



ประสิทธิผลการรักษาด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดในด้านลดความเจ็บปวด และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมโรงพยาบาลกลาง

ศิวัช อีระจารุวรรณ¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม (Pain Visual Analog Scale) และระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม (Modified WOMAC score) เปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดของคลินิกกระดูกและสรีรศาสตร์โรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต ประชากรคือผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกลาง 30 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ คุณลักษณะส่วนบุคคล, ระดับความปวดของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม, คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม และระดับความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมจากภาพถ่ายรังสี แบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้อธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ, วิเคราะห์ข้อมูลเชิงอุปมาน ด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test ผลวิจัยการศึกษาประสิทธิผลการรักษาด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดในด้านลดความเจ็บปวดและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมโรงพยาบาลกลาง พบว่าสามารถลดระดับความเจ็บปวด (Pain Visual Analog Scale) ค่าเฉลี่ยระดับความปวดก่อนและหลังคือ 8.03 และ 3.37 ($P\text{-value} < 0.01$) และสามารถเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม (modified WOMAC score) ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมคุณภาพชีวิตก่อนและหลังคือ 131.40 และ 63.10 ($P\text{-value} < 0.01$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดของคลินิกกระดูกและสรีรศาสตร์โรงพยาบาลกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม, สรีรศาสตร์

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลกลาง, จังหวัดภูเก็ต

E-mail: siwat_liw@hotmail.com



The effectiveness of non-surgical treatment in reducing pain and improving quality of life among patients with osteoarthritis of the knee in Thalang Hospital.

Siwat Teerajaruwan¹

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the pain visual analog scale and modified WOMAC score of the with knee osteoarthritis to compare before and after non-surgical treatment of Orthopedist and the Multidisciplinary team of Thalang Hospital, Phuket Province. The population consisted of 30 elderly patients with osteoarthritis of the knee receiving treatment at Thalang Hospital. Using a specific random method. Data were collected by using an interview form consisting of 4 parts: personal characteristics, pain levels of patients, quality of life of patients and the degree of severity of knee osteoarthritis from radiographs. Interview forms are verified for content validity by experts. Data were analyzed using Descriptive statistics Used to describe personal characteristics of the elderly, Analyze data with Paired t-test statistics. The results showed that the study of non-surgical treatment efficacy in reducing pain and improving the quality of life of patients with osteoarthritis of the knee at Thalang Hospital. It was found that the pain visual analog scale was 8.03 and 3.37 ($P\text{-value} < 0.01$) before and after, and the modified WOMAC score was also improved. The mean total scores before and after were 131.40 and 63.10 ($P\text{-value} < 0.01$) after participating in the non-surgical osteoarthritis treatment program of the Orthopedist and the multidisciplinary team of Thalang Hospital. Compared to before joining the program

Keywords: Quality of life of knee osteoarthritis patients, Multidisciplinary team

¹ Medical Doctor, Professional Level, Thalang Hospital, Phuket Province

E-mail: siwat_liw@hotmail.com

บทนำ

สถานการณ์และแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลกในทุกปี องค์การสหประชาชาติ นิยามว่า ประเทศใดมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกิน 10% หรือมีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปเกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคม สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Age Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 20% และอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็น 14 % (World Health Organization, 2009)

ในประเทศไทย พบมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.8 และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561) ปัญหาของกลุ่มผู้สูงอายุนั้นส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมาก โรคกระดูกและข้อก็เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะโรคข้อเข่าเสื่อม ทั่วโลกมีความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 22.9 หรือคิดเป็นจำนวน 654.1 รายต่อล้านประชากร อุบัติการณ์การเกิด 203 ต่อหมื่นประชากร ในประชากร อายุมากกว่า 20 ปี อัตราความชุกและอัตราอุบัติการณ์ ในเพศหญิงต่อเพศชาย คือ 1.69 และ 1.39 (Regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies. E Clinical Medicine., 2020) ส่วนในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อมากสูงกว่า 6 ล้านคน ซึ่งโรคข้อเข่าเสื่อมพบได้มากที่สุดเป็นลำดับ 1 (กรมการแพทย์, 2561)

ภาวะข้อเข่าเสื่อม เกิดจากภาวะ ที่ร่างกายสูญเสียกระดูกอ่อนผิวข้อและน้ำไขข้อที่ลดลง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของกระดูกบริเวณข้อ เช่น เกิดกระดูกงอกในข้อ เยื่อหุ้มข้อหนาตัวมากขึ้น อันจะส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการทางคลินิกที่มีอาการ ปวดในข้อ ข้อบวม พิสัยการเคลื่อนไหวข้อลดลง เสียแรงในข้อ เป็นต้น (แนวทางปฏิบัติบริการดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม ราชวิทยาลัย ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2554) ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการทำงานและคุณภาพชีวิตที่ด้อยลง คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะโรค แม้ว่าโรคไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและยังเป็น 1 ใน 10 ที่เป็นสาเหตุสำคัญให้เกิดทุพพลภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย ดังนั้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจึงเป็นหนึ่งในเป้าหมายของการรักษาที่กำหนดไว้ในแนวปฏิบัติบริการดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมนิยมใช้การประเมินมิติด้านความปวด ความฝืดของข้อ และการใช้งานข้อ โดยเครื่องมือที่ได้รับความนิยม คือ แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม modified WOMAC ฉบับภาษาไทย (J Thai Rehabil 2000) ซึ่งแนะนำในแนวทางปฏิบัติบริการดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม พ.ศ. 2554 ของ ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย

ในปัจจุบันมีแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical practice guidelines, CPG) ใช้เป็นแนวทางการตัดสินใจรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีความเป็นวิทยาศาสตร์และมีความสมเหตุสมผลมากขึ้น เป้าหมายในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมนั้น คือการบรรเทาอาการปวด และเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหว การรักษาโดย

วิธีการไม่ผ่าตัดประกอบด้วย การบำบัดรักษาแบบใช้ยา (Pharmacological therapy) ซึ่งได้แก่ กลุ่มยา แก้ปวด พื้นฐานทั้งการรับประทานและยาทาเฉพาะที่ โดยในระยะที่มีการอักเสบอาจพิจารณาฉีดยาเข้าข้อเข้าเพื่อลดการอักเสบบรรเทาปวด การฉีดน้ำไขข้อเทียม (Intraarticular injection) การให้ยาในกลุ่ม Glucosamine sulphate นอกจากการรักษาด้วยยาแล้วผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการทำกายภาพบำบัด กายบริหารบำบัดเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของข้อและเพิ่มพิสัยของข้อ การให้ความรู้ผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเข้าเสื่อมมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ความรู้เรื่องโรค คำแนะนำในการดูแลตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (แนวทางเวชปฏิบัติ American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS 2020)) ซึ่งในส่วนนี้เองจะเห็นได้ว่านอกจากแพทย์จ่ายยาและฉีดยารักษาแล้ว การรักษาโดยไม่ผ่าตัดร่วมกันกับแพทย์แผนไทยและแผนกกายภาพบำบัด จะส่งเสริมให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อาทิเช่นในด้านการลดปวดด้วยการนวดประคบ การใช้เครื่องอัลตราซาวด์ การกระตุ้นไฟฟ้า รวมไปถึงการส่งเสริมเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข้าเสื่อม โดยการจัดหากายอุปกรณ์เสริมและเครื่องช่วยเดิน ปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวัน และสภาพแวดล้อมภายในบ้าน

โรงพยาบาลกลางเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง ให้การดูแลผู้ป่วยในเขตอำเภอกลางจังหวัดภูเก็ต มีศัลยแพทย์กระดูก แผนกกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย ดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อม จากข้อมูลด้านสุขภาพปีงบประมาณ 2562-2565 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก 243 ราย ในปี พ.ศ. 2563 และเพิ่มขึ้นเป็น 277 ราย ในปี พ.ศ. 2564 และ 325 ในปี พ.ศ. 2565 จะเห็นว่าแนวโน้มผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมเพิ่มขึ้นทุกปี อย่างไรก็ตามยังไม่มีมีการเก็บข้อมูลเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อนและและระดับคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลกลาง ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยข้อเข้าเสื่อม (Pain Visual Analog Scale) และ ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข้าเสื่อม (Modified WOMAC score) เปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษาผู้ป่วยข้อเข้าเสื่อมด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดของคลินิกกระดูกและสรีรศาสตร์โรงพยาบาลกลาง อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมร่วมกันของแพทย์ นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยข้อเข้าเสื่อม (Pain Visual Analog Scale) เปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษาผู้ป่วยข้อเข้าเสื่อมด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดของคลินิกกระดูกและ สรีรศาสตร์โรงพยาบาลกลาง
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข้าเสื่อม (Modified WOMAC score) เปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษาผู้ป่วยข้อเข้าเสื่อมด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดของคลินิกกระดูกและสรีรศาสตร์โรงพยาบาลกลาง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research Study) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) โดยตัวแปรอิสระ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม คือระดับ ระดับความเจ็บปวดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมก่อนการรักษาและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรักษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกกระดูกและข้อ โรงพยาบาลกลาง ตั้งแต่ 1 มกราคม-30 มิถุนายน 2566 ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในผู้รับบริการที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่ามีภาวะข้อเข่าเสื่อมโรงพยาบาลกลาง ตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อการเก็บข้อมูลในครั้งนี้คือ แบบสัมภาษณ์ (Interview form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย สอบถามข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลอาการปวดเข่าของอาสาสมัคร และประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักตัว ส่วนสูง อาชีพระดับการศึกษา โรคประจำตัวข้อเข่าที่มีอาการปวดระยะเวลาปวด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความเจ็บปวดก่อนการรักษาและหลังการรักษา โดยการใช้ ค่าคะแนนความปวด แบบประเมินมีระดับการปวดทั้งหมด 6 ระดับ ดังนี้ คือ ระดับ 0 คือ ไม่ปวด ระดับ 1-2 คือ ปวดรำคาญ ระดับ 3-4 คือ ปวดเล็กน้อย ระดับ 5-6 คือ ปวดปานกลาง ระดับ 7-9 คือ ปวดมาก ระดับ 10 คือ ปวดมากที่สุดทนไม่ได้ โดยมีลักษณะ ใบหน้าที่มีการเปลี่ยนแปลงตามอาการความเจ็บปวดของผู้ป่วย ที่มา จาก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โดยผู้ศึกษาเป็นผู้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบ และผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง และผู้ศึกษาจดบันทึกก่อนการรักษาครั้งที่ 1 และหลัง การรักษาครั้งที่ 2 เพื่อประเมินความแตกต่าง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม modified WOMAC ฉบับภาษาไทย แบบวัดนี้เป็นเครื่องมือเฉพาะโรคที่นิยมใช้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งได้รับการแนะนำใน แนวทางปฏิบัติบริการดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม พ.ศ. 2554 ของราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย เป็นแบบประเมินฉบับภาษาไทยมีคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาที่ยอมรับได้ทั้งในด้านความเที่ยงและความตรงโดยการทดสอบความน่าเชื่อถือประกอบด้วย คำถาม 3 หมวด คือ หมวดระดับความปวด 5 ข้อ หมวดระดับอาการข้อฝืด 2 ข้อ และหมวดระดับความสามารถในการใช้งานข้อ 15 ข้อ มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 ซึ่งคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีปัญหาในข้อคำถามนั้น ส่วนคะแนน 10 หมายถึงมีปัญหาจนไม่สามารถทนได้ คะแนน modified WOMAC ที่น้อยบ่งบอกถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 4 ประเมินความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมจากภาพถ่ายทางรังสี (Kellgren and Lawrence system) (ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินให้)

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้อธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของสูงอายุ รายงานผลเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, วิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน ด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test โดยพิจารณาค่า P-value ที่มีค่าน้อยกว่า 0.05 หรือมีนัยสำคัญทางสถิติ (Significantly) และรายงานผลเป็นค่า Mean differences, P-value และ 95% Confidence Interval

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เอกสารรับรองเลขที่ PKPH2023-01

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม พบว่า ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมมีสัดส่วนเพศหญิง (83.33%) ช่วงอายุของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมอยู่ระหว่าง 65-75 ปี (56.67%) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 70 ปี (S.D.=6.70) อายุสูงสุด 88 ปี และต่ำสุด 60 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่/สมรสและอยู่ด้วยกัน (56.67%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (76.67%) , ว่างาน ไม่มีอาชีพ (66.67%) ส่วนสูงในช่วง 150-160 เซนติเมตร (56.67%) ส่วนสูงเฉลี่ยเท่ากับ 157 เซนติเมตร (S.D.=8.56), มีน้ำหนักในช่วง 50-80 กิโลกรัม (71.33%) น้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 65 กิโลกรัม (S.D.=14.04), และ ดัชนีมวลกาย(BMI) อยู่ในช่วงน้ำหนักเกิน 25-30 (40.00%) ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 26 (S.D.=5.42)

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวร่วมด้วย (93.33%) โดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด 21 คน (70.00%) รองลงมาคือเบาหวาน (ร้อยละ 40.00%), ส่วนใหญ่มาด้วยอาการปวดเข่าทั้งสองข้าง (56.67%) และระยะเวลาที่ปวดก่อนเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลกลางคือ 1-3 ปี (46.67%) การประเมินระยะความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมจากภาพถ่ายทางรังสี (Kellgren and Lawrence system) พบว่าส่วนใหญ่เป็นระยะเริ่มต้นคือระยะที่ 1 (33.33%) และระยะที่ 2 (33.33%) มากที่สุดจาก 4 ระยะ (ตารางที่1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่เข้าร่วมโปรแกรมการรักษาด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดโรงพยาบาลกลาง (n=30)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	16.67
หญิง	25	83.33
อายุ (ปี)		
< 65	7	23.33
65 – 75	17	56.67
>= 75	6	20.00
Mean = 69.87, S.D.=6.70, Min =60, Max =88		
สถานภาพ		
โสด	3	10.00
คู่ แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	17	56.67
หม้าย/หย่า/แยก	10	33.33
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้ศึกษา	2	6.67
ประถมศึกษา	23	76.67
มัธยมศึกษา	0	0.00
อนุปริญญา/ปวส.	0	0.00
ปริญญาหรือเทียบเท่า	5	16.67
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00
อาชีพ		
ว่างงาน/ไม่มีอาชีพ	20	66.67
เกษตรกรกรรม	6	20.00
ค้าขาย/เจ้าของกิจการ	3	10.00
ข้าราชการบำนาญ	4	13.00
รับจ้างทั่วไป	3	10.00
ส่วนสูง (เซนติเมตร)		
<150	8	26.67
150-160	17	56.67

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
≥ 160	5	16.67
Mean = 156.90, S.D.=8.56, Min =140, Max =185		
น้ำหนัก (กิโลกรัม)		
<50	4	13.33
50-80	22	71.33
≥ 80	4	13.33
Mean = 65.00, S.D.=14.04, Min =43, Max =102		
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
<18.5	1	3.33
18.5-23	8	26.67
23-25	4	13.33
25-30	12	40.00
≥ 30	3	16.67
Mean = 26.43, S.D.= 5.42, Min =18, Max =41		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	2	6.67
มี	28	93.33
ความดันโลหิตสูง	21	70.00
เบาหวาน	12	40.00
ไขมันในเลือดสูง	8	26.67
เก๊าท์	1	3.33
อื่นๆ	6	20.00
ข้างที่ปวด		
ขวา	8	26.67
ซ้าย	5	16.67
ทั้งสองข้าง	17	56.67
ระยะเวลาที่ปวด		
<1 เดือน	1	3.33
1 - 6 เดือน	6	20.00
6 เดือน - 1 ปี	2	6.67

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1 ปี – 3 ปี	14	46.67
3 - 5 ปี	2	6.67
>5 ปี	5	16.67
ระยะของโรคเข้าเสื่อมจากภาพถ่ายทางรังสี		
1	10	33.33
2	10	33.33
3	9	30.00
4	1	3.33

การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความเจ็บปวด Pain Visual Analog Scale ของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดของคลินิกกระดูกและสรีรศาสตร์โรงพยาบาลถลาง

ผลการเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวด Pain Visual Analog Scale ของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดของคลินิกกระดูกและสรีรศาสตร์โรงพยาบาลถลาง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ระดับความเจ็บปวด Pain Visual Analog Scale ของผู้ป่วย **ลดลง (คะแนนลดลง)** โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X}=8.03$, S.D.=1.96) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X}=3.37$, S.D.=1.99) ผลการวิจัยสรุปว่า ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่เข้าร่วมกิจกรรมตามการรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดของคลินิกกระดูกและสรีรศาสตร์โรงพยาบาลถลาง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีระดับความเจ็บปวด Pain Visual Analog Scale **แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ** เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value<0.001) และมีผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 9.16

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความเจ็บปวด Pain Visual Analog Scale ของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดของคลินิกกระดูกและสรีรศาสตร์โรงพยาบาลถลาง

ระดับความเจ็บปวด	n	Mean	S.D.	t	df	P-value
Pain Visual Analog Scale						
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	30	8.03	1.96			
หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	30	3.37	1.99	9.16	58	<0.001

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม modified WOMAC score (Western Ontario and Macmaster University) ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดของคลินิกกระดูกและสรีรศาสตร์โรงพยาบาลกลาง

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม Modified WOMAC score (Western Ontario and Macmaster University) ของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดของคลินิกกระดูกและสรีรศาสตร์โรงพยาบาลกลาง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม modified WOMAC score (Western Ontario and Macmaster University) ของผู้ป่วย ดีขึ้น (คะแนนลดลง) โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมามีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X}$ =131.40, S.D.=55.50) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X}$ =63.10, S.D.=50.64), คุณภาพชีวิตในระดับความปวดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมามีเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X}$ =30.70, S.D.=13.24) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X}$ =15.90, S.D.=12.39), คุณภาพชีวิตในระดับอาการข้อฝืด ข้อยึด ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมามีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X}$ =9.07, S.D.=7.21) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X}$ =3.50, S.D.=5.42), คุณภาพชีวิตในความสามารถในการใช้งานข้อ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมามีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X}$ =91.57, S.D.=39.02) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X}$ =43.70, S.D.=34.40) ผลการวิจัยสรุปว่า ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่เข้าร่วมกิจกรรมตามการรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดของคลินิกกระดูกและสรีรศาสตร์โรงพยาบาลกลาง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมามีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม Modified WOMAC score (Western Ontario and Macmaster University) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value<0.001) มีผลต่างของค่าคะแนนรวมเฉลี่ย เท่ากับ 4.98 โดยในมิติของระดับความปวด, ระดับอาการข้อฝืด, ข้อยึด และความสามารถในการใช้งานข้อ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ก็มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value<0.001) เช่นเดียวกัน โดยมีผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.49, 3.38, 5.04 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม Modified WOMAC score (Western Ontario and Macmaster University) ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดของคลินิกกระดูกและสรีรศาสตร์โรงพยาบาลกลาง

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม Modified WOMAC score	n	Mean	S.D.	t	Df	P-value
คะแนนรวม						
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	30	131.40	55.50	4.98	58	<0.001
หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	30	63.10	50.64			
ระดับความปวด						
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	30	30.77	13.24	4.49	58	<0.001
หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	30	15.90	12.39			
ระดับอาการข้อฝืด, ข้อยึด						
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	30	9.07	7.21	3.38	58	<0.001
หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	30	3.50	5.42			
ความสามารถในการใช้งานข้อ						
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	30	91.57	39.02	5.04	58	<0.001
หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	30	43.70	34.40			

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม modified WOMAC score (Western Ontario and Macmaster University) ในแต่ละมิติ คือ ระดับความปวด อาการข้อฝืด ประกอบด้วยคำถาม และระดับการใช้งานข้อ

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม Modified WOMAC score (Western Ontario and Macmaster University) ของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดของคลินิกกระดูกและสรีรศาสตร์โรงพยาบาลกลาง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม modified WOMAC score (Western Ontario and Macmaster University) คะแนนข้อคำถามในแต่ละมิติ ได้แก่ ระดับความปวด ระดับอาการอาการข้อฝืด และความสามารถในการใช้งาน ของผู้ป่วย **ดีขึ้น (คะแนนลดลง)** ในทุกข้อคำถาม ผลการวิจัยสรุปว่า ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่เข้าร่วมกิจกรรมตามการรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดของคลินิกกระดูกและสรีรศาสตร์โรงพยาบาลกลาง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนข้อคำถามในแต่ละมิติของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม Modified

WOMAC score (Western Ontario and Macmaster University) ได้แก่ ระดับความปวด ระดับอาการอาการข้อฝืด และความสามารถในการใช้งานของผู้ป่วย แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีผลต่างของค่าคะแนนรวมเฉลี่ยมากที่สุดในความสามารถในการลุกยืนจากท่านั่ง โดยมีผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 5.56 และ ผลต่างของค่าคะแนนรวมเฉลี่ยน้อยที่สุดในระดับปวดข้อตอนพักอยู่เฉยๆ โดยมีผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.76

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม modified WOMAC score (Western Ontario and Macmaster University) ในแต่ละมิติ ได้แก่ ระดับความปวด ระดับอาการอาการข้อฝืด และความสามารถในการใช้งาน

ข้อคำถาม	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		T	p-value	95% CI
	โปรแกรมฯ		โปรแกรมฯ				
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ระดับการปวด							
1 ปวดขณะเดินพื้นราบ	7.00	2.69	3.70	2.70	4.73	<0.001	1.90-4.69
2 ปวดขณะขึ้นลงบันได	7.60	2.48	4.13	2.79	4.76	<0.001	2.01-4.92
3 ปวดข้อตอนกลางคืน	5.60	3.63	2.63	2.96	3.47	<0.001	1.25-4.68
4 ปวดข้อตอนพักอยู่เฉยๆ	4.30	3.54	2.07	2.66	2.76	0.004	0.61-3.85
5 ปวดข้อขณะยืนลงน้ำหนัก	6.27	3.37	3.37	3.13	3.45	<0.001	1.22-4.58
ระดับอาการข้อฝืด, ข้อยึด							
1 ข้อฝืดช่วงเช้า (ขณะตื่นนอน)	4.40	3.84	1.77	3.14	2.90	0.003	0.82-4.44
2 ข้อฝืดในช่วงระหว่างวัน	4.67	3.62	1.73	2.53	3.63	<0.001	1.32-4.55
ความสามารถในการใช้งานข้อเข่า							
1 การลงบันได	7.53	2.90	3.90	2.60	5.10	<0.001	2.20-5.06
2 การขึ้นบันได	7.67	2.83	3.93	2.60	5.32	<0.001	2.33-5.14
3 การลุกยืนจากท่านั่ง	6.97	2.56	3.20	2.68	5.56	<0.001	2.41-5.12
4 การยืน	6.93	2.90	3.43	2.75	4.80	<0.001	2.04-4.97
5 การเดินพื้นราบ	6.83	2.92	3.23	2.65	5.00	<0.001	2.46-5.04
6 การการขึ้นลงรถยนต์	6.30	3.20	3.43	2.80	3.69	<0.001	1.34-4.42
7 การไปซื้อของ	6.27	3.14	3.20	2.84	3.96	<0.001	1.52-4.61
8 การใส่กางเกง	5.50	3.04	2.67	2.51	3.93	<0.001	1.39-4.27

ข้อคำถาม	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		T	p-value	95% CI
	โปรแกรมฯ		โปรแกรมฯ				
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
9 การลุกจากเตียง	5.90	3.46	2.97	2.86	3.58	<0.001	1.29-4.57
10 การถอดกางเกง	5.67	2.95	2.70	2.48	4.21	<0.001	1.56-4.38
11 การอาบน้ำเอง	4.23	3.40	1.87	2.31	3.15	0.003	0.86-3.87
12 การนั่ง	5.47	2.71	2.13	2.13	5.29	<0.001	2.07-4.59
13 การนั่งส้วม	4.73	3.43	1.93	2.26	3.73	<0.001	1.30-4.30
14 การทำงานบ้านหนักๆ	6.13	3.07	2.93	2.66	4.31	<0.001	1.74-4.69
15 การทำงานบ้านเบาๆ	5.43	3.37	2.17	2.57	4.22	<0.001	1.71-4.81

การอภิปรายและสรุปผล

โปรแกรมการรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดของคลินิกกระดูกและสรีรศาสตร์โรงพยาบาลกลาง มีการจัดกิจกรรมที่ 2-4 คือ กิจกรรมที่ 2 Acetaminophen ให้ยาบรรเทาอาการปวด/NSAID ให้ยาลดการอักเสบของข้อเข่าเสื่อม, กิจกรรมที่ 3 Tropical Analgesia ให้ยาทาแก้ปวดเฉพาะที่, กิจกรรมที่ 4 Intra-articular steroid injection แพทย์ฉีดยาลดการอักเสบลดปวดในข้อเข่า ทั้ง 3 กิจกรรมข้างต้น มีวัตถุประสงค์เพื่อลดการอักเสบของและลดปวดข้อเข่าซึ่งสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติ American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS 2020) และ แนวทางปฏิบัติบริการดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม พ.ศ. 2554 ของ ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ซึ่งแพทย์ผู้ให้การรักษาเป็นผู้มีบทบาทหลักในกิจกรรมทั้ง 3 โดยเฉพาะในกิจกรรมที่ 4 การฉีดยาสเตียรอยด์ชนิดฉีดเข้าข้อในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีการแนะนำเป็นทางเลือกในการรักษาจากแนวทางเวชปฏิบัติและงานวิจัยหลายฉบับ อาทิ เช่น จากงานวิจัย (Komchan, 2023) เปรียบเทียบประสิทธิภาพของการรักษาด้วยการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อ intra-articular triamcinolone acetonide 10 mg vs. 40 mg ติดตามผลที่ 4 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์หลังฉีด ผลการศึกษาพบว่าในทั้งสองขนาดยาที่ฉีดสามารถลดปวดจากข้อเข่าเสื่อมและอาการต่างๆจากการอักเสบของข้อเข่าได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในการลดปวดระหว่างการให้ยาทั้งสองขนาด นอกจากนั้นผลงานวิจัยอื่น พบว่าการใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดฉีดเข้าข้อมีประสิทธิภาพในการลดอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ระดับปานกลางในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 หลังจากฉีดเท่านั้น (ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์, 2554) ในโปรแกรมจึงมีการนัดผู้ป่วยมาติดตามอาการในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินและให้การรักษาด้วยกิจกรรมอื่นๆควบคู่กันไป นอกเหนือจากการรักษาด้วยยา โดยมี กิจกรรมที่ 5 แผนไทยประคบและนวดแผนไทยบรรเทาปวด และ กิจกรรมที่ 6 กายภาพบำบัดทำกายภาพบำบัดและสอนท่าบริหารกล้ามเนื้อต้นขา/เพิ่มพิสัยข้อเข่าแนะนำปรับพฤติกรรม ท่าทางในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งก็สามารถระดับอาการปวดได้ดีหลังจากรักษาด้วยกิจกรรมอื่นๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของ (ฐริชญา วีระศิริรัตน์ และคณะ,

2557) ศึกษาการรักษาโดยวางแผนประคบร้อน การยืดกล้ามเนื้อขา การออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อขา เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งอาสาสมัครทุกคนได้รับการตรวจประเมินข้อเข่า วัดระดับความรุนแรงของอาการปวดโดยใช้ Visual Analog Scale (VAS) ประเมินภาวะความบกพร่องความสามารถของข้อเข่าโดยใช้ The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) และวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าก่อนการรักษาทันทีหลังการรักษา 1 เดือน และ 3 เดือน ผลจากการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการรักษา พบว่ามีค่าระดับความรุนแรงของอาการปวดลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ทันทีหลังการรักษา 1 เดือน และ 3 เดือน และค่า WOMAC pain และ stiff ลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 1 เดือน และ 3 เดือน ($p\text{-value}<0.05$)

โปรแกรมการรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดของคลินิกกระดูกและสรีรเวชวิทยาโรงพยาบาลกลาง มีการจัดกิจกรรมที่ 1 Patient Education ให้ความรู้ความเข้าใจในโรคข้อเข่าเสื่อม การดูแลตนเองเบื้องต้น เพื่อให้ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมเข้าใจมีความรู้พื้นฐานในตัวโรค การดำเนินของโรคแนวทางการรักษา และ แนวทางการปฏิบัติตัว, กิจกรรมที่ 6 กายภาพบำบัดทำกายภาพบำบัดและสอนทำบริหารกล้ามเนื้อต้นขา/เพิ่มพิสัยข้อเข่า แนะนำปรับพฤติกรรม ท่าทางในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้การรักษาระยะยาวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ป้องกันอาการของโรคไม่ให้เกิดมาเป็นกำเริบบ่อยครั้ง และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ซึ่งจากผลการวิจัยก็สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าของ (ภุริชญา วีระศิริรัตน์ และคณะ, 2557) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ (ชวิศ เมธาบุตร, 2565) ซึ่งการวิจัยดังกล่าวศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา, พัฒนารูปแบบ การจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ และประเมินผล ผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม 86 คน ที่ไม่เคยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โดยแบบประเมิน Oxford Knee Score แนวทางการสนทนากลุ่มแบบสอบถาม Modified WOMAC Score และแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค พบว่า หลังจากได้รูปแบบจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การคัดกรอง ส่งเสริมป้องกัน รักษาเบื้องต้น ติดตามเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลสนับสนุนด้านวิชาการ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ และงบประมาณ ผลพบว่า คะแนน Modified WOMAC Score คะแนนความปวด ความผิดปกติ คะแนนรวม และคะแนนระดับความปวด ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) จึงสามารถสรุปได้ว่านอกจากการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติแล้ว การมีส่วนร่วมกันในการรักษาของโปรแกรมฯ ระหว่างผู้ป่วย พยาบาล แพทย์ แพทย์ไทย นักกายภาพบำบัด เพื่อหาแนวทางการรักษาในบริบทที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยนอกจากจะช่วยบรรเทาอาการแล้วยังเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในแต่ละมิติได้เป็นอย่างดี

ดังนั้นการศึกษาประสิทธิผลการรักษาด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดในด้านลดความเจ็บปวดและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมโรงพยาบาลกลาง พบว่าสามารถลดระดับความเจ็บปวด (Pain Visual Analog Scale) และเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม (modified WOMAC score) ให้ดีขึ้น หลังเข้าร่วมโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดของคลินิกกระดูกและสรีรเวชวิทยาโรงพยาบาลกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการรักษาด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดในด้านลดความเจ็บปวดและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมโรงพยาบาลกลางในระยะเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อให้เกิดการรักษาโรคอย่างมีประสิทธิภาพ โปรแกรมการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมควรเพิ่มระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมและการเก็บข้อมูลการประเมินผลจากการเข้าร่วมโปรแกรมให้นานมากกว่า 8 สัปดาห์

2. การวิจัยในครั้งนี้ ใช้แบบสอบถาม WOMAC แบบ Visual analog scale 0-10 พบปัญหาและผู้ทำแบบสอบถามเป็นผู้สูงอายุ จึงมีความสับสนในการให้คะแนน จึงคิดว่าแบบสอบถาม WOMAC 5-point Likert ซึ่งแบ่งระดับคุณภาพชีวิตโดยระดับความรุนแรงของอาการเป็น 5 ตัวเลือก ประกอบด้วย ไม่มีอาการ เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด น่าจะสะดวกและง่ายต่อการให้คะแนนเพราะสามารถระบุอาการของผู้ป่วยได้ชัดเจนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ชวิต เมธานุตร. (2565). การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 16(3), 969-985.
- ธนชัย รินไธสง. (2564). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลบรบือ. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 5(10), 64-75.
- ปภัสรา หาญมนตรี และคณะ. (2557). ความเที่ยงในการทดสอบซ้ำและความสัมพันธ์ของแบบประเมิน Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis ฉบับภาษาไทย กับคะแนนปวดในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด. 26(1), 84-92.
- ภูริชญา วีระศิริรัตน์ และคณะ. (2557). ผลของการจัดการทางกายภาพบำบัดในพระสงฆ์ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม (รายงานวิจัย). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ยุทธนา นุ่นละออง และคณะ. (2560). ผลของโปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยท่าฤๅษีตัดต้นร่วมกับการประคบร้อน เพื่อบรรเทาความปวดในผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 46(2), 71-78.
- ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. แนวเวชปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคข้อเข่าเสื่อม พ.ศ.2554. <https://www.rcost.or.th/th/>.

- Arroll B, Goodyear-Smith F. (2004). **Corticosteroid injections for osteoarthritis of the knee: meta-analysis.** British Medical Journal. 328(7444), 869.
- Deyle GD, Allen CS, Allison SC, Gill NW, Hando BR, Petersen EJ, et al. (2020). **Physical therapy versus glucocorticoid injection for osteoarthritis of the knee.** The New England Journal of Medicine. 382(15), 1420–1429.
- Kuptniratsaikul V, Rattanachaiyanont M. (2007). **Validation of a modified Thai version of the Western Ontario and McMaster (WOMAC) osteoarthritis index for knee osteoarthritis.** Clinical Rheumatology. 26(10), 1641–1645.
- Long H, Liu Q, Yin H, Wang K, Diao N, Zhang Y, et al. (2022). **Prevalence trends of site-specific osteoarthritis from 1990 to 2019: findings from the global burden of disease study 2019.** Arthritis Rheumatology. 74(7), 1172–1183.
- McAlindon T. E., LaValley M. P., Harvey W. F., Price L. L., Driban J. B., Zhang M., et al. (2017). **Effect of intra-articular triamcinolone vs saline on knee cartilage volume and pain in patients with knee osteoarthritis: a randomized clinical trial.** The Journal of the American Medical Association. 317(19), 1967–75.
- Robert H. Brophy and Yale A. Fillingham. (2022). **AAOS Clinical Practice Guideline Summary: Management of Osteoarthritis of the Knee (Non arthroplasty).** (3rd ed). Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. 30(9), e721-e729.
- Utamawatin et al. (2023). **The efficacy of intra-articular triamcinolone acetone 10 mg vs. 40 mg in patients with knee osteoarthritis: a non-inferiority, randomized, controlled, double-blind, multicenter study.** BMC Musculoskeletal Disorders. 24(92), 1-9.