



<https://printo.it/pediatric-rheumatology/TH/intro>

โรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก

ฉบับแปลของ 2016

3. การวินิจฉัยและการรักษา

3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการใดที่จำเป็น?

ในช่วงการวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการบางอย่างมีประโยชน์ รวมถึงการตรวจข้อ ตรวจตา เพื่อช่วยในการบอกระดับของโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กและบ่งบอกถึงปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ม่านตาอักเสบเรื้อรัง

ค่าอักเสบรูมาตอยด์ เป็นการทดสอบเพื่อติดตามค่าแอนติบอดีในร่างกาย หากมีผลบวก และมีค่าระดับสูงอยู่นาน ก็เป็นตัวบ่งชี้ชนิดของโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก การทดสอบ ANA มักให้ผลบวกในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดข้อน้อยที่มีอาการตั้งแต่อายุน้อย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงในการเกิดม่านตาอักเสบเรื้อรัง ดังนั้นควรตรวจตาคัดกรองเป็นประจำโดยใช้เครื่อง slit lamp (ทุกๆ 3 เดือน)

HLAB27 เป็นการตรวจระดับเซลล์ซึ่งให้ผลบวกถึง 80%

ของผู้ป่วยที่มีข้ออักเสบที่มีจุดเกาะของเส้นเอ็นอักเสบร่วมด้วย ส่วนในคนปกติให้ผลบวกเพียง 5-8% การตรวจอื่นๆ เช่น erythrocyte sedimentation rate (ESR) หรือ C-reactive protein (CRP) ซึ่งมีประโยชน์ในการบ่งบอกถึงการอักเสบทั่วไปอย่างไรก็ตามการวินิจฉัยและการตัดสินใจในการรักษาขึ้นอยู่กับอาการแสดงมากกว่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ในระหว่างการรักษาผู้ป่วยอาจต้องการตรวจเลือดเป็นระยะ (เช่น การตรวจเม็ดเลือด, การตรวจการทำงานของตับ, การตรวจปัสสาวะ)

เพื่อดูผลข้างเคียงของการรักษาและยาที่ใช้รักษาซึ่งผู้ป่วยอาจไม่แสดงอาการผิดปกติให้เห็น การอักเสบของข้อส่วนใหญ่ประเมินโดยการตรวจร่างกาย และบางครั้งใช้การถ่ายภาพเช่น การตรวจจูลตราซาวน์ การเอ็กซเรย์หรือการถ่ายภาพด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าเป็นระยะมีประโยชน์ในการประเมินสถานะของการดูและการเจริญเติบโตของกระดูก เพื่อเป็นประโยชน์ในการรักษาต่อไป

3.2 เราจะให้การรักษาโรคนี้ได้อย่างไร?

ไม่มีการรักษาที่จำเพาะเจาะจงเพื่อรักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กให้หายขาด จุดประสงค์ในการรักษาเพื่อลดอาการปวด อ่อนเพลีย ข้อติดและป้องกันไม่ให้กระดูกและข้อถูกทำลาย ลดการผิดรูป และเคลื่อนไหวได้ดีขึ้นเพื่อให้สามารถเจริญเติบโตได้ สำหรับโรคข้ออักเสบทุกชนิด ในช่วง

10 ปีที่ผ่านมาความก้าวหน้าอย่างมากในการรักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก เนื่องจากมีการนำยาที่รู้จักกันในนามสารชีวภาพมาใช้ อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะต่อต้านการรักษา หมายถึงโรคยังคงมีอาการมากและมีข้ออักเสบต่างๆที่ได้รับการรักษา ปัจจุบันมีแนวทางในการรักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก ถึงแม้ว่าการรักษาจะขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจเลือกการรักษาก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน หลักการรักษาคือการใช้ยาเพื่อยับยั้งอาการทางซิสเต็มิกและ/หรือการอักเสบของข้อและการทำกายภาพ เพื่อป้องกันการผิดรูปของข้อเพื่อให้ข้อต่างๆทำงานได้ตามปกติ การรักษาค่อนข้างซับซ้อนและต้องการความร่วมมือของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลายฝ่าย (กุมารแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่ม, ศัลยแพทย์กระดูก, นักกายภาพบำบัด, จักษุแพทย์) ส่วนถัดไปจะกล่าวถึงการรักษาในปัจจุบันของโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก ข้อมูลจำเพาะเกี่ยวกับยารักษาตัวสามารถดูได้ในส่วนของยาที่ใช้ในการรักษาข้างล่าง อย่างไรก็ตามการอนุมัติให้ใช้ยาในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน ดังนั้นไม่ใช่ยาทุกชนิดในรายการยาข้างล่างที่สามารถใช้ได้ในทุกประเทศ

ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กทุกชนิดและโรคทางรูมาติกในเด็กโรคอื่นๆด้วย เป็นยาที่ช่วยในการลดการอักเสบและลดไข้ เป็นยาที่ช่วยลดอาการโดยไม่สามารถทำให้โรคสงบได้แต่ช่วยให้ควบคุมอาการที่เกิดจากการอักเสบ ยาส่วนใหญ่ที่ใช้ได้แก่ นาพรอกเซน และ ไอบูโพรเฟน ส่วนแอสไพรินถึงแม้ว่ามีประสิทธิภาพและราคาถูกแต่ใช้น้อยลงในปัจจุบัน เนื่องจากผลข้างเคียงมาก (ผลทางซิสเต็มิกหากกระดับยาในเลือดสูง, เป็นพิษต่อตับโดยเฉพาะในโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดซิสเต็มิก) ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ส่วนใหญ่ใช้ได้ดี อาการข้างเคียงหลักในผู้ใหญ่คืออาการเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารซึ่งพบไม่บ่อยในเด็ก ในบางโอกาสยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดหนึ่งอาจให้ผลดีแต่ชนิดอื่นๆไม่ได้รับการลดการอักเสบของข้อจะได้ผลดีที่สุดใช้เวลาหลายสัปดาห์หลังการใช้ยา

การฉีดยาเข้าข้อ

การฉีดยาเข้าข้อในกรณีที่มีข้ออักเสบมากกว่าหนึ่งข้อที่มีความเจ็บปวดมากหรือไม่สามารถขยับได้ ยาที่ใช้ฉีดคือยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ที่มีฤทธิ์ยาว ไตรแอมซิโนโลน เฮกซะซีโตนด์ มักถูกเลือกใช้เนื่องจากมีฤทธิ์ยาว (ส่วนใหญ่หลายเดือน) ถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดน้อย การฉีดยาเข้าข้อใช้เป็นการรักษาหลักสำหรับข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดข้อน้อย และเป็นการรักษาที่ใช้เสริมกับยากดภูมิตัวอื่นๆ สำหรับข้ออักเสบชนิดอื่นๆ การฉีดยาเข้าข้อสามารถฉีดซ้ำในข้อเดิมได้ และสามารถฉีดยาโดยใช้ยาชาเฉพาะที่หรือการดมยาสลบ (ส่วนใหญ่ในผู้ป่วยอายุน้อย) ทั้งนี้ขึ้นกับอายุของผู้ป่วย ชนิดและจำนวนข้อที่ถูกฉีด ไม่แนะนำให้ฉีดยาซ้ำในข้อเดิมมากกว่า 3-4 ครั้งต่อปี การฉีดยาเข้าข้อมักทำร่วมกับการรักษาอื่นๆ เพื่อช่วยลดอาการเจ็บปวดและลดข้อติดอย่างรวดเร็ว

หรือระหว่างรอยาชนิดอื่นออกฤทธิ์เต็มที่

ยาตัวเลือกระดับสอง

ยาตัวเลือกระดับสองมีข้อบ่งชี้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้ออักเสบหลายข้อทั้งที่ได้รับยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์และการการฉีดยาเข้าข้ออย่างเพียงพอแล้ว

การใช้ยาตัวเลือกระดับสองเพิ่มเข้าไปนอกจากการได้รับยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ อย่างไรก็ตามการออกฤทธิ์ของยาตัวเลือกระดับสองอย่างเต็มที่ใช้เวลาหลายสัปดาห์หรือหลายเดือนหลังการรักษา

เมโทเทรกเซต

เมโทเทรกเซตเป็นยาตัวเลือกอันดับแรกในกลุ่มยาตัวเลือกอันดับสองที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในผู้ป่วยข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก

หลายการศึกษารับรองประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการใช้ยามานานหลายปี

การวิจัยทางการแพทย์ในปัจจุบันได้มีการกำหนดขนาดยาสูงสุดที่ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (15 มิลลิกรัมต่อตารางเมตรทั้งทางการกินและการฉีดเข้าใต้ผิวหนัง) ดังนั้นการใช้ยาเมโทเทรกเซตทุกสัปดาห์เป็นยาตัวแรกที่เลือกใช้โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดหลายข้อ

ยานี้มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยส่วนใหญ่ ยานี้มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ ลดการดำเนินของโรค

หรือแม้แต่ทำให้โรคสงบได้ในผู้ป่วยบางรายแต่ไม่ทราบกลไกชัดเจน ยานี้ส่วนใหญ่สามารถใช้ได้ดีผลข้างเคียงที่พบบ่อย คือ อาการทางระบบทางเดินอาหารและการเพิ่มขึ้นของระดับเอนไซม์ตับ

ในช่วงระหว่างการรักษา ต้องมีการติดตามความเป็นพิษจากยา

ดังนั้นจำเป็นต้องส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นระยะ

ในปัจจุบันเมโทเทรกเซตได้รับการอนุมัติให้สามารถใช้ในการรักษาในโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กในหลายประเทศทั่วโลก การให้วิตามินโพลีหรือโพลีนิกร่วมกับยามเมโทเทรกเซตสามารถลดผลข้างเคียงของยาโดยเฉพาะต่อการทำงานของตับ ดังนั้นจึงแนะนำให้ใช้ร่วมกัน

เลฟลูโนไมด์

เลฟลูโนไมด์ เป็นยาตัวเลือกต่อจากยาเมโทเทรกเซต

โดยเฉพาะในเด็กที่ไม่สามารถทนต่อยามเมโทเทรกเซตได้ เลฟลูโนไมด์เป็นยาในรูปแบบยาเม็ด มีการศึกษาถึงการให้ยาในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กและรับรองประสิทธิภาพของยาต่อโรคนี้ อย่างไรก็ตามการใช้ยานี้ในการรักษามีค่าใช้จ่ายมากกว่ายามเมโทเทรกเซต

ซาลาไซไพรีน และ ไซโคลสปอรีน

ยาอื่นที่ไม่ใช่ยาชีวภาพ เช่น

ซาลาไซไพรีนซึ่งมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก

แต่ผู้ป่วยมักทนต่อยาได้น้อยกว่ายามเมโทเทรกเซต

ประสบการณ์ในการให้ยาซาลาไซไพรีนมีข้อมูลจำกัดเมื่อเทียบกับยามเมโทเทรกเซต ทุกวันนี้ยังไม่มีการศึกษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กเพื่อศึกษาถึงประสิทธิภาพของยาอื่นๆ

ที่น่าจะมีประโยชน์เช่น ไซโคลสปอรีน ปัจจุบันมีการให้ยาซาลาไซไพรีนและไซโคลสปอรีนน้อยลง โดยเฉพาะในประเทศที่มีสารชีวภาพใช้อย่างแพร่หลาย

ไซโคลสปอรีนเป็นยาที่มีประโยชน์อย่างมากเมื่อใช้ร่วมกับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ในการรักษาภาวะ

macrophage activation syndrome ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดซิสเต็มมิก ภาวะนี้เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายถึงชีวิตซึ่งเกิดภายหลังจากการกระตุ้นให้เกิดการอักเสบทั่วไปอย่างมาก

คอร์ติโคสเตียรอยด์

คอร์ติโคสเตียรอยด์ เป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการต้านการอักเสบ แต่มีการใช้อย่างจำกัดเพราะมีผลข้างเคียงระยะยาวหลายด้าน ได้แก่ ภาวะกระดูกพรุน ตัวเตี้ย แต่อย่างไรก็ตาม คอร์ติโคสเตียรอยด์มีประโยชน์ในการรักษาอาการทางซิสเต็มมิกที่ต่อการรักษาอื่นๆ หรือสำหรับภาวะแทรกซ้อนทางซิสเต็มมิกที่มีผลต่อชีวิต และรวมถึงในการรักษาระหว่างที่รอยาตัวเลือกที่สองออกฤทธิ์เต็มที่ ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่ (ยาหยอดตา) ที่ใช้ในทารกขวาม่านตาอักเสบ ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง การฉีดยาสเตียรอยด์รอบดวงตาบริเวณบับลา (ภายในกระบอกตา) หรืออาจจำเป็นต้องให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์แบบกินหรือฉีด

สารชีวภาพ

การรักษาแบบใหม่ในช่วงสองสามปีที่ผ่านมา รู้จักกันในนามสารชีวภาพ แพทย์ใช้คำว่าสารชีวภาพสำหรับยาที่มีการใช้วิศวกรรมชีวภาพ ซึ่งไม่เหมือนกับเม็ทเทรอกซ์หรือเลฟลูโนไมด์ ที่ออกฤทธิ์โดยตรงต่อโมเลกุลที่จำเพาะ (tumor necrosis factor หรือ TNF, interleukin 1, interleukin 6 หรือ a T cell stimulatory molecule) สารชีวภาพถูกใช้เพื่อยับยั้งกระบวนการอักเสบในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก ในปัจจุบันมีสารชีวภาพหลายตัวที่ได้รับการรับรองให้ใช้ได้โรคนี (สามารถดูได้ในรายชื่อยาที่ใช้ได้ถูกต้องตามกฎหมาย ตามรายชื่อข้างล่าง)

ยาด้าน TNF

ยาด้าน TNF เป็นยาที่มีฤทธิ์ในการยับยั้งสาร TNF ซึ่งเป็นตัวการสำคัญในการเกิดการอักเสบ สามารถใช้เป็นยาตัวเดียวในการรักษาหรือใช้ร่วมกับยาเม็ทเทรอกซ์และมีประสิทธิภาพดีได้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นยาที่ออกฤทธิ์เร็วและมีความปลอดภัยดีในการรักษาต่อเนื่องหากใช้เพียงไม่กี่ปี (ดูรายละเอียดในหัวข้อความปลอดภัยด้านล่าง)

อย่างไรก็ตามการติดตามระยะยาวเพื่อดูผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาวมีความจำเป็น ปัจจุบันสารชีวภาพสำหรับโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กมีด้วยกันหลายรูปแบบ ซึ่งรวมถึงสารต้าน TNF แต่ละตัวมีความแตกต่างกันในเรื่องของวิธีการและความถี่ในการให้ เช่น อีทานอร์เซป เป็นยาที่ฉีดทางใต้ผิวหนังอาทิตย์ละครั้งหรืออาทิตย์ละ 2 ครั้ง ส่วนนอลิมูแมบ เป็นยาที่ฉีดให้ทางใต้ผิวหนังทุก 2 สัปดาห์ และ อินฟลิซิแมบ เป็นยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำทุกเดือน ยาอื่นๆที่ยังอยู่ในระหว่างการวิจัย(เช่น โกลิมูแมบ และ เซอร์โตลิซูแมบ เพกอล) ในผู้ป่วยเด็ก และยังมีโมเลกุลอื่นๆที่ยังอยู่ในระหว่างการศึกษานในผู้ใหญ่ที่อาจจะนำมาใช้กับผู้ป่วยเด็กในอนาคต ส่วนใหญ่การรักษาด้วยยาด้าน TNF ใช้ได้กับโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กได้เกือบทุกชนิดยกเว้น ชนิดที่มีจำนวนข้อน้อยแบบคงที่ซึ่งส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยสารชีวภาพ สารต้าน TNF มีข้อจำกัดในการใช้ในการรักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดซิสเต็มมิก ในขณะที่สารชีวภาพอื่นๆ นิยมใช้มากกว่าเช่น สารต้าน IL-1 (อะนาคินรา และ คานาคินูแมบ) หรือสารต้าน IL-6 (โทซิลิซูแมบ) สารต้าน TNF มักใช้เป็นยาตัวเดียวหรือใช้ร่วมกับยาเม็ทเทรอกซ์

เหมือนกับยาตัวเลือกที่สองตัวอื่นๆ การให้ยาชนิดนี้ต้องใช้ภายใต้การควบคุมอย่างเคร่งครัด

Anti CTLA4Ig (อะบาทาเซป)

อะบาทาเซป เป็นยาที่มีกลไกการออกฤทธิ์ที่แตกต่างไปต่อเซลล์เม็ดเลือดขาวที่เรียกว่า ที ลิมโฟไซด์ เมื่อไม่นานมานี้ได้มีการนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีจำนวนข้ออักเสบหลายข้อที่ไม่ตอบสนองต่อยาเมโททรกเซตหรือสารชีวภาพตัวอื่นๆ

สารต้านอินเตอร์ลิวคินวัน (อะนาคินรา และ คานาคินูแมบ) และสารต้านอินเตอร์ลิวคิน6 (โทซิลิซูแมบ)

ยาเหล่านี้มีประโยชน์จำเพาะในการรักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดซิสเต็มมิก โดยปกติการรักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดซิสเต็มมิกเริ่มต้นด้วยคอร์ติโคสเตียรอยด์ ถึงแม้จะมีประสิทธิภาพแต่คอร์ติโคสเตียรอยด์มีผลข้างเคียงมากโดยเฉพาะต่อการเจริญเติบโต ดังนั้นเมื่อยาเหล่านี้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคภายในเวลาอันสั้น (โดยส่วนใหญ่ภายในไม่กี่เดือน) แพทย์ผู้รักษาจะเพิ่มสารต้าน IL-1 (อะนาคินราหรือคานาคินูแมบ) หรือสารต้าน IL-6 (โทซิลิซูแมบ) เพื่อใช้รักษาอาการทั้งทางซิสเต็มมิก (ไข) และข้ออักเสบ ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดซิสเต็มมิกบางครั้งอาการทางซิสเต็มมิกสามารถหายไปเองแต่อาการข้ออักเสบคงอยู่ในกรณีนี้สามารถใช้เมโททรกเซตรักษาเพียงตัวเดียวหรือใช้ร่วมกับสารต้าน TNF หรืออะบาทาเซป โทซิลิซูแมบสามารถใช้ในโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดซิสเต็มมิกและข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุชนิดหลายข้อ โดยได้รับการรับรองสำหรับชนิดซิสเต็มมิกก่อนและตามมาด้วยชนิดหลายข้อ และยังสามารถใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อเมโททรกเซตหรือสารชีวภาพชนิดอื่นๆ

การรักษาร่วมอื่นๆ

การฟื้นฟูสมรรถภาพ

การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นส่วนสำคัญในการรักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก การฟื้นฟูสมรรถภาพนี้รวมถึงการออกกำลังกายที่เหมาะสม และเมื่อมีข้อบ่งชี้สามารถใช้เฝือกเพื่อช่วยให้ตำแหน่งของข้ออยู่ในท่าที่เหมาะสมเพื่อป้องกันความเจ็บปวด ข้อติด กล้ามเนื้อหดตัว และข้อผิดรูป ควรเริ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่นั้นและทำเป็นประจำเพื่อทำให้กล้ามเนื้อและข้อทำงานเป็นปกติ

การผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก

ข้อบ่งชี้หลักสำหรับการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกคือการใส่ข้อเทียม (ส่วนใหญ่เป็นข้อสะโพกและข้อเข่า) ในกรณีที่มีข้อถูกทำลาย และการผ่าตัดเนื้อเยื่อในกรณีที่มีข้อยึดติดถาวร

3.3 การรักษาเพิ่มเติมหรือการรักษานอกเหนือจากการรักษาหลักคืออะไร?

มีการรักษาเพิ่มเติมและการรักษาทางเลือกอยู่หลายอย่างและอาจทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสับสน ควรคิดอย่างรอบคอบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและผลประโยชน์ที่จะได้รับในการใช้การรักษาเหล่านี้เพราะว่ามีการรับรองประโยชน์เกี่ยวกับการรักษาพวกนี้น้อยมาก และสามารถทำให้เกิดความเสียหายทั้งเวลา

ภาระต่อผู้ป่วยและเงินทอง หากต้องการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาเพิ่มเติมและการรักษาทางเลือกควรปรึกษา
เกี่ยวกับการรักษาเหล่านี้กับกุมารแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่มของลูกท่าน
การรักษาบางอย่างอาจมีผลต่อยาที่ใช้ในการรักษาหลัก
แพทย์ส่วนใหญ่มักจะไม่นัดค้ำการรักษาแบบแพทย์ทางเลือก
อย่างไรก็ตามควรทำตามคำแนะนำของแพทย์ สิ่งสำคัญอีกสิ่งหนึ่งคือไม่ควรหยุดยาเอง เช่น
เมื่อมีการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์เพื่อควบคุมโรค อาจมีอันตรายได้หากหยุดใช้ยาในขณะที่โรคกำเริบ
ควรปรึกษาเกี่ยวกับยาที่ท่านเป็นกังวลกับกุมารแพทย์ผู้ดูแลบุตรของท่าน

3.4 ควรเริ่มการรักษาเมื่อไหร่?

ทุกวันนี้มีข้อเสนอแนะที่เป็นสากลในการช่วยเหลือแพทย์และครอบครัวในการเลือกการรักษา
ข้อเสนอแนะที่เป็นสากลฉบับล่าสุดโดย American College of Rheumatology (ACR at
www.rheumatology.org) และข้อเสนอแนะฉบับอื่นๆที่กำลังเตรียมโดย Paediatric Rheumatology
European Society (PRES at www.pres.org.uk).

หากอ้างอิงตามคำแนะนำเหล่านี้ผู้ป่วยที่โรคมีความรุนแรงน้อยกว่า (คือมีจำนวนข้ออักเสบน้อย)
มักจะใช้การรักษาเบื้องต้นเพียงยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์และการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อ
สำหรับโรคที่รุนแรงกว่า (ข้ออักเสบหลายข้อ) เมโทเทรกเซต (หรือเลฟลูโนไมด์)
เป็นยาลำดับแรกหากว่ายังไม่สามารถควบคุมโรคได้ สารชีวภาพ (เริ่มแรกคือสารต้าน TNF)
จะถูกใช้โดยสามารถใช้เป็นยาเดี่ยวหรือร่วมกับยาเมโทเทรกเซต
สำหรับผู้ป่วยที่ดื้อต่อยาหรือไม่สามารถทนต่อการรักษาทั้งยาเมโทเทรกเซตหรือสารชีวภาพ
สารชีวภาพอื่นๆก็สามารถใช้ได้เช่นกัน (สารต้าน TNF ตัวอื่นหรืออะบาทาเซ็ป)

3.5 การรักษาด้วยยาทั้งที่ได้รับการอนุมัติและไม่ได้รับการอนุมัติตามกฎหมายว่าด้วยการใช้ยา ในเด็กและการรักษาที่เป็นไปได้ในอนาคต?

15 ปีที่ผ่านมา ยาทั้งหมดที่ใช้ในการรักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กและโรคอื่นๆในเด็กไม่ได้มี
การศึกษาในเด็กที่เหมาะสม ด้วยเหตุนี้ทำให้แพทย์ใช้ยาในการรักษาบนพื้นฐานของประสบการณ์ส่วน
ตัวหรือจากการศึกษาที่ทำในผู้ป่วยผู้ใหญ่

ในอดีตการศึกษาในโรครูมาติสซั่มในเด็กทำได้ยาก

เป็นเพราะขาดเงินทุนสำหรับการทำการศึกษาในเด็ก และไม่ได้รับความสนใจจากบริษัทยาในการทำตลาด
ในตลาดในเด็กเล็กและไม่ได้รับผลประโยชน์ด้านการตลาด

แต่สถานการณ์เปลี่ยนไปอย่างมากในช่วงไม่กี่ปีมานี้ เนื่องมาจากการนำของ the Best Pharmaceuticals
for Children Act ในประเทศสหรัฐอเมริกาและกฎหมายเฉพาะสำหรับการพัฒนายาในเด็ก
(กฎข้อบังคับในเด็ก) ของสหภาพยุโรป (European Union หรือ EU)

การเริ่มต้นของสองเครือข่ายใหญ่ทั้งสหรัฐอเมริกาและสหภาพยุโรป the Paediatric Rheumatology
International Trials Organisation (PRINTO at www.printo.it) ซึ่งมีสมาชิกทั่วโลกมากกว่า 50
ประเทศ และ the Paediatric Rheumatology Collaborative Study Group (PRCSG at
www.prcsg.org) ซึ่งมีประเทศในทวีปอเมริกาเหนือเป็นหลัก

มีผลกระทบทางด้านบวกต่อการพัฒนาของโรครูมาติสซั่มในเด็ก

โดยเฉพาะในการรักษาแบบใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กหลายร้อยครอบครัวของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กยอมเข้าร่วมการศึกษาที่ PRINTO หรือ PRCSG centres worldwide เพื่อให้เด็กที่เป็นโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กเข้าถึงการรักษาที่เฉพาะเจาะจง ในบางครั้งเด็กที่เข้าร่วมการศึกษาก็จำเป็นต้องใช้ยาหลอก (เช่น เป็นรูปแบบเม็ดหรือการให้ทางหลอดเลือด) แต่ก็ต้องแน่ใจว่าการรักษาเหล่านี้จะทำให้เกิดประโยชน์มากกว่าโทษ เนื่องจากมีการวิจัยมากมายหลายอย่าง ทำให้มียาหลายตัวได้รับการรับรองให้ใช้ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก องค์การที่ได้อนุมัติให้มีการใช้ยาเหล่านี้ ได้แก่ องค์การอาหารและยา (the Food and Drug Administration หรือ FDA), the European Medicine Agency (EMA) และอีกหลายองค์การนานาชาติซึ่งได้ข้อมูลมาจากการวิจัยหลายอย่าง จึงอนุญาตให้บริษัทยาเขียนข้อบ่งชี้ลงในฉลากว่ายาชนิดนี้ได้ผลดีและปลอดภัยที่จะใช้ในเด็ก รายชื่อยาต่างๆที่ได้รับการรับรองสำหรับโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กได้แก่ เมโทเทรกเซต อีทานอร์เซ็ป อะดาลิมุแมบ อะบาทาเซ็ป โทซิลิซูเม็บ และคานาคินูแมบ ยาหลายตัวยังอยู่ในระหว่างการศึกษาในเด็กดังนั้นบุตรของท่านอาจได้รับการขอให้มีส่วนร่วมในแต่ละการศึกษาจากแพทย์ผู้ดูแล

มียาตัวอื่นที่ยังไม่ได้รับการรับรองให้ใช้ในโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กอย่างเป็นทางการ เช่น ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์หลายตัว อะซาไธโอพรีน ไซโคลสปอรีน อะนาคินรา อินฟลิซิแมบ โกลิฟูแมบ และเซอร์โตลิซูแมบ ยาเหล่านี้อาจใช้ได้แม้เป็นยาที่อยู่นอกเหนือจากที่ระบุในข้อบ่งชี้ (ยาที่ไม่ได้รับอนุมัติ) และแพทย์ของท่านอาจเลือกใช้ยาเหล่านี้โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากไม่มีการรักษาอื่นที่ได้ผล

3.6 ผลข้างเคียงของการรักษาหลักคืออะไร?

การใช้ยาในการรักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กส่วนใหญ่มีความทนต่อยาได้ดี การระคายเคืองกระเพาะอาหาร เป็นผลข้างเคียงที่พบบ่อยของยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (ดังนั้นควรกินยาพร้อมอาหาร) อย่างไรก็ตามในเด็กจะพบผลข้างเคียงนี้น้อยกว่าผู้ใหญ่ ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์สามารถทำให้ระดับเอนไซม์ของตับเพิ่มขึ้นในเลือดแต่เป็นเหตุการณ์ที่พบน้อยหากไม่ใช้ยาแอสไพริน

เมโทเทรกเซต เป็นยาที่ทนได้ดีเช่นกัน ผลข้างเคียงทางระบบทางเดินอาหาร เช่นคลื่นไส้ อาเจียน พบได้บ่อย และเพื่อติดตามพิษที่เกิดจากยาจึงมีความจำเป็นต้องใช้การเจาะเลือดเพื่อดูระดับเอนไซม์ของตับเป็นประจำ ความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการที่พบบ่อยคือการเพิ่มขึ้นของระดับเอนไซม์ตับซึ่งสามารถกลับเป็นปกติได้ภายหลังหยุดยาหรือลดขนาดยาเมโทเทรกเซต

การให้วิตามินโพลิติกหรือกรดโฟลิกช่วยลดการเกิดพิษต่อตับ

ไม่ค่อยพบปฏิกิริยาการแพ้จากยาเมโทเทรกเซต

ซาลาไซไพรีน เป็นยาที่ทนได้ดี ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ผื่น ผลข้างเคียงของระบบทางเดินอาหาร

ระดับเอนไซม์ตับที่เพิ่มขึ้น (พิษต่อตับ) ระดับเม็ดเลือดขาวที่ต่ำลง

(เม็ดเลือดขาวที่ต่ำส่งผลให้เกิดภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้น) เหมือนกับเมโทเทรกเซต

มีความจำเป็นในการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นระยะ

การใช้ยากลุ่ม คอर्टิโคสเตียรอยด์

ในขนาดสูงเป็นระยะเวลานานนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลายอย่าง ยกตัวอย่างเช่น

การหยุดการเจริญเติบโต ภาวะกระดูกบาง

ยากลุ่มคอर्टิโคสเตียรอยด์ในขนาดสูงทำให้เพิ่มความอยากอาหาร ส่งผลให้เกิดภาวะอ้วนตามมา

ดังนั้นควรให้กำลังใจเด็กและสอนเด็กว่าควรกินอาหารแต่เพียงอิ่ม

ไม่ควรเพิ่มแคลอรีเพราะจะทำให้เกิดภาวะอ้วนตามมา

สารชีวภาพ ผู้ป่วยมักจะรับและทนต่อยาชนิดนี้ได้ดี อย่างน้อยก็ช่วงไม่กี่ปีแรกที่ทำการรักษา

ผู้ป่วยที่ได้รับยาชนิดนี้ควรมีการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อและผลข้างเคียงที่อาจเกิดตามมาได้

อย่างไรก็ตามต้องพึงระวังไว้ว่าประสบการณ์ที่ใช้ยาประเภทนี้มีจำกัด

(เพียงเด็กที่เข้าร่วมการศึกษาแค่เพียงไม่กี่ร้อยคน) และระยะเวลาที่ศึกษา (ยาชนิดนี้เพิ่งมีการใช้ตั้งแต่ปี

คศ. 2000) การศึกษาจึงมีระยะเวลาจำกัด ด้วยเหตุผลนี้

ปัจจุบันจึงมีการศึกษาหลายประเทศที่ทำการเก็บข้อมูลเด็กที่ได้รับยาชนิดนี้ (เช่น ประเทศเยอรมันนี้

ประเทศอังกฤษ ประเทศสหรัฐอเมริกา และอีกหลายประเทศ) ในการศึกษาาระหว่างประเทศ (เช่น

Pharmachild ซึ่งเป็นโปรเจกต์ที่ก่อตั้งโดย PRINTO และ PRES)

ด้วยจุดประสงค์ที่ว่าเพื่อเฝ้าระวังเด็กที่เป็นโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุที่ได้รับยาชีวภาพ

รวมถึงการเฝ้าระวังเหตุการณ์ต่างๆที่เกี่ยวกับความปลอดภัยในระยะเวลาที่ยาวนานเพียงพอ

(หลายปีหลังจากได้รับยา)

3.7 ต้องรักษาโรคนั้นนานแค่ไหน?

การรักษาต้องให้นานจนกว่าโรคจะหาย แต่ระยะเวลาของโรคนั้นไม่สามารถทำนายได้แน่นอน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่หายเองหลังจากเป็นโรคนี้นไม่กี่ปีจนถึงหลายปี

การดำเนินโรคนี้นั้นมักมีช่วงที่สงบและช่วงเวลาที่กำเริบเป็นระยะๆ

ซึ่งเป็นเหตุผลที่สำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการรักษา

การหยุดยาจะพิจารณาต่อเมื่ออาการข้ออักเสบหายไปแล้วเป็นระยะเวลานานพอสมควร (6-12

เดือนหรือยาวกว่า) อย่างไรก็ตามไม่มีตัวเลขที่แน่นอนว่าโรคจะกลับมาเมื่อไรภายหลังจากหยุดยา

แพทย์ผู้ดูแลมักจะติดตามอาการของผู้ป่วยจนผู้ป่วยกลายเป็นผู้ใหญ่ในที่สุด

ถึงแม้ผู้ป่วยจะไม่มีอาการแล้วก็ตาม

3.8 การตรวจตา (โดยใช้ slit-lamp) ต้องตรวจบ่อยแค่ไหน และนานเท่าไร?

ในผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง (โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มี ANA บวก) การตรวจด้วย slit-lamp

ต้องทำอย่างน้อยทุก 3 เดือน สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการม่านตาอักเสบแล้วนั้น ควรตรวจถี่กว่านี้

ขึ้นกับความรุนแรงของอาการ ซึ่งจักษุแพทย์จะเป็นคนกำหนด

ความเสี่ยงต่อการเกิดม่านตาอักเสบจะลดลงไปเมื่อเวลาผ่านไป

อย่างไรก็ตามม่านตาอักเสบนี้ก็สามารถเกิดขึ้นได้หลังจากอาการข้ออักเสบเกิดขึ้น

ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องตรวจตาหลายปี ถึงแม้อาการทางข้อจะหายไปแล้วก็ตาม

อาการยูเวียอักเสบฉบับสั้น

มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคข้ออักเสบชนิดที่มีอาการอักเสบของจุดเกาะเส้นเอ็นร่วมกับผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอาการแสดงทางตา (ตาแดง ปวดตา และตาสู้แสงไม่ได้ หรือกลัวแสง) หากผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้ ต้องรีบส่งไปพบจักษุแพทย์โดยด่วน ไม่เหมือนม่านตาอักเสบแบบเรื้อรังที่ในระยะแรกของโรคยังไม่มีความจำเป็นต้องตรวจ slit-lamp เป็นระยะๆ

3.9 การพยากรณ์ของภาวะข้ออักเสบในระยะยาวคืออะไร?

การพยากรณ์ของโรคข้ออักเสบจะดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปหลายปี แต่ก็ยังขึ้นกับความรุนแรงของโรคชนิดของโรคข้ออักเสบและการรักษาที่รวดเร็วและถูกต้อง

มีการศึกษาวิจัยที่กำลังทำอยู่เกี่ยวกับยารชนิดใหม่และสารชีวภาพเพื่อจะให้การรักษาเข้าถึงเด็กทุกราย การพยากรณ์ของข้ออักเสบดีขึ้นมากในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง 40%

ของเด็กป่วยที่สามารถหยุดการรักษาได้ในขณะที่ไม่มีการกำเริบของโรค (โรคสงบ) 8-10 ปีหลังจากเกิดโรค อัตราการสงบของโรคสูงที่สุดในข้ออักเสบชนิดข้อน้อยและชนิดซิสเต็มมี ข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดซิสเต็มมีการพยากรณ์โรคที่แตกต่างกันในแต่ละคน ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีข้ออักเสบเพียงเล็กน้อยและลักษณะของโรคจะกำเริบเป็นระยะๆ

การพยากรณ์ของโรคมักจะดีและสามารถหายเองได้

แต่อีกครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยยังคงมีอาการของข้ออักเสบในขณะที่อาการทางซิสเต็มมีดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป และบางส่วนของผู้ป่วยจะพบการทำลายของข้ออย่างรุนแรงร่วมด้วย

ในที่สุดผู้ป่วยส่วนน้อยในกลุ่มที่สองนี้จะยังคงมีอาการทางซิสเต็มมีร่วมกับอาการทางข้ออักเสบ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคแย่มากที่สุดและสามารถเกิด amyloidosis ได้

ซึ่งภาวะนี้เป็นภาวะแทรกซ้อนหนึ่งที่ต้องการยากดภูมิในการรักษา การพัฒนาสารชีวภาพ ได้แก่ ยาต้าน IL-6 (โทซิลิซูแมบ) และ ยาต้าน IL-1 (อะนาคิราและคานาคินูแมบ)

ทำให้การพยากรณ์ในระยะยาวดีขึ้น

ข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดหลายข้อที่มีค่าอักเสบรูมาตอยด์บวกมักจะมีอาการข้ออักเสบที่มากขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้เกิดการทำลายของข้อ ข้ออักเสบชนิดนี้คล้ายกับโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในผู้ใหญ่

ข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดหลายข้อที่มีค่าอักเสบรูมาตอยด์ลบ

มีการพยากรณ์โรคที่ดีกว่าชนิดที่มีค่าอักเสบรูมาตอยด์บวก และพบว่า 1 ใน 4

ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการทำลายของข้อร่วมด้วย

ข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดข้อน้อย

มีการพยากรณ์โรคอาการทางข้อดีที่สุดในข้อน้อยแบบคงที่

(ข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดข้อน้อยแบบคงที่) ในผู้ป่วยข้ออักเสบที่เป็นข้อน้อยแบบเพิ่มขึ้น

(ข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดข้อน้อยแบบเพิ่มขึ้น)

มีการพยากรณ์โรคเหมือนข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กแบบหลายข้อที่มีค่าอักเสบรูมาตอยด์ลบ

ผู้ป่วยหลายรายที่เป็นข้ออักเสบสะเก็ดเงินมีอาการคล้ายกับผู้ป่วยที่เป็นข้ออักเสบชนิดข้อน้อย

แต่อีกหลายคนก็มีอาการเหมือนข้ออักเสบสะเก็ดเงินในผู้ใหญ่

ข้ออักเสบที่มีจุดเกาะของเส้นเอ็นอักเสบร่วมด้วยมีการพยากรณ์ของโรคที่หลากหลาย

ในผู้ป่วยบางรายโรคสามารถสงบได้ แต่ในผู้ป่วยอีกหลายรายโรคกำเริบและทำให้กระดูกเชิงกรานอักเสบ

ปัจจุบันในระยะเริ่มแรกของโรค ไม่มีอาการหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแพทย์ท่านใดที่สามารถทำนายได้ว่าผู้ป่วยรายไหนจะมีอาการที่รุนแรง หากมีการตรวจที่สามารถทำนายความรุนแรงของโรคได้จะมี

ประโยชน์มากเพราะจะทำให้แพทย์รักษาผู้ป่วยด้วยยาหลายชนิดตั้งแต่เริ่มแรก การตรวจทางห้องปฏิบัติการหลายชนิดกำลังอยู่ในระหว่างการศึกษาดังกล่าวที่ช่วยทำนายว่าเมื่อไรควรหยุดยาเม็โทเทรกเซตหรือสารชีวภาพ

3.10 การพยากรณ์โรคของม่านตาอักเสบเป็นอย่างไร?

หากไม่รักษาม่านตาอักเสบจะมีผลที่รุนแรงตามมา เช่น เลนส์ตาที่ขุ่นมัว (ต้อกระจก) และตาบอดในที่สุด อย่างไรก็ตามหากรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกอาการเหล่านี้มักหยุดได้ด้วยยาหยอดตาที่ควบคุมการอักเสบและการขยายของรูม่านตา สารทางชีวภาพมีข้อบ่งชี้หากอาการทางตาไม่สามารถควบคุมได้ด้วยยาหยอดตา อย่างไรก็ตามยังไม่มีหลักฐานที่แนะนำทางเลือกที่ดีที่สุดที่ใช้ในการรักษาภาวะม่านตาอักเสบแบบรุนแรง เพราะในเด็กแต่ละคนมีการตอบสนองที่แตกต่างกัน

การวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงมีความสำคัญสำหรับการพยากรณ์โรค

ต้อกระจกสามารถเป็นผลที่ตามมาหลังจากการรักษาด้วยยากุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุชนิดซิสเต็มมิก