface antigen (HbsAg), hepatitis B antibodies (anti-HBs), hepatitis B core antibodies (anti-HBc); HCV serology– hepatitis C antibodies (Anti-HCV), anti-HIV – anti-HIV antibodies
- PPD - Purified protein derivative or tuberculin skin test, Quanti f.TB – Quantiferon TB gold test or interferon-gamma release assay.

ภาคผนวกที่ 8

การบริหารร่างกายสำหรับผู้ป่วยโรค AS

การบริหารร่างกายเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคข้อสันหลังอักเสบติดยึดที่ต้องปฏิบัติควบคู่ไปกับการใช้ยาเสมอ เพื่อคงสภาพรูปทรงของร่างกายให้ใกล้เคียงกับปกติ แนะนำให้ทำเป็นกิจวัตรประจำวันไม่ว่าโรคจะอยู่ในระยะกำเริบหรือสงบแล้วก็ตาม ควรทำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะหลังตื่นนอนตอนเช้า แต่จะดียิ่งขึ้นถ้าสามารถทำได้วันละ 2 ครั้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละราย

ท่าในการบริหารร่างกายมีทั้งหมด 11 ท่า บริหารท่าละ 5 ครั้งโดยแต่ละท่าให้ค้างไว้ประมาณ 5 วินาที ขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละราย

ท่าที่ 1

นอนราบ ชันเข่าขึ้นทั้งสองข้าง

ยกสะโพกขึ้นสูงสุดเท่าที่จะทำได้ นับ 1-5 แล้วเอาสะโพกลงช้าๆ

ท่าที่ 2

นอนราบ ชันเข่า ประสานมือกัน และเหยียดแขนขึ้นชี้เพดาน

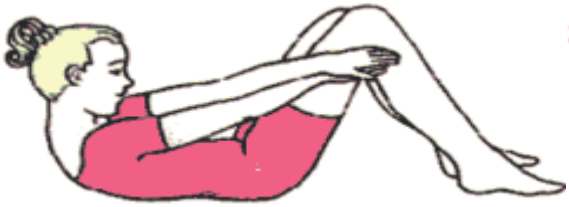
แกว่งแขนไปด้านซ้ายให้ไกลที่สุด พร้อมกับบิดเอวและแกว่งเข่าทั้งสองข้างมาด้านตรงข้าม พัก และทำซ้ำด้านตรงข้าม สลับกันข้างละ 5 ครั้ง

ท่าที่ 3

นอนราบ ชันเข่า เหยียดแขนไปด้านหน้าและกดคางลงให้ชิดคอ

ยกตัวขึ้นให้ไหล่พ้นจากพื้น เอื้อมมือไปแตะหัวเข่า จากนั้น นอนราบลงพัก ทำซ้ำ 5 ครั้ง

ท่าที่ 4



นอนชันเข่า ประสานมือไว้ด้วยกัน ยกตัวขึ้นให้ไหล่พ้นพื้น เหยียดแขนไปด้านข้างของเข่า

แกว่งไปทางด้านขวาและด้านซ้าย สลับกันด้านละ 5 ครั้ง

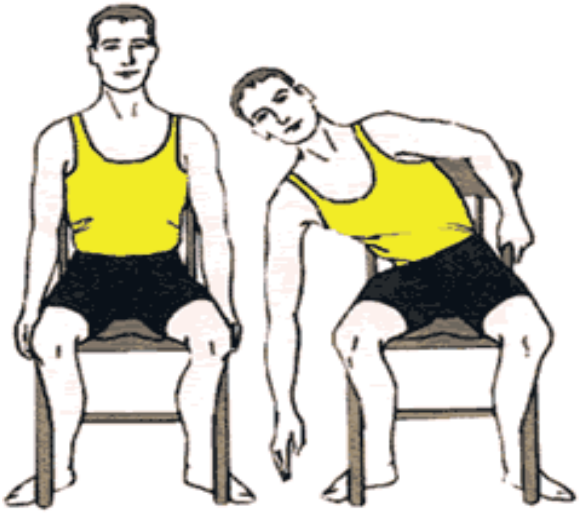
ท่าที่ 5

คุกเข่า มือยันพื้นทั้งสองข้าง เหยียดศอกตรง

ก้มหัวลงระหว่างแขนทั้งสองข้าง โก่งหลังขึ้นให้สูงที่สุดเท่าที่ทำได้

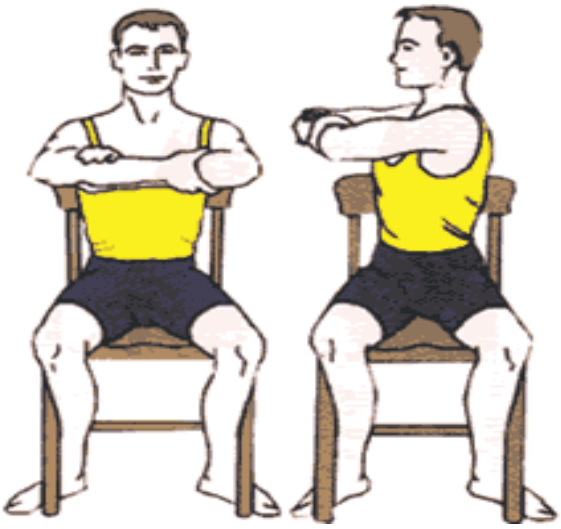
จากนั้นให้เงยหน้าขึ้นและแอ่นหลังลงล่างให้มากที่สุด ทำสลับกัน 5 ครั้ง

ท่าที่ 6



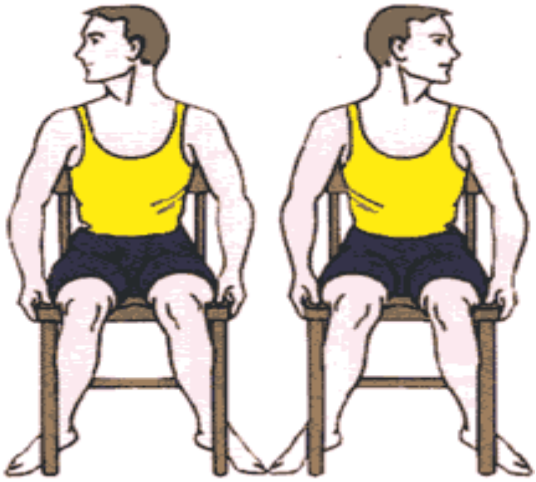
นั่งบนเก้าอี้ สอดปลายเท้าเกี่ยวไว้กับขาเก้าอี้ทั้งสองข้าง มือซ้ายยึดพนักเก้าอี้ไว้ให้แน่น เอนตัวไปทางด้านข้างห้อยแขนขวาลงให้มือเข้าใกล้พื้นให้มากที่สุด โดยห้ามโน้มตัวมาด้านหน้า ทำสลับข้างกัน 5 ครั้ง

ท่าที่ 7



นั่งเก้าอี้ สะโพกชิดพนัก สอดปลายเท้าเกี่ยวไว้กับขาเก้าอี้ทั้งสองข้าง ยกแขนขึ้นกอดอกให้อยู่ในระดับหัวไหล่ บิดตัวไปด้านขวาจนสุด ทำซ้ำด้านตรงข้าม สลับกัน 5 ครั้ง

ท่าที่ 8

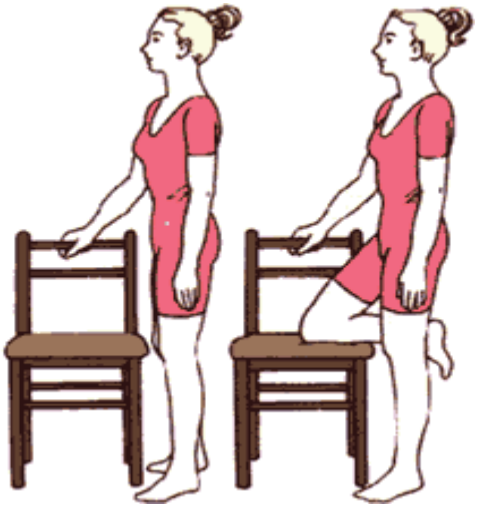


นั่งเก้าอี้ สะโพกชิดพนัก สอดปลายเท้าเกี่ยวไว้กับขาเก้าอี้ทั้งสองข้าง มือยึดขอบเก้าอี้ไว้ทั้งสองข้าง หันหน้าไปด้านซ้ายสุด โดยไม่หมุนไหล่ตาม จากนั้นให้หันไปด้านตรงข้าม ทำสลับกัน 5 ครั้ง

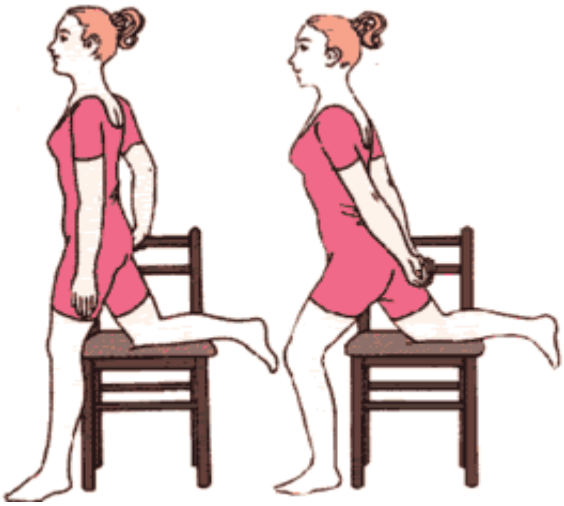
ท่าที่ 9

ยืนหันหน้าเข้าเก้าอี้ ยกขาขวาวางส้นเท้าบนเก้าอี้ที่มีเบาะรองกันเจ็บ ขาซ้ายยืนเหยียดตรง จากนั้นให้โน้มตัวลงไปทางด้านหน้า พยายามให้ปลายนิ้วมือแตะปลายเท้าที่แอ่นขึ้นมา ค้างไว้นับ 1-5 พัก แล้วทำซ้ำโดยโน้มตัวลงให้ต่ำลงกว่าเดิม ทำซ้ำอีก 5 ครั้ง จากนั้นทำแบบเดียวกันในด้านตรงข้ามอีก 5 ครั้ง

ท่าที่ 10

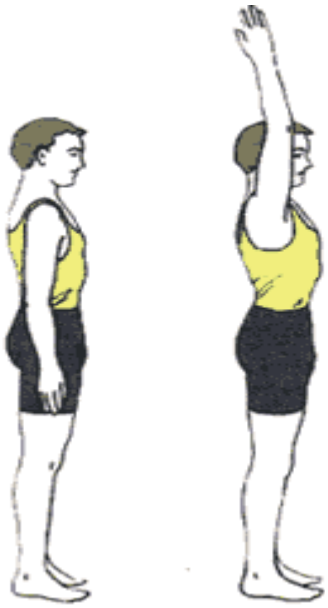


ยืนข้างเก้าอี้ มือขวาจับพนัก วางหน้าแข้งขาขวาลงบนเบาะเก้าอี้ ให้ปลายเข่าอยู่บนกึ่งกลางของเบาะ



ยืดลำตัวขึ้นพร้อมกับหมุนก้าวขาซ้ายมาทางด้านหน้าให้ไกลที่สุดเท่าที่ทำได้ ปล่อยพนักเก้าอี้ มือไขว้หลังเหยียดตรง งอเข่าซ้ายลดตัวให้ต่ำที่สุดโดยหลังและหน้ายืดตรง จากนั้นยืนกลับด้าน ทำในลักษณะเดียวกันอีก 5 ครั้ง

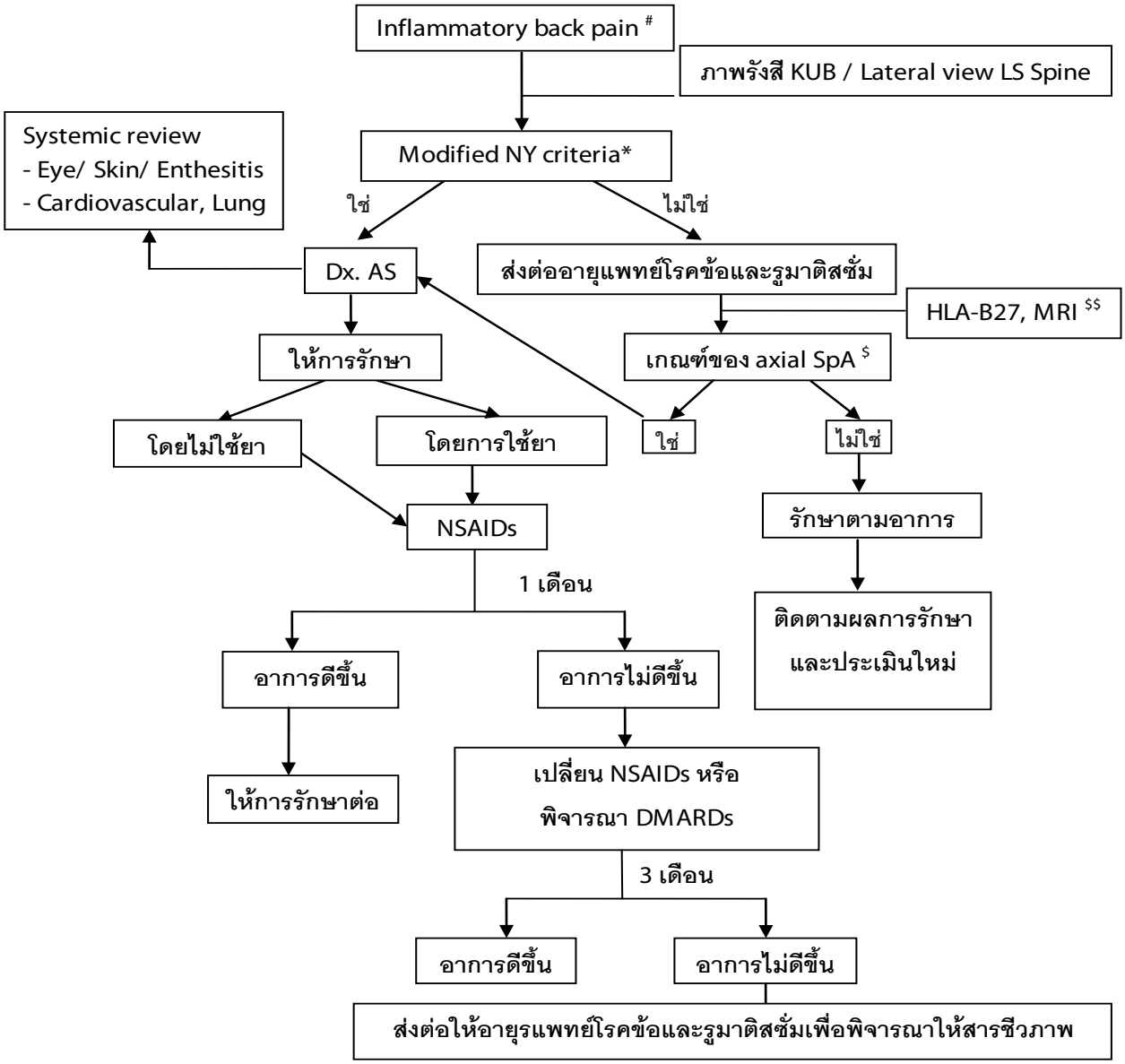
ท่าที่ 11



ยืนหันหลังให้กำแพง ให้หัวไหล่ สะโพก และส้นเท้าชิดกำแพงให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เก็บคางเข้า กดหัวให้ชิดกำแพง ดึงไหล่ลง และยืดตัวขึ้นให้สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้ (โดยไม่ยกส้นเท้าขึ้น) เหยียดแขนขวาไปทางด้านหน้าและยกขึ้นจนแขนแนบใบหูและปลายหัวแม่มือชนกำแพง เอาแขนขวาลง ยกแขนซ้าย ทำแบบเดียวกัน ให้ทำสลับข้างกัน 5 ครั้ง

ภาคผนวกที่ 9

แผนภูมิแสดงแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค AS



* = Modified New York 1984 criteria for diagnosis of AS

$ = ASAS classification criteria for axial spondyloarthritis, $$ = MRI of LS spine and SI joint

ภาคผนวกที่ 10

ขนาดยา DMARDs ที่ควรใช้ในการรักษาโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบติดยึด ก่อนพิจารณาให้ anti-TNF agents

ยา	ขนาดเต็มที่ (standard target dose)
• Sulphasalazine	40 มก/กก/วัน แบ่งให้ 2-3 เวลา สูงสุดไม่เกิน 3 กรัม/วัน
• Azathioprine	2 มก/กก/วัน แบ่งให้ 2 เวลา
• Methotrexate	0.3 มก/กก/สัปดาห์ (สูงสุดไม่เกิน 20 มก./สัปดาห์)
• Leflunomide	20 มก/วัน
	ขนาดรักษา (therapeutic doses)
• Sulphasalazine	2 กรัมต่อวัน แบ่งให้วันละ 2-3 เวลา
• Azathioprine	50 มก.ต่อวัน
• Methotrexate	7.5 มก.ต่อสัปดาห์
• Leflunomide	10-20 มก.ต่อวัน

ภาคผนวกที่ 11

ข้อมูลที่ใช้ในการประเมินผลตอบสนองต่อการรักษาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของ DMARDs

การประเมินและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ความถี่
Physician Global Health Assessment (PGA)	อย่างน้อยทุก 3 เดือน
VAS (visual analog scale) pain score	อย่างน้อยทุก 3 เดือน
Swollen joint count และ tender joint count	ทุกครั้งที่พบแพทย์
ตำแหน่งและจำนวนของ dactylitis และ enthesitis	ทุกครั้งที่พบแพทย์
BASDAI	อย่างน้อยทุก 3 เดือน
Functional class	อย่างน้อยทุก 3 เดือน
CBC, urine exam, BUN, Cr และ liver function test	อย่างน้อยทุก 2-6 สัปดาห์ใน 3 เดือนแรกและทุก 3 เดือนหลังจากนั้น
ESR, CRP	อย่างน้อยทุก 3 เดือน
ภาพถ่ายทางรังสี (peripheral joint, chest)	ทุก 1-2 ปี