



อดบวชข่าวสุขภาพ

โดย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา



ปีที่ 1 ฉบับที่ 4 ประจำเดือน พฤศจิกายน - ธันวาคม 2558

Glucosamine กับการรักษาข้อเข่าเสื่อมในคนไทย

สถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทย

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มว่าผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติในปี พ.ศ.2553 พบว่าประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 7.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.3 ของประชากรทั้งหมด และหนึ่งในโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคข้อเข่าเสื่อม โดยจากสถิติของผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อในประเทศไทยของมูลนิธิโรคข้อในปี 2549 พบว่ามีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกว่า 6 ล้านคนและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอีกในทุกๆปี



แนวทางการรักษาโรคข้อเสื่อมในประเทศไทย

แนวทางการรักษาโรคข้อเสื่อมในประเทศไทยล่าสุดเมื่อปี 2554 นั้นแนะนำให้รักษาโดยการไม่ใช้ยาคือการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสม การควบคุมน้ำหนัก ร่วมกับการใช้ยา เพื่อบรรเทาอาการปวด เช่น พาราเซตามอล ยาในกลุ่ม NSAIDs เช่น Diclofenac แต่จะไม่แนะนำให้ใช้ กลูโคซามีนซึ่งเป็นยาในกลุ่ม SYSADOA (Symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis) เป็นการรักษาในอันดับแรก

กลูโคซามีนซัลเฟตที่มีจำหน่ายในประเทศไทยมี 2 รูปแบบคือ แคปซูลและผงละลายน้ำ ขนาดที่แนะนำให้รับประทานคือ 1500 มิลลิกรัมต่อวัน

ตามประกาศบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2558 กลูโคซามีนซัลเฟตถูกจัดเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจากกลูโคซามีนซัลเฟตมีหลักฐานไม่เพียงพอที่จะสนับสนุนประสิทธิผลในการรักษา บรรเทา หรือป้องกันข้อเข่าเสื่อม จึงถือว่าการใช้กลูโคซามีนซัลเฟตทำให้ประเทศชาติสูญเสียค่าใช้จ่ายอย่างไม่คุ้มค่า



ชนิดแคปซูล (เม็ดละ 500 มิลลิกรัม)
รับประทานครั้งละ 1 แคปซูล
วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร



ชนิดผงละลายน้ำ (ซองละ 1500 มิลลิกรัม)
รับประทานวันละ 1 ซอง ก่อนอาหาร 15 นาที
โดยละลายยาในน้ำ 1 แก้วก่อนรับประทาน

ผลการศึกษารเปรียบเทียบ

การออกกำลังกายกับการรับประทานกลูโคซามีน

Kwoh และคณะ(2014) ได้ทำการศึกษารูปแบบ Randomized, Placebo-Controlled Clinical Trial โดยทำการคัดเลือกผู้ป่วย Knee Osteoarthritis เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 70 รายแล้วแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยจะได้รับกลูโคซามีนวันละ 1500 มิลลิกรัม (n=40) และกลุ่มที่ 2 จะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ออกกำลังกายที่บ้าน โดยเป็นการออกกำลังกายที่เน้นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อลดแรงกระแทกต่อข้อเข่า โดยทั้งสองกลุ่มจะไม่อนุญาตให้ใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs เพื่อบรรเทาอาการปวดข้อเข่า แล้วจะทำการวัดผลการศึกษารักษาหลังจากรับการรักษาไปแล้ว 6 เดือน



อดบวชข่าวสุขภาพ

โดย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา



ปีที่ 1 ฉบับที่ 4 ประจำเดือน พฤศจิกายน - ธันวาคม 2558

เมื่อสิ้นสุดการศึกษาที่ 6 เดือน จะทำการวัดผลการรักษา ได้แก่

อาการทางคลินิก: อาการปวดเข่าโดยใช้ Visual analog scale (VAS), อาการปวดเข่าและข้อเข่าติด โดยใช้ WOMAC score

การดำเนินไปของโรค: การพัฒนาของกระดูกอ่อน โดยใช้ Magnetic resonance images (MRIs)

ผลการศึกษา

จากรูปที่ 1 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีอาการทางคลินิกที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มให้ผลไม่แตกต่างกันเมื่อสิ้นสุดการศึกษา

	Group 1 (n = 40) Median (min-max)	Group 2 (n = 30) Median (min-max)	p
VAS rest			
Pre-treatment	4.0 (1.2-5.6)	3.8 (3.0-5.2)	>0.05
Post-treatment	3.2 (0.0-5.5)	3 (1.5-4.4)	>0.05
p	<0.001**	<0.001**	
VAS activation			
Pre-treatment	5.75 (1.5-6.8)	5.7 (4.0-7.5)	>0.05
Post-treatment	5 (0.0-6.0)	4.5 (3.0-7.0)	>0.05
p	<0.001**	<0.001**	
VAS walking			
Pre-treatment	6.0 (3.0-7.0)	5.7 (4.8-7.0)	>0.05
Post-treatment	5.0 (2.2-5.5)	4.8 (2.5-6.7)	>0.05
p	<0.001**	<0.001**	
WOMAC pain			
Pre-treatment	8.0 (2.0-14.0)	8.0 (2.0-10.0)	>0.05
Post-treatment	6.0 (0.0-10)	5.5 (1-9)	>0.05
p	<0.001**	<0.001**	
WOMAC stiffness			
Pre-treatment	2.0 (0.0-4.0)	2.0 (0.0-4.0)	>0.05
Post-treatment	2.0 (0.0-2.0)	2 (0-3)	>0.05
p	<0.001**	<0.001	
WOMAC physical function			
Pre-treatment	40.8 (25-50)	40 (28-51)	>0.05
Post-treatment	32.0 (10-45.0)	31.5 (23-47)	>0.05
p	<0.001**	<0.001**	
20-m walking time (m/s)			
Pre-treatment	20 (15-23)	19 (18-25)	>0.05
Post-treatment	18 (12-22)	17 (15-24)	>0.05
p	<0.001**	<0.001**	

รูป1 แสดงการเปรียบเทียบผลทางคลินิกของทั้ง 2 กลุ่ม

จากรูปที่ 2 เมื่อพิจารณาผลการการดำเนินของพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ออกกำลังกายมีการพัฒนาของกระดูกอ่อนบริเวณ medial femoral condyle area (MFC) ที่ดีขึ้นเมื่อสิ้นสุดการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

	Group 1 (n = 40) Median (min-max)	Group 2 (n = 30) Median (min-max)	p
MFC			
Pre-treatment	3 (1-4)	2.5 (0-4)	>0.05
Post-treatment	2 (1-4)	2 (0-3)	>0.05
p	>0.05	<0.05*	
LFC			
Pre-treatment	2 (0-4)	2 (0-4)	>0.05
Post-treatment	2 (1-3)	2 (0-3)	>0.05
p	>0.05	>0.05	
MTP			
Pre-treatment	2 (0-4)	2 (0-4)	>0.05
Post-treatment	2 (0-4)	2 (1-4)	>0.05
p	>0.05	>0.05	
LTP			
Pre-treatment	2 (0-4)	2 (0-4)	>0.05
Post-treatment	2 (0-4)	2 (1-3)	>0.05
p	>0.05	>0.05	

รูป2 แสดงผลการพัฒนาของกระดูกอ่อนของทั้ง 2 กลุ่ม

สรุปผลการศึกษา

แม้ว่าการศึกษานี้จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียง 70 คน แต่ก็สามารถแสดงให้เห็นว่า การออกกำลังกายสามารถบรรเทาอาการปวดข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ดีเทียบเท่ากับการรับประทานกลูโคซามีนซัลเฟต และมีแนวโน้มที่จะชะลอการเสื่อมของกระดูกอ่อนในบริเวณ MFC ดีกว่ากลุ่มที่รับประทานกลูโคซามีนซัลเฟตอีกด้วย

การนำไปประยุกต์ใช้

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเริ่มแรก ควรได้รับคำแนะนำให้ออกกำลังกายที่ก่อให้เกิดแรงกระแทกต่อข้อต่ำ เช่น ว่ายน้ำ รำมวยจีน เต้นลีลาศ หรือเต้นแอโรบิคค้ำน้ำ ครั้งละ 20-40 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน เนื่องจากการออกกำลังกายสามารถลดอาการปวดและชะลอการดำเนินไปของโรคได้เทียบเท่ากับการรับประทานกลูโคซามีนซัลเฟต อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ออกกำลังกาย ร่วมกับการรับประทานยาบรรเทาปวดข้อแล้วอาการไม่ดีขึ้นภายใน 6 สัปดาห์ อาจพิจารณาเริ่มให้การรักษาโดยใช้กลูโคซามีนซัลเฟตได้

เอกสารอ้างอิง

1. Kwok CK, Roemer FW, Hannon MJ, Moore CE, Jakicic JM, Guermazi A, et al. Effect of oral glucosamine on joint structure in individuals with chronic knee pain: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Arthritis Rheumatol.* 2014 Apr;66(4):930-9.
2. Armagan O, Yilmazer S, Calsirc C, Ozgen M, Tascioglu F, Oner S, et al. Comparison of the symptomatic and chondroprotective effects of glucosamine sulphate and exercise treatments in patients with knee osteoarthritis. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2015;28(2):287-93.
3. เอกสารสรุปประเด็นข้อเท็จจริงและข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับกลูโคซามีน คอนดรอยตินซัลเฟต โดอะเซอร์เรน และไฮยาลูโรแนนชนิดฉีดเข้าข้อ. คณะทำงานวิชาการทางการแพทย์: กระทรวงการคลัง; 2553.
4. ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นวันที่ 8 ธันวาคม 2558]. แหล่งอ้างอิง: <http://digi.library.tu.ac.th/thesis/ns/0051/02chapter1.pdf>
5. แนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพข้อเข่าเสื่อม. ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย; 2554.