แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษา
โรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน
(Guideline for Management of Psoriatic Arthritis)

โดย

สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

พ.ศ. 2555

| คำนำ |

โรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินเป็นโรคข้ออักเสบชนิดหนึ่งในกลุ่มโรคข้อและกระดูกสันหลังอักเสบ (spondyloarthropathy) เป็นโรคข้ออักเสบเรื้อรังที่มีโรคผิวหนังสะเก็ดเงิน (psoriasis) ร่วมด้วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการทางผิวหนังนำมาก่อนหรือเกิดขึ้นในเวลาไล่เลี่ยกับอาการอักเสบของข้อ แม้การดำเนินโรคที่รุนแรงมากจนทำให้เกิดความพิการตามมาอย่างรวดเร็วจะพบในผู้ป่วยจำนวนไม่มากนัก แต่การดำเนินโรคอย่างเรื้อรังก็ได้ก่อให้เกิดความทุกข์กายจากข้ออักเสบ ทุกข์ใจจากโรคผิวหนัง ซึ่งร่วมกันบั่นทอนคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตตามปกติของผู้ป่วยส่วนใหญ่ ปัจจุบันมียาและผลิตภัณฑ์หลายชนิดในท้องตลาดที่กล่าวอ้างสรรพคุณในการรักษาโรคนี้ ยาส่วนใหญ่นี้ไม่เคยผ่านการศึกษาวิจัยหรือตรวจสอบถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยมาก่อนเลย ดังนั้นในปัจจุบันจึงพบผู้ป่วยโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินซึ่งอยู่ในช่วงโรคลุกลามทำลายข้อหลายรายที่ต้องเผชิญกับผลข้างเคียงของยาหรือผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีคุณภาพเหล่านี้ จุดประสงค์ของการทำแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินคือ เพื่อให้เป็นแนวทางสำหรับแพทย์ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ในการวินิจฉัยโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินและช่วยในการตัดสินใจเลือกใช้ยาหรือวิธีการรักษาโรคที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย รวมทั้งเกิดความเหมาะสมและคุ้มค่าแก่ประเทศไทยมากที่สุด

แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินฉบับนี้ ได้จัดทำขึ้นโดยอาศัยข้อมูลจากหลักฐานการศึกษาที่น่าเชื่อถือล่าสุด รวมทั้งแนวทางปฏิบัติและข้อแนะนำของต่างประเทศในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ไม่สามารถใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินทุกรายได้ เนื่องจากการดูแลรักษาผู้ป่วยควรตั้งอยู่บนพื้นฐานข้อมูลทางคลินิกและการตัดสินใจของผู้ป่วยในแต่ละราย รวมทั้งสภาวะแวดล้อมและเศรษฐานะของประเทศ แนวทางเวชปฏิบัติอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้เมื่อความรู้ทางการแพทย์มีความก้าวหน้ามากขึ้นและแบบแผนการรักษามีการปรับเปลี่ยนไปในอนาคต แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ไม่ได้รวมยาบางชนิดหรือวิธีการรักษาบางอย่างซึ่งไม่ได้ขึ้นทะเบียนให้ใช้รักษาโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินแต่มีหลักฐานทางคลินิกว่าอาจมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคนี้ได้

แพทย์หญิงไพจิตต์ อัศวธนบดี
นายกสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย
วาระปี พ.ศ. 2553-2555

คณะทำงานแนวทางเวชปฏิบัติ
การรักษาโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน

สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

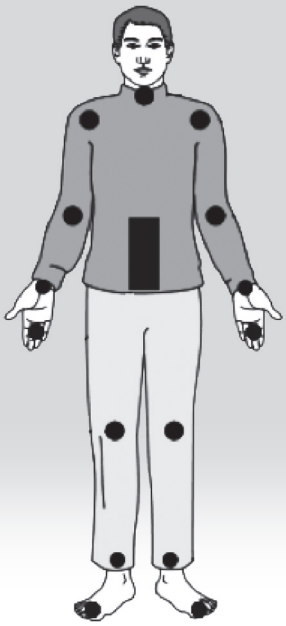
แพทย์หญิงกนกรัตน์	นันทิรุจ
แพทย์หญิงกุลศิริ	ธรรมโชติ
นายแพทย์เกียรติ	ภาสภิญโญ
แพทย์หญิงขวัญฤทัย	ศรีพวาทกุล
แพทย์หญิงจินตาหรา	มังคะละ
นายแพทย์ชยวี	เมืองจันทร์
นายแพทย์ชาติวุฒิ	ค้ำชู
นายแพทย์โชคชัย	กิตติญาณปัญญา
แพทย์หญิงโชติมา	ศรศิริวงศ์
แพทย์หญิงดวงกมล	ผดุงวิทย์วัฒนา
แพทย์หญิงทัศนีย์	กิตอำนวยพงษ์
นายแพทย์ธานี	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
เกณฑ์การวินิจฉัยโรค.....09
แนวทางการประเมินโรคและการรักษา.....10
ภาคผนวก.....18
ภาคผนวกที่ 1 การแบ่งระดับของหลักฐานการศึกษา (levels of evidence) และข้อแนะนำ (grading of recommendations) 18
ภาคผนวกที่ 2 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินด้วยอาการทางคลินิก.....19
ภาคผนวกที่ 3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินตามเกณฑ์ของ CASPAR 20
ภาคผนวกที่ 4 การรักษาแบ่งตามตำแหน่งของโรค.....21
ภาคผนวกที่ 5 ระดับความรุนแรงของโรค.....22
ภาคผนวกที่ 6 แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินที่มีข้อระยางค์อักเสบ.....23
ภาคผนวกที่ 7 ขนาดยา DMARDs ที่ควรใช้ในการรักษาโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน.....24
ภาคผนวกที่ 8 การประเมินส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนเริ่มให้การรักษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินด้วย DMARDs และ TNF-antagonist.....25
ภาคผนวกที่ 9 ข้อมูลที่ใช้ในการประเมินผลตอบสนองต่อการรักษาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของ DMARDs.....26
ภาคผนวกที่ 10 การประเมิน Physician Global Assessment (PGA) ตาม Likert Scale.....27
ภาคผนวกที่ 11 ตำแหน่งของข้อที่ใช้นับจำนวนข้อที่กดเจ็บทั้งหมด 78 ข้อ และข้อที่บวมทั้งหมด 76 ข้อ.....28
ภาคผนวกที่ 12 แบบประเมินการกำเริบของโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบติดยึด.....30
ภาคผนวกที่ 13 Psoriasis Area and Severity Index (PASI).....31
ภาคผนวกที่ 14 แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนัง.....32
ภาคผนวกที่ 15 Classification of functional capacity in rheumatoid arthritis.....34



แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน (Guideline for Management of Psoriatic Arthritis) สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

ความจำเป็นของแนวทางเวชปฏิบัติ

โรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน (psoriatic arthritis, PsA) เป็นโรคข้ออักเสบเรื้อรังหลายข้อชนิดหนึ่งที่พบบ่อยรองจากโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ในทวีปยุโรปและสหรัฐอเมริกามีอุบัติการณ์ของโรค 3-23 คนต่อประชากร 1 แสนคน และความชุก 56-1500 คนต่อประชากร 1 แสนคน[1-2] ในกลุ่มผู้ป่วยโรคผิวหนังสะเก็ดเงิน (psoriasis) พบโรคข้ออักเสบชนิดนี้ร้อยละ 7-48[3] ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30–50 ปี พบในเพศชายเท่ากับเพศหญิง อาการสำคัญคือข้ออักเสบเรื้อรังร่วมกับโรคผิวหนังสะเก็ดเงิน การวินิจฉัยโรคอาศัยอาการทางคลินิกร่วมกับผลการตรวจภาพรังสีข้อ การรักษาประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การใช้ยา การทำกายภาพบำบัด และการผ่าตัด การดำเนินโรคเป็นแบบกำเริบและสงบสลับกัน แต่มีแนวโน้มที่จะเรื้อรังตลอดชีวิต ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจะมีการทำลายข้อจากภาพรังสีโดยเฉพาะใน 1-2 ปีแรกหลังจากวินิจฉัยโรคได้[4-5] ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง จะทำให้เกิดการทำลายข้อจนเกิดภาวะทุพพลภาพและอาจเสียชีวิตได้[6] การพยากรณ์โรคมีความแตกต่างกันไปตั้งแต่มีการพยากรณ์โรคดี

ในรายที่มีข้ออักเสบไม่รุนแรงเพียงข้อเดียวจนถึงมีการพยากรณ์โรคเลวในรายที่มีข้ออักเสบรุนแรงหลายข้อจนทำลายข้อและเกิดความพิการคล้ายโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ดังนั้นโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินจึงเป็นโรคนี้ที่มีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและมีผลกระทบต่อไปยังสังคมและประเทศชาติโดยรวมอีกด้วย

เนื่องจากโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินมีอาการแสดงทางคลินิกที่หลากหลายซึ่งอาจทำให้วินิจฉัยโรคได้ยาก ประกอบกับเป็นโรคที่มีความรุนแรงแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ในขณะที่ยาปรับเปลี่ยนการดำเนินโรค (disease-modifying anti-rheumatic drugs, DMARDs) มีประสิทธิภาพและผลข้างเคียงแตกต่างกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการวินิจฉัยและการรักษาเพื่อให้สามารถวินิจฉัยโรคนี้ได้ตั้งแต่ในระยะแรกและเลือกใช้ DMARDs เพื่อรักษาโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินฉบับนี้ถูกสร้างขึ้นจากความร่วมมือของคณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ โดยทั้งหมดเป็นอายุรแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่มในสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย ซึ่งได้ทำการรวบรวมข้อมูลที่มีหลักฐานการศึกษา (ภาคผนวกที่ 1) จาก electronic database (Medline) และ systematic review database (Cochrane systematic review) ที่เกี่ยวกับโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินจนถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2554 รวมทั้งได้ศึกษาจากแนวทางเวชปฏิบัติโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินจากต่างประเทศ[7-15] ทั้งนี้จะเลือกเฉพาะข้อมูลที่มีหลักฐานน่าเชื่อถือระดับสูงสุด

ข้อจำกัดของแนวทางเวชปฏิบัติ

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินฉบับนี้ไม่สามารถใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินทุกรายได้ เนื่องจากการดูแลรักษาผู้ป่วยควรตั้งอยู่บนพื้นฐานข้อมูลทางคลินิกรวมทั้งการตัดสินใจของผู้ป่วยในแต่ละราย แนวทางเวชปฏิบัติอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้เมื่อความรู้ทางการแพทย์มีความก้าวหน้ามากขึ้นและแบบแผนการรักษามีการปรับเปลี่ยนไปในอนาคต การดูแลรักษาโดยยึดแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้จะไม่ยืนยันว่าผู้ป่วยทุกรายจะประสบความสำเร็จจากการรักษา แนวทางเวชปฏิบัตินี้ไม่ได้รวมยาบางชนิดหรือวิธีการรักษาบางอย่างซึ่งไม่ได้ขึ้นทะเบียนให้ใช้รักษาโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินแต่มีหลักฐานทางคลินิกว่าอาจมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินได้ การบันทึกข้อมูลอย่างละเอียดลงในเอกสารทางการแพทย์ของผู้ป่วยจะเป็นหลักฐานที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากหากการดูแลรักษาผู้ป่วยบางรายจะมีความแตกต่างไปจากแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้อายุรแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่มและแพทย์สาขาอื่นๆที่เกี่ยวข้องได้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินด้วย DMARDs

เพื่อให้อายุรแพทย์และพยาบาลโรคข้อและรูมาติสซั่ม รวมทั้งแพทย์และพยาบาลสาขาอื่นๆที่เกี่ยวข้องได้ใช้เป็นแนวทางในการประเมินโรค และติดตามผลการรักษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ DMARDs ทั้งด้านประสิทธิภาพ (effectiveness) และความปลอดภัย (safety)

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินนี้จะไม่รวมโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินในเด็ก (juvenile PsA) และโรคผิวหนังสะเก็ดเงินที่ไม่มีข้ออักเสบร่วมด้วย (psoriatic skin disease)

กลุ่มเป้าหมาย

อายุแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่มและแพทย์สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง

แพทย์ทั่วไป พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคข้อ และบุคคลากรทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง

เกณฑ์การวินิจฉัยโรค

โรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินจัดเป็นโรคหนึ่งในกลุ่ม spondyloarthropathy ตาม 1991 proposal of European Spondyloarthropathy Study Group (ESSG) โดยมีอาการสำคัญ คือ ข้ออักเสบเรื้อรังและโรคผิวหนังสะเก็ดเงิน ข้ออักเสบอาจเกิดได้กับทุกข้อ ส่วนใหญ่มีจำนวน 2-3 ข้อ (oligoarthritis) แบบไม่สมมาตร (asymmetry) โดยเฉพาะข้อปลายนิ้ว (distal phalangeal joints) ของมือและเท้า อาการอักเสบของกระดูกสันหลังและข้อต่อกระดูกเชิงกราน (spondyloarthritis) พบได้บ่อยและอาจไม่แตกต่างจากโรค ankylosing spondylitis อาการจำเพาะของโรคได้แก่ dactylitis และโรคสะเก็ดเงินที่เล็บ อาการในระบบอื่นพบได้ไม่บ่อยได้แก่ เยื่อบุตาขาวอักเสบ (conjunctivitis), uveitis, aortic insufficiency และพังผืดที่ปอด ไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคนี้ การตรวจทางภาพรังสีข้ออาจช่วยในการวินิจฉัยโรคและแสดงให้เห็นถึงตำแหน่งและความรุนแรงของการทำลายข้อในระยะเรื้อรัง

ปัจจุบันยังไม่มีคำจำกัดความของโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน การวินิจฉัยอาศัยอาการทางคลินิกตามเกณฑ์ของ Moll & Wright Criteria of Psoriatic arthritis (ภาคผนวกที่ 2) ซึ่งประกอบด้วยแบบแผนของข้ออักเสบที่จำเพาะสำหรับโรคนี้ มีผลลบของ rheumatoid factor (ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้จะให้ผลลบร้อยละ 91-94) และโรคผิวหนังสะเก็ดเงิน (ส่วนใหญ่จะเป็นโรคผิวหนังก่อนเกิดข้ออักเสบ) หรืออาจใช้เกณฑ์การจำแนกโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินได้แก่ ClAS sification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR) (ภาคผนวกที่ 3) ซึ่งประกอบด้วยอาการทางคลินิก ผลลบของ rheumatoid factor และพบความผิดปกติทางภาพรังสีก็ได้

แนวทางการประเมินโรคและการรักษา

การรักษาโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินโดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรงควรได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางหลายสาขาร่วมกัน ได้แก่ อายุรแพทย์ แพทย์โรคผิวหนัง แพทย์ทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู และศัลยแพทย์โรคข้อและกระดูก หลักการรักษาประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคแก่ผู้ป่วยรวมทั้งวิธีปฏิบัติตนเองที่ถูกต้อง การทำกายภาพบำบัด การรักษาทางยาและการผ่าตัด จุดประสงค์ของการรักษาทางยาก็เพื่อควบคุมอาการทางผิวหนังและอาการทางข้อ แม้ปัจจุบันจะมียาหลายชนิด แต่ก็ยังไม่มียาที่เป็นมาตรฐานสำหรับโรคนี้ การรักษาแบ่งตามตำแหน่ง (ภาคผนวกที่ 4) และความรุนแรงของโรค (ภาคผนวกที่ 5)

ผู้ป่วยที่มีอาการ peripheral joint เด่น (ภาคผนวกที่ 6) ซึ่งไม่รุนแรงจะเริ่มต้นการรักษาด้วยยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์(non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs) (1, A) หรือฉีดสารสเตียรอยด์เข้าข้อ (intra-articular steroid injection) (4, D) อย่างไรก็ตาม การฉีดสารสเตียรอยด์ซ้ำในผู้ป่วยแต่ละรายควรพิจารณาด้วยความรอบคอบ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อ NSAIDsในขนาดเต็มที่และ/หรือหลังการฉีดสารสเตียรอยด์เข้าข้อเป็นเวลาอย่างน้อย1 เดือน หรือผู้ป่วยที่มีข้ออักเสบหลายข้อให้พิจารณาใช้ DMARDs (ภาคผนวกที่ 7) ได้แก่ sulfasalazine (1a,A)[16-22], leflunomide (1b,A)[23], methotrexate(1b,B)[24-26], และ cyclosporine (1b,B)[16,27] สำหรับ intramuscular gold salt (1b, B) อาจใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีข้ออักเสบหลายข้อ[28-29] ส่วน azathioprine (2b, B) อาจพิจารณาใช้ได้ในผู้ป่วยบางรายที่ดื้อต่อ DMARDs ที่กล่าวมาข้างต้น[30] แต่สำหรับ anti-malarial drug (3, D) ยังไม่มีข้อมูลที่น่าเชื่อถือสนับสนุนมากนัก[31] ปัจจุบันมีข้อมูลสนับสนุนประสิทธิภาพของ TNF-α antagonists (1a, A)[32-38] ซึ่งจะพิจารณาให้ใช้ในรายที่มีอาการรุนแรงซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือไม่สามารถทนผลข้างเคียงของ DMARDs ที่กล่าวมาข้างต้นได้ (ตามแนวทางเวชปฏิบัติ

การใช้ biologic agents ในโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย)

ยา DMARDs ที่มีประสิทธิภาพสามารถควบคุมอาการทางผิวหนัง[39] ได้แก่ methotrexate (1b, A), cyclosporine (1b, A), sulfasalazine (1b, A), leflunomide (1b, A), และ TNF-α antagonists (1b, A) ยาเหล่านี้จึงเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบทั้งข้อและผิวหนัง แต่ยาบางชนิดโดยเฉพาะยาต้านมาลาเรียและสเตียรอยด์ในรูปรับประทานอาจทำให้อาการของโรคผิวหนังกำเริบขึ้นได้[40-41] ดังนั้นจึงควรระมัดระวังและเฝ้าติดตามอาการทางผิวหนังขณะที่รักษาด้วยยาดังกล่าว

สำหรับผู้ป่วยที่มี axial involvement (ดูแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดติดยึด สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย) จะเริ่มต้นการรักษาด้วยยา NSAIDs (1b, A), ยาแก้ปวด (4, D) และการทำกายภาพบำบัด (1b, A) ในรายที่มีข้อต่อกระดูกเชิงกรานอักเสบอาจพิจารณาฉีดสเตียรอยด์เฉพาะที่ (1b, A) ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อ NSAIDs 2 ชนิดเป็นเวลานาน 3 เดือน ให้พิจารณาใช้ DMARDs (4, D) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย DMARDs เป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 3 เดือน โดยมีค่า BASDAI เท่ากับหรือสูงกว่า 4 หรือ physician global assessment สูงกว่าหรือเท่ากับ 2 ก็ให้พิจารณาให้การรักษาด้วยสารชีวภาพต่อไป (1a, A)

ผู้ป่วยที่มี enthesitis และ/หรือ dactylitis ที่มีอาการไม่รุนแรงควรให้การรักษาด้วย NSAIDs (4, D), การทำกายภาพบำบัด (4, D) หรือการฉีดสเตียรอยด์เฉพาะที่ (4, D) ถ้ามีอาการรุนแรงปานกลางอาจจะพิจารณา DMARDs (4, D) แต่จากการศึกษาพบว่า sulfasalazine ไม่มีประสิทธิภาพในการควบคุม enthesitis (1b, A)[22, 42] สำหรับ DMARDs อื่นๆ ยังไม่มีข้อมูล ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาให้พิจารณาใช้ TNF-α antagonists (1b, A)[34-35, 43] (ดูแนวทางเวชปฏิบัติการใช้ biologic agents ในโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย)

แนวทางการติดตามผลการรักษา

เนื่องจากโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินเป็นโรคที่มีอาการแสดงได้หลายระบบ และอาการแสดงในแต่ละระบบก็มีการตอบสนองต่อการรักษาแตกต่างกันไป ประกอบกับยาที่ใช้ในการรักษาโรคโดยเฉพาะ กลุ่มยา DMARDs อาจจะทำให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงขึ้นได้ ดังนั้นก่อนให้การรักษาจึงจำเป็นต้องมีการประเมินผู้ป่วยเพื่อจะได้สามารถเลือกใช้ชนิดของยา DMARDs ที่เหมาะสมกับโรคและตัวผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย (ภาคผนวกที่ 8) นอกจากนี้การประเมินผู้ป่วยระหว่างการใช้

ยาเป็นระยะๆอย่างสม่ำเสมอก็มีความสำคัญ เนื่องจากจะเป็นข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสมกับระยะของโรคในขณะนั้นรวมทั้งใช้ในการเฝ้าระวังและติดตามผลข้างเคียงต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างทำการรักษาด้วย (ภาคผนวกที่ 9)

เอกสารอ้างอิง

1. Chandran V. Epidemiology of psoriatic arthritis. J Rheumatol. 2009 Feb;36(2):213-5.

2. Chandran V, Raychaudhuri SP. Geoepidemiology and environmental factors of psoriasis and psoriatic arthritis. J Autoimmun. 2010 May;34(3):J314-21.

3. Gladman DD, Antoni C, Mease P, Clegg DO, Nash P. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. Ann Rheum Dis. 2005 Mar; 64 Suppl 2:ii14-7.

4. Kane D, Stafford L, Bresnihan B, FitzGerald O. A prospective, clinical and radiological study of early psoriatic arthritis: an early synovitis clinic experience. Rheumatology (Oxford). 2003 Dec;42(12):1460-8.

5. Khan M, Schentag C, Gladman DD. Clinical and radiological changes during psoriatic arthritis disease progression. J Rheumatol. 2003 May;30(5):1022-6.

6. Gladman DD. Mortality in psoriatic arthritis. Clin Exp Rheumatol. 2008 Sep-Oct;26(5 Suppl 51):S62-5.

7. Maksymowych WP, Inman RD, Gladman D, Thomson G, Stone M, Karsh J, et al. Canadian Rheumatology Association Consensus on the use of anti-tumor necrosis factor-alpha directed therapies in the treatment of spondyloarthritis. J Rheumatol. 2003 Jun;30(6):1356-63.

8. Maksymowych WP, Landewe R, Tak PP, Ritchlin CJ, Ostergaard M, Mease PJ, et al. Reappraisal of OMERACT 8 draft validation criteria for a soluble biomarker reflecting structural damage endpoints in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and spondyloarthritis: the OMERACT 9 v2 criteria. J Rheumatol. 2009 Aug;36(8):1785-91.

9.Kyle S, Chandler D, Griffiths CE, Helliwell P, Lewis J, McInnes I, et al. Guideline for anti-TNF-alpha therapy in psoriatic arthritis. Rheumatology (Oxford). 2005 Mar;44(3):390-7.

10. Pham T, Fautrel B, Dernis E, Goupille P, Guillemin F, Le Loet X, et al. Recommendations of the French Society for Rheumatology regarding TNFalpha antagonist therapy in patients with ankylosing spondylitis or psoriatic arthritis: 2007 update. Joint Bone Spine. 2007 Dec;74(6):638-46.

11. Pham T, Guillemin F, Claudepierre P, Luc M, Miceli-Richard C, Fautrel B, et al. TNFalpha antagonist therapy in ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis: recommendations of the French Society for Rheumatology. Joint Bone Spine. 2006 Oct;73(5):547-53.

12. Salvarani C, Olivieri I, Pipitone N, Cantini F, Marchesoni A, Punzi L, et al. Recommendations of the Italian Society for Rheumatology for the use of biologic (TNF-alpha blocking) agents in the treatment of psoriatic arthritis. Clin Exp Rheumatol. 2006 Jan-Feb;24(1):70-8.

13. Gottlieb A, Korman NJ, Gordon KB, Feldman SR, Lebwohl M, Koo JY, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 2. Psoriatic arthritis: overview and guidelines of care for treatment with an emphasis on the biologics. J Am Acad Dermatol. 2008 May;58(5):851-64.

14. Ritchlin CT, Kavanaugh A, Gladman DD, Mease PJ, Helliwell P, Boehncke WH, et al. Treatment recommendations for psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis. 2009 Sep;68(9):1387-94.

15. Gladman DD. GRAPPA 2007: Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis. J Rheumatol. 2008 Jul;35(7):1420-2.

16. Salvarani C, Macchioni P, Olivieri I, Marchesoni A, Cutolo M, Ferraccioli G, et al. A comparison of cyclosporine, sulfasalazine, and symptomatic therapy in the treatment of psoriatic arthritis. J Rheumatol. 2001 Oct;28(10):2274-82.

17. Dougados M, vam der Linden S, Leirisalo-Repo M, Huitfeldt B, Juhlin R, Veys E, et al. Sulfasalazine in the treatment of spondylarthropathy. A randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled study. Arthritis and rheumatism. [Clinical Trial Multicenter Study Randomized Controlled Trial]. 1995 May;38(5):618-27.

18. Farr M, Kitas GD, Waterhouse L, Jubb R, Felix-Davies D, Bacon PA. Sulphasalazine in psoriatic arthritis: a double-blind placebo-controlled study. Br J Rheumatol. 1990 Feb; 29(1):46-9.

19. Fraser SM, Hopkins R, Hunter JA, Neumann V, Capell HA, Bird HA. Sulphasalazine in the management of psoriatic arthritis. Br J Rheumatol. 1993 Oct;32(10):923-5.

20. Gupta AK, Grober JS, Hamilton TA, Ellis CN, Siegel MT, Voorhees JJ, et al. Sulfasalazine therapy for psoriatic arthritis: a double blind, placebo controlled trial. J Rheumatol. 1995 May;22(5):894-8.

21. Combe B, Goupille P, Kuntz JL, Tebib J, Liote F, Bregeon C. Sulphasalazine in psoriatic arthritis: a randomized, multicentre, placebo-controlled study. Br J Rheumatol. 1996 Jul;35(7):664-8.

22. Clegg DO, Reda DJ, Mejias E, Cannon GW, Weisman MH, Taylor T, et al. Comparison of sulfasalazine and placebo in the treatment of psoriatic arthritis. A Department of Veterans Affairs Cooperative Study. Arthritis Rheum. 1996 Dec;39(12):2013-20.

23. Kaltwasser JP, Nash P, Gladman D, Rosen CF, Behrens F, Jones P, et al. Efficacy and safety of leflunomide in the treatment of psoriatic arthritis and psoriasis: a multinational, double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. Arthritis Rheum. 2004 Jun;50(6):1939-50.

24. Black RL, O'Brien WM, Vanscott EJ, Auerbach R, Eisen AZ, Bunim JJ. Methotrexate Therapy in Psoriatic Arthritis; Double-Blind Study on 21 Patients. Jama. 1964 Sep 7;189:743-7.

25. Scarpa R, Peluso R, Atteno M, Manguso F, Spano A, Iervolino S, et al. The effectiveness of a traditional therapeutical approach in early psoriatic arthritis: results of a pilot randomised 6-month trial with methotrexate. Clin Rheumatol. [Randomized Controlled Trial]. 2008 Jul;27(7):823-6.

26. Willkens RF, Williams HJ, Ward JR, Egger MJ, Reading JC, Clements PJ, et al. Randomized, double-blind, placebo controlled trial of low-dose pulse methotrexate in psoriatic arthritis. Arthritis Rheum. 1984 Apr;27(4):376-81.

27. Fraser AD, van Kuijk AW, Westhovens R, Karim Z, Wakefield R, Gerards AH, et al. A randomised, double blind, placebo controlled, multicentre trial of combination therapy with methotrexate plus ciclosporin in patients with active psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis. 2005 Jun;64(6):859-64.

28. Bruckle W, Dexel T, Grasedyck K, Schattenkirchner M. Treatment of psoriatic arthritis with auranofin and gold sodium thiomalate. Clin Rheumatol. [Clinical Trial

Controlled Clinical Trial]. 1994 Jun;13(2):209-16.

29. Palit J, Hill J, Capell HA, Carey J, Daunt SO, Cawley MI, et al. A multicentre double-blind comparison of auranofin, intramuscular gold thiomalate and placebo in patients with psoriatic arthritis. Br J Rheumatol. 1990 Aug;29(4):280-3.

30. Levy JJ, Paulus HE, Barnett EV. A double-blind controlled evalutaion of azathioprine treatment in the rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis. Arthritis Rheum. 1972;15(1):116.

31. Gladman DD, Blake R, Brubacher B, Farewell VT. Chloroquine therapy in psoriatic arthritis. J Rheumatol. 1992 Nov;19(11):1724-6.

32. Mease PJ, Kivitz AJ, Burch FX, Siegel EL, Cohen SB, Ory P, et al. Etanercept treatment of psoriatic arthritis: safety, efficacy, and effect on disease progression. Arthritis Rheum. 2004 Jul;50(7):2264-72.

33. Mease PJ, Goffe BS, Metz J, VanderStoep A, Finck B, Burge DJ. Etanercept in the treatment of psoriatic arthritis and psoriasis: a randomised trial. Lancet. 2000 Jul 29;356(9227):385-90.

34. Antoni C, Krueger GG, de Vlam K, Birbara C, Beutler A, Guzzo C, et al. Infliximab improves signs and symptoms of psoriatic arthritis: results of the IMPACT 2 trial. Ann Rheum Dis. 2005 Aug;64(8):1150-7.

35. Antoni CE, Kavanaugh A, Kirkham B, Tutuncu Z, Burmester GR, Schneider U, et al. Sustained benefits of infliximab therapy for dermatologic and articular manifestations of psoriatic arthritis: results from the infliximab

multinational psoriatic arthritis controlled trial (IMPACT). Arthritis Rheum. 2005 Apr;52(4):1227-36.

36. Mease PJ, Gladman DD, Ritchlin CT, Ruderman EM, Steinfeld SD, Choy EH, et al. Adalimumab for the treatment of patients with moderately to severely active psoriatic arthritis: results of a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. Arthritis Rheum. 2005 Oct;52(10):3279-89.

37. Mease PJ, Ory P, Sharp JT, Ritchlin CT, Van den Bosch F, Wellborne F, et al. Adalimumab for long-term treatment of psoriatic arthritis: 2-year data from the Adalimumab Effectiveness in Psoriatic Arthritis Trial (ADEPT). Ann Rheum Dis. 2009 May;68(5):702-9.

38. Kavanaugh A, McInnes I, Mease P, Krueger GG, Gladman D, Gomez-Reino J, et al. Golimumab, a new human tumor necrosis factor alpha antibody, administered every four weeks as a subcutaneous injection in psoriatic arthritis: Twenty-four-week efficacy and safety results of a randomized, placebo-controlled study. Arthritis Rheum. 2009 Apr;60(4):976-86.

39. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 4. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with traditional systemic agents. J Am Acad Dermatol. 2009 Sep;61 (3):451-85.

40. Wolf R, Ruocco V. Triggered psoriasis. Adv Exp Med Biol. 1999;455: 221-5.

41. Tsankov N, Kazandjieva J, Drenovska K. Drugs in exacerbation and provocation of psoriasis. Clin Dermatol. 1998 May-Jun;16(3):333-51.

42. Lehtinen A, Taavitsainen M, Leirisalo-Repo M. Sonographic analysis of enthesopathy in the lower extremities of patients with spondylarthropathy. Clin Exp Rheumatol. 1994 Mar-Apr;12(2):143-8.

43. Gorman JD, Sack KE, Davis JC, Jr. Treatment of ankylosing spondylitis by inhibition of tumor necrosis factor alpha. N Engl J Med. 2002 May2;346(18): 1349-56.

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 ซึ่งไม่มีrandomization อย่างน้อย 1 ฉบับ
2b	หลักฐานจาก well-designed quasi-experimental study ชนิดอื่นๆอย่างน้อย 1 ฉบับ
3	หลักฐานจาก well-designed non-experimental descriptive studies เช่นcomparative studies, correlation studies and case control studies เป็นต้น
4	หลักฐานจากรายงานหรือความเห็นของคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ และ / หรือประสบการณ์ทางคลินิกจากผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการเชื่อถือ
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

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินด้วยอาการทางคลินิกของ Moll & Wright 1973

เกณฑ์การวินิจฉัยโรค มีดังต่อไปนี้

1. ข้ออักเสบชนิด inflammatory arthritis
   (การอักเสบเกิดที่ข้อระยางค์ และ/หรือข้อ sacroiliac และ/หรือข้อกระดูกสันหลัง)
2. มีโรคผิวหนังสะเก็ดเงิน
3. มีผลลบของรูมาตอยด์แฟคเตอร์

ทั้งนี้สามารถจำแนกออกเป็น 5 กลุ่มย่อย ดังนี้

1. มีข้อปลายนิ้วมือ (distal interphalangeal หรือ DIP joint) อักเสบอย่างเดียว
2. มีข้ออักเสบจำนวน 2-3 ข้อแบบไม่สมมาตร (asymmetrical oligoarthritis)
3. มีข้ออักเสบหลายข้อ (polyarthritis)
4. มีข้อกระดูกสันหลังอักเสบ (spondylitis)
5. มีข้ออักเสบอย่างรุนแรงจนเกิดความผิดรูป (arthritis mutilans)

ภาคผนวกที่ 3

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินตามเกณฑ์ของ CASPAR

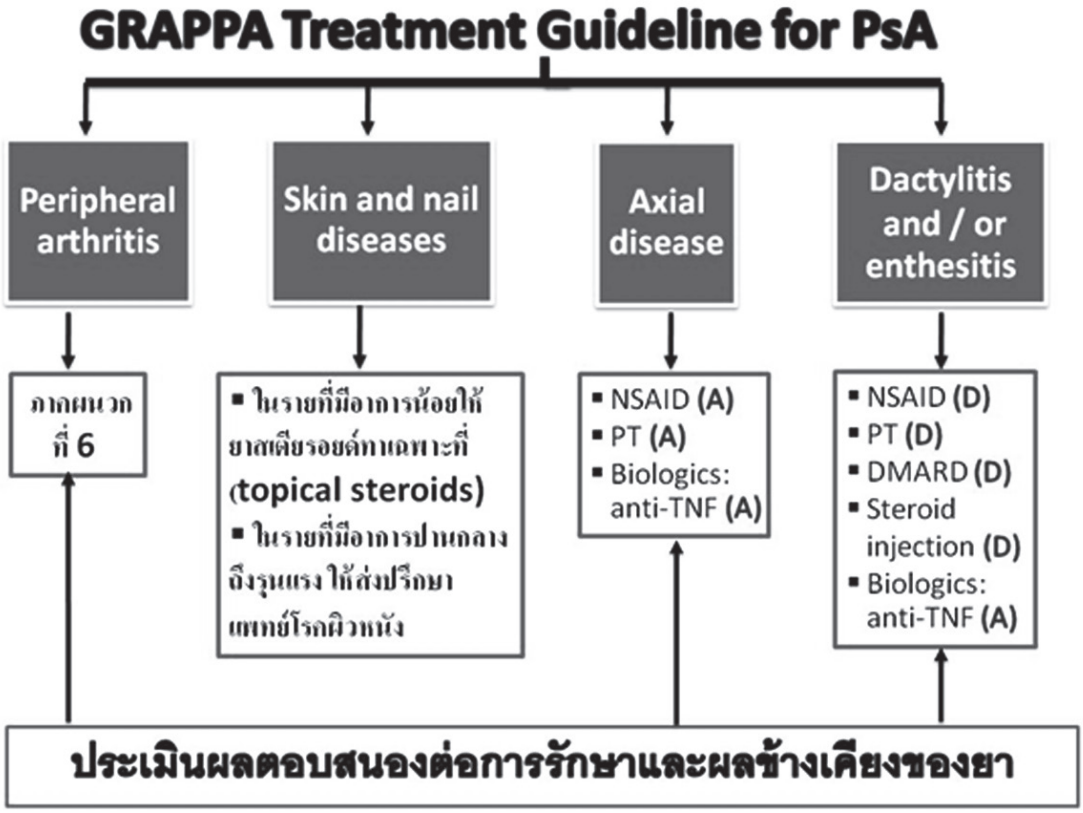
	มีการอักเสบของข้อ หรือจุดเกาะของเอ็น หรือข้อต่อกระดูกสันหลัง ร่วมกับมีคะแนนอย่างน้อย 3 คะแนน จากเกณฑ์ต่อไปนี้
1	ผู้ป่วยกำลังมีหรือเคยมีโรคผิวหนังชนิดสะเก็ดเงิน หรือมีประวัติครอบครัวเป็นโรคผื่นสะเก็ดเงิน • กำลังมีผื่นผิวหนังชนิดสะเก็ดเงินซึ่งตรวจพบโดยบุคลากรทางการแพทย์ (2 คะแนน) • มีประวัติเคยเป็นโรคผิวหนังสะเก็ดเงิน ซึ่งได้จากผู้ป่วยหรือบุคลากรทางการแพทย์ (1 คะแนน) • มีประวัติครอบครัวเป็นโรคผื่นสะเก็ดเงิน (ครอบครัวในที่นี้หมายถึงญาติลำดับแรกหรือญาติลำดับที่สอง (1 คะแนน)
2	อาการผิดปกติของเล็บ • ตรวจพบความผิดปกติของเล็บที่เข้าได้กับโรคผิวหนังสะเก็ดเงิน ได้แก่ onycholysis, pitting nail หรือ hyperkeratosis (1 คะแนน)
3	มีผลลบจากการตรวจรูมาตอยด์แฟคเตอร์ • เทคนิคการตรวจรูมาตอยด์แฟคเตอร์ จะใช้วิธีใดก็ได้ ยกเว้น latex agglutination assay อย่างไรก็ตาม แนะนำให้ตรวจโดยวิธี enzyme-linked immunosorbent assay หรือ nephelometry (1 คะแนน)
4	กำลังเป็นหรือมีประวัติเคยเป็น dactylitis • กำลังมี dactylitis ซึ่งตรวจพบโดยบุคลากรทางการแพทย์ (1 คะแนน) • เคยมีประวัติของ dactylitis ซึ่งถูกบันทึกโดยบุคลากรทางการแพทย์ (1 คะแนน)
5	มีหลักฐานทางภาพรังสีซึ่งพบมีการสร้างกระดูกได้แก่ • พบ juxta-articular new bone formation จากภาพรังสีมือ และ/หรือเท้า ของผู้ป่วย (1 คะแนน)

เกณฑ์ของ CASPAR มีความจำเพาะของการวินิจฉัย ร้อยละ 98.7 และมีความไวของการวินิจฉัยร้อยละ 91.4

ภาคผนวกที่ 4

การรักษาแบ่งตามตำแหน่งของโรค

(ดัดแปลงจาก GRAPPA หรือ Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis. Ritchlin CT, et al. Ann Rheum Dis 2009;68:1387-94)



ภาคผนวกที่ 5

ระดับความรุนแรงของโรค

(ดัดแปลงจากคำแนะนำของ Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis หรือ GRAPPA. Ritchlin CT, et al. Ann Rheum Dis 2009;68:1387-94)

อาการทางแสดง		น้อย (mild)	ปานกลาง (moderate)	รุนแรง (severe)
ข้อระยางค์	จำนวนข้อ	น้อยกว่า 5 ข้อ	5 ข้อหรือมากกว่า	5 ข้อหรือมากกว่า
	ภาพรังสี	ไม่พบการทำลายข้อ	พบการทำลายข้อ	พบการทำลายข้ออย่างรุนแรง
	การตอบสนองต่อการรักษา	ตอบสนองดี	ไม่ตอบสนองจากการรักษาเบื้องต้น	ไม่ตอบสนองต่อการรักษาทั้งขั้นเบื้องต้นและขั้นปานกลาง
	ความสูญเสียการใช้งาน	ทำงานได้ตามปกติ	สูญเสียการใช้งานปานกลาง	สูญเสียการใช้งานมาก
	ผลต่อคุณภาพชีวิต	กระทบต่อคุณภาพชีวิตน้อย	กระทบต่อคุณภาพชีวิตปานกลาง	กระทบต่อคุณภาพชีวิตมาก
	การประเมินโดยผู้ป่วย	รุนแรงน้อย	รุนแรงปานกลาง	รุนแรงมาก
ผื่นสะเก็ดเงิน		มี BSA < 5, PASI < 5 หรือไม่มีผื่น	ไม่ตอบสนองต่อยาทาเฉพาะที่ มี DLQI <10, PASI < 10	มี BSA > 10, DLQI >10, PASI > 10
ข้อกระดูกสันหลัง		ปวดน้อย และยังใช้งานได้ตามปกติ	สูญเสียการทำงานบ้าง หรือ BASDAI > 4	ปวดมากจนไม่สามารถใช้งานได้ และไม่ตอบสนองต่อการรักษา
จุดเกาะของเอ็นอักเสบ		1–2 ตำแหน่ง และยังใช้งานได้ตามปกติ	มากกว่า 2 ตำแหน่ง หรือไม่สามารถใช้งานได้	มากกว่า 2 ตำแหน่ง หรือไม่สามารถใช้งานได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา
นิ้วอักเสบ		ไม่ปวดหรือปวดน้อย และยังใช้งานได้ตามปกติ	ปวดปานกลาง และมีการทำลายข้อ	ปวดมากจนไม่สามารถใช้งานได้ และไม่ตอบสนองต่อการรักษา

BSA = Body Surface Area

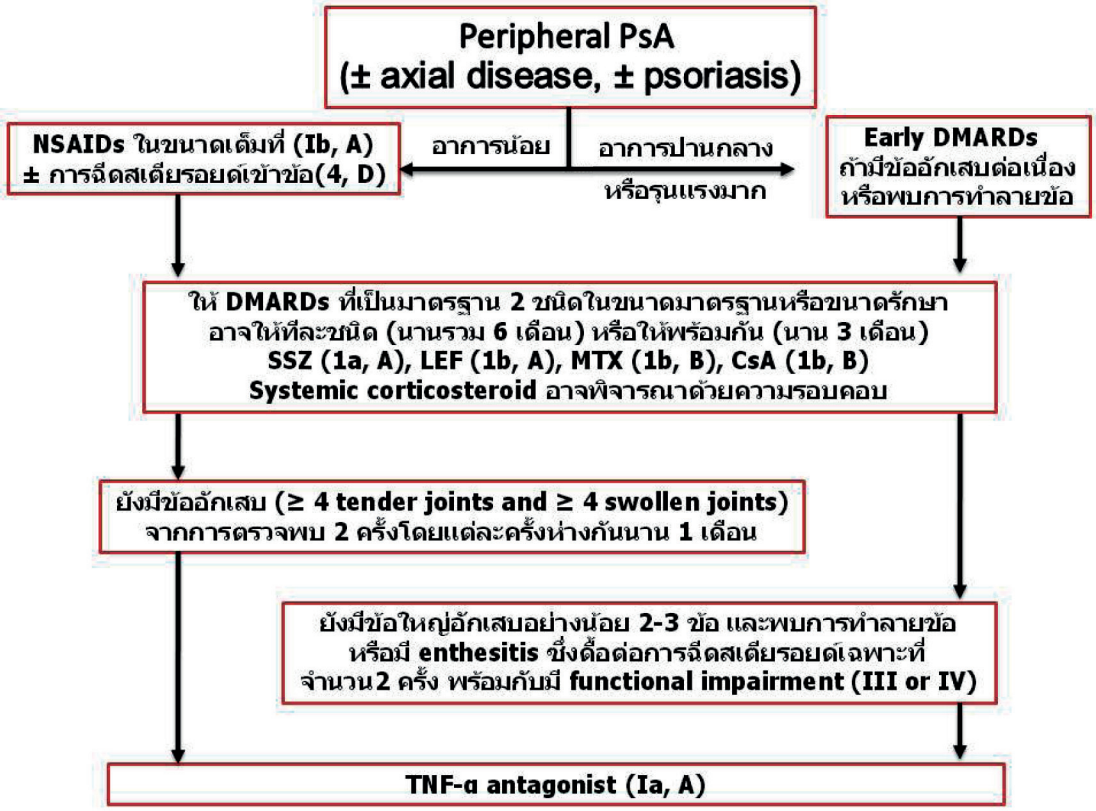
PASI = Psoriatic Area and Severity Index

DLQI = Dermatology Life Quality Index

BASDAI = Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index

ภาคผนวกที่ 6

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินที่มีข้อระยางค์อักเสบ



SSZ = Sulfasalazine

LEF = Leflunomide

MTX = Merhotrexate

CsA = Cydosporin A

ภาคผนวกที่ 7

ขนาดยา DMARDs ที่ควรใช้ในการรักษาโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน

DMARDs	ขนาดเต็มที่ (standard target dose)
Methotrexate (evidence B)	7.5-15 มก./สัปดาห์ (สูงสุด 25 มก./สัปดาห์)
Sulphasalazine (evidence A)	40 มก/กก/วัน แบ่งให้ 2-3 เวลา (สูงสุด 3 กรัม/วัน)
Leflunomide (evidence A)	10-20 มก./วัน
Intramuscular gold injection (evidence D)	40 มก./สัปดาห์
Azathioprine (evidence D)	2 มก/กก/วัน แบ่งให้ 2 เวลา
Cyclosporine (evidence B)	3-5 มก./กก./วัน

ขนาดรักษา (“therapeutic” dose) ของยา DMARDs มาตรฐาน	
Methotrexate	7.5 - 10 มก./สัปดาห์
Sulphasalazine	1.5 กรัม/วัน แบ่งให้ 2-3 เวลา
Leflunomide	10-20 มก./วัน
Intramuscular gold injection	20 มก./สัปดาห์
Azathioprine	50 มก.วัน
Cyclosporin A	2.5-5 มก./กก./วัน

ภาคผนวกที่ 8

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
Gold inj.	✓	✓	✓			CXR
AZA	✓	✓	✓	✓		CXR
CyA	✓	✓	✓	✓		BP, elect, lipid
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 9

ข้อมูลที่ใช้ในการประเมินผลตอบสนองต่อการรักษา และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของ 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
● PASI และ DLQI	โดยอายุรแพทย์โรคผิวหนัง
● CBC, urine exam, BUN, Cr และ liver function test	อย่างน้อยทุก 2-6 สัปดาห์ใน 3 เดือนแรก และทุก 3 เดือนหลังจากนั้น
● ESR, CRP	อย่างน้อยทุก 3 เดือน
● ภาพถ่ายทางรังสี (peripheral joint, chest)	ทุก 1-2 ปี

ภาคผนวกที่ 10

การประเมิน Physician Global Assessment (PGA) ตาม Likert Scale

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

ภาคผนวกที่ 11

ตำแหน่งของข้อที่ใช้นับจำนวนข้อที่กดเจ็บทั้งหมด 78 ข้อ และข้อที่บวมทั้งหมด 76 ข้อ

	ขวา		ซ้าย	
ข้อ	กดเจ็บ (tender)	บวม (swollen)	กดเจ็บ (tender)	บวม (swollen)
Temperomandibular				
Sternoclavicular				
Acromioclavicular				
Shoulder				
Elbow				
Wrist				
CMC				
MCP1				
MCP2				
MCP3				
MCP4				
MCP5				
PIP1				
PIP2				
PIP3				
PIP4				
PIP5				
DIP2				
DIP3				
DIP4				
DIP5				
Hip		XXXX		XXXXX
Knee				

Ankle				
Tarsi				
MTP1				
MTP2				
MTP3				
MTP4				
MTP5				
Toes(PIP)1				
PIP2				
PIP3				
PIP4				
PIP5				
Toes (DIP)2				
DIP3				
DIP4				
DIP5				

ภาคผนวกที่ 12

Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI)

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 .....

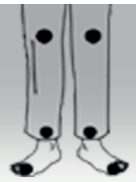
6. ท่านมีอาการฝืดขัดหรือตึงตอนเช้าหลังตื่นนอนนานกี่ชั่วโมง

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 13

Psoriasis Area and Severity Index (PASI)
Tick ONE box for each r egion for A,B,C,D

		Head(h)	Upper limb(u)	Lower limb(l)	Trunk(t)
A. Extent of involvement (%) *Tick one box for each body region.*	None (0)	☐	☐	☐	☐
	<10 (1)	☐	☐	☐	☐
	10-30 (2)	☐	☐	☐	☐
	30-50 (3)	☐	☐	☐	☐
	50-70 (4)	☐	☐	☐	☐
	70-90 (5)	☐	☐	☐	☐
	90-100 (6)	☐	☐	☐	☐
B. Erythema (E) score *Tick one box for each body region.*	None (0)	☐	☐	☐	☐
	Slight (1)	☐	☐	☐	☐
	Moderate (2)	☐	☐	☐	☐
	Severe (3)	☐	☐	☐	☐
	Very severe (4)	☐	☐	☐	☐
C. Infiltration (I) score *Tick one box for each body region.*	None (0)	☐	☐	☐	☐
	Slight (1)	☐	☐	☐	☐
	Moderate (2)	☐	☐	☐	☐
	Severe (3)	☐	☐	☐	☐
	Very severe (4)	☐	☐	☐	☐
D. Desquamation (D)score *Tick one box for each body region.*	None (0)	☐	☐	☐	☐
	Slight (1)	☐	☐	☐	☐
	Moderate (2)	☐	☐	☐	☐
	Severe (3)	☐	☐	☐	☐
	Very Severe (4)	☐	☐	☐	☐
SCORE	= 0.1 (Eh + Ih + Dh)Extent(h) + 0.2 (Eu + Iu + Du)Extent(u) + 0.4 (El + Il + Dl)Extent(l) + 0.3 (Et + It + Dt)Extent(t)				

ภาคผนวกที่ 14

Dermatology Life Quality Index (DLQI)
แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนัง

DLQI Score: _____

เพศ _ ชาย _ หญิง อายุ _____ ปี **อาชีพ**_____

Case No. _____ **วันที่** ___ / _____ / _____

จุดประสงค์ของแบบสอบถามนี้ เพื่อประเมินว่า ผื่นผิวหนังทำให้เกิดปัญหากับคุณมากน้อยเพียงใดในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา?

กรุณาตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย a ลงในช่องทางขวามือ (ขอความกรุณาตอบคำถามทุกข้อ)

1. ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีอาการคัน, เจ็บ, ปวด, หรือปวดเสียว ที่ผิวหนังมาก น้อยเพียงใด	(3) มาก ☐ (2) ปานกลาง ☐ (1) เล็กน้อย ☐ (0) ไม่มีเลย ☐	
2. ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ผื่นผิวหนังทำให้คุณรู้สึกอับอาย, ขาดความมั่นใจ มากน้อยเพียงใด	(3) มาก ☐ (2) ปานกลาง ☐ (1) เล็กน้อย ☐ (0) ไม่มีเลย ☐	
3. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ผื่นผิวหนังทำให้คุณมีปัญหาในการออกจากบ้านไป จับจ่ายซื้อสินค้า, ดูแลบ้าน หรือดูแลสวน มากน้อยเพียงใด	(3) มาก ☐ (2) ปานกลาง ☐ (1) เล็กน้อย ☐ (0) ไม่มีเลย ☐	ไม่มีความเกี่ยวข้อง☐
4. ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ผื่นผิวหนังของคุณ มีผลกระทบต่อการเลือกเสื้อผ้าที่จะสวมใส่ มากน้อยเพียงใด	(3) มาก ☐ (2) ปานกลาง ☐ (1) เล็กน้อย ☐ (0) ไม่มีเลย ☐	ไม่มีความเกี่ยวข้อง☐

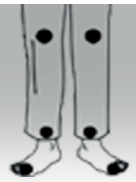
5. ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ผื่นผิวหนังของคุณ มีผลกระทบต่อการเข้าสังคม หรือต่อ กิจกรรมในยามว่าง มากน้อยเพียงใด	(3) มาก ☐ (2) ปานกลาง ☐ (1) เล็กน้อย ☐ (0) ไม่มีเลย ☐	ไม่มีความเกี่ยวข้อง☐
6. ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ผื่นผิวหนังมีผลกระทบต่อการเล่นกีฬา การออกกำลังกายของคุณ มากน้อยเพียงใด	(3) มาก ☐ (2) ปานกลาง ☐ (1) เล็กน้อย ☐ (0) ไม่มีเลย ☐	ไม่มีความเกี่ยวข้อง☐
7. ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ผื่นผิวหนังมีผลทำให้คุณขาดงานหรือขาดเรียนหรือไม่ ถ้า “ไม่มี” ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ผื่นผิวหนังทำให้มีคุณมีปัญหาในการ ทำงาน หรือ การเรียน มากน้อยเพียงใด	(3) มาก ☐ (2) ปานกลาง ☐ (1) เล็กน้อย ☐ (0) ไม่มีเลย ☐	ไม่มีความเกี่ยวข้อง☐
8. ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ผื่นผิวหนังของคุณ ได้สร้างปัญหาให้กับคู่ครอง หรือญาติหรือเพื่อนสนิท มากน้อยเพียงใด	(3) มาก ☐ (2) ปานกลาง ☐ (1) เล็กน้อย ☐ (0) ไม่มีเลย ☐	ไม่มีความเกี่ยวข้อง☐
9. ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ผื่นผิวหนังทำให้คุณมีปัญหาในการมีเพศสัมพันธ์ มากน้อยเพียงใด	(3) มาก ☐ (2) ปานกลาง ☐ (1) เล็กน้อย ☐ (0) ไม่มีเลย ☐	ไม่มีความเกี่ยวข้อง☐
10. ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา การรักษาผื่นผิวหนังก่อให้เกิดปัญหาแก่คุณ มากน้อย เพียงใด เช่น ทำให้มีการเปรอะเปื้อนในบ้าน, การรักษาทำให้เสียเวลา เป็นต้น	(3) มาก ☐ (2) ปานกลาง ☐ (1) เล็กน้อย ☐ (0) ไม่มีเลย ☐	ไม่มีความเกี่ยวข้อง☐

ภาคผนวกที่ 15

Classification of functional capacity in rheumatoid arthritis (Steinbrocker criteria)

Class I	มีสมรรถภาพในการทำงานได้อย่างสมบูรณ์ สามารถปฏิบัติภารกิจได้ตามปกติโดยไม่มีอุปสรรค
Class II	มีสมรรถภาพในการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แม้จะมีอุปสรรค ความไม่สะดวก หรือมีการเคลื่อนไหวข้อบางข้อติดขัดอยู่บ้าง
Class III	มีสมรรถภาพในการทำงานได้เพียงบางอย่างหรือไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันหรือช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ
Class IV	ไม่สามารถทำงานส่วนใหญ่หรืองานทั้งหมด พร้อมกับต้องนอนติดเตียงหรือนั่งรถเข็น โดยช่วยเหลือตนเองได้น้อย

Steinbrocker O, Traeger CH, Batterman RC: Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. JAMA 140:659-662, 1949



สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย
คณะกรรมการอำนวยการ วาระปี พ.ศ. 2553-2555

นายกสมาคมฯ	แพทย์หญิงไพจิตต์	อัศวธนบดี
นายกรับเลือก	นายแพทย์กิตติ	โตเต็มโชคชัยการ
อุปนายกบริหาร	แพทย์หญิงรัตนวดี	ณ นคร
ผู้ช่วยอุปนายกบริหาร	แพทย์หญิงจีรภัทร	วงศ์ชินศรี
อุปนายกวิชาการ	แพทย์หญิงอัจฉรา	กุลวิสุทธิ์
ผู้ช่วยอุปนายกวิชาการฝ่ายแพทย์	นายแพทย์พงศ์ธร	ณรงค์ฤกษ์นาวิน
ผู้ช่วยอุปนายกวิชาการฝ่ายประชาชนและสารสนเทศ	นายแพทย์สูงชัย	อังธารารักษ์
เลขาธิการ	แพทย์หญิงทัศนีย์	กิตอำนวยพงษ์
เหรัญญิก	นายแพทย์พุทธิรัต	ลิ่วเฉลิมวงศ์
กรรมการกลาง	แพทย์หญิงมนาธิป	โอศิริ
	แพทย์หญิงเอมวลี	อารมย์ดี
	นายแพทย์สิทธิชัย	อุกฤษฏชน
	แพทย์หญิงนันทนา	กสิตานนท์
	แพทย์หญิงบุญจริง	ศิริไพฑูรย์

ที่ปรึกษา วาระปี พ.ศ. 2553-2555

รศ.น.พ. มงคล	วัฒนสุข
ศ. กิตติคุณ น.พ. อุทิศ	ดีสมโชค
รศ.พ.ญ. เล็ก	ปริวิสุทธิ์
น.พ. สุรวุฒิ	ปรีชานนท์
น.พ. อุดม	วิศิษฏสุนทร
พลตรี รศ.พ.ญ. พรฑิตา	ชัยอำนวย
รศ.น.พ. ฐิตเวทย์	ตุมราศวิน
ศ.คลินิก น.พ. สุรศักดิ์	นิลกานุวงศ์
ผศ.พ.ญ. กนกรัตน์	นันทิรุจ
ศ.พ.ญ. สุชีลา	จันทร์วิทยานุชิต
ศ.น.พ. วรวิทย์	เลาห์เรณู
รศ. (พิเศษ) น.พ. สมชาย	เอื้อรัตนวงศ์