

## วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ความรู้ทางด้านโรคข้อและรูมาติสซั่มแก่สมาชิก รวมทั้งผู้ที่สนใจทั่วไป
- เพื่อเผยแพร่ข่าวสารและการดำเนินงานของสมาคมฯ
- เพื่อเป็นสื่อกลางในการแสดงและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิก

### คณะกรรมการ

พ.ญ. ไพจิตร อัครนบตี พ.ญ. ทศนีย์ กิตอำนวยพงษ์ พ.ญ. อัจฉรา กุลวิสุทธิ์  
น.พ. สูงชัย อังธารารักษ์ น.พ. พงศ์ธร ณรงค์ฤกษ์นาวัน

### สำนักงาน

สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย  
ชั้น 9 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี  
เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310  
โทรศัพท์ 0-2716-6524, 0-2716-6661-4 ต่อ 9002 โทรสาร 0-2716-6525  
e-mail aluvs@diamond.mahidol.ac.th

พิมพ์ที่ บริษัท ซีดีพรีนท์ จำกัด  
15/125 ถนนนวลจันทร์ แขวงคลองกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพฯ 10240



## สารบัญ

บรรณาธิการแถลง	vii
แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม	79
คณะทำงานแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม	81
คำจำกัดความ	83
เป้าหมายการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม	84
การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยไม่ใช้ยา	85
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก การวินิจฉัยโรคและการจำแนกประเภทของโรคข้อเสื่อม	89
ภาคผนวก ข เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคข้อเสื่อมที่ข้อเข่า	90
ภาคผนวก ค การบริหารข้อเข่า	91
ภาคผนวก ง การรักษาด้วยการใช้ยา	101



## บรรณาธิการแถลง

เมษายนปีนี้เมืองไทยเราอากาศร้อนมาก อุณหภูมิตอนกลางวันบางวันสูงที่สุดถึง 42 องศาเซลเซียส ร้อนในหลาย ๆ จังหวัดยังมีพายุลมร้อนพัดพาบ้านเรือนชาวบ้านเสียหายไปเป็นจำนวนมาก มันช่างไปได้กันกับบรรยากาศการบ้านการเมืองของเราตอนนี้จริงๆ ที่ปัญหานานัปการได้สะสมเป็นความร้อนระอุขึ้นเรื่อยๆ จนพากันหัวั่นใจว่าบ้านเมืองจะลุกเป็นไฟในวันใดวันหนึ่ง แต่โบราณว่าหลังพายุฝนฟ้าคะนอง หลังจากที่เรื่องร้ายๆ ผ่านพ้นไป ท้องฟ้าก็จะกลับมาสว่างแจ่มใสและชีวิตก็จะพบกับความสุข แล้วบ้านเมืองเราจะมีโอกาสกลับมาร่มเย็นมีความสุขอีกครั้งเหมือนกับอากาศตอนนี้ที่มีฝนตกโปรยปรายลงมาและเริ่มจะเย็นสบายแล้วบ้างไหม

วารสารโรคข้อเข่าฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 สำหรับปี 2550 และเป็นฉบับพิเศษเนื่องจากบรรจุแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม ซึ่งทางสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทยได้จัดทำขึ้นไว้ในฉบับนี้ โดยคณะทำงานแนวทางปฏิบัตินี้ได้ยึดอิงกับหลักฐานการศึกษาวิจัยในปัจจุบัน และได้ทำการปรับให้เกิดความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยไทย จึงหวังว่าจะเป็นประโยชน์สำหรับแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางที่จะได้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติดูแลรักษาผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมต่อไป

แพทย์หญิงไพจิตต์ อัครธนบดี

## หนังสือดี น่าสนใจ

1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคข้อ โดย นายแพทย์สมชาย เอื้อรัตนวงศ์
2. โรคกระดูกพรุนในโรคข้อ โดย นายแพทย์สมชาย เอื้อรัตนวงศ์
3. โรคข้อเสื่อม โดย นายแพทย์วรวีทย์ เล่าห์เรณู
4. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดย นายแพทย์วรวีทย์ เล่าห์เรณู
5. โรคข้อและข้อกระดูกสันหลังอักเสบ โดย นายแพทย์วรวีทย์ เล่าห์เรณู
6. 422 MCQ'S AND INTENSIVE TUTORIAL IN CLINICAL RHEUMATOLOGY  
โดย นายแพทย์อานนท์ พงศ์ธรรกุลพานิช
7. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคข้อและรูมาติสซั่ม ฉบับปรับปรุง โดย นายแพทย์อุทิศ ดีสมโชค และคณะ
8. โรคข้อจากผลึกเกลือ โดย นายแพทย์วรวีทย์ เล่าห์เรณู
9. การอ่านภาพรังสีเพื่อการวินิจฉัยโรครูมาติก โดย แพทย์หญิงไพจิตต์ อัครานบดี และคณะ
10. โรคข้อ กระดูก และกล้ามเนื้ออักเสบติดเชื้อ โดย นายแพทย์วรวีทย์ เล่าห์เรณู

ติดต่อสั่งซื้อได้ที่ สำนักงานสมาคมฯ

## ตำราโรคข้อ

ฉบับปรับปรุงใหม่

พิมพ์ครั้งที่ 2

หนา 1,438 หน้า

75 บทความ

ภาพสี 22 หน้า

ปกแข็ง เย็บกี่

สั่งซื้อได้ที่สำนักงานสมาคมฯ

ราคา 900.00 บาท

บรรณาธิการ น.พ. สุรศักดิ์ นิลกานูวงศ์ น.พ. สุรวุฒิ ปรีชานนท์

แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม  
(Guideline for the Treatment of  
Osteoarthritis of Knee)

โดย

สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

พ.ศ. 2549

(ปรับปรุงจากแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเสื่อม ปี พ.ศ. 2543)

## คำนำ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในชุมชนทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก แพทย์และประชาชนมักให้ความสำคัญในการดูแลรักษาน้อย เพราะคิดว่าเป็นโรคที่มีความเสื่อมที่เป็นไปตามธรรมชาติของสังขาร จึงไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง จนอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการดูแลที่ไม่ถูกต้อง

ในปี พ.ศ. 2544 สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย ได้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเสื่อมขึ้น ซึ่งเป็นแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเสื่อม และโรคข้อกระดูกสันหลังเสื่อม แต่เมื่อเวลาผ่านไป จากการที่มีความก้าวหน้าทางวิทยาการแพทย์ ทำให้ทราบถึงรายละเอียดของกลไก และพยาธิสภาพของโรคดีมากยิ่งขึ้น ประกอบกับได้มีข้อมูลเกี่ยวกับยาใหม่ๆ ที่ใช้ในการรักษาทางสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย จึงเห็นควรทำการปรับปรุงแก้ไขแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเสื่อมขึ้นใหม่ แต่เนื่องจากข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเรื่องที่ทำการศึกษากับโรคข้อเข่าเสื่อม จึงได้ทำเป็นแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมเท่านั้น การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในครั้งนี้พิจารณาถึงหลักฐานการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งความเหมาะสมทางด้านเศรษฐกิจของประเทศไทยเป็นหลัก และเพื่อเป็นการให้การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในครั้งนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ทางสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทยจึงได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิจากราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย มาร่วมให้ความเห็นด้วย

อนึ่ง การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในครั้งนี้ จัดทำเพื่อเป็นแนวทางให้แพทย์ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเท่านั้น แต่เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันออกไป แพทย์แต่ละท่านจะจึงอาจเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมที่สุดให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกันออกไป ดังนั้นจึงไม่อาจนำแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเสื่อมนี้บังคับใช้กับแพทย์ทุกท่านหรือใช้ในกรณีเป็นคดีความได้

รองศาสตราจารย์พิเศษนายแพทย์สมชาย เอื้อรัตน์วงศ์  
นายกสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

# คณะกรรมการแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

## สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

แพทย์หญิงกนกรัตน์	นนทบุรี
แพทย์หญิงจิรภัทร	วงศ์ชินศรี
แพทย์หญิงชิงชิง	ฟูเจริญ
แพทย์หญิงทัศนีย์	กิตอำนายพงษ์
แพทย์หญิงนนทนา	กสิตานนท์
แพทย์หญิงบุญจรัส	ศิริไพฑูรย์
แพทย์หญิงปวีณา	เชี่ยวชาญวิศวกิจ
แพทย์หญิงปิยนุช	โอเจริญ
แพทย์หญิงปฐนิยะดา	ฝักฝน
นายแพทย์พงศ์ธร	ณรงค์ฤกษ์นาวิน
แพทย์หญิงพรทิศา	ชัยอำนาย
นายแพทย์พรทวี	เลิศศรีสถิต
นายแพทย์พุทธิรัตน์	ลิวเฉลิมวงศ์
แพทย์หญิงไพจิตต์	อัครนบดี
แพทย์หญิงมนาธิป	โอศิริ
นายแพทย์วรวิทย์	เลาะห์เรณู
แพทย์หญิงวิรัชญา	พากเพียร
นายแพทย์วีระพงศ์	ผู้มีธรรม
นายแพทย์ศัรภาพ	สุวรรณโรจน์
นายแพทย์สมชาย	เอื้อรัตน์วงศ์
นายแพทย์สิทธิชัย	อุกฤษฏชน
แพทย์หญิงสุชีลา	จันทร์วิทยานุชิต
นายแพทย์สุรวุฒิ	ปรีชานนท์
นายแพทย์สูงชัย	อรรถารักษ์
นายแพทย์อนรรทด	ชื้อสุวรรณ
นายแพทย์อุทิศ	ดีสมโชค

## ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย

นายแพทย์ตระกูล	ฟูเจริญยศ
----------------	-----------

## ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย

นายแพทย์ไกรวัชร                      ธีรเนตร  
แพทย์หญิงวิไล                        คุปต์นิรัตติกุล  
แพทย์หญิงสุขจันทร์                  พงษ์ประไพ

### ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยนาท  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพร  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราด  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระนอง  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี  
โรงพยาบาลแก่งคอย อำเภอกงคอย จังหวัดสระบุรี  
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา  
โรงพยาบาลระแงะ อำเภอระแงะ จังหวัดนราธิวาส  
โรงพยาบาลลำปาง (ออร์โธปิดิกส์)  
โรงพยาบาลลำปาง (อายุรกรรม)  
โรงพยาบาลลำพูน  
โรงพยาบาลวังสระปทุม อำเภอวังสระปทุม จังหวัดเลย

## แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม (Guideline for the Treatment of Osteoarthritis of Knee)

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในชุมชนทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก แพทย์และประชาชนมักให้ความสำคัญในการดูแลรักษาบ่อย เพราะคิดว่าเป็นโรคที่มีความเสื่อมที่เป็นไปตามธรรมชาติของสังขาร จึงไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง จนอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการดูแลที่ไม่ถูกต้อง ในปัจจุบันมีความสนใจในโรคนี้มากขึ้น ตลอดจนความก้าวหน้าทางวิทยาการแพทย์ ทำให้ทราบถึงรายละเอียดของกลไก และพยาธิสภาพของโรค และได้มีการวางแนวทางการรักษาโรคนี้ อย่างไรก็ตามเนื่องจากวิถีชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณี อาชีพ และเศรษฐกิจฐานะของประชากรไทยแตกต่างจากประชากรของประเทศทางตะวันตก ดังนั้นทางสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย จึงได้จัดทำแนวทางการรักษาโรคนี้เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมชาวไทย

### คำจำกัดความ

โรคข้อเข่าเสื่อม หรือ osteoarthritis of knee คือโรคที่เกิดจากความเสื่อมในข้อ ตำแหน่งที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในโรคนี้คือที่กระดูกอ่อนผิวข้อ (articular cartilage) ในข้อชนิดที่มีเยื่อหุ้ม (diarthrodial joint) โดยจะพบมีการทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ เป็นไปอย่างต่อเนื่องมากขึ้นตามเวลาที่ผ่านไป กระดูกอ่อนผิวข้อมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ชีวเคมี (biochemical) ชีวกลศาสตร์ (biomechanical) และโครงสร้าง (biomorphology) ส่วนกระดูกในบริเวณใกล้เคียงก็มีการเปลี่ยนแปลงด้วย เช่น ขอบของกระดูกในข้อ (subchondral bone) มีการหนาตัวขึ้น โรคนี้ส่วนใหญ่พบในสูงอายุ มีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญคือ ปวดข้อ ข้อฝืด มีปุ่มกระดูกงอกบริเวณข้อ การทำงานของข้อเสียไป การเคลื่อนไหวของข้อลดลง หากกระบวนการดำเนินต่อไปจะมีผลทำให้เกิดข้อผิดรูปและความพิการในที่สุด

#### 1. อาการทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม

**อาการปวด** มีลักษณะปวดตื้อ ๆ ทั่ว ๆ ไปบริเวณข้อ ไม่สามารถระบุตำแหน่งชัดเจนได้และมักปวดเรื้อรัง อาการปวดจะมากขึ้นเมื่อมีการใช้งาน หรือลงน้ำหนักลงบนข้อนั้น ๆ และจะทุเลาลงเมื่อพักการใช้งาน เมื่อการดำเนินโรครุนแรงขึ้นอาจทำให้มีอาการปวดตลอดเวลา หรือปวดในช่วงเวลากลางคืนร่วมด้วย

**ข้อฝืด (stiffness)** พบได้บ่อย จะมีการฝืดของข้อในช่วงเช้าและหลังจากพักข้อนาน ๆ แต่มักไม่เกิน 30 นาที อาจพบอาการฝืดที่เกิดขึ้นชั่วคราวในท่าหรือเหยียดข้อในช่วงแรกที่เรียกว่า ปรากฏการณ์ข้อฝืด (gelling phenomenon)

**ข้อบวมและผิดรูป (swelling and deformity)** อาจพบข้อขาโก่ง (bowlegs) หรือข้อเข่าจิ้ง (Knock knee) ข้อที่บวมเป็นการบวมจากกระดูกงอกไปบริเวณข้อ



สูญเสีย การเคลื่อนไหวและการทำงาน ผู้ป่วยมีอาการเดินไม่สะดวก  
มีเสียงดังกรอบแกรบ (crepitus) ในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว

## 2. การตรวจร่างกาย

- น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลร่างกาย (Body Mass Index; BMI)
- ความดันโลหิต
- ลักษณะการเดิน
- ข้อบวมและข้อผิดรูป
- กล้ามเนื้อลีบ
- จุดกดเจ็บ การหนาตัวของเยื่อข้อ ปริมาณน้ำในข้อ กระดูกงอก
- ลักษณะที่แสดงถึงการอักเสบ เช่น บวม แดง ร้อน
- เสียงดังกรอบแกรบในข้อเวลาเคลื่อนไหว
- พิสัยการเคลื่อนไหว (range of motion)
- ความมั่นคงแข็งแรงของข้อ (joint instability)
- อาการแสดงที่เกิดจากการกดทับเส้นประสาท และการสูญเสียความรู้สึกของ

ข้อ (neuropathic joint)

## 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการปกติไม่มีความจำเป็นในการวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม ยกเว้นจะวินิจฉัยแยกโรคที่มีอาการ และอาการแสดงคล้ายคลึงกับโรคข้อเข่าเสื่อม และโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดทุติยภูมิ หรือเพื่อพิจารณาการรักษา

- การตรวจภาพรังสี เช่น Plain film, CT-Scan, MRI
- การตรวจน้ำในข้อ
- ESR

## เป้าหมายการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม<sup>1,2</sup>

### วัตถุประสงค์ในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

- ให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับตัวโรคและการรักษาโรค รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคหรือการรักษา
- รักษาและบรรเทาอาการปวด
- แก้ไข คงสภาพ หรือฟื้นฟูสภาพการทำงานของข้อให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด
- ป้องกันและชะลอภาวะแทรกซ้อน อันเกิดจากตัวโรคและจากการรักษาทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง
- ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงกับคนปกติ

- พื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วย

## การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacologic modalities)

### 1. การให้ความรู้

- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้ดูแล ในแง่ดังต่อไปนี้
  - ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค ได้แก่ ความอ้วน อาชีพ อุบัติเหตุ การใช้งานของข้อผิดวิธี ประวัติโรคข้อเสื่อมในครอบครัว<sup>4</sup>
  - การดำเนินโรค มีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย บางส่วนอาจไม่มีอาการจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเลย ส่วนน้อยอาการอาจจะหายขาดโดยไม่กลับมาเป็นอีก
- จัดตั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในด้านการให้คำปรึกษาในด้านต่าง ๆ เช่น ความเจ็บปวด การใช้ยา ผลข้างเคียงของยา การประกอบกิจวัตรประจำวัน และการประกอบอาชีพ

2. การลดน้ำหนัก ในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินโดยดัชนีมวลกายเกิน 23 ควรลดน้ำหนักลงให้อยู่ในระดับใกล้เคียงมาตรฐาน หรืออย่างน้อยร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักขณะที่มีอาการปวดข้อ

### 3. กายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด

1. ประเมินความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและการใช้อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน เช่น เดินทางระยะใกล้ หัวของหนัก ชื่อของประกอบอาหาร เดินทางโดยพาหนะ เช่น รถเมล์ รถสามล้อ ข้ามถนน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความมั่นคงของข้อ รวมทั้งพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ

2. ให้คำแนะนำการบริหารกล้ามเนื้อ เพื่อรักษาและแก้ไขพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อ

3. จัดหากายอุปกรณ์เสริม และ เครื่องช่วยเดิน

4. ปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันและสภาพแวดล้อม

### 4. การบริหาร (Therapeutic exercise)

รูปแบบและวิธีการบริหารจะต้องพิจารณาเป็นรายบุคคลไป ขึ้นอยู่กับความรุนแรงระยะของโรค โดยมีจุดประสงค์ดังต่อไปนี้คือ

- เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหว และป้องกันการติดของข้อ
- เพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อรอบข้อ
- เพิ่มความคงทน และ สมรรถภาพทางกาย (aerobic capacity) ของร่างกาย

เกณฑ์ในการพิจารณาระดับความสำคัญของหลักฐาน (categories of evidence) ได้แสดงไว้ในตารางที่ 1 ระดับความสำคัญในการแนะนำให้ปฏิบัติได้แสดงไว้ในตารางที่ 2 (โดย A เป็นระดับที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด และ D เป็นระดับที่มีความน่าเชื่อถือน้อยที่สุด) และส่วนระดับความสำคัญในการแนะนำให้ปฏิบัติของสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย ซึ่งอาศัยข้อมูลการวิจัยทาง

การแพทย์ และความเหมาะสมทางเศรษฐฐานะของประเทศ ได้แบ่งเป็น 3 ระดับ (ก-ค) โดย “ก” เป็นระดับที่แนะนำให้มีการปฏิบัติมากที่สุด

ตารางที่ 1. Categories of evidence

---

Category	Evidence from:
1A	Meta-analysis of randomised controlled trials
1B	At least one randomised controlled trial
2A	At least one controlled study without randomisation
2B	At least one type of quasi-experimental study
3	Descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies, or case-control studies
4	Expert committee reports or opinions and or clinical experience of respected authorities

---

ตารางที่ 2. Strength of recommendation

---

A	Directly based on category 1 evidence
B	Directly based on category 2 evidence or extrapolated recommendation from category 1 evidence
C	Directly based on category 3 evidence or extrapolated recommendation from category 1 or 2 evidence
D	Directly based on category 4 evidence or extrapolated recommendation from category 2 or 3 evidence

---

**ตารางที่ 3.** การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมที่สนับสนุนให้กระทำในเวชปฏิบัติ<sup>5,6</sup>

วิธีการรักษา		ความน่าเชื่อถือ ของหลักฐาน	คำแนะนำของ EULAR	คำแนะนำของ สมาคมรูมาติส ซึมแห่งประเทศไทย
Nonpharmacologic	Patient education	1A	A	ก
	Exercise	1B	A	ก
	Weight reduction	1B	B	ก
Pharmacologic	Analgesic	1B	A	ก
	NSAID*	1A	A	ก

\* = non-steroidal anti-inflammatory drug (conventional and COX-2 inhibitor)

**ตารางที่ 4.** การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมที่พิจารณาตามความเหมาะสมของโรคและผู้ป่วยแต่ละราย<sup>5</sup>

วิธีการรักษา		ความ น่าเชื่อถือของ หลักฐาน	คำแนะนำของ EULAR	คำแนะนำของ สมาคมรูมาติส ซึมแห่ง ประเทศไทย
Nonpharmacologic	TENS*	1A	-	ข
	Insoles	2A	B	ข
	Ultrasound diathermy			ข
Pharmacologic	SYSADOA**	1A,1B	A	ข
	IA***hyaluronic acid	1A,1B	A	ข
	IA steroids	1B	A	ข
	Opioid	1B	A	ข
	Topical/periarticular	1B	B	ข
Surgery	Lavage	1B	B	ข
	Osteotomy	3	C	ข
	Joint replacement	3	C	ข

\* = Transcutaneous electrical nerve stimulation

\*\* = symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis (1A : glucosamine sulphate, 1B : diacerein, chondroitin sulphate)

\*\*\* = intraarticular

- = ไม่มีคำแนะนำ

ตารางที่ 5. การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษาและสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย

วิธีการรักษา		ความน่าเชื่อถือ ของหลักฐาน	คำแนะนำของ EULAR	คำแนะนำของ สมาคมรูมาติส ซึมแห่งประเทศไทย
Nonpharmacologic	Patellar taping	1B	B	ค
	Pulsed electromagnetic fields	1B	-	ค
	Low level laser therapy	1A	-	ค
	Short wave diathermy	1B	-	ค
	Distant healing	1A	-	ค
	Telephone contact	1B	B	ค
Pharmacologic	Psychotropic drugs	1B	B	ค
Surgery	Arthroscopic debridement	1B	C	ค

- = ไม่มีคำแนะนำ

## ภาคผนวก ก

### การวินิจฉัยโรคและการจำแนกประเภทของโรคข้อเสื่อม<sup>1-4</sup>

#### I. Primary (Idiopathic)

##### A. Localized (Principal Site)

1. Hip (Superolateral, superomedial, medial, inferoposterior)
2. Knee (medial, lateral, patellofemoral)
3. Spinal apophyseal
4. Hand (interphalangeal, base of thumb)
5. Foot (first metatarsophalangeal joint, midfoot, hindfoot)
6. Other (shoulder, elbow, wrist, ankle)

##### B. Generalized

1. Hands (Heberden's nodes)
2. Hands and knees; spinal apophyseal (generalized osteoarthritis)

#### II. Secondary

##### A. Dysplastic

1. Chondrodysplasias
2. Epiphyseal dysplasias
3. Congenital joint displacement
4. Developmental disorders (Perthes' disease, epiphysiolysis)

##### B. Post-traumatic

1. Acute
2. Repetitive
3. Postoperative

##### C. Structural failure

1. Osteonecrosis
2. Osteochondritis

##### D. Postinflammatory

1. Infection
2. Inflammatory arthropathies

##### E. Endocrine and metabolic

1. Acromegaly
2. Ochronosis
3. Hemochromatosis
4. Crystal deposition disorders

##### F. Connective tissue

1. Hypermobility syndromes
2. Mucopolysaccharidoses

##### G. Etiology obscure

1. Kashin-Beck disease

**ภาคผนวก ข**  
**เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคข้อเสื่อมที่ข้อเข่า (ตารางที่ 6)**

**ตารางที่ 6.** American College of Rheumatology classification criteria for osteoarthritis of the knee<sup>1</sup>

---

Traditional format

Knee pain and radiographic osteophytes  
and at least 1 of the following 3 items:  
Age > 50 years  
Morning stiffness  $\leq$  30 minutes in duration  
Crepitus on motion

Classification tree

Knee pain and radiographic osteophytes

or

Knee pain and age  $\geq$  40 years and morning stiffness  $\leq$  30 minutes in duration and crepitus on motion

---

## ภาคผนวก ค

### การบริหารข้อเข่า

#### การบริหารกล้ามเนื้อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพิ่มความแข็งแรง ความทนทานและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า
2. เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ และป้องกันการติดของข้อ
3. เพิ่มความมั่นคงของข้อ
4. เพิ่มสมรรถภาพทางร่างกาย

#### ประเภทของการออกกำลังกาย

1. การบริหารเพื่อพิสัยของข้อ (Range of motion exercise)
2. การบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อรอบข้อ (Strengthening and endurance exercise)
3. การบริหารเพื่อเพิ่มความมั่นคงและความคล่องตัวของข้อเข่า (Closed kinetic chain exercise)
4. การบริหารเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางร่างกาย (Aerobic exercise)

#### 1. การบริหารเพื่อพิสัยของข้อ (Range of motion exercise)

วัตถุประสงค์

- 1.1 ป้องกันข้อยึดติด
- 1.2 เพิ่มพิสัยของข้อ

#### วิธีการ

ท่าที่ 1 นอนหงาย งอเข่าเข้าหาลำตัวเท่าที่ไม่ปวด แล้วเหยียดขาออกไปจนสุด ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2-4 รอบ





ท่าที่ 2 นอนคว่ำ งอเข่าเข้าหาลำตัว เท้าที่ไม่ปวด แล้วเหยียดออกไปจนสุด ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2-4 รอบ



- ทำที่ 3 นิ่งเหยียดขา วางเท้าข้างหนึ่งบนหมอน หรือสมุดโทรศัพท์ เหยียดขาให้ตั้ง  
เข้าตรง ค้างไว้ 5-10 วินาที แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง 5-10 ครั้ง ทำวันละ 2-  
4 รอบ



## 2. การบริหารเพื่อความแข็งแรง และทนทานของกล้ามเนื้อรอบข้อ (Strengthening and endurance exercise)

### วัตถุประสงค์

- 2.1 เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข้า ได้แก่ Quadriceps และ Hamstrings
- 2.2 เพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อ

- ทำที่ 4 นอนหงาย ใช้หมอนใบเล็กหนุนใต้เข่า ให้งอเล็กน้อย ค่อย ๆ เกร็งให้ขา  
เหยียดตรง ค้างไว้ 3-5 วินาที แล้วพัก ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง และสลับไปทำอีกข้าง  
หนึ่ง ทำวันละ 2-4 รอบ ถ้าต้องการเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อ ทำซ้ำเพิ่ม  
ได้ถึง 20 ครั้ง โดยไม่ทำให้ข้อเข่าเจ็บปวด



ทำที่ 5 นอนหงาย ชันเข่าข้างหนึ่ง ขาอีกข้างเหยียดตรง ค่อย ๆ เกร็งกล้ามเนื้อหน้าขา แล้วยกขาขึ้นจากพื้น 6-8 นิ้ว ค้างไว้ 3-5 วินาที แล้วพัก ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2-4 รอบ



ท่าที่ 6 นอนคว่ำ งอขาข้างหนึ่ง สูงจากพื้น 6-8 นิ้ว ค้างไว้ 3-5 วินาที แล้วพัก ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2-4 รอบ



ท่าที่ 7 นิ่งเก้าอี้ และพิงพนักเก้าอี้ เหยียดขาข้างหนึ่งออกให้ตรง พร้อมทั้งกระดกข้อเท้าขึ้น เกร็งค้างไว้ 3-5 วินาที แล้วพัก ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง แล้วสลับไปทำอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ 2-4 รอบ



#### หมายเหตุ

1. ท่าที่ 4-7 ถ้าต้องการเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อ ทำซ้ำ เพิ่มได้ท่าละ 20 ครั้ง โดยไม่ทำให้ข้อเข่า

เจ็บปวด

2. ถ้าต้องการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ให้ใช้น้ำหนัก 0.5-1 กิโลกรัม พันรอบข้อเท้า แล้วทำตาม

วิธีการ ทำต่าง ๆ เช่นเดิม ทั้งนี้จะต้องไม่ทำให้เกิดความเจ็บปวดในข้อเข่า

### 3. การบริหารเพื่อความมั่นคงและความคล่องตัวของข้อเข่า (Closed kinetic chain exercise)

#### วัตถุประสงค์

- 3.1 เพิ่มความมั่นคงของข้อเข่า โดยกระตุ้นประสาท proprioceptive joint
- 3.2 เพิ่มความคล่องตัวของข้อเข่า เพื่อความพร้อมพร้อมของชุดกล้ามเนื้อขา และลำตัว สำหรับการใช้งานต่าง ๆ เช่น ลุก ยืน เดิน เป็นต้น

ทำที่ 8 นั่งเก้าอี้ แล้วลุกยืน-นั่ง สลับไปมา 5-10 ครั้ง ทำวันละ 2-4 รอบ





หมายเหตุ

1. ทำบริหาร 1-8 ไม่ควรทำขณะที่มีข้อเข่าอักเสบเฉียบพลัน
2. ควรเริ่มทำบริหารจากท่าง่าย ๆ แล้วค่อย ๆ เพิ่มไปยังท่าที่ยากขึ้น ไม่จำเป็นต้องทำทุกท่า ในระยะเริ่มต้น เมื่อผ่านท่าง่าย ๆ ได้แล้ว จึงค่อยไปทำท่ายากขึ้น
3. กรณีที่บริหารท่าใดแล้วเกิดความเจ็บปวดในข้อเข่าหรือกล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อ ให้หยุดทำแล้วปรึกษาแพทย์

#### 4. การบริหารเพื่อสมรรถภาพทางร่างกาย (Aerobic exercise)

วัตถุประสงค์

- 4.1 เพิ่มสมรรถภาพของปอด
- 4.2 เพิ่มสมรรถภาพของหัวใจ
- 4.3 เพิ่มความฟิตของร่างกาย



การออกกำลังกายที่เพิ่มสมรรถภาพทางร่างกาย เรียกกันว่าการออกกำลังกายแอโรบิก ได้แก่ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เดิน หรือ แอโรบิกในน้ำ รำมวยจีน ลีลาศ แนะนำให้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ครั้งละ 20-40 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน

#### **ข้อควรระวังขณะออกกำลังกายแบบแอโรบิก**

1. ขณะที่มือข้ออักเสบเฉียบพลัน ควรงดออกกำลังกาย
2. ขณะออกกำลังกายแล้วปวดตามกล้ามเนื้อและ/หรือ ข้อเข่า ให้หยุดออกกำลังกาย แล้วปรึกษาแพทย์
3. เมื่อมีอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย คลื่นไส้ แน่นหน้าอก หรือหายใจไม่ทัน ควรหยุดออกกำลังกายทันที
4. ไม่กลั้นหายใจ ขณะออกกำลังกาย

## ภาคผนวก ง การรักษาด้วยการใช้ยา

### Acetaminophen

#### ข้อบ่งใช้

- ลดอาการปวดข้อ

#### ขนาดยา

- 500 มก. (10-15 มก./กก./ครั้ง) ทุก 6 ชั่วโมง วันละไม่เกิน 4 กรัม

#### ข้อควรระวังในการใช้ยา

- ในผู้ป่วยที่มีโรคตับเรื้อรังหรือดื่มสุรา จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดพิษต่อตับ
- ไม่ควรใช้ยาในขนาดสูงติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน

#### ข้อห้าม

- แพ้ยากลุ่มนี้

### ยาด้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดไม่จำเพาะ (Non-selective NSAIDs)

#### ข้อบ่งใช้

- ลดอาการปวดของข้อ
- ลดอาการอักเสบของข้อ

#### หลักในการใช้ยา

- เริ่มขนาดต่ำ ๆ ก่อน เมื่อไม่ได้ผลจึงพิจารณาเพิ่มขนาดของยา
- เลือกใช้ยาเพียงชนิดเดียวในแต่ละครั้ง
- ใช้ยาด้วยความระมัดระวังในกรณีต่อไปนี้

- ผู้ป่วยโรคตับควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่มนี้ โดยเฉพาะยาที่มี enter hepatic recirculation (indomethacin) ยาที่เป็น prodrug (sulindac, nabumetone) และ ยาที่มีรายงานการเกิดตับอักเสบบ่อยหรือรุนแรง (meclofenamate diclofenac phenylbutazone nimesulide และ naproxen) แต่กรณีจำเป็นและภาวะการทำงานของตับบกพร่องไม่รุนแรง อาจใช้ด้วยความระมัดระวัง และติดตามผลการทำงานของตับอย่างใกล้ชิด

- ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยา NSAIDs แต่ในกรณีที่การทำงานของไตบกพร่องไม่มากนัก และมีความจำเป็นต้องใช้ยา หลีกเลี่ยงยาในกลุ่มที่ออกฤทธิ์นาน (long half life) แต่กรณีจำเป็นและภาวะการทำงานของไตบกพร่องไม่รุนแรง อาจใช้ด้วยความระมัดระวัง และติดตามผลการทำงานของไตอย่างใกล้ชิด

- ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากอาจทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจล้มเหลว และหลอดเลือดหัวใจและสมองอุดตัน ถ้าจำเป็นต้องใช้ ควรใช้ยาในขนาดต่ำ และระยะเวลาสั้นที่สุด โดยติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

- ผู้ป่วยที่มีอาการหอบหืด (asthma) ลมพิษ (urticaria) หรือมีอาการแพ้หลังจากได้รับยากลุ่มแอสไพริน

- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลหรือเลือดออกในทางเดินอาหาร ได้แก่ อายุมากกว่า > 65 ปี มีประวัติในอดีตเกี่ยวกับโรคกระเพาะอาหาร หรือเลือดออกทางเดินอาหาร มีโรคร่วมบางอย่าง เช่น ตับแข็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไต หรือใช้ยาบางอย่างร่วมด้วย เช่น สเตียรอยด์ ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด ควรหลีกเลี่ยงยากลุ่มนี้ แต่กรณีจำเป็น พิจารณาใช้ยาป้องกันการเกิดผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ยากลุ่ม Proton pump inhibitors เช่น omeprazole, esomeprazole, pantoprazole, lansoprazole และ rabeprazole หรือยา Misoprostol

- ไม่ควรใช้ยาในขนาดสูงติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน

#### ข้อห้ามในการใช้ยา

- เมื่อแพ้ยาแอสไพริน และยาในกลุ่มนี้

#### ผลข้างเคียงของยา (กลุ่ม NSAIDs)

##### ระบบทางเดินอาหารและตับ

- ปวดจุกลิ้นปี่ ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้น เลือดออกจากแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ และลำไส้อุดตัน กระเพาะอาหารทะลุ

- การทำงานของตับผิดปกติ ดีซ่าน ตับอักเสบ

##### ระบบทางเดินปัสสาวะ

- เนื้อไตอักเสบ กรวยไตตาย (papillary necrosis) มีการคั่งของน้ำและเกลือแร่ จากการทำงานของไตบกพร่อง

##### ระบบสืบพันธุ์เพศหญิง

- มีเลือดออกจากช่องคลอดผิดปกติ ประจำเดือนมามากหรือนานผิดปกติ

##### ระบบหัวใจและหลอดเลือด

- ใจสั่น หัวใจเต้นเร็วหรือผิดจังหวะ เจ็บแน่นหน้าอก หัวใจวาย

- การนำกระแสไฟฟ้าในหัวใจถูกปิดกั้น (Heart block)

- เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดหลอดเลือดอุดตัน (cardiovascular risk)

##### ระบบประสาทส่วนกลาง

- ปวดศีรษะ มึนศีรษะ เวียนศีรษะ ซึม ซึมเศร้า กระสับกระส่าย หงุดหงิด สับสน นอนไม่หลับ

### ระบบการได้ยินและการทรงตัว

- มีเสียงดังในหู

### ระบบโลหิตวิทยา

- กัดการทำงานของไขกระดูก ทำให้ซีด เม็ดเลือดขาวต่ำ เกร็ดเลือดไม่จับกลุ่ม เกร็ดเลือดต่ำ

### ระบบทางเดินหายใจ

- หอบหืด

### ระบบผิวหนัง

- ผื่นแพ้ยา คันตามผิวหนัง ไวต่อแสง (photosensitivity) โรค Porphyria Cutanea Tarda

### การติดตามผลข้างเคียงของยา

- ติดตามอาการเลือดออกจากทางเดินอาหาร
- ตรวจเลือดเพื่อดูการทำงานของไตและตับเป็นระยะๆ

### ตารางที่ 1. แสดงค่าครึ่งชีวิต (half life) และขนาดยาของ NSAIDs

	<b>Recommended daily dosage</b>
<b>Relatively short duration of action (t<sub>1/2</sub> = 1-8 hours)</b>	
Indomethacin	75-200 mg
Ibuprofen	1.2-2.4 g
Salicylate (low dose)	< 2.5 g
Nimesulide	200-400 mg
Mefenamic acid	1.5-2.0 g
Etodolac	600 mg-1.2 gm
<b>Medium duration of action (t<sub>1/2</sub> = 10-20 hours)</b>	
Loxoprofen	60-180 mg
Diflunisal	500-1000 m
Naproxen	500-1000 mg
Proglumetacin	300-600 mg
Sulindac	200-400 mg
Salicylate (high dose)	3.6-6.0 g
Meloxicam	7.5-15.0 mg
<b>Moderately long duration of action (t<sub>1/2</sub> = 24-36 hours)</b>	
Nabumetone	1-3 g
Piroxicam	20 mg
<b>Very long duration of action (t<sub>1/2</sub> over 48 hours)</b>	
Tenoxicam	20 mg

## COX – II inhibitors

### ข้อบ่งใช้

- ผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินอาหารจากยาในกลุ่ม NSAIDs

### ข้อห้าม

- Celecoxib, Etoricoxib และ Lumiracoxib
- ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติแพ้ยา Celecoxib, Etoricoxib และ Lumiracoxib
- ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติแพ้ยา Sulfonamide (เฉพาะใน Celecoxib)

### ขนาดและรูปแบบของยา

- Celecoxib 200 มก./วัน ให้อินครั้ง
- Etoricoxib 60 มก./วัน ให้อินครั้ง
- Lumiracoxib 100 มก./วัน ให้อินครั้ง

### ข้อควรระวัง

1. ผู้ป่วยที่มีอาการหอบหืด (asthma) ลมพิษ (urticaria) หรือมีอาการแพ้ หลังจากได้รับยาในกลุ่มแอสไพรินหรือยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์
2. ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในผู้ป่วยตั้งครรภ์ ผู้ที่ให้นมบุตร และผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี
3. ในผู้ป่วยที่เคยมีประวัติมีแผลหรือเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ก็ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยา หากจำเป็นต้องใช้ก็ควรจะใช้ขนาดต่ำสุด และระยะเวลาสั้นที่สุดเพื่อการรักษา
4. ควรใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยที่เป็นโรคตับ มีภาวะการทำงานของไตบกพร่อง ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน หัวใจวาย peripheral arterial disease โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด(established ischaemic heart disease) หรือ โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease [stroke])
5. ไม่ควรใช้ยาในขนาดสูงติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน

### ผลข้างเคียงของยาในกลุ่ม COX 2 inhibitors

#### อาการทั่วไป

- บวมทั่วตัว หน้าบวม อ่อนเพลีย มีไข้ อาการคล้ายไข้หวัด ปกติพบได้น้อย เกิดประมาณร้อยละ 0.1-1.9

#### ระบบทางเดินอาหาร

- ท้องผูก กลืนอาหารลำบาก หลอดอาหารอักเสบ กระเพาะอาหารอักเสบ ลำไส้  
อักเสบ gastroesophageal reflux ริดสีดวงทวาร hiatal hernia ถ่ายอุจจาระดำ ถ่ายอุจจาระลำบาก  
คลื่นไส้-อาเจียน

#### **ระบบหัวใจและหลอดเลือด**

- ความดันโลหิตสูง เจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการ  
ขาดเลือด ใจสั่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ

#### **ระบบประสาท**

- ตะคริวที่ขา กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ปวดศีรษะไมเกรน ปวดปลายประสาท เวียน  
ศีรษะ

#### **ระบบสืบพันธุ์เพศหญิง**

- เนื้องอกที่เต้านม ปวดประจำเดือน ประจำเดือนมาผิดปกติ เลือดออกจากช่อง  
คลอด ช่องคลอดอักเสบ

#### **ระบบสืบพันธุ์เพศชาย**

- ต่อมลูกหมากผิดปกติ

#### **ระบบการได้ยินและการทรงตัว**

- หูหนวก ปวดหู มีเสียงผิดปกติในหู (tinnitus)

#### **ตับและทางเดินน้ำดี**

- มีความผิดปกติในการทำงานของตับ มีการเพิ่มของ AST(SGOT), ALT(SGPT)

#### **ไต**

- มีโปรตีนในปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะเป็น  
เลือด ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้ น้ในไต ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

#### **กระดูกและกล้ามเนื้อ**

- ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ คอแข็งเกร็ง เอ็นอักเสบ เยื่อข้ออักเสบ

#### **ระบบทางเดินหายใจ**

- หลอดลมอักเสบ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ไอ หอบเหนื่อย กล้องเสียงอักเสบ ปอด  
อักเสบ

#### **ผิวหนัง ผม เล็บ**

- ผมร่วง เล็บผิดปกติ ผิวหนังอักเสบ แพ้แสงแดด คัน ผื่นแดงหูน ผื่นแห้ง เหนือ  
ออกมา

#### **ระบบโลหิต**

- จำเลือด เลือดกำเดาไหล ซีด

#### **ตา**

- มองไม่ชัด ต้อกระจก ต้อหิน เยื่อบุตาอักเสบ ปวดตา

#### **การรับรส**

- รับประทานเปลี่ยนไป

### จิตใจ

- กังวล เบื่ออาหาร กินอาหารมากผิดปกติ ซึมเศร้า ง่วง นอนมาก

## Tramadol

### ข้อบ่งใช้

- ลดอาการปวดข้อ

### ขนาดยา

● แคปซูล 50 มก. 100 มก. 3-4 แคปซูล/วัน แบ่งให้วันละ 3-4 ครั้ง โดยเริ่มยาขนาดน้อย และปรับขนาดยาครั้งละ 50 มก./วัน ทุก 3 วัน จนสามารถควบคุมอาการปวดได้ โดยขนาดสูงสุดไม่เกิน 400 มก./วัน ผู้ป่วยอายุมากกว่า 75 ปี ไม่ควรใช้ยาเกิน 300 มก./วัน

### ข้อห้ามในการใช้ยา

- ตับอักเสบ
- Acute intoxication with alcohol, hypnotics, analgesics or psychotropic drugs
- แพ้ยา tramadol หรือ opioids
- opioid-dependent patients

### ข้อควรระวังในการใช้ยา

- ในรายที่เคยมีประวัติชัก และมีโอกาสชัก
- ไม่ใช้ยาร่วมกับยากลุ่ม MAOIs
- ลดขนาดยาเมื่อใช้ร่วมกับยากดประสาทส่วนกลาง (CNS depressants)
- มีความเสี่ยงในการชักเพิ่มขึ้น เมื่อใช้ร่วมกับยากลุ่ม serotonin reuptake inhibitors, tricyclic antidepressants, other cyclic compounds, neuroleptics, MAOIs และยาอื่นที่มีผล lower seizure threshold
- ลดขนาดยา ในผู้ป่วย โรคตับ ไต myxedema, hypothyroidism, hypoadrenalism
- ไม่แนะนำให้ใช้ในระหว่างตั้งครรภ์และให้นมบุตร

### ผลข้างเคียง

#### ระบบประสาท

- ง่วงซึม เวียนศีรษะ การตัดสินใจผิดปกติ กัดการหายใจ

#### ระบบทางเดินอาหาร

- ท้องผูก เบื่ออาหาร ปากแห้ง คอแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน

#### ระบบหัวใจและหลอดเลือด

- ความดันโลหิตต่ำ

#### ระบบทางเดินปัสสาวะ

- ปัสสาวะไม่ออก (micturition disorder)

#### ผิวหนัง

- ผื่นแพ้

### การฉีดสเตียรอยด์เข้าข้อ (Intraarticular steroids)

#### ข้อบ่งใช้

1. มีการอักเสบของข้อ หรือมีน้ำในข้อ
2. ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs)
3. ใช้เสริมฤทธิ์ร่วมกับยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

#### ข้อห้าม

1. ภาวะติดเชื้อในข้อหรือเนื้อเยื่อรอบ ๆ ข้อ
2. ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
3. ข้อหลวมคลอน (unstable joint)
4. กระดูกในข้อหัก (intraarticular fracture)
5. กระดูกรอบข้อบางหรือผุ (juxta-articular osteoporosis)
6. ไม่ตอบสนองต่อการฉีดสเตียรอยด์เข้าข้อ

#### ผลข้างเคียง

- ติดเชื้อในข้อ
- ข้ออักเสบกร่อนรุนแรง (Charcot's like arthropathy)
- กระดูกขาดเลือด (osteonecrosis)
- ข้ออักเสบจากผลึกสเตียรอยด์



## การฉีดน้ำไขข้อเทียม (Intraarticular Hyaluronic acid injection)

### ข้อบ่งใช้

1. ผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการปวดข้อหลังจากได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ด้วยวิธีการที่ไม่ใช่ยาและยาแก้ปวด
2. มีข้อห้ามในการใช้ยา Non-selective NSAIDs และ COX-2 inhibitors
3. ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมและไม่สามารถรับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม

### ข้อห้าม

1. มีการติดเชื้อในข้อหรือบริเวณรอบข้อ
2. มีประวัติแพ้โปรตีนจากสัตว์ปีก (เฉพาะยาที่สกัดจากหงอนไก่)

### ผลข้างเคียง

- ข้ออักเสบกำเริบภายหลังการฉีด
- ติดเชื้อในข้อ

## Glucosamine sulphate

### ข้อบ่งใช้

1. ผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการปวดข้อหลังจากได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ด้วยวิธีการที่ไม่ใช่ยาและยาแก้ปวด
2. มีข้อห้ามในการใช้ยา Non-selective NSAIDs และ COX-2 inhibitors

### ขนาดยา

Glucosamine sulphate ขนาด 1000-1500 มก./วัน

### ข้อห้าม

ผู้ป่วยที่แพ้ glucosamine sulphate

### ข้อควรระวัง

อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นในผู้ป่วยเบาหวาน

## Diacerein

### ข้อบ่งใช้

1. ผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการปวดข้อหลังจากได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ด้วยวิธีการที่ไม่ใช่ยาและยาแก้ปวด
2. มีข้อห้ามในการใช้ยา Non-selective NSAIDs และ COX-2 inhibitors

### ขนาดยา

Diacerein 50-100 มก./วัน

### ข้อห้าม

ผู้ป่วยที่แพ้สาร anthraquinone (anthraquinone derivative)

### ผลข้างเคียง

- ถ่ายเหลว
- ปัสสาวะสีเหลืองเข้มขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. Hochberg MC, Alttman RD, Brandt KD, et al. Guidelines for the medical management of osteoarthritis of the knee. Arthritis Rheum 1995;38:1535-40
2. Hochberg MC, Alttman RD, Brandt KD, et al. Guidelines for the medical management of osteoarthritis of the hip, Arthritis Rheum 1995;38:1541-6
3. Creamer P, Hochberg MC, Osteoarthritis. Lancet 1997;350:503-9
4. Solomen L. Clinical features of osteoarthritis. In : Kelly MN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB, eds. Textbook of rheumatology. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia : WB Saunders, 2001:1409-18
5. Hochberg MC, Alttman RD, Muskowitz RW, et al. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee. Arthritis Rheum 2000;43:1905-15
6. Oh TH, Minor M, Robbins L, Exercise and Year Arthritis. In Arthritis Foundation.
7. DiNubile NA, The physician and sportmedicine 1997;25 No. 7
8. Jurisson M, Mayo Clinic. com. Condition Centers
9. Anderson PO, Knoblen JE, Alldredge BK, Handbook of Clinical Drug Data. 8<sup>th</sup> ed. Stamford : Appleton and Lang, 1997-1998 : 7-9, 10-20, 29-30
10. Searle and Pfizer, Arthritis Prescribing Guide, In : Physicians' Desk Reference 1<sup>st</sup> ed. 2000
11. Klipplel J, Criteria for osteoarthritis of the hand, Primer on the Rheumatic disease 11<sup>th</sup> edition, Georgia : Arthritis foundation 1997:464

***The 8<sup>th</sup> International Congress on SLE***

***May 23-27, 2007***

***Shanghai, China***

**Lupus2007 Organizing Secretariat**

Chinese Medical Association

42 Dongsi Xidajie, Beijing 100710

Contact Persons: Mr. Fred Feng, Ms. Chen Chen

Tel: +86 10 8515 8145

Fax: +86 10 6512 3754

Emai: lupus2007@cma.org.cn; chenchen@cma.org.cn

***13<sup>th</sup> Congress of the Asia Pacific League of  
Associations for Rheumatology***

***September 23-27, 2008***

***Pacifico Yokohama, Japan***

**APLAR2008 Secretariat**

c/o Japan Convention Services, Inc.

Kasumigaseki Daido Seimei Bldg. 18F

1-4-2 Kasumigaseki, Chiyoda-ku, Tokyo 100-0013, Japan

TEL: +81-3-3508-1214

FAX: +81-3-3508-1302

E-mail: aplar2008@convention.jp

**การอบรมวิชาการระยะสั้น**

**Rheumatology for the Non-Rheumatologist**

**ครั้งที่ 7**

**21-23 พฤศจิกายน 2550**

**ณ ห้องประชุม ชั้น 6 อาคารเพชรรัตน์**

**วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล**

ขอแก้ไขวารสารปีที่ 18 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม พ.ศ. 2550

หน้า 3

## คณะกรรมการจัดทำแนวทางการใช้

## Anti-Tumor Necrosis Factor- $\alpha$ Therapies ในโรคมะเร็ง

แพทย์หญิงกนกรัตน์	นันทิรุจ
แพทย์หญิงจิรภัทร	วงศ์ชินศรี
แพทย์หญิงชิงชิง	ฟูเจริญ
แพทย์หญิงทัศนีย์	กิตอำนายพงษ์
แพทย์หญิงนันทนา	กสิตานนท์
แพทย์หญิงบุญจริง	ศิริไพฑูรย์
แพทย์หญิงปวีณา	เชี่ยวชาญวิศวกิจ
แพทย์หญิงปิยนุช	โอเจริญ
แพทย์หญิงปฐนิยะดา	ฝึกฝน
นายแพทย์พงศ์ธร	ณรงค์ฤกษ์นาวิน
แพทย์หญิงพรทิศา	ชัยอำนาย
นายแพทย์พรทวี	เลิศศรีสถิต
นายแพทย์พุทธิรัตน์	ลิวเฉลิมวงศ์
แพทย์หญิงไพจิตต์	อัครชนบดี
แพทย์หญิงมณฑิลา	ไอศิริ
นายแพทย์วรวิทย์	เลาะห์เรณู
แพทย์หญิงวิรัชญา	ปากเพียร
นายแพทย์วีระพงศ์	ผู้มีธรรม
นายแพทย์ศิริภาพ	สุวรรณโรจน์
นายแพทย์สมชาย	เอื้อรัตน์วงศ์
นายแพทย์สิทธิชัย	อุกฤษฏชน
แพทย์หญิงสุชีลา	จันทร์วิทยานุชิต
นายแพทย์สุรวุฒิ	ปรีชานนท์
นายแพทย์สูงชัย	อึ้งธารารักษ์
นายแพทย์อนรรทด	ชื้อสุวรรณ
นายแพทย์อุทิศ	ดีสมโชค

สมาคมรูมาตีสซึมแห่งประเทศไทย  
ร่วมกับ  
หน่วยภูมิแพ้และโรคข้อ  
งานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี  
ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจเข้าร่วมประชุม  
Interhospital Rheumatology Conference ครั้งที่ 2/2550  
วันศุกร์ ที่ 13 กรกฎาคม 2550 เวลา 12.30-15.30 น.  
ณ ห้องประชุมพญาไท ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติ  
โรงพยาบาลราชวิถี

12.30-13.30 น. การบรรยายพิเศษ :

**A Key Role for B-cell in  
Rheumatic Diseases**

ผศ.พ.ญ. นันทนา กลิตานนท์

*Case I*           โรงพยาบาลราชวิถี

*Case II*           โรงพยาบาลรามธิบดี

*Case III*          โรงพยาบาลศรีนครินทร์

*Case น่าสนใจมาก ไม่ควรพลาด*

**คณะกรรมการอำนวยการสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย วาระปี พ.ศ. 2549-2551**

นายแพทย์สมชาย เอื้อรัตนาวดี	นายกสมาคมฯ
แพทย์หญิงรัตนาดี ณ นคร	นายกรับเลือก
นายแพทย์กิตติ โตเต็มโชคชัยการ	อุปนายกบริหาร
แพทย์หญิงไพจิตต์ อัครชนนบดี	อุปนายกวิชาการ
นายแพทย์พุทธิรัตน์ ลีวเฉลิมวงศ์	เหรัญญิก
แพทย์หญิงทัศนีย์ กิตอำนายพงษ์	เลขานุการ
แพทย์หญิงอัจฉรา กุลวิสุทธิ์	กรรมการกลาง
แพทย์หญิงมนาริปี ไอศิริ	กรรมการกลาง
นายแพทย์ศิริภพ สุวรรณโรจน์	กรรมการกลาง
นายแพทย์สูงชัย อังธารารักษ์	กรรมการกลาง
นายแพทย์สิทธิชัย อุกฤษฏชน	กรรมการกลาง

**ที่ปรึกษา**

รองศาสตราจารย์นายแพทย์มงคล วัฒนสุข  
ศาสตราจารย์กิตติคุณนายแพทย์อุทิศ ดีสมโชค  
รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงเล็ก ปริวิสุทธ์  
นายแพทย์สุรภูมิ ปรีชานนท์  
นายแพทย์อุดม วิชาญสุนทร  
พลตรีรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงพรทิศา ชัยอำนาย  
รองศาสตราจารย์นายแพทย์จิตเวทย์ ตุมราควิน  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงกนกรัตน์ นันทิรุจ  
ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุชีลา จันทร์วิธานุชิต  
ศาสตราจารย์นายแพทย์วรวีทย์ เล่าห์เรณู

**คณะอนุกรรมการสาขาโรคข้อและรูมาติสซั่ม**

**ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย**

นายแพทย์วรวีทย์ เล่าห์เรณู	ประธานคณะอนุกรรมการ
นายแพทย์อุทิศ ดีสมโชค	อนุกรรมการ
นายแพทย์สุรภูมิ ปรีชานนท์	อนุกรรมการ
แพทย์หญิงพรทิศา ชัยอำนาย	อนุกรรมการ
นายแพทย์จิตเวทย์ ตุมราควิน	อนุกรรมการ
แพทย์หญิงกนกรัตน์ นันทิรุจ	อนุกรรมการ
นายแพทย์สมชาย เอื้อรัตนาวดี	อนุกรรมการ
นายแพทย์พุทธิรัตน์ ลีวเฉลิมวงศ์	อนุกรรมการ
แพทย์หญิงไพจิตต์ อัครชนนบดี	อนุกรรมการ
แพทย์หญิงรัตนาดี ณ นคร	อนุกรรมการ
นายแพทย์กิตติ โตเต็มโชคชัยการ	อนุกรรมการ
แพทย์หญิงอัจฉรา กุลวิสุทธิ์	อนุกรรมการ
แพทย์หญิงมนาริปี ไอศิริ	อนุกรรมการ
แพทย์หญิงพันธุ์จุง หาญวิวัฒนกุล	อนุกรรมการ
แพทย์หญิงบุญจรัส ศิริไพฑูรย์	อนุกรรมการ
แพทย์หญิงทัศนีย์ กิตอำนายพงษ์	อนุกรรมการและเลขานุการ

**คณะอนุกรรมการฝ่ายวิชาการ**

แพทย์หญิงไพจิตต์ อัครชนนบดี  
นายแพทย์วรวีทย์ เล่าห์เรณู  
แพทย์หญิงรัตนาดี ณ นคร  
นายแพทย์กิตติ โตเต็มโชคชัยการ  
แพทย์หญิงทัศนีย์ กิตอำนายพงษ์  
แพทย์หญิงอัจฉรา กุลวิสุทธิ์  
แพทย์หญิงมนาริปี ไอศิริ  
นายแพทย์ศิริภพ สุวรรณโรจน์  
นายแพทย์สูงชัย อังธารารักษ์  
นายแพทย์สิทธิชัย อุกฤษฏชน  
แพทย์หญิงเอมวาลี อารมย์ดี  
แพทย์หญิงพันธุ์จุง หาญวิวัฒนกุล  
แพทย์หญิงนันทนา กสิदानนท์  
นายแพทย์พรชัย เตชานวงษ์  
แพทย์หญิงปวีณา เขียวชาญวิศวกิจ  
แพทย์หญิงสิริพร มานวงษ์ชัย  
แพทย์หญิงบุญจรัส ศิริไพฑูรย์  
นายแพทย์พงศ์ธร ณรงค์ฤกษ์นาวิน

**คณะอนุกรรมการคลังข้อสอบ**

นายแพทย์วรวีทย์ เล่าห์เรณู  
นายแพทย์สมชาย เอื้อรัตนาวดี  
แพทย์หญิงไพจิตต์ อัครชนนบดี  
แพทย์หญิงรัตนาดี ณ นคร  
นายแพทย์กิตติ โตเต็มโชคชัยการ  
แพทย์หญิงทัศนีย์ กิตอำนายพงษ์  
แพทย์หญิงมนาริปี ไอศิริ  
แพทย์หญิงพันธุ์จุง หาญวิวัฒนกุล  
แพทย์หญิงเอมวาลี อารมย์ดี  
แพทย์หญิงบุญจรัส ศิริไพฑูรย์  
นายแพทย์พรทวี เลิศศรีสถิต