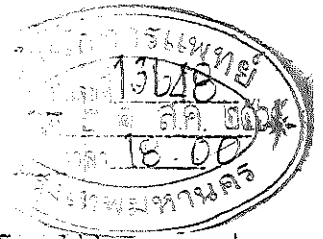




บันทึกข้อความ



ส่วนราชการ โรงพยาบาลกลาง (งานศึกษาและฝึกอบรมฝ่ายวิชาการและแผนงาน โทร. ๐-๒๒๒๐-๘๐๐๐ ต่อ ๑๑๒๗๕)
ที่ กท ๐๖๐๕/ ๓๕๕๕ วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอส่งการรายงานตัวกลับเข้าปฏิบัติราชการและรายงานการศึกษา (ราย นางสาวศรีณัฐา พานิชกรณ) เรียน ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

ตามที่กรุงเทพมหานครได้มีบันทึกที่ กท ๐๔๐๑/๒๘๘ ลงวันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๓ อนุมัติให้นางสาวศรีณัฐา พานิชกรณ ตำแหน่งนายแพทย์ปฏิบัติการ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ ลาศึกษาในประเทศ ระดับสูงกว่าปริญญาตรี หลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขายาอายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติสซั่ม ณ โรงพยาบาลศิริราช โดยทุนประเภท ๒ (ทุนส่วนตัว) ใช้เวลาราชการ มีกำหนด ๒ ปี ตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ นั้น

ในการนี้ข้าราชการดังกล่าวได้เสร็จสิ้นการศึกษาในหลักสูตรดังกล่าวแล้ว และได้รายงานตัวกลับเข้าปฏิบัติราชการ ตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ดังนั้นโรงพยาบาลกลางจึงขอส่งแบบรายงานตัวกลับเข้าปฏิบัติราชการและรายงานการศึกษาตามที่แนบมาพร้อมนี้ เพื่อดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางค์ชรินทร์ เจียมศรีพงษ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

ผู้อำนวยการ
สำนักการแพทย์

(นางสาว มลนางเดี่ยว)
ผู้อำนวยการพิเศษ
ส่วนพัฒนาบุคลากร
สำนักการแพทย์ ส่วนพัฒนาบุคลากร
โรงพยาบาลกลาง
วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๕

นางสาว มลนางเดี่ยว (นางสาว มลนางเดี่ยว) ๑๒

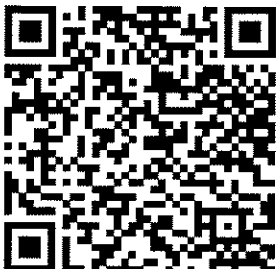
แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ หลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๔๐๑/ ๒๕๕๘ ลงวันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๓
ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ นางสาวศรัญญา นามสกุล พานิชากรณ์
ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ สังกัด / งาน / ฝ่าย / โรงเรียน กลุ่มงานอายุรกรรม
กอง โรงพยาบาลกลาง สำนัก / สำนักงานเขต สำนักการแพทย์
ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ
หลักสูตร แพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติสซั่ม
ระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ จัดโดย สาขาวิชาโรคข้อและรูมาติสซั่ม
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ณ โรงพยาบาลศิริราช เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น บาท

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน / ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว
เช่น เนื้อหา / ความคุ้มค่า / วิทยากร / การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น
(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ สนม มลิลา ผู้รายงาน
(.....นางสาวศรัญญา พานิชากรณ์.....)



รายงานการศึกษา ฝึกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ ชื่อ - นามสกุล.....นางสาวศรัญญา พานิชามรณ์.....
อายุ.....๓๒ ปี การศึกษา.....แพทยศาสตรบัณฑิต.....
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....อายุรกรรม.....
- ๑.๒ ตำแหน่ง.....นายแพทย์ปฏิบัติการ.....
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ).....ให้การดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน.....
- ๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร.....แพทย์ประจำบ้านต่อยอด.....
สาขา.....อนุสาขาศัลยกรรมโรคข้อและรูมาติสซั่ม.....
เพื่อ ศึกษา ฝึกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว.....
จำนวนเงิน.....-.....บาท
ระหว่างวันที่.....๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕.....สถานที่.....โรงพยาบาลศิริราช
คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ.....วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
อนุสาขาศัลยกรรมโรคข้อและรูมาติสซั่ม.....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

- ๒.๑ วัตถุประสงค์
- เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคข้อและรูมาติสซั่ม.....
 - ให้การวินิจฉัย การส่งตรวจเพิ่มเติม และการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มโรคข้อและรูมาติสซั่ม
ได้ถูกต้อง และประยุกต์ให้เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่.....
 - เพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคข้อและรูมาติสซั่ม.....
- ๒.๒ เนื้อหา
- โรคข้อและรูมาติสซั่ม ประกอบด้วยโรคในกลุ่มข้ออักเสบ โรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน และโรคหลอดเลือดอักเสบ ซึ่งแต่ละโรคมีแนวทางในการวินิจฉัย การส่งตรวจเพิ่มเติม และการรักษาที่จำเพาะ
- โรคข้ออักเสบที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ ได้แก่ โรคข้อเสื่อม โรคเก๊าท์ โรคที่พบได้รองลงมาที่ควรได้รับการดูแลรักษาโดยแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่ม เช่น โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน และโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดติดยึด ซึ่งในปัจจุบัน มียาวัตถุชีวภาพทำให้การรักษาได้ผลดีมากกว่าในอดีต และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

โรคข้อเสื่อม

โรคข้อเสื่อม มีอุบัติการณ์ของโรคมามากขึ้น ในผู้ป่วยอายุมากขึ้น ข้อที่พบได้แก่ ข้อกระดูกสันหลังส่วนคอและเอว ข้อโคนนิ้วมือนิ้วที่หนึ่ง ข้อนิ้วมือข้อต้น ข้อนิ้วมือข้อปลาย ข้อสะโพก ข้อเข่า และข้อหัวแม่เท้า โดยลักษณะอาการปวด จะปวดมากขึ้นขณะมีการใช้งาน

พยาธิกำเนิดเกิดจากการบาดเจ็บซ้ำไปซ้ำมาของกระดูกอ่อน ทำให้เกิดการทำลาย และการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันโดยกำเนิด ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรค ได้แก่ การใช้งานที่มากเกินไปจนเกินไป โดยเฉพาะมีผลต่อข้อบริเวณขา และภาวะอ้วน ซึ่งภาวะอ้วนส่งผลให้มีเนื้อเยื่อไขมันปริมาณมาก โดยเนื้อเยื่อไขมันเหล่านี้มีส่วนในการสร้างสารไซโตไคน์ที่ส่งเสริมให้เกิดการอักเสบ ทำให้มีผลต่อการทำลายข้อ โดยสามารถอธิบายได้ในข้อที่ไม่ได้รับน้ำหนัก ปัจจัยส่งเสริมอื่น ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น ปัจจัยทางพันธุกรรม เพศหญิง หลังอายุ ๕๐ ปี การเคยเกิดอุบัติเหตุที่ข้อมาก่อน การมีการลงน้ำหนักที่ผิดปกติของข้อ เช่น ข้อเข่าโก่ง หรือข้อเข่าฉีก การสูบบุหรี่ อาชีพที่ส่งผลต่อการใช้ข้อ เช่น นักมวย นักบาสเกตบอล

การส่งตรวจภาพรังสีช่วยยืนยันการวินิจฉัยโรค โดยในระยะแรก พบช่องข้อแคบ ในระยะต่อมา พบการเปลี่ยนแปลงบริเวณกระดูกโดยพบการขรุขระขึ้นและถุงน้ำของกระดูกได้ต่อช่องข้อ รวมถึงการมีกระดูกงอก การส่งตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging: MRI) จะพบลักษณะที่สัมพันธ์กับการปวด ได้แก่การพบการบวมของไขกระดูก

การรักษาประกอบด้วยการรักษาที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา การรักษาโดยไม่ใช้ยาหลัก ได้แก่ การออกกำลังกายโดยช่วยให้พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อดีขึ้น เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ควรเป็นการออกกำลังกายที่ทำได้ง่าย สามารถทำได้ในชีวิตประจำวัน ส่วนการรักษาโดยใช้ยา ได้แก่ การรักษาอาการปวดจากการใช้งาน โดยใช้ได้ตั้งแต่ ยาพาราเซตามอลชนิดรับประทาน ยาต้านการอักเสบกลุ่มที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทานและใช้ภายนอก ยาชะลอความเสื่อมของข้อซึ่งมีทั้งแบบรับประทาน และฉีดเข้าข้อ (symptomatic slow-acting drugs for osteoarthritis: SYSADOA) รวมถึงยาสเตียรอยด์ชนิดฉีดเข้าข้อ อีกทั้งยังมียาที่อยู่ระหว่างการพัฒนาอีกจำนวนมาก โดยพิจารณาใช้ยาชนิดใดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค โรคร่วม และข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยแต่ละราย หากการรักษาดังกล่าวข้างต้นไม่ได้ผล การรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นการรักษาที่ควรพิจารณา

โรคข้ออักเสบเก๊าท์

โรคข้ออักเสบเก๊าท์ พบได้มากในผู้ชายตั้งแต่อายุ ๒๕ ปีขึ้นไป และผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน สาเหตุกว่าร้อยละ ๘๕ เกิดจากการลดลงของการขับยูริกที่ไต อีกร้อยละ ๑๕ เกิดจากการผลิตยูริกเพิ่มขึ้น โดยการอักเสบของข้อเกิดจากการตกตะกอนของผลึกยูริกในข้อ และกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันโดยกำเนิด ทำให้เกิดการหลั่งสารไซโตไคน์ที่ส่งเสริมให้เกิดการอักเสบ และโรคเก๊าท์สามารถหายได้แม้ไม่ได้รับการรักษา เนื่องจากมีสารพันธุกรรมในเซลล์นิวโทรฟิลถูกหลั่งออกมาสะสมภายนอกเซลล์ มีหน้าที่ลดการอักเสบ อีกทั้งมีโปรตีนมาเคลือบผลึกยูริก ทำให้ความสามารถในการกระตุ้นให้เกิดการอักเสบลดลง

ลักษณะทางคลินิก ในระยะแรก มีอาการปวดข้ออย่างฉับพลัน ที่ละ ๑ ข้อ โดยข้อที่พบบ่อย ได้แก่ ข้อหัวแม่เท้า หลังเท้า ข้อเท้า และข้อเข่า แต่ครั้งอาการปวดจะปวดขึ้นทันทีซึ่งตั้งแต่เริ่มปวดจนถึงปวดมากที่สุดเกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง อาการปวดมากจนเดินลงน้ำหนักไม่ได้ ส่วนใหญ่หายเองใน ๗ วัน แม้ไม่ได้รับการรักษา ในระยะต่อมาการอักเสบจะถี่ขึ้น และในระยะถัดมาเกิดเป็นก้อนโทฟัส และมีการปวดข้อตลอดเวลาแม้ไม่มีการอักเสบเกิดขึ้น ซึ่งก้อนโทฟัสเกิดจากการสะสมของผลึกยูริก สามารถตรวจพบได้ทางคลินิกจากการตรวจร่างกายพบก้อนใต้ผิวหนังสีขาวคล้ายขอลูก

การตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยที่แม่นยำที่สุด ได้แก่ การเจาะข้อเพื่อส่งกรดน้ำในข้อ โดยจะพบลักษณะของเซลล์เข้าได้กับการอักเสบ มีเม็ดเลือดขาวมากกว่า ๒,๐๐๐ เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เป็นเซลล์นิวโทรฟิลมากกว่าร้อยละ ๕๐ และตรวจพบผลึกยูริกทั้งที่อยู่ในเซลล์นิวโทรฟิล และนอกเซลล์ หากไม่สามารถเจาะข้อได้ อาจใช้ภาพรังสีช่วย การวินิจฉัย โดยพบการกร่อนของกระดูกจากก้อนโทฟัส อย่างไรก็ตามจะพบได้ก็เมื่อเข้าระยะท้ายของโรคแล้ว การตรวจที่ไวขึ้นได้แก่การตรวจด้วยคลื่นเสียง (อัลตราซาวนด์) และการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ชนิดพิเศษ ที่เรียกว่า dual energy computed tomography (DECT) ซึ่งสามารถตรวจพบการตกตะกอนของยูริก นอกจากนี้ สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทยและสมาคมโรครูมาติสซั่มแห่งยุโรปได้พัฒนาเกณฑ์การแยกโรคเก๊าท์ในปี ค.ศ. ๒๐๑๕ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อการวิจัย แต่ก็สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการให้การวินิจฉัยโรคข้ออักเสบเก๊าท์ ในเวชปฏิบัติได้เช่นกัน โดยเกณฑ์ดังกล่าวเป็นระบบการให้คะแนน ประกอบด้วย อาการทางคลินิก การตรวจพบก้อนโทฟัส ระดับยูริกในเลือด และการส่งตรวจทางรังสี

การรักษาประกอบด้วยการรักษาภาวะอักเสบฉับพลัน การป้องกันการอักเสบ และการให้ยาลดยูริก ในการรักษาการอักเสบ อาจพิจารณายาโคลชิซินชนิดรับประทาน ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ชนิดรับประทานและชนิดฉีดเข้าหลอดเลือด หรือยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน ฉีดเข้าหลอดเลือด ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือฉีดเข้าข้อ โดยพิจารณาตามโรคร่วม ข้อห้ามใช้ยาแต่ละชนิดตามลักษณะของผู้ป่วยเป็นแต่ละราย หากไม่สามารถให้การรักษาดังกล่าวข้างต้นได้ พิจารณาให้ยานบรรเทาอาการปวดกลุ่มอื่น เช่น พาราเซตามอล ทรามาโดล ในระยะอักเสบ ควรหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวข้อ การนวดบริเวณข้อ และการประคบร้อน

การให้ยาลดยูริกมีข้อบ่งชี้ ดังนี้

- มีข้ออักเสบมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ครั้งต่อปี
- การพบก้อนโทฟัสทั้งจากการตรวจร่างกาย และภาพรังสี
- มีนิ่วในไต
- ไตเสื่อมตั้งแต่ระยะที่ ๓
- ระดับยูริกในเลือดมากกว่า ๙ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- อาจพิจารณาให้ในกรณีที่มีข้ออักเสบมากกว่า ๑ ครั้งต่อปี แต่น้อยกว่า ๒ ครั้งต่อปี

ยาลดยูริกที่มีในประเทศไทย แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่ ยาลดการสร้างยูริก และยาเพิ่มการขับยูริก ดังแสดงในตาราง

ยาลดการสร้างยูริก	ยาเพิ่มการขับยูริก
<ul style="list-style-type: none">- อัลโลพูรินอล (allopurinol)- ฟีบักโซสแตต (febuxostat)	<ul style="list-style-type: none">- โพรเบนเซด (probenecid)- เบนซโบรมาโรน (benzbromarone)- ซัลฟินไพราโซน (sulfipyrazone)

ตามคำแนะนำการรักษาข้ออักเสบเก๊าท์ของประเทศไทย แนะนำให้ใช้ยาอัลโลพูรินอล เป็นยาขนานแรก โดยเริ่มที่ขนาดต่ำกว่าก่อน และค่อย ๆ เพิ่มขนาดยาจนได้ระดับยูริกเป้าหมาย ระดับยูริกเป้าหมายได้แก่ น้อยกว่า ๖ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หากมีข้อห้ามต่อการใช้อัลโลพูรินอล แนะนำให้ยาในกลุ่มเพิ่มการขับยูริก และถ้าไม่สามารถใช้ยาดังกล่าวข้างต้นได้ จึงพิจารณาใช้ยาฟีบักโซสแตตต่อไป ข้อกังวลในการใช้ยาอัลโลพูรินอลในคนไทย ได้แก่มีรายงานการแพ้ยาก่อนข้างสูง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีสารพันธุกรรมจำเพาะ HLA B*๕๘๐๑ ผู้ป่วยสูงอายุ และไตเสื่อม จึงมีคำแนะนำให้ส่งตรวจสารพันธุกรรมดังกล่าวก่อนเริ่มยา และข้อจำกัดในการใช้ยาเพิ่มการขับยูริกได้แก่การมีนิ่วในไต และผู้ป่วยไตเสื่อมที่มีการทำงานของไตต่ำ โดยเฉพาะมีอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate: GFR) ต่ำกว่า ๒๐ มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวของร่างกาย (ml/min/๑.๗๓ m²)

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

ข้ออักเสบรูมาตอยด์ เป็นโรคในกลุ่มข้ออักเสบที่พบได้มากที่สุด โดยมีความชุกร้อยละ ๐.๕ ถึง ๑. พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุที่พบอุบัติการณ์มากที่สุดคือ เพศหญิงอายุ ๕๕ ถึง ๖๔ ปี และเพศชายอายุ ๗๕ ถึง ๘๔ ปี ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม การสูบบุหรี่ การสัมผัสฝุ่นซิลิกา และภาวะอ้วน พยาธิกำเนิดเกิดจากการมีปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม ร่วมกับปัจจัยกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้เกิดจากเปลี่ยนแปลงของโปรตีน และเกิดการสร้างแอนติบอดี โดยปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ได้แก่ โรคปริทันต์เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย โดยเฉพาะแบคทีเรียบางชนิด เช่น *Porphyromonas gingivalis* และ *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* รวมถึงการมีการเปลี่ยนแปลงของแบคทีเรียในลำไส้ คือ *Prevotella copri* เมื่อมีการสร้างแอนติบอดี ทั้งชนิดที่ตรวจพบแล้ว และยังคงตรวจไม่พบในปัจจุบัน ส่งผลกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันทั้งระบบภูมิคุ้มกันโดยกำเนิดและระบบภูมิคุ้มกันแบบจำเพาะ ซึ่งหลังสารไซโตไคน์ที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้เกิดการอักเสบ และการทำลายข้อต่อไป ไซโตไคน์หลัก ได้แก่ interleukin-๑ (IL-๑), interleukin-๖ (IL-๖) และ tumor necrosis factor alpha (TNFα)

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากอาการปวดและการทำลายข้อ ส่งผลต่อการทำงาน และการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ไม่สามารถเปิดขวดน้ำ กินอาหารได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังเป็นที่น่าทึ่งกันว่า ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น รวมถึงมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าประชากรทั่วไป ดังนั้นการรักษาอย่างถูกต้อง และเหมาะสมจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และส่งผลให้ประเทศมีทรัพยากรมนุษย์มากขึ้นด้วย

อาการของโรครูมาตอยด์มักเป็นการปวดข้อเรื้อรังของข้อเล็ก ๆ ในร่างกายอย่างสมมาตร ข้อที่พบบ่อยได้แก่ ข้อมือ ข้อโคนนิ้วมือ ข้อนิ้วมือส่วนต้น และข้อโคนนิ้วเท้าเป็นต้น อย่างไรก็ตามสามารถเกิดได้แทบทุกข้อ โดยลักษณะอาการปวดเป็นการปวดแบบการอักเสบเป็นหลัก กล่าวคือ ปวดมากที่สุดในตอนเช้า หรือหลังจากไม่มีการขยับ หรือทำกิจกรรมเป็นเวลานาน เมื่อมีการขยับ หรือทำกิจกรรมที่ใช้ข้อนั้นบ่อย ๆ อาการปวดจะทุเลาลง การตรวจร่างกายจะพบการบวมและการกดเจ็บของข้อ หากไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะแรกของโรค จะมีการทำลายข้อนำไปสู่การมีข้อผิดรูป

นอกจากอาการทางข้อที่กล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีอาการนอกข้อ ซึ่งพบในผู้ป่วยที่เป็นโรครูมาตอยด์ได้แก่ ปุ่มรูมาตอยด์ อาการตาแห้ง เยื่อぶตาขาวอักเสบ ตาขาวอักเสบ เยื่อぶตาขาวบางลง เยื่อぶตาขาวทะลุ ภาวะซีดจากการอักเสบเรื้อรัง เยื่อหุ้มปอดอักเสบ โรคพังผืดในปอด ก้อนในปอด เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ และหลอดเลือดอักเสบ อีกทั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งปอด

การส่งตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัย ได้แก่ การส่งตรวจสารรูมาตอยด์ในเลือด (rheumatoid factor: RF) และการส่งตรวจแอนติบอดีต่อโปรตีนซิทรูลิน (anti cyclic citrullinated protein: anti-CCP) ซึ่งมีความไวร้อยละ ๗๐ ถึง ๘๐ ความจำเพาะร้อยละ ๘๕ ถึง ๙๕ ในการวินิจฉัย และยังสามารถบอกพยากรณ์โรคได้ โดยผู้ป่วยที่พบสารรูมาตอยด์ หรือ anti-CCP มีการดำเนินโรคที่รุนแรงกว่า และมีอาการนอกข้อมากกว่า การส่งตรวจทางรังสีสามารถช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ โดยพบช่องข้อแคบ การบางของกระดูกบริเวณรอบข้อ การกร่อนของกระดูก โดยการพบการกร่อนของกระดูกสัมพันธ์กับพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

การวินิจฉัยอ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมโรคข้อแห่งประเทศไทย ค.ศ. ๒๐๑๐ หรือเกณฑ์การจำแนกโรคของสมาคมโรคข้อแห่งประเทศไทยและยุโรปปี ค.ศ. ๒๐๑๐

ในปัจจุบัน มีการพัฒนายากลุ่มใหม่ ๆ ได้แก่ ยาวัตถุชีวภาพ และยาโมเลกุลขนาดเล็ก (small oral molecules) ซึ่งมีประสิทธิภาพดี อย่างไรก็ตาม ยายังมีราคาแพง และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ ๒๐ ถึง ๓๐ เท่านั้น ที่ต้องการรักษาด้วยยาต้านรูมาติกที่ปรับเปลี่ยนการดำเนินโรคสำหรับผู้ป่วยโรคข้อชนิดดั้งเดิม (conventional synthetic disease-modifying antirheumatic drugs: csDMARDs) การรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เริ่มด้วยยาต้านรูมาติกชนิดดั้งเดิม โดยควรเริ่มการรักษาเร็วที่สุดหลังได้รับการวินิจฉัย และประเมินการตอบสนองต่อยา รวมถึงปรับยาเป็นระยะ ร่วมกับให้ยาแก้ปวด โดยมีเป้าหมายการรักษา คือระยะสงบของโรค หรือระยะที่มีการอักเสบน้อย การพิจารณาเลือกยาต้องคำนึงถึงผู้ป่วย โรคร่วม และมีการตรวจติดตามการทำงานของไต ตับ รวมถึงภาพรังสีปอดเป็นระยะ

โรคข้ออักเสบสะเกิดเงิน

โรคข้ออักเสบสะเกิดเงิน พบได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มมีอาการ คือ ๓๘ ถึง ๕๒ ปี มีความชุกร้อยละ ๗ ถึง ๘๒ ในผู้ป่วยผิวหนังสะเกิดเงิน อาการทางข้อสามารถเกิดก่อน ขณะ และหลังอาการทางผิวหนังพบร้อยละ ๖๘, ๑๑ และ ๒๑ ตามลำดับ พยาธิวิทยาเกิดจากการมีปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม กระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันโดยกำเนิด และระบบภูมิคุ้มกันแบบจำเพาะ มีเซลล์หลักในการเกิดโรคได้แก่ เซลล์เดนไดรต์ (dendritic cell) เซลล์แมคโครฟาจ (macrophage) เซลล์ทีชนิด CD๘ (CD๘+ T cell) และเซลล์ที่ช่วยเหลือชนิด ๑๗ (T๑๗ helper cell) และสารไซโตไคน์ที่สำคัญ ได้แก่ interleukin-๑๗ (IL-๑๗), interleukin-๒๒ (IL-๒๒), TNF α , interferon gamma (IFN γ), interleukin-๑๒ (IL-๑๒), interleukin-๒๓ (IL-๒๓), IL-๖ และ transforming growth factor beta (TGF β) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ การติดเชื้อ ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ และการเปลี่ยนแปลงของแบคทีเรียในลำไส้

อาการและอาการแสดงของโรคประกอบด้วย ๘ ขอบเขต ได้แก่ ข้อรยางค์อักเสบ (peripheral arthritis) กระดูกหลังอักเสบ (axial disease) จุดเกาะเส้นเอ็นอักเสบ (enthesitis) นิ้ววมอักเสบ (dactylitis) ผื่นสะเกิดเงิน เล็บสะเกิดเงิน โรคร่วมต่าง ๆ เช่น ภาวะอ้วน เบาหวาน ไชมันเกาะตับ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และภาวะอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ลำไส้อักเสบ (inflammatory bowel disease: IBD) และอาการทางตา

การปวดข้อ และการปวดหลังจากกระดูกสันหลังอักเสบมีลักษณะเรื้อรัง และเกิดจากการอักเสบ กล่าวคือ มีระยะเวลาการปวดข้อมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ สัปดาห์ มีข้อติดตึงในตอนเช้าหลังตื่นนอน หรือหลังจากพักการใช้ข้อเป็นระยะเวลานาน และอาการบรรเทาหลังมีการเคลื่อนไหวของข้อ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีลักษณะการปวดข้อคล้ายผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ คือปวดแบบสมมาตรของข้อเล็ก ทำให้แยกโรคลำบาก การพบการอักเสบของข้อนิ้วมือส่วนปลาย ความผิดปกติของเล็บ หรือการพบผื่นสะเกิดเงินช่วยทำให้คิดถึงโรคข้ออักเสบสะเกิดเงินมากขึ้น

การส่งตรวจภาพรังสีของข้อรยางค์พบ ช่องข้อแคบ การบางของกระดูกบริเวณข้อ การกร่อนของกระดูก และการสร้างกระดูกบริเวณใกล้ ๆ ขอบเขตของข้อ อย่างไรก็ตาม การพบภาพรังสีลักษณะดังกล่าวพบได้ในระยะท้ายของโรค โดยที่ผู้ป่วยอาจมีข้อผิดรูปร่วมด้วย ภาพรังสีของข้อต่อเชิงกราน (sacroiliac joint) พบมีการอักเสบซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น ๔ ระยะ

การวินิจฉัยอาศัยเกณฑ์การจำแนกโรคสำหรับโรคข้ออักเสบสะเกิดเงิน (the classification for psoriatic arthritis criteria: CASPAR) ซึ่งมีความไวร้อยละ ๙๑ และความจำเพาะร้อยละ ๙๙ องค์ประกอบของเกณฑ์การจำแนกโรคประกอบด้วย ผื่นสะเกิดเงินทั้งในปัจจุบัน และประวัติผื่นสะเกิดเงินที่ถูกรวบรวมโดยแพทย์ ญาติลำดับที่ ๑ หรือ ๒ มีประวัติเป็นผื่นสะเกิดเงิน การตรวจพบเล็บสะเกิดเงิน การตรวจพบสารรูมาตอยด์เป็นลบ นิ้ววมอักเสบ และภาพรังสี

การรักษาพิจารณาตามขอบเขตของโรค โดยข้ออย่างค้ออักเสบ กระดูกหลังอักเสบ จุดเกาะเส้นเอ็นอักเสบ นิ้วข้อมอักเสบ การรักษาลำดับแรกคือยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ หากไม่ได้ผล อาจพิจารณาการฉีดสเตียรอยด์เฉพาะที่เป็นการรักษาเสริม การรักษาลำดับแรกของผื่นสะเก็ดเงิน และเล็บสะเก็ดเงินคือการใช้ยาทาเฉพาะที่ ในขณะที่โรคข้ออักเสบแนะนำให้ใช้วัตถุชีวภาพในกลุ่มสารต้าน TNFa หรือสารต้าน IL-๑๒/๒๓ ในการรักษา และในส่วนของม่านตาอักเสบแนะนำให้ใช้วัตถุชีวภาพในกลุ่มสารต้าน TNFa ลำดับถัดมาสำหรับขอบเขตของข้ออย่างค้ออักเสบและผื่นสะเก็ดเงิน ได้แก่ ยาต้านรูมาติกที่ปรับเปลี่ยนการดำเนินโรคสำหรับผู้ป่วยโรคข้อชนิดดั้งเดิม ส่วนการรักษาของขอบเขตอื่น ๆ แนะนำให้ใช้ยาวัตถุชีวภาพหรือโมเลกุลขนาดเล็ก หากคือต่อกรการรักษาข้างต้น พิจารณาเปลี่ยนยาในกลุ่มยาวัตถุชีวภาพหรือโมเลกุลขนาดเล็ก ทั้งนี้การเลือกใช้ยาต้องคำนึงถึงปัจจัยของผู้ป่วย โรคร่วม ข้อห้ามการใช้ยา และปฏิกิริยาระหว่างยาร่วมด้วย

โรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเป็นโรคที่พบน้อย แต่มีความสำคัญเนื่องจาก อาการและอาการแสดงของโรคอาจมีตั้งแต่รุนแรงน้อยถึงรุนแรงมากจนถึงแก่ชีวิต และมักมีความเกี่ยวข้องกับหลายระบบอวัยวะของร่างกาย โดยโรคที่พบได้บ่อยที่สุด คือ โรคลูปัส โรคอื่น ๆ ได้แก่ โรคหนังแข็ง โรคกล้ามเนื้ออักเสบ โรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพันผสม (mixed connective tissue disease: MCTD) และโรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่ไม่สามารถจัดกลุ่มได้ (unclassified connective tissue disease: UCTD)

โรคลูปัส

โรคลูปัสเป็นโรคเรื้อรัง เกี่ยวข้องกับอวัยวะหลายระบบ มีการดำเนินโรคในลักษณะที่มีการกำเริบและสงบเป็นระยะ และการพยากรณ์โรคหลากหลาย พบได้บ่อยที่อายุ ๒๐ ถึง ๔๐ ปี โดยมีอัตราส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง ๙ ต่อ ๑ หากพบโรคลูปัสในเพศชายและเด็ก โรคจะมีความรุนแรงมากกว่าในเพศหญิงและผู้ใหญ่ พยาธิกำเนิดเกิดจากปัจจัยพันธุกรรมร่วมกับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม กระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานผิดปกติ เกิดเป็นโรคขึ้น สามารถแบ่งระยะของโรคได้เป็นระยะก่อนเกิดโรค และระยะที่มีอาการและอาการแสดงของโรค โดยในระยะก่อนเกิดโรคสามารถตรวจพบแอนติบอดีต่อนิวเคลียส (antinuclear antibody: ANA) และแอนติบอดีจำเพาะ แต่ไม่มีลักษณะทางคลินิกของโรค

เซลล์ภูมิคุ้มกันที่มีบทบาทเด่น ได้แก่ เซลล์เดนไดรต์ เซลล์บี (B cell) เซลล์พลาสมา (plasma cell) เซลล์ที่ชนิดช่วยเหลือ (helper T cell) โดยมีสารไซโตไคน์สำคัญได้แก่ interferon alpha (IFN α) โดยเซลล์บีในโรคลูปัสอาศัยปัจจัยสำหรับการดำรงชีพ (survival factor) ในการพัฒนาเป็นเซลล์พลาสมา ต่อมา เซลล์พลาสมาสร้างแอนติบอดีซึ่งจำเพาะต่อการเกิดโรค นำไปสู่การเกิดโรคในระยะต่อมา

อาการและอาการแสดงของโรคหลายหลาย และพบได้ในอวัยวะทุกระบบของร่างกาย

อาการทางผิวหนังที่จำเพาะต่อโรคลูปัส เช่น ผื่นผีเสื้อ (malar rash) ผื่นดิสคอยด์ (discoid lupus erythematosus: DLE) ผื่นระยะกึ่งฉับพลันที่มีลักษณะเป็นวง (annular subacute cutaneous lupus erythematosus: annular SCL) และผื่นระยะกึ่งฉับพลันลักษณะคล้ายผื่นสะเก็ดเงิน (papulosquamous SCL) โดยผื่นชนิดนี้มีข้อแตกต่างจากผื่นสะเก็ดเงินที่การกระจายตัวของผื่น จะเกิดในบริเวณเดียวกับผื่นแพ้แดด (photosensitive area)

อาการทางระบบข้อและกล้ามเนื้อ ได้แก่ การปวดข้อลักษณะคล้ายโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ แต่ไม่มีการทำลายข้อ หัวกระดูกตาย (avascular necrosis) ภาวะกระดูกพรุน กล้ามเนื้ออักเสบ

อาการทางระบบหัวใจ ได้แก่ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ น้ำในเยื่อหุ้มหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ลิ้นหัวใจอักเสบที่ไม่มีการติดเชื้อ (Libman-Sacks endocarditis) โรคหัวใจแต่กำเนิดเมื่อทารกเกิดจากมารดาที่มีแอนติบอดีต่อโร หรือลา (anti-Ro, anti-La) และโรคหลอดเลือดหัวใจ

อาการทางระบบโลหิตวิทยาเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรค lupus ได้แก่ โรคโลหิตจางจากกลไกทางภูมิคุ้มกัน (autoimmune hemolytic anemia: AIHA) เม็ดเลือดขาวต่ำ เกร็ดเลือดต่ำ ต่อมไทรอยด์ ตับหรือม้ามโต และกลุ่มอาการต้านฟอสโฟลิพิด (antiphospholipid syndrome: APS) ซึ่งอาจมีเพียงแอนติบอดีต่อกลุ่มอาการดังกล่าว หรือมีอาการของหลอดเลือดอุดตันจากลิ่มเลือด สามารถเกิดได้ทั้งหลอดเลือดแดง และหลอดเลือดดำ รวมถึงมีผลต่อการตั้งครรภ์ (obstetric APS) กล่าวคือเกิดภาวะแท้งบุตร หรือการคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากครรภ์เป็นพิษ

อาการที่ไม่จำเพาะเจาะจง (constitutional symptom) ได้แก่ ไข้ ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ ๘๐ ถึง ๙๒ โดยอาการไข้มักจะพบร่วมกับการกำเริบของโรค ในขณะที่อาการอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรค

อาการทางระบบไต ได้แก่ ภาวะไตอักเสบ (glomerulonephritis) พบได้ร้อยละ ๕๐ ถึง ๖๐ อุบัติการณ์และความรุนแรงแตกต่างกันตามเพศ และเชื้อชาติ จำแนกได้เป็น ๖ ประเภทตามผลของพยาธิวิทยา ประเภทที่มีความสำคัญและมีผลต่อพยากรณ์โรคได้แก่ประเภทที่ ๓ ๔ และ ๕ ผู้ป่วยมีอาการบวม ความดันโลหิตสูง ปัสสาวะเป็นฟอง ปัสสาวะมีเลือดปน หากเป็นรุนแรงมาก อาจเกิดภาวะไตวายอย่างรวดเร็วได้ (rapidly progressive glomerulonephritis: RPGN) ผู้ป่วยที่มีไตอักเสบ ๓ ประเภทดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกันขนาดสูง

อาการทางระบบประสาทพบได้ทั้งโรคของระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย ได้แก่ เยื่อหุ้มสมองอักเสบที่ไม่มีการติดเชื้อ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปลอกประสาทอักเสบ (demyelinating syndrome) โรคปวดศีรษะ ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว ไขสันหลังอักเสบ ภาวะชัก ภาวะสับสนอันพลัน (acute confusional state) โรควิตกกังวล ภาวะความรู้คิดบกพร่อง (cognitive dysfunction) โรคทางอารมณ์ ภาวะจิตเภท (psychosis) กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (Guillain-Barre syndrome) ความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic disorder) โรคเส้นประสาทอักเสบเส้นเดียว (mononeuropathy) โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงเอ็มจี (myasthenia gravis: MG) ภาวะเส้นประสาทส่วนกลางอักเสบ (cranial neuropathy) ภาวะเพอริกโซพาที (plexopathy) และโรคเส้นประสาทอักเสบหลายเส้น (polyneuropathy)

อาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ หลอดเลือดอักเสบ (mesenteric vasculitis) ภาวะสูญเสียโปรตีนทางลำไส้ (protein losing gastroenteropathy: PLE) ภาวะลำไส้อุดตันหลอก (intestinal pseudo-obstruction) ภาวะตับอ่อนอักเสบ และตับอักเสบ

อาการทางระบบตา ได้แก่ ตาแห้ง (keratoconjunctivitis sicca) หลอดเลือดผิดปกติที่จอประสาทตาจากภูมิคุ้มกัน (immune complex mediated vasculopathy) ตาขาวอักเสบ ม่านตาอักเสบ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ได้แก่ ต้อกระจก ต้อหิน โรคศูนย์กลางจอประสาทตาวมน้ำ (central serous maculopathy) และภาวะจุดรับภาพชัดเสื่อมจากการใช้คลอโรควิน (chloroquine maculopathy)

อย่างไรก็ตาม อาการและอาการแสดงดังกล่าวต้องไม่สามารถอธิบายได้จากโรคอื่น ๆ และมีหลักฐานเพียงพอต่อการวินิจฉัยว่าเป็นจากโรคลูปีสกิน

การส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อยืนยันการวินิจฉัย อ้างอิงตามเกณฑ์การจำแนกโรค หรือเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ในปัจจุบัน นิยมใช้เกณฑ์การจำแนกโรคของสมาคมโรคข้อและรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกาปี ค.ศ. ๑๙๙๗ หรือเกณฑ์การจำแนกโรคของสหพันธ์โรคลูปีสกินนานาชาติปี ค.ศ. ๒๐๑๒ หรือเกณฑ์การจำแนกโรคของสมาคมโรคข้อและรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทยและยุโรปปี ค.ศ. ๒๐๑๙ เกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่ง โดยเกณฑ์การจำแนกโรคในระยะหลังมีความไว และความจำเพาะต่อโรคสูงขึ้น โดยเกณฑ์การจำแนกโรคปี ค.ศ. ๒๐๑๙ มีความไวร้อยละ ๙๖ และความจำเพาะร้อยละ ๙๓ เกณฑ์การจำแนกโรคทุกเกณฑ์ประกอบด้วยอาการ อาการแสดงทางคลินิก และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจพบแอนติบอดีต่อนิวเคลียส การตรวจพบแอนติบอดีจำเพาะต่อสารพันธุกรรมในร่างกาย เช่น anti-double strand DNA (anti-dsDNA), anti-Smith (anti-Sm) การตรวจพบแอนติบอดีต่อกลุ่มอาการต้านฟอสโฟลิปิด และระดับคอมพลีเมนต์ (complement ๓: C๓ และ complement ๔: C๔)

การรักษาพิจารณาตามอวัยวะที่เกี่ยวข้อง และความรุนแรง การรักษาหลักประกอบด้วยยากดภูมิคุ้มกัน และยาสเตียรอยด์ หากอาการรุนแรงมากอาจถึงแก่ชีวิต และมีข้อห้ามในการให้ยาดังกล่าว พิจารณาการรักษาด้วยยาอิมมูโนโกลบูลินทางหลอดเลือด (intravenous immunoglobulin: IVIG) หรือการกรองพลาสมา (plasma exchange: PLEX) นอกจากการรักษาโรคกำเริบดังกล่าวข้างต้น ยังต้องตระหนักถึงผลข้างเคียงที่ผู้ป่วยอาจได้รับจากการรักษา

โรคหนังแข็ง

โรคหนังแข็งแบ่งเป็น ๒ กลุ่มได้แก่โรคหนังแข็งเฉพาะที่ (localized scleroderma) และโรคหนังแข็งบริเวณกว้าง (systemic scleroderma) ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะโรคหนังแข็งบริเวณกว้าง โดยโรคหนังแข็งพบได้น้อยในเพศหญิงมากกว่าเพศชายคิดเป็นสัดส่วน ๓ ต่อ ๑ โดยมีอายุเฉลี่ยขณะเริ่มมีอาการอยู่ที่ ๕๐ ปี พบบ่อยในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย สามารถแบ่งโรคหนังแข็งได้ ๓ ชนิด ได้แก่ โรคหนังแข็งแบบกระจาย (diffuse cutaneous systemic sclerosis: dcSSc) โรคหนังแข็งแบบจำกัด (limited cutaneous systemic sclerosis: lcSSc) และโรคหนังแข็งที่มีอาการของอวัยวะภายใน แต่ไม่มีหนังแข็งภายนอก (scleroderma sine) ในประเทศไทยพบพบโรคหนังแข็งแบบกระจายได้มากที่สุด โดยพบได้ถึงร้อยละ ๗๙

พยาธิกำเนิดเกิดจากปัจจัยพันธุกรรม ร่วมกับปัจจัยแวดล้อม เช่น ยาฆ่าแมลง สารซิลิกา กระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานผิดปกติ โดยโรคหนังแข็งมีจุดเด่นคือไปกระตุ้นกระบวนการเกิดพังผืด

อาการของโรคหนังแข็งมักนำมาด้วยกลุ่มอาการเรย์โนด์ (Raynaud's phenomenon: RP) คือนิ้วมือเปลี่ยนสีซีด ม่วงคล้ำ เมื่อสัมผัสอากาศเย็น และกลับมาเป็นสีชมพูเมื่ออากาศอบอุ่น ซึ่งกลุ่มอาการเรย์โนด์แบ่งเป็น ๒ ชนิด ได้แก่ ชนิดปฐมภูมิ และชนิดทุติยภูมิ โรคหนังแข็งจัดอยู่ในชนิดทุติยภูมิ การตรวจเส้นเลือดฝอยขอนเล็บ (nailfold capillaroscopy) ช่วยในการวินิจฉัย

อาการของโรคหนังแข็งประกอบด้วยอาการของหลายระบบอวัยวะ

อาการทางระบบผิวหนัง แบ่งได้ ๓ ระยะ ได้แก่ ระยะผิวหนังบวม ระยะผิวหนังแข็ง และระยะผิวหนังฝ่อ โดยอาการจะเริ่มจากบริเวณปลายมือปลายเท้า ผู้ป่วยโรคหนังแข็งแบบกระจายจะมีการบวมตึงลามขึ้นเหนือต่อข้อศอกและข้อเข่า ในขณะที่ผู้ป่วยโรคหนังแข็งแบบจำกัดจะมีการบวมตึงของผิวหนังข้างที่ และไม่ลุกลามเหนือต่อข้อศอกและข้อเข่า ในระยะผิวหนังฝ่อจะพบลักษณะของผิวหนังคล้ายเกลือและพริกไทย (salt and pepper appearance) และสามารถพบการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณรอบปากเป็นร่อง (furrowing)

อาการทางระบบอื่น ๆ ที่พบได้ ได้แก่ อาการกรดไหลย้อน อาการกลืนลำบาก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อลักษณะคล้ายโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ กล้ามเนื้ออักเสบ โรคพังผืดในปอด ภาวะหลอดเลือดผิดปกติ ทำให้มีภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลเรื้อรังที่ปลายนิ้วหรือนิ้วขาดเลือด ภาวะไตวายจากโรคหนังแข็ง (scleroderma renal crisis: SRC) พังผืดที่กล้ามเนื้อหัวใจ หัวใจเต้นผิดจังหวะ และภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูง (pulmonary arterial hypertension: PAH)

สาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะไตวายจากโรคหนังแข็ง โรคพังผืดในปอด และภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูง

การส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อช่วยในการวินิจฉัยได้แก่ การส่งตรวจแอนติบอดีต่อนิวเคลียส ซึ่งพบผลบวกได้มากกว่าร้อยละ ๙๕ และการส่งตรวจแอนติบอดีจำเพาะต่อโรคที่อยู่ในเกณฑ์การจำแนกโรค ได้แก่ anti-Scl๗๐ และ anti-centromere นอกจากนี้ ยังควรส่งตรวจภาพรังสีปอด การทำงานของปอด (pulmonary function test: PFT) และการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ความละเอียดสูงของปอด (high resolution computed tomography) เมื่อสงสัยว่ามีภาวะพังผืดในปอด และควรเฝ้าระวังภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงโดยอาศัยอาการ อาการแสดงร่วมกับผลการตรวจการทำงานของปอดและการส่งตรวจค่าของ N-terminal pro B-type natriuretic peptide (NT-pro-BNP) หากสงสัยภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงควรส่งตรวจคลื่นความถี่สูงของหัวใจ (echocardiography) และอาจพิจารณาตรวจด้วยการสวนหัวใจของหัวใจฝั่งขวา (right heart catheterization: RHC) เพื่อยืนยันการวินิจฉัย การส่งตรวจอื่น ๆ พิจารณาตามอวัยวะระบบที่เกี่ยวข้อง การวินิจฉัยอาศัยเกณฑ์การจำแนกโรคของสมาคมโรคข้อและรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกาและยุโรปปี ค.ศ. ๒๐๑๓

การรักษาพิจารณาตามระบบอวัยวะ ในปัจจุบันมีหลักฐานชัดเจนว่าการใช้ยากดภูมิมีประโยชน์ในกรณีที่มีภาวะพังผืดในปอดที่ยังมีหลักฐานของการอักเสบและอาการทางผิวหนังที่มีการลุกลามอย่างรวดเร็ว ยาต้านการเกิดพังผืด (anti fibrotic) มีประโยชน์ในภาวะพังผืดในปอดที่มีการดำเนินโรคอย่างรวดเร็วและตอบสนองต่อยากดภูมิไม่ดี สำหรับภาวะไตวายจากโรคหนังแข็งให้การรักษาโดยยาลดความดันโลหิตในกลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEIs) นอกจากนี้ยังมีการวิจัยยาทั้งในกลุ่มยาต้านการเกิดพังผืด ยาวัดดูชีวภาพ และยาโมเลกุลขนาดเล็ก ซึ่งอาจเป็นความหวังในการรักษาผู้ป่วยโรคหนังแข็ง และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

โรคหลอดเลือดอักเสบเป็นโรคที่พบได้น้อย แต่มักมีความรุนแรงจนอาจถึงแก่ชีวิต โดยหลอดเลือดอักเสบแบ่งเป็น หลอดเลือดอักเสบปฐมภูมิ และหลอดเลือดอักเสบทุติยภูมิ ทั้งนี้ต้องแยกโรคจากโรคหลอดเลือดผิดปกติประเภทอื่น ๆ ก่อน โดยหลอดเลือดอักเสบหมายถึงการมีเซลล์อักเสบแทรกอยู่ในชั้นผนังหลอดเลือด โรคหลอดเลือดอักเสบปฐมภูมิคือโรคหลอดเลือดอักเสบที่ไม่ได้เป็นผลจากโรคอื่น ในขณะที่โรคหลอดเลือดอักเสบทุติยภูมิคือโรคหลอดเลือดอักเสบที่เป็นผลจากโรคอื่น เช่น ภาวะติดเชื้อ ภาวะมะเร็ง ยา สารเสพติด หรือโรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน การรักษาหลักได้แก่ยากดภูมิ และสเตียรอยด์

นอกจากความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาต่อในสาขาโรคข้อและรูมาติสซั่ม ยังได้รับโอกาสในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญทำให้มีความมั่นใจในการรักษาผู้ป่วย

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

- พัฒนาองค์ความรู้ในสาขาอายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติสซั่ม
- ทราบแหล่งความรู้ที่มีความน่าเชื่อถือ และสามารถหาความรู้เพิ่มเติมได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการประเมินความน่าเชื่อถือของวารสารทางการแพทย์
- พัฒนาทักษะในการทำวิจัย เพื่อต่อยอดองค์ความรู้ใหม่ ๆ ต่อไปในอนาคต
- ฝึกทักษะในการถ่ายทอดความรู้และการแสดงข้อคิดเห็นในโอกาสต่าง ๆ รวมทั้งการนำเสนอต่อหน้าที่ประชุม
- พัฒนาตนเองในการปรับตัวให้อยู่ร่วมกับสังคม และความสามารถในการจัดการปัญหาเฉพาะหน้า

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

- เพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อและรูมาติสซั่ม โดยลดการส่งต่อผู้ป่วยไปในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า ซึ่งจะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วย กล่าวคือได้รับการรักษาที่รวดเร็ว
- ส่งเสริมความสามารถของโรงพยาบาลในการให้ความรู้ด้านโรคข้อและรูมาติสซั่ม แก่ นักศึกษาแพทย์ แพทย์ใช้ทุน แพทย์ฝึกหัดต่างประเทศ และแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ทำให้แพทย์กลุ่มดังกล่าวมีความรู้ ทักษะทางคลินิก รวมถึงให้การวินิจฉัย การส่งตรวจเพิ่มเติม การรักษา และการส่งต่ออย่างเหมาะสม

๒.๓.๓ อื่น ๆ ระบุ

- เห็นความสำคัญของการสื่อสารกับสหวิชาชีพในด้านร่วมกันดูแลผู้ป่วย และการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์ ทำให้เห็นว่าการสื่อสารที่เหมาะสมช่วยให้เข้าใจตรงกัน และนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ในทุกระดับตั้งแต่ตนเอง องค์กร รวมถึงการสื่อสารกับบุคคลนอกองค์กร
- เห็นความสำคัญของการชวนขอหาความรู้ใหม่ ๆ เนื่องจากปัจจุบันมีการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ ๆ อยู่ตลอดเวลา และการติดต่อสื่อสารที่สะดวกทำให้มีการเผยแพร่ความรู้อย่างกว้างขวาง ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการทำงาน รวมถึงอาจมีความคิดริเริ่มในการสร้างองค์ความรู้ใหม่ต่อไปในอนาคต

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

- ทักษะในการถ่ายทอดความรู้ โดยเลือกเนื้อหาให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ฟัง และการสื่อสารสองทาง รวมถึงการปรับปรุงวิธีการถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ฟังให้น่าสนใจและมีประโยชน์
- ทักษะการตรวจร่างกายในระบบข้อ และการให้ความสนใจประวัติ และการตรวจร่างกาย มีความเกี่ยวข้องกับโรคข้อและรูมาติสซั่ม

๓.๒ การพัฒนา

- เรียนรู้ ปรับตัว และพัฒนาตนเองในด้านทักษะการเข้าสังคม และเรียนรู้วัฒนธรรมองค์กร รวมถึงมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร
- การบริหารจัดการเวลาอย่างเหมาะสม ในการให้บริการผู้ป่วย พร้อม ๆ กับการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม และเวลาเพื่อการผ่อนคลาย
- การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายให้เหมาะสม

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

การให้ทุนการศึกษาและอบรม เป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมการเพิ่มพูนความรู้และทักษะของข้าราชการ ซึ่งสามารถนำความรู้และทักษะดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ และพัฒนาองค์กรให้มีศักยภาพมากขึ้น ในบริบทของบุคลากรด้านสาธารณสุขเห็นได้ชัดในด้านการพัฒนาการบริการของสถานพยาบาลให้ครอบคลุม และมีมาตรฐานการรักษาที่ดีขึ้น ทั้งนี้การได้รับความสนับสนุนจากองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาองค์กรต่อไป

การรายงานการศึกษาในส่วนเนื้อหาไม่ควรกำหนดความยาวหน้ากระดาษ รวมถึงควรพิจารณาให้ไม่ต้องมีส่วนเนื้อหา เนื่องจากการศึกษาตามหลักสูตรมาตรฐานของสมาคมผู้เชี่ยวชาญและแพทย์สภา เมื่อผ่านการอบรมและได้รับประกาศนียบัตร ผู้ลาศึกษาย่อมมีความรู้ความสามารถตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรดังกล่าว ซึ่งได้แนบหลักสูตรแล้วในช่วงขอทุนการศึกษา จึงไม่เห็นความสำคัญของการเขียนรายงานการศึกษาในส่วนเนื้อหา

ลงชื่อ..... *Olivia Mullana*ผู้รายงาน
(นางสาวศรัญญา พานิชภากรณ์)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

การฝึกอบรมฯ เป็นการเสริมสร้างความรู้ให้กับบุคลากร เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นหลักสูตรที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

ลงชื่อ..... *SV*หัวหน้าส่วนราชการ
(นางค์ชรินทร์ เจียมศรีพงษ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง