

ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาโรคข้ออักเสบเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Factors associated with treat to target of gouty arthritis at King Narai Hospital.

(Received: February 12,2026 ; Revised: February 21,2026 ; Accepted: February 23,2026)

วุฒิรักษ์ สีลาเศรษฐกุล¹

Wuttirak Leelasattakul¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายคือระดับกรดยูริกน้อยกว่า 6 มก.ต่อดล. เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยข้ออักเสบเกาต์(รหัส ICD 10 M100-109) ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2565 ถึง 31 กรกฎาคม 2568 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรักษาโรคข้ออักเสบเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายใช้การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (multi-logistic regression analysis) โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value < 0.05

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 146 ราย โดยลักษณะพื้นฐานของประชากรทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นประวัติการดื่มสุรา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาข้ออักเสบเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การไม่ดื่มสุรา (adjusted OR 4.16, 95% CI 1.73-10.05, p 0.002) ขนาดของยา allopurinol ที่มากกว่า 100 มก.ต่อวัน (adjusted OR 2.22, 95% CI 1.04-4.73, p 0.040) และแพทย์ผู้รักษาเป็นอายุรแพทย์ (adjusted OR 2.16, 95% CI 1.02-4.55, p 0.043)

คำสำคัญ: เกาต์ การรักษาตามเป้าหมาย

Abstract

This study aimed to determine the factors associated with the targeted treatment of gouty arthritis, which recommends targeting serum uric acid levels <6 mg/dl. Methods: This study was survey research by collecting retrospective data of patients who were diagnosed with gouty arthritis, ICD-10 M100-109 code, who received treatment in the outpatient department at King Narai Hospital, Lopburi, between 1st January 2022 and 31st July 2025. The analysis examined the factors correlated with treat-to-target using multi-logistic regression and reported with odds ratio (OR) and 95% confidence interval (CI). A statistical significance level of p -value <0.05.

Result: The Study samples were 146 patients. There was no significant difference in baseline characteristics between groups except for alcohol consumption. The factors associated with the treat-to-target of gouty arthritis were no alcohol consumption (adjusted OR 4.16, 95% CI 1.73-10.05, p 0.002) dosage of allopurinol > 100 mg/day (adjusted OR 2.22, 95% CI 1.04-4.73, p 0.40) and physicians specialties as internist (adjusted OR 2.16, 95% CI 1.02-4.55, p 0.043)

Keywords: gout, treat-to-target

บทนำ

โรคเกาต์ (gout) เป็นโรคข้ออักเสบที่พบได้บ่อย มีอุบัติการณ์ร้อยละ 1-2 และมีอัตราการ

เพิ่มขึ้นถึง 2 เท่าในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา¹ อุตบัติการณ์ของโรครยังพบเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยพบร้อยละ 7 ในเพศชายที่อายุมากกว่า 65 ปี และร้อยละ

¹ พ.บ.กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ละ 3 ในเพศหญิงที่อายุมากกว่า 85 ปี^{2,3} นอกจากนี้โรคเกาต์ยังมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด⁴ กลุ่มอาการเมตาบอลิก (metabolic syndrome)⁵ และโรคเบาหวาน⁶ การกำเริบของข้ออักเสบเฉียบพลันจากโรคเกาต์นำไปสู่อาการปวดอย่างรุนแรงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นการรักษาที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมถึงลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การรักษาโรคข้ออักเสบเกาต์มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญได้แก่ การลดอาการข้ออักเสบให้เร็วที่สุด การป้องกันไม่ให้เกิดข้ออักเสบกลับเป็นซ้ำ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากผลึกยูเรตหรือผลึกยูริกไปสะสมในข้อ ไต และเนื้อเยื่ออื่น ๆ ในร่างกาย และการป้องกันโรคร่วมต่าง ๆ เช่น โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง เป็นต้น^{7,8,9} โดยการรักษามีเป้าหมายลดระดับกรดยูริกให้น้อยกว่า 6 มก.ต่อ ดล.¹⁰

แม้ว่าโรคข้ออักเสบเกาต์เป็นโรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ แต่ยังมีปัญหาทั้งในการวินิจฉัยโรคและการรักษา ดังเช่นจากการศึกษาของ Sarawate CA และคณะ ได้ทำการศึกษาโดยเก็บข้อมูลแบบย้อนหลังของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเกาต์ในสหรัฐอเมริกาจำนวน 5,942 ราย พบว่ามากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย allopurinol ไม่ได้รับการตรวจระดับกรดยูริกในเลือดภายใน 180 วันหลังการรักษา¹¹ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Singh JA และคณะในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเกาต์จำนวน 3,658 รายพบว่าส่วนใหญ่ได้รับการดูแลรักษาที่ต่ำกว่ามาตรฐาน¹² ส่วนการศึกษาในประเทศไทยนั้น จากการศึกษาของ นวรัตน์ เจตนาพันธ์ ที่ทำการศึกษารักษาโรคข้ออักเสบเกาต์แบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง จำนวน 151 ราย พบว่ามีการปรับยาลดกรดยูริกเพื่อให้ได้ระดับตามเป้าหมายการรักษาเพียงร้อยละ 13.9 และ 13.5 ที่ระยะเวลา 1 ปี และ 2 ปี หลังเริ่มการรักษา¹³ สอดคล้องกับการศึกษาของ

พันธจง หาญวิวัฒน์กุล และ รัชพฤษ์ วงษ์เดช ที่ทำการศึกษารักษาโรคข้ออักเสบเกาต์แบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์จำนวน 139 ราย พบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 33 ที่มีระดับกรดยูริกได้ตามเป้าหมาย¹⁴

การศึกษาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจำนวนมากได้รับการดูแลรักษาที่ต่ำกว่ามาตรฐาน และมีการปรับยาลดกรดยูริกตามเป้าหมายต่ำ ดังนั้นการศึกษานี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคข้ออักเสบเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เพื่อนำความรู้ที่ได้มาปรับปรุงและวางแผนการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ให้ได้ระดับกรดยูริกตามเป้าหมายเพิ่มขึ้น ลดอาการกำเริบของข้ออักเสบลดภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมาย และมีวัตถุประสงค์รองคือเพื่อศึกษาความชุก ลักษณะของผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคข้ออักเสบเกาต์ และการรักษาโรคข้ออักเสบเกาต์ที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยข้ออักเสบเกาต์ (รหัส ICD-10 M100-109) ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชตั้งแต่ 1 มกราคม 2565 – 31 กรกฎาคม 2568 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าได้แก่ ต้องมีอายุมากกว่า 16 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้ออักเสบเกาต์โดยแพทย์ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ผู้เข้าร่วมการศึกษาต้องได้รับการรักษาด้วยยาลดกรดยูริก ได้แก่ allopurinol หรือ febuxostat ต้องมีการ

ตรวจติดตามการรักษาอย่างน้อย 1 ปี และต้องมีการเจาะเลือดเพื่อติดตามระดับกรดยูริกอย่างน้อย 3 ครั้งต่อปี ถ้าผู้ป่วยมีข้อมูลไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ จะพิจารณาตัดข้อมูลรายนั้นออกไป

จากการทบทวนวรรณกรรมของจินตหรา มังคะละ¹⁵ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการรักษาโรคเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายในระยะเวลา 1 ปีแรกอย่างมีนัยสำคัญคือ คือระดับการทำงานของไต ≥ 60 มล./นาที่/1.73 m^2 ก่อนการรักษา คิด adjusted OR 2.548 ดังนั้นเมื่อคำนวณขนาดตัวอย่างจะได้ประชากร 73 คนต่อกลุ่ม หรือ 146 คนต่อการศึกษา

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัวชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวม และใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือ ค่ากลางและพิสัย โดยขึ้นอยู่กับ การกระจายของข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพรายงานเป็นร้อยละ การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคข้ออักเสบเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายใช้ Chi-square test, Fisher's exact test หรือ Independent t test และนำเฉพาะปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติมาวิเคราะห์พหุตัวแปร (multivariate analysis) ต่อโดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value < 0.05 ความเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษา

ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มที่รักษาได้ตามเป้าหมายและไม่ได้ตามเป้าหมายไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นประวัติการดื่มสุรา โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 127 ราย (ร้อยละ 87.58) อายุเฉลี่ยของกลุ่มที่รักษาได้ตามเป้าหมายอยู่ที่ 62.25 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.94) และกลุ่มที่รักษาไม่ได้ตามเป้าหมายอยู่ที่ 59.59 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.44) ดัชนีมวลกายเฉลี่ยในกลุ่มที่รักษาได้ตามเป้าหมาย 26.73 กก./ m^2 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.89) และ 27.15 กก./ m^2 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.78) ในกลุ่มที่รักษาไม่ได้ตามเป้าหมาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคข้ออักเสบเกาต์น้อยกว่า 5 ปี โรคประจำตัวร่วมด้วยที่พบได้แก่ ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 54.79) ไตเสื่อมเรื้อรัง (ร้อยละ 40.41) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 67.80) มีประวัติการดื่มสุราร้อยละ 75 และตรวจพบปุ่มก้อนโทฟัสร้อยละ 87.5 ในกลุ่มที่รักษาไม่ได้ตามเป้าหมาย ระดับกรดยูริกก่อนการรักษาในกลุ่มที่รักษาได้ตามเป้าหมายเฉลี่ย 8.89 มก./ดล. (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.62) และ 9.31 มก./ดล. (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.48) ในกลุ่มที่รักษาไม่ได้ตามเป้าหมาย ได้รับยาลดกรดยูริกส่วนใหญ่เป็น allopurinol ร้อยละ 95.89 และ febuxostat ร้อยละ 4.11 การเกิดข้ออักเสบเฉียบพลันภายหลังการเริ่มยาลดกรดยูริกในกลุ่มที่รักษาได้ตามเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 41.86 และกลุ่มที่รักษาไม่ได้ตามเป้าหมายคิดเป็นร้อยละ 58.14 โดยร้อยละของการได้รับยา colchicine เพื่อป้องกันการข้ออักเสบเกาต์กำเริบเฉียบพลันคิดเป็น 47.97 และ 52.03 ในกลุ่มที่รักษาได้ตามเป้าหมายและกลุ่มที่รักษาไม่ได้ตามเป้าหมายตามลำดับ ร้อยละ 62.26 ของกลุ่มที่รักษาได้ตามเป้าหมายได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม และร้อยละ 58.54 ของกลุ่มที่รักษาไม่ได้ตามเป้าหมายได้รับการรักษาจากแพทย์ทั่วไป การขาดนัดติดตามพบได้ร้อยละ 60 ในกลุ่ม

ที่รักษาไม่ได้ตามเป้าหมายและร้อยละ 40 ในกลุ่ม
ที่ได้รับการรักษาตามเป้าหมาย

จากการวิเคราะห์ multiple logistic regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาโรคข้ออักเสบเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การไม่ดื่มสุรา (adjusted OR 4.16, 95% CI 1.73-10.05, p 0.002) ขนาดของยา allopurinol ที่มากกว่า 100 มก.ต่อวัน (adjusted OR 2.22, 95% CI 1.04-4.73, p 0.040) และแพทย์ผู้รักษาเป็นอายุรแพทย์ (adjusted OR 2.16, 95% CI 1.02-4.55, p 0.043)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยข้ออักเสบเกาต์มีระดับกรดยูริกก่อนเริ่มการรักษาอยู่ที่ 8.89 มก./ดล. (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.62) และ 9.31 มก./ดล. (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.48) ในกลุ่มที่รักษาได้ตามเป้าหมายและไม่ได้ตามเป้าหมายตามลำดับ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาได้ตามเป้าหมายจะมีขนาดของยา allopurinol ที่มากกว่า 200 มก./วัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา STOP Gout Trial ก่อนหน้าพบว่าขนาดของยา allopurinol โดยเฉลี่ยที่จะทำให้การรักษาได้ตามเป้าหมายอยู่ที่ 400 มก./วัน และมีผู้เข้าร่วมการศึกษากว่าร้อยละ 54.5 ที่ต้องปรับขนาดยา allopurinol ในขนาดที่มากกว่า 300 มก./วัน¹⁶ นอกจากนี้จากคำแนะนำของ 2020 American College of Rheumatology (ACR) Guideline for the management of Gout แนะนำให้เริ่มยาลดกรดยูริกในขนาดต่ำและค่อย ๆ ปรับขนาดยาขึ้นอย่างช้าๆ ถ้าการรักษายังไม่ได้เป้าหมาย กล่าวคือควรเริ่ม allopurinol ขนาดไม่เกิน 100 มก./วันในผู้ที่มีอัตราการกรองของไตมากกว่า 60 มล./นาที/ 1.73 ม² และเริ่มในขนาด 1.5 เท่าของอัตราการกรองในผู้ที่มีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 60 มล./นาที/ 1.73 ม² ข้อมูลจาก

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่ามีการใช้ยา allopurinol ที่มีขนาดสูงเกินกว่าคำแนะนำเริ่มต้นในผู้ป่วยหลายราย ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดข้ออักเสบเกาต์กำเริบเฉียบพลันได้¹⁰ ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทุษยาต่อ และการเริ่มยาในขนาดสูงทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการแพ้ยา allopurinol ชนิดรุนแรงได้ (allopurinol induced SCARs)¹⁷ และการได้รับยา colchicine เพื่อป้องกันข้ออักเสบซ้ำขณะเริ่มยาลดกรดยูริก (colchicine prophylaxis) สัมพันธ์กับการกำเริบของข้ออักเสบที่ลดลง¹⁸ ซึ่งในการศึกษานี้จะเห็นว่ามีผู้เข้าร่วมการศึกษานี้บางส่วนไม่ได้รับยา colchicine เพื่อป้องกันการเกิดข้ออักเสบซ้ำและมีการเกิดข้ออักเสบเกาต์กำเริบเฉียบพลันขึ้นถึงร้อยละ 41.86 และ 58.14 ในกลุ่มที่รักษาได้ตามเป้าหมายและรักษาไม่ได้ตามเป้าหมายตามลำดับ

การไม่ดื่มสุราเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรักษาข้ออักเสบเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมาย ซึ่งในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มที่รักษาได้ตามเป้าหมายผู้เข้าร่วมการศึกษามากกว่าจะไม่ดื่มสุรา ซึ่งจากก่อนหน้าของ Ralston SH พบว่าระดับกรดยูริกของผู้ป่วยที่ไม่ดื่มสุราจะต่ำกว่ากลุ่มที่ดื่มสุราประมาณ 1.6 มก./ดล.และมีโอกาสเกิดข้ออักเสบเกาต์กำเริบเฉียบพลันได้สูงขึ้นถึงร้อยละ 40 หลังจากดื่มแอลกอฮอล์ 24 ชั่วโมงหลังการดื่ม¹⁹ ซึ่งการกำเริบนี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษาต่อมาได้ ผลการศึกษานี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (lifestyle modification) โดยเฉพาะการงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากอายุรแพทย์มีโอกาสมบรรลุเป้าหมายการรักษาสูงกว่าแพทย์ทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยนี้อาจเนื่องมาจากองค์ความรู้และประสบการณ์ของอายุรแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเกาต์ ซึ่งรวมถึงการติดตามและปรับขนาดยาอย่างเหมาะสม การให้คำแนะนำด้าน

โภชนาการและการจัดการโรคร่วมเพื่อให้การรักษาเป็นไปตามเป้าหมาย

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ได้แก่ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังทำให้มีข้อมูลบางส่วนไม่ครบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการติดตามระดับกรดยูริกหลังเริ่มการรักษาโดยเฉพาะในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงไม่ได้ถูกรวมเข้ามาอยู่ในการศึกษานี้ การวินิจฉัยข้ออักเสบเกาต์อาศัยลักษณะทางคลินิกเป็นหลักไม่ได้มีการเจาะข้อเพื่อตรวจหาผลึกยูเรตซึ่งเป็นการยืนยันการวินิจฉัยที่แน่นอน นอกจากนี้ยังคงมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการรักษาให้ได้ตามเป้าหมายที่ไม่ได้เก็บรวบรวมในการศึกษานี้ เช่น การใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ (medication compliance) การควบคุมอาหารและการปรับพฤติกรรม (lifestyle modification)

ความถี่ของการนัดติดตามการรักษา การรักษาขณะที่โรคกำเริบ เป็นต้น ในอนาคตอาจพิจารณาออกแบบงานวิจัยแบบไปข้างหน้าโดยเก็บรวบรวมข้อมูลเหล่านี้เพิ่มเติมซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลใกล้เคียงกับความเป็นจริง (real world practice) เพื่อนำมาวางแผน แก้ไข ปรับปรุงการวินิจฉัยและการรักษาโรคข้ออักเสบเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การงดดื่มสุรา การปรับขนาดยา allopurinol และ การรักษาโดยอายุรแพทย์เป็นปัจจัยสำคัญในการบรรลุเป้าหมายการรักษา การประเมินปัจจัยเหล่านี้จะช่วยวางแผนการรักษาและเพิ่มความสำเร็จในการรักษาข้ออักเสบเกาต์ให้ได้ตามเป้าหมายมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. K. L. Wallace, A. A. Riedel, N. Joseph-Ridge and R. Wortmann. J Rheumatol 2004 Vol.31 Issue 8 Pages 1582-7.
2. R. C. Lawrence, C. G. Helmick, F. C. Arnett, R. A. Deyo, D. T. Felson, E. H. Giannini, et al. Arthritis Rheum 1998 Vol. 41 Issue 5 Pages 778-99.
3. T. R. Mikuls, J. T. Farrar, W. B. Bilker, S. Fernandes, H. R. Schumacher, Jr. and K. G. Saag. Ann Rheum Dis 2005 Vol. 64 Issue 2 Pages 267-72.
4. E. Krishnan, J. F. Baker, D.E. Furst and H. R. Schumacher. Arthritis Rheum 2006 Vol. 54 Issue 8 Pages 2688-96.
5. H. K. Choi and E. S. Ford. Am J Med 2007 Vol. 120 Issue 5 Pages 442-7.
6. H. K. Choi, M. A. De Vera and E. Krishnan. Rheumatology (Oxford) 2008 Vol. 47 Issue 10 Pages 1567-70.
7. Richette P, Bardin T. Gout. Lancet. 2010 Jan 23;375(9711):318-28.
8. Dalbeth N, Gosling AL, Gaffo A, Abhishek A. Gout. Lancet. 2021 May 15;397(10287):1843-55.
9. Deesomchoke U. Management of patients with joint diseases and rheumatism. Revised ed: Faculty of Medicine, Chulalongkorn University;2005.
10. J. D. FitzGerald, N. Dalbeth, T. Mikuls, R. Brignardello-Petersen, G. Guyatt, A. M. Abeles, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout. Arthritis Care Res (Hoboken) 2020 Vol. 72 Issue 6 Pages 744-760.
11. Saraswate CA, Brewer KK, Yang W, Patel PA, Schumacher HR, Saag KG, et al. Gout medication treatment patterns and adherence to standards of care from a managed care perspective. Mayo Clin Proc 2006 Jul; 81(7):925-34.
12. Singh JA, Hodges JS, Toscano JP, Asch SM. Quality of care for gout in the US needs improvement. Arthritis Rheum. 2007 Jun 15;57(5):822-9.
13. Chetananda N. Drug Utilization review in patients with gouty arthritis at Takuatung Hospital. Med J Reg 11 2016;30: 115-28.

14. Hanvivadhanakul P, Wongdet R. Outcome of Treatment in Gouty Arthritis Patients: A Retrospective Study. *J Med Assoc Thai.* 2015 Apr;98 Suppl 3: S46-50.
15. Mangkala jintara. Treat-to-target of Gouty Arthritis at Rak-Kor Clinic Nongkhai Hospital. *Journal of The Department of Medical Services* 2022 Vol. 47 Issue 2 Pages 69-77.
16. L. N. Helget, A. Davis-Karim, J. R. O'Dell, T. R. Mikuls, J. A. Newcomb, M. Androsenko, et al. *Am J Kidney Dis* 2024 Vol. 84 Issue 5 Pages 538-545.
17. L. K. Stamp, W. J. Taylor, P. B. Jones, J. L. Dockerty, J. Drake, C. Frampton, et al. *Arthritis Rheum* 2012 Vol. 64 Issue 8 Pages 2529-36.
18. Janssen CA, Oude Voshaar MAH, Klooster PMT, Vonkeman HE, Laar MAFJ. Prognostic factors associated with early gout flare recurrence in patients initiating urate-lowering therapy during an acute gout flare *Clin Rheumatol.* 2019 Aug;38(8):2233-9.
19. S. H. Ralston, H. A. Capell and R. D. Sturrock. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1988 Vol. 296 Issue 6637 Pages 1641-2.