



การวินิจฉัยโรคเกาต์และ
แนวทางการรักษาภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันในโรคเกาต์
จำนวนหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง 2.5 หน่วยกิต
วันที่รับรอง: 27 ธันวาคม 2559
วันที่หมดอายุ: 26 ธันวาคม 2560

หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องแก่
ผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม

ธำปณี ใจปิ่นตา
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากอ่านบทความเสร็จสิ้นแล้ว ผู้อ่านจะสามารถ

1. เข้าใจอาการและอาการแสดง รวมถึงแนวทางการวินิจฉัยโรคเกาต์
2. เข้าใจหลักการเลือกใช้ยารักษาภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันในโรคเกาต์

บทนำ

โรคเกาต์เป็นโรคข้ออักเสบซึ่งเป็นผลจากการที่ระดับกรดยูริกในเลือดสูงเกินจุดอิ่มตัว ทำให้เกิดการตกผลึกเกลือโมโนโซเดียมยูเรต (monosodium urate; MSU) บริเวณข้อและเนื้อเยื่อต่างๆทั่วร่างกาย โดยผลึกเกลือดังกล่าวจะมีผลกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้เกิดกระบวนการอักเสบตามมา หากระดับกรดยูริกในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้ผลึกเกลือ MSU มากขึ้นตามไปด้วยและทำให้เกิดก้อนโทฟัสบริเวณข้อ เนื้อเยื่อและผิวหนัง ซึ่งมีผลทำลายกระดูกและข้อในที่สุด นอกจากนี้ในระยะท้ายของโรค ผลึกเกลือ MSU ที่เกิดขึ้นเรื้อรังยังส่งผลเสียต่อระบบไตของผู้ป่วย (1,2)

โรคเกาต์พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ (2) และเป็นโรคข้ออักเสบที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาพบอัตราการเกิดโรคเกาต์เพิ่มขึ้น 2 เท่า โดยมีพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงและเพิ่มขึ้นตามอายุ (3) โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มเป็นโรคคือ 60 ปี (2) โรคเกาต์มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับโรคกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือด กลุ่มอาการทางเมตาบอลิก (metabolic syndrome) โรคเบาหวาน (3) โรคหัวใจล้มเหลวและโรคไตเรื้อรัง (2) การรักษาโรคเกาต์อย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งช่วยลดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับข้อและไตลง (3)

อาการและอาการแสดง

ลักษณะสำคัญของโรคเกาต์ คือ การเกิดข้ออักเสบเฉียบพลันชนิดข้อเดียวหรือ 2-3 ข้อ มีอาการบวม แดง ร้อน กดเจ็บ และปวดแบบรุนแรงทันที (intense pain) ซึ่งอาจหายเองได้ ในระยะแรกมักพบอาการอักเสบบริเวณข้อของรยางค์ด้านล่าง เช่น ข้อนิ้วเท้า ข้อเท้า และข้อเข่า โดยเฉพาะข้อโคนนิ้วหัวแม่เท้าแรก (first metatarsophalangeal joint (MTP1) หรือ podagra) (รูปที่ 1) ซึ่งเป็นข้อที่พบว่าผู้ป่วยโรคเกาต์ร้อยละ 80-90 มีการอักเสบเป็นข้อแรก ภายหลังจากการเกิดภาวะข้ออักเสบเฉียบพลัน ผู้ป่วยอาจมีอาการดีขึ้นได้เองหรือดีขึ้นหลังจากได้รับการรักษา และจะเข้าสู่ระยะสงบหรือระยะปลอดอาการ ซึ่งเป็นช่วงระหว่างการเกิดภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันแต่ละครั้ง (1)



รูป 1 ข้อโคนนิ้วหัวแม่เท้าแรกอักเสบเฉียบพลัน (1)

การเกิดภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันของโรคเกาต์มักมีอาการเป็นครั้งคราวและกลับมาเป็นซ้ำ เนื่องจากการเกิดกระบวนการอักเสบของข้อหรือเนื้อเยื่อรอบข้อซ้ำๆ จากการสะสมของผลึกเกลือ MSU ในเนื้อเยื่อ โดยเฉพาะบริเวณรอบๆ ข้อ ทำให้เกิดปุ่มไตผิวหนัง หรือ ปุ่มโทฟัส ตามมา โดยมากเกิดหลายข้อ เช่น ข้อนิ้วมือ ข้อมือ ข้อศอก ข้อเท้าและข้อนิ้วเท้า

เป็นต้น (3) ลักษณะของปุ่มโทฟัส คือ ปุ่มนูนขึ้นใต้ผิวหนัง ด้านบนของปุ่มเป็นผิวหนังลักษณะใส ด้านในมีสีขาวคล้ายขอลค์ ด้านล่างหรือรอบฐานปุ่มมีสีแดง หากเจาะระบายน้ำในปุ่มพบว่าน้ำมีสีขาวคล้ายขอลค์ (รูปที่ 2) (4)

หากระดับกรดยูริกในเลือดสูงเป็นเวลานาน ทำให้มีปุ่มโทฟัสจำนวนมากขึ้น จะส่งผลทำลายข้อและเนื้อเยื่อโดยรอบ (chronic tophaceous gout) นอกจากนี้ผลึกเกลือ MSU ที่เพิ่มมากขึ้นยังส่งผลกระทบต่อระบบไตและก่อให้เกิดความผิดปกติของไตตามมาได้ เช่น nephrolithiasis, interstitial renal disease, chronic renal impairment เป็นต้น (1)



รูป 2 ตัวอย่างปุ่มโทฟัสบริเวณหู ข้อศอกและนิ้วมือ (4)

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคเกาต์มีเกณฑ์การวินิจฉัยแตกต่างกันตามชื่อของการประชุมหรือหน่วยงานซึ่งสร้างเกณฑ์การวินิจฉัยขึ้นมา โดยในปัจจุบันเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเกาต์ที่ได้รับความสนใจและนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ประกอบด้วย 3 เกณฑ์ ได้แก่ Rome criteria 1963, New York criteria 1966 และ American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism (ACR/EULAR) gout classification criteria 2015 (5) โดย Rome criteria เป็นแนวทางการวินิจฉัยโรคเกาต์ที่ถูกแนะนำในแนวทางเวชปฏิบัติทางการดูแลโรคเกาต์ของสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย พ.ศ.2555 (3) และ ACR/EULAR gout classification criteria 2015 เป็นแนวทางการวินิจฉัยโรคเกาต์ซึ่งใหม่ที่สุดในปัจจุบัน

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเกาต์ที่แน่ชัด คือ การตรวจพบผลึกเกลือ MSU จากน้ำไขข้อหรือปุ่มโทฟัส โดยเมื่อตรวจผ่านกล้องจุลทรรศน์มีลักษณะเป็นรูปเข็มและเมื่อตรวจผ่านกล้องจุลทรรศน์ชนิด compensated polarized light มีคุณสมบัติเป็น negative birefringence โดยหากทำการเจาะน้ำไขข้อหรือปุ่มโทฟัสในระยะที่มีภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันจะพบผลึกดังกล่าวอยู่ในเซลล์เม็ดเลือดขาว (รูป 3) (3,4)

ในกรณีที่ไม่สามารถเจาะตรวจหาผลึกเกลือ MSU อาจใช้เกณฑ์การพิจารณาอื่น เช่น

1. Rome criteria 1963 แนะนำการพิจารณาลักษณะทางคลินิกและ



รูป 3 ผลึกเกลือ MSU ในเม็ดเลือดขาวจากน้ำไขข้อเมื่อมองผ่านกล้องจุลทรรศน์ (1)

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยหากพบ 2 ใน 3 ข้อ จึงวินิจฉัยเป็นโรคเกาต์ (3,5) ได้แก่

- 1.1. ข้อบวมเจ็บซึ่งเกิดขึ้นทันทีทันใดและหายภายใน 1-2 สัปดาห์
- 1.2. พบปุ่มโทฟัส
- 1.3 ระดับกรดยูริกในเลือดสูง (ผู้ชาย > 7 มก./ดล.และผู้หญิง > 6 มก./ดล.)

2. American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism (ACR/EULAR) gout classification criteria 2015 ซึ่งประเมินจากลักษณะทางคลินิก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพถ่ายรังสีของข้อที่จำเพาะ โดยให้น้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อแตกต่างกัน ตามหลักฐานสนับสนุนความสัมพันธ์ของโรคเกาต์ ซึ่งข้อกำหนดของการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยดังกล่าว คือ ผู้ป่วยต้องมีอาการปวด บวมหรือตึงบริเวณข้อหรือถุงน้ำรอบข้อ (bursa) ของรายใดส่วนปลายจึงสามารถวินิจฉัยได้ (ตาราง 1) ผู้ประเมินต้องทำการตอบคำถามในแต่ละข้อ จากนั้นจึงรวมคะแนนและแปลผลการวินิจฉัย หากคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนนจึงวินิจฉัยเป็นโรคเกาต์

นอกจากนี้ เกณฑ์ดังกล่าวยังมีเครื่องมือช่วยคำนวณ คะแนน การวินิจฉัยผ่านทางอินเทอร์เน็ต (http://goutclassificationcalculator.auckland.ac.nz/) (รูป 4) โดยผู้ประเมินต้องตอบคำถามแต่ละข้อ จากนั้นระบบจะคำนวณคะแนนและแปลผลการวินิจฉัย หากคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน จึงวินิจฉัยเป็นโรคเกาต์ จากนั้นผู้ประเมินสามารถบันทึกหรือพิมพ์ใบรายงานผลการประเมินของผู้ป่วยแต่ละรายออกจากระบบได้ (4)

ตาราง 1 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเกาต์ตาม ACR/EULAR gout classification criteria 2015 (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 4)

เกณฑ์การวินิจฉัย		รายละเอียด	คะแนน
ลักษณะทางคลินิก	บริเวณที่มีการอักเสบของข้อหรือถุงน้ำรอบข้อ (bursa)	ข้อเท้าหรือข้อกลางเท้า (ข้อเดียวหรือหลายข้อ) ไม่นับรวม MTP1	1
		ข้อโคนนิ้วหัวแม่เท้าแรก (MTP1)	2
	ลักษณะอาการที่เกิดขึ้น	พบ 1 อาการ	1
		พบ 2 อาการ	2
		พบ 3 อาการ	3
	ระยะเวลาการอักเสบของข้อ: อาการปวดถึงจุดสูงสุดใน 24 ชั่วโมงและอาการกลับมาเป็นปกติภายใน 14 วัน	เกิดครั้งแรก	1
กลับมาเป็นซ้ำ		2	
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ปุ่มโทฟัส	พบปุ่มโทฟัส	4
	ระดับกรดยูริกในเลือด	< 4 มก./ดล.	- 4
		6 - < 8 มก./ดล.	2
		8 - < 10 มก./ดล.	3
	≥ 10 มก./ดล.	4	
ภาพถ่ายรังสีของข้อ	ผลึกเกลือ MSU ในน้ำไขข้อ	ไม่พบ/ไม่ได้ตรวจ	- 2
	ภาพการสะสมของผลึกเกลือ MSU บริเวณข้อหรือถุงน้ำรอบข้อที่อักเสบ (ภาพอัลตราซาวด์หรือ dual-energy computed tomography; DECT)	พบความผิดปกติ	4
	ภาพกระดูกข้อซึ่งถูกทำลายโดยสัมพันธ์กับโรคเกาต์	พบความผิดปกติ	4

หมายเหตุ: * ไม่นับรวมข้อโคนนิ้วหัวแม่เท้าแรก (first metatarsophalangeal joint; MTP1)

ACR-EULAR Gout Classification Criteria Calculator

Contact us: tneogi@bu.edu

This web-based calculator is intended to facilitate the scoring of the ACR- and EULAR-endorsed "ACR-EULAR Gout Classification Criteria", published in *Arthritis & Rheumatology*¹ and *Annals of the Rheumatic Diseases*² in 2015. These criteria are intended for identifying subjects who may be eligible for entry into a clinical study; they should not be used for diagnosis.³

The full ACR-EULAR Gout Classification Criteria table with values for each item's score can be downloaded [here](#).

Information entered into this web page will not be stored. You may print the results for your records.

Full details regarding how to use this instrument can be found in the publications.^{1,2} In brief, these criteria should only be scored if the subject meets the entry criterion. If the subject meets the sufficient criterion, the subject may be classified as having gout without further scoring. For each domain, the items are listed in hierarchical order and are mutually exclusive. As such, each domain should be scored for the highest category ever noted for the subject. A score of ≥8 classifies a subject as having gout.

References:

1. *Arthritis & Rheumatology* 2015;10:2557-2568 doi:10.1002/art.39254
2. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2015;74:1789-1798 doi:10.1136/annrheumdis-2015-208237
3. Aggarwal R., et al. *AC&R* 2015. doi:10.1002/acr.22583

Enter subject ID (for printing):XXXX			
Entry Criterion These criteria only apply to those who meet the Entry Criterion	At least one episode of swelling, pain, or tenderness in a peripheral joint or bursa	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
Sufficient Criterion (If met, can classify as gout without applying criteria below)	Presence of MSU crystals in a symptomatic joint or bursa (i.e., in synovial fluid) or tophus	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
Criteria (to be used if Sufficient Criterion not met): Score ≥8 required for classification as gout	Categories <i>Please select the highest category ever noted for each criteria.</i>	Select	
CLINICAL	Pattern of joint/bursa involvement during symptomatic episode(s) ever	Joint(s) or bursa(e) other than ankle, midfoot or 1st MTP (or their involvement only as part of a polyarticular presentation)	<input type="radio"/>
		Ankle OR midfoot (as part of monoarticular or oligoarticular episode without MTP1 involvement)	<input type="radio"/>
		MTP1 (as part of monoarticular or oligoarticular episode)	<input checked="" type="radio"/>
	Characteristics of symptomatic episode(s) ever: i. Erythema overlying affected joint (patient-reported or physician-observed) ii. Can't bear touch or pressure to affected joint iii. Great difficulty with walking or inability to use affected joint	No characteristics	<input type="radio"/>
		One characteristic	<input checked="" type="radio"/>
		Two characteristics	<input type="radio"/>
		Three characteristics	<input type="radio"/>

รูป 4 ตัวอย่างเครื่องมือช่วยคำนวณคะแนนการวินิจฉัยโรคเกาต์ผ่านทางอินเทอร์เน็ต ตามเกณฑ์ของ ACR/EULAR 2015 (6)

การรักษาภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันในโรคเกาต์

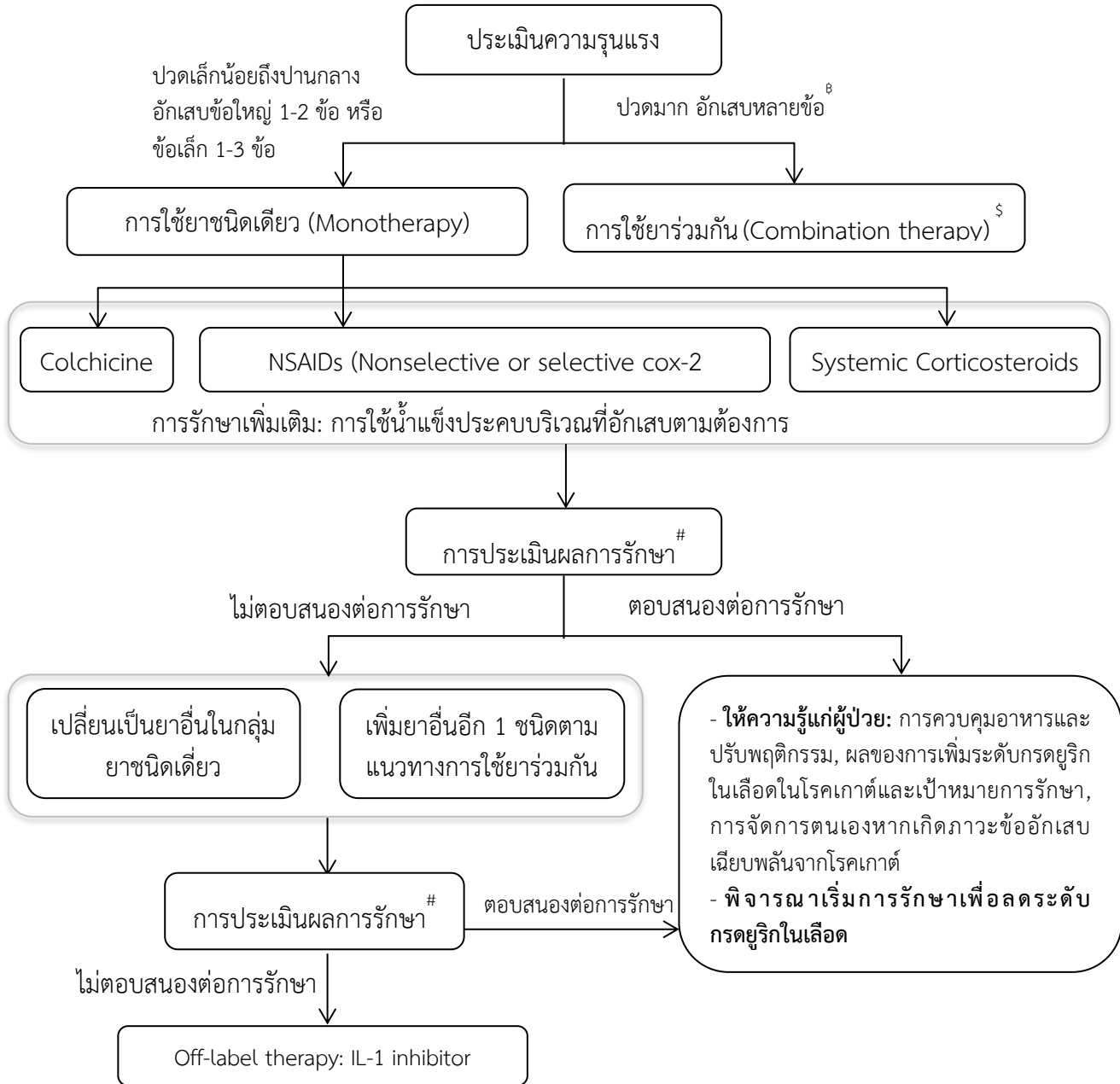
เป้าหมายหลักของการรักษาภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันในโรคเกาต์ คือ การบรรเทาอาการปวดและอักเสบของข้อ (1) โดย American college of rheumatology (ACR) แนะนำให้รักษาโดยใช้ยาหลัก 3 ชนิด ได้แก่ ยาโคลจิจีน (colchicine) กลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) และ กลุ่มยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids) นอกจากนี้ยังมียาอีก 2 กลุ่มซึ่งเริ่มมีบทบาทเพิ่มเติมในการรักษา คือ ยากลุ่ม interleukin-1 inhibitor (IL-1 inhibitor) เช่น anakinra มีบทบาทในผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้หรือไม่ตอบสนองต่อยา 3 กลุ่มหลัก และ ยากลุ่ม adrenocorticotrophic hormone (ACTH) เช่น corticotropin ที่ถูกแนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานยาได้ โดยมีหลักฐานสนับสนุนประสิทธิผลยาเหนือกว่า ยากลุ่ม corticosteroids แบบฉีดเข้าข้อ หลอดเลือดดำ และกล้ามเนื้อ (7)

การใช้ยารักษาภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันในโรคเกาต์ ควรเริ่มภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยมีอาการ โดยพบว่าการเริ่มยาในช่วงเวลาดังกล่าว มีรายงานประสิทธิผลของการรักษาจากผู้ป่วยดีกว่าช่วงอื่น และพิจารณาหยุดยาเมื่อข้อหายจากการอักเสบ ทั้งนี้ไม่แนะนำให้หยุดยาลดระดับกรดยูริกในเลือดระหว่างการเกิดภาวะข้ออักเสบเฉียบพลัน (3,7)

แนวทางการรักษาภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันจากโรคเกาต์

คำแนะนำทั่วไป

- การรักษาภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันควรรักษาด้วยยา
- การดูแลที่เหมาะสมและการรักษาด้วยยาควรเริ่มภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากมีอาการ
- ไม่แนะนำให้หยุด ปรับหรือเปลี่ยนยาลดระดับกรดยูริกในเลือดระหว่างการเกิดภาวะข้ออักเสบเฉียบพลัน



* คะแนนความปวด พิจารณาจาก visual analog scale (0-10 คะแนน) หากคะแนน 0-6 คะแนน หมายถึง ปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง และ 7-10 คะแนน หมายถึง ปวดมาก

^β การอักเสบหลายข้อ หมายถึง การอักเสบของข้อขนาดใหญ่ 3 ข้อขึ้นไป ได้แก่ ข้อเท้า ข้อเข่า ข้อมือ ข้อศอก ข้อสะโพกและข้อไหล่ หรือการอักเสบของข้ออื่น 4 ข้อขึ้นไป โดยต้องมีข้อขนาดใหญ่รวมด้วยอย่างน้อย 1 ข้อ

[§] กลุ่มยาที่แนะนำในการให้ยาร่วมกัน ได้แก่ 1. colchicine และ NSAIDs 2. colchicine และ corticosteroid แบบรับประทาน 3. corticosteroids แบบฉีดเข้าข้อ และ colchicine 4. corticosteroids แบบฉีดเข้าข้อ และ NSAIDs ไม่แนะนำการให้ยา NSAIDs ร่วมกับ systemic corticosteroids เช่น แบบรับประทาน แบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เนื่องจากมีผลเพิ่มอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหาร

[#] การตอบสนองการรักษ หมายถึง คะแนนความปวดลดลงอย่างน้อยร้อยละ 20 เมื่อประเมินผลภายใน 24 ชั่วโมงหลังเริ่มยา หรือ คะแนนความปวดต้องลดลงอย่างน้อยร้อยละ 50 เมื่อประเมินผลหลังจาก 24 ชั่วโมงหลังเริ่มยา

(NSAIDs = Non-steroidal anti-inflammatory drugs, COX = Cyclooxygenase, IL-1= Interleukin-1)

รูป 5 แนวทางการรักษาภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันในโรคเกาต์ (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 7)

แนวทางการรักษาภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันในโรคเกาต์ของ ACR (รูป 5) การเลือกใช้ยาพิจารณาจากระดับความรุนแรงของอาการปวด ตำแหน่งของข้อและจำนวนข้อที่อักเสบ โดยการประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวด แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง (Visual analog scale 0-6 คะแนน) และ ปวดมาก (Visual analog scale 7-10 คะแนน) หากผู้ป่วยมีอาการปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง เกิดการอักเสบบริเวณข้อขนาดเล็ก 1-3 ข้อ หรือข้อขนาดใหญ่ ได้แก่ ข้อเท้า ข้อเข่า ข้อมือ ข้อศอก ข้อสะโพกและข้อไหล่ จำนวน 1-2 ข้อ แนะนำการรักษาแบบใช้ยาชนิดเดียว ได้แก่ ยาโคลจิจีน (colchicine), กลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) หรือ กลุ่มยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids) แต่หากผู้ป่วยมีอาการปวดมาก เกิดการอักเสบของข้อขนาดใหญ่มากกว่า 2 ข้อ หรือเกิดการอักเสบของข้อโดยรวมมากกว่า 3 ข้อ (โดยต้องเกิดการอักเสบของข้อขนาดใหญ่หรือข้อนิ้วอย่างน้อย 1 ข้อร่วมด้วย) หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบใช้ยาชนิดเดียว แนะนำการรักษาแบบใช้ยาร่วมกัน โดยกลุ่มยาซึ่งได้รับการแนะนำจาก ACR ในการใช้ร่วมกัน ได้แก่ colchicine และ NSAIDs, colchicine และ corticosteroids แบบรับประทาน, colchicine และ corticosteroids แบบฉีดเข้าข้อ, corticosteroids แบบฉีดเข้าข้อ และ NSAIDs โดยไม่แนะนำการใช้ยา NSAIDs ร่วมกับ systemic corticosteroids เช่น แบบรับประทานหรือแบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เนื่องจากมีผลเพิ่มอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหาร (1,3,7)

การพิจารณาเลือกยาในการรักษาแบบใช้ยาชนิดเดียวหรือแบบใช้ร่วมกัน ACR และ EULAR แนะนำให้เลือกยาจากประวัติการตอบสนองต่อยารักษาข้ออักเสบเดิม ความร่วมมือในการใช้ยา ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนเริ่มการรักษาและข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย เช่น โรคประจำตัว ยาที่ใช้ในปัจจุบัน ประวัติแพ้ยา เป็นต้น เนื่องจากประสิทธิภาพของยาไม่แตกต่างกัน (1,7) ทั้งนี้ EULAR แนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อควรระมัดระวังของการใช้ยาแต่ละกลุ่ม คือ การหลีกเลี่ยงการใช้ยา กลุ่ม NSAIDs และ colchicine ในผู้ป่วยไตบกพร่องระดับรุนแรง การหลีกเลี่ยงการใช้ยา colchicine ในผู้ป่วยซึ่งได้รับยาที่มีผลยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ CYP3A4 และ P-glycoprotein ระดับรุนแรง เช่น cyclosporine, clarithromycin หากจำเป็นต้องให้ยา colchicine ร่วมกับยาที่มีผลยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ CYP3A4 และ P-glycoprotein ควรปรับขนาดยาหรือความถี่ในการใช้ยา colchicine ให้เหมาะสม หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจหรือโรคระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคแผลในกระเพาะอาหาร ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs (3,8)

นอกจากการรักษาด้วยยา การประคบเย็นร่วมกับการใช้ยาสามารถเสริมประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดได้ (1,7) โดยพบว่าการประคบเย็นร่วมกับการใช้ยารักษาภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันสามารถลดอาการปวดได้ดีกว่าการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า visual analog scale ลดลงต่างกัน 3.33 ซม.; P value = 0.021) (9) นอกจากนี้การพักผ่อนและการยกข้อให้สูงสามารถช่วยลดการอักเสบได้ (3)

การประเมินผลการรักษาภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันในโรคเกาต์ภายหลังจากการได้รับยา พิจารณาตามคะแนนความปวดและช่วงเวลาการประเมินผล หากประเมินผลการรักษาภายใน 24 ชั่วโมงหลังเริ่มยา ค่าคะแนนความปวดต้องลดลงอย่างน้อยร้อยละ 20 จึงถือว่าผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาดี แต่หากประเมินผลการรักษาหลังเริ่มยามากกว่า 24 ชั่วโมง ค่าคะแนนความปวดต้องลดลงอย่างน้อยร้อยละ 50 จึงถือว่าผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาดี จากนั้นจึงพิจารณาการหยุดยา การให้การรักษาเพื่อลดระดับกรดยูริกในเลือดและการให้ความรู้เรื่องโรคและยาแก่ผู้ป่วย เช่น การควบคุมอาหารและการปรับพฤติกรรมเพื่อเลี่ยงการกำเริบซ้ำของภาวะข้ออักเสบและการควบคุมระดับกรดยูริกในเลือด ผลของการเพิ่มระดับกรดยูริกในเลือดต่อโรคเกาต์ เป้าหมายการรักษาหรือการดูแลตนเองขณะเกิดภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันในโรคเกาต์ เป็นต้น แต่หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาอาจพิจารณาเปลี่ยนยาชนิดอื่นหรือเพิ่มยาชนิดใหม่ตามแนวทางการรักษาแบบใช้ยาร่วมกัน และประเมินผลการรักษาอีกครั้ง หากยังคงไม่ตอบสนองต่อการรักษา อาจพิจารณาการใช้ยาในกลุ่ม IL-1 inhibitor (7) เช่น anakinra, riloncept, canakinumab (1) ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม biological agents ที่ไม่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาในการรักษาภาวะดังกล่าว แต่ ACR และ EULAR แนะนำให้ใช้สำหรับการรักษาและป้องกันภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันในโรคเกาต์ หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองหรือไม่สามารถให้ยาทุกชนิดในกลุ่มหลักได้ (7,8)

กลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs)

การรักษาภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันในโรคเกาต์ด้วยกลุ่มยา NSAIDs ควรให้ยาแบบเต็มขนาด (full dose) ในข้อบ่งใช้สำหรับรักษาการอักเสบหรืออาการปวด (ตาราง 2) (1,7) โดยผู้ป่วยต้องใช้อย่างระมัดระวังจากการอักเสบ ซึ่งส่วนใหญ่ไม่เกิน 7 วัน ในปัจจุบันยา naproxen, indomethacin และ sulindac ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาในข้อบ่งใช้สำหรับรักษาภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันในโรคเกาต์ อย่างไรก็ตามยาชนิดอื่นในกลุ่มยา NSAIDs ก็มีประสิทธิภาพในการต้านการอักเสบและลดปวดสำหรับภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันในโรคเกาต์ได้เช่นกัน (7) ทั้งนี้ไม่แนะนำให้การใช้ยาแอสไพริน เนื่องจากมีผลต่อระดับกรดยูริกในเลือด และควรหลีกเลี่ยงยา indomethacin ในผู้สูงอายุ เนื่องจากมักก่อให้เกิดอาการปวดศีรษะ ซึม และเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหารได้บ่อย (3)

ควรหลีกเลี่ยงกลุ่มยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย โรคตับ และ โรคไตทำงานบกพร่อง ไม่ควรใช้ยา NSAIDs มากกว่า 1 ชนิดร่วมกัน เนื่องจากไม่มีผลเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา แต่กลับเพิ่มอาการไม่พึงประสงค์จากยามากขึ้น ยกเว้นการใช้ร่วมกับแอสไพรินขนาดต่ำเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้อาจพิจารณาให้ NSAIDs ในรูปฉีดแทน (3) หากผู้ป่วยมีข้อห้ามหรือไม่สามารถทนต่ออาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหารจากการใช้ยา NSAIDs เช่น แผลในทางเดินอาหาร หรือ พบประวัติเลือดออกในทางเดินอาหาร ควรพิจารณาให้ยา gastro-protective agents หรือ proton pump inhibitors ควบคู่ไปด้วย หรือพิจารณาใช้ยา NSAIDs กลุ่ม selective cyclooxygenase (COX) 2 inhibitors เช่น etoricoxib, lumiracoxib หรือ celecoxib แทน ทั้งนี้ควรระมัดระวังการใช้ยา lumiracoxib เนื่องจากพบรายงานการเกิดพิษต่อตับระหว่างงานวิจัยในหลายเมืองของสหรัฐอเมริกา นอกจากนี้การเลือกใช้อายากลุ่ม NSAIDs โดยเฉพาะ selective COX2 inhibitor ต้องคำนึงถึงความเสี่ยงต่ออาการไม่พึงประสงค์ในระบบหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากยาสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันได้ (3,7)

ตาราง 2 ยาที่แนะนำสำหรับรักษาภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันในโรคเกาต์ (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 1, 7 และ 10)

ชื่อยา	ขนาดยาเริ่มต้น	ช่วงขนาดการรักษา	หมายเหตุ
กลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs): รูปแบบรับประทาน*			
Etodolac	300 มก. วันละ 2 ครั้ง	300 – 500 มก. วันละ 2 ครั้ง	-
Fenoprofen	400 มก. วันละ 3 ครั้ง	400 – 600 มก. วันละ 3-4 ครั้ง	-
Ibuprofen	400 มก. วันละ 3 ครั้ง	400 – 800 มก. วันละ 3-4 ครั้ง	-
Indomethacin	50 มก. วันละ 3 ครั้ง	เริ่มต้นด้วย 50 มก. วันละ 3 ครั้ง จนกระทั่งอาการหายไปจึงปรับลดขนาดแล้วหยุดยา	ปรับลดขนาดยาลงเหลือวันละ 2 ครั้ง นาน 4-7 วัน จึงหยุดยา
Ketoprofen	75 มก. วันละ 3 ครั้ง หรือ 50 มก. วันละ 4 ครั้ง	50 – 75 มก. วันละ 3-4 ครั้ง	- ขนาดยาสูงสุดในผู้ป่วยไตบกพร่องรุนแรง (GFR<25 มล./นาที): 100 มก. - ขนาดยาสูงสุดในผู้ป่วยไตบกพร่องเล็กน้อย: 150 มก. - ขนาดยาสูงสุดในผู้ป่วยไตบกพร่องร่วมกับอัลบูมินในเลือด < 3.5 กรัม/ดล. 100 มก.
Naproxen	750 มก. ตามด้วย 250 มก. ทุก 8 ชั่วโมงจนกระทั่งอาการหายไป	การปรับลดขนาดยาลงหลังจากอาการดีขึ้น ลดขนาดยาเหลือ 250 - 500 มก. วันละ 1 ครั้ง นาน 4-7 วัน	ไม่แนะนำในผู้ป่วยไตบกพร่องรุนแรง (creatinine clearance < 30 ml/min)

ตาราง 2 (ต่อ) ยาที่แนะนำสำหรับรักษาภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันในโรคเกาต์ (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 1, 7 และ 10)

ชื่อยา	ขนาดยาเริ่มต้น	ช่วงขนาดการรักษา	หมายเหตุ
Piroxicam	20 มก. วันละ 1 ครั้งหรือแบ่งให้วันละ 2 ครั้ง		-
Sulindac	200 มก. วันละ 2 ครั้ง	150 – 200 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 7-10 วัน	-
Celecoxib	800 มก. ตามด้วย 400 มก.ในวันแรก จากนั้น 400 มก. แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง 1 สัปดาห์		เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้หรือไม่ทนต่อยา NSAIDs กลุ่มเก่า แต่ต้องคำนึงถึงผลข้างเคียงต่อระบบหัวใจ
ยากอลจิจีน (colchicine) รูปแบบรับประทาน			
Colchicine	1.2 มก. ตามด้วย 0.6 มก. ใน 1 ชั่วโมงถัดมา	หลังจากการให้ยาขนาดเริ่มต้นถัดมา 12 ชั่วโมง สามารถให้ยาขนาด 0.6 มก. วันละ 1-2 ครั้ง จนกระทั่งอาการข้ออักเสบหายไป	ควรปรับขนาดยาเมื่อใช้ร่วมกับยาที่มีผลยับยั้งเอนไซม์ CYP 3A4 หรือ P-glycoprotein เช่น clarithromycin, indinavir, itraconazole
กลุ่มยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids)			
รูปแบบรับประทาน	prednisone 0.5 มก./กก. วันละครั้ง นาน 5-10 วัน แล้วหยุดยาทันที หรือนาน 2-5 วันแล้วปรับลดขนาดยาลงจนหยุดยาภายใน 7-10 วัน	prednisone 30-60 มก.นาน 3-5 วัน จึงค่อยๆปรับลดขนาดลงครั้งละ 5 มก. จนหยุดยาภายใน 10-14 วัน	ACR มีหลักฐานสนับสนุนการให้ยา prednisone แบบ นาน 5-10 วัน แล้วหยุดยา มากกว่า แบบ 2-5 วัน แล้วค่อยๆปรับลดขนาดยาจนกระทั่งหยุดยาได้ภายใน 7-10 วัน
รูปแบบฉีดเข้ากล้ามเนื้อ	triamcinolone acetonide 60 มก. วันละ 1 ครั้ง หรือ methylprednisolone 100 มก. วันละ 1 ครั้ง	triamcinolone acetonide 60 มก. วันละ 1 ครั้ง หรือ methylprednisolone 100 - 150 มก. วันละ 1 ครั้ง นาน 1-2 วัน	ภายหลังจากการบริหารยา triamcinolone แบบฉีดเข้ากล้ามเนื้อ มักตามด้วยการบริหารยา prednisone แบบรับประทาน
รูปแบบฉีดเข้าข้อ	triamcinolone acetonide 10 มก. สำหรับข้อขนาดใหญ่ และ 5 มก.สำหรับข้อขนาดเล็ก	triamcinolone acetonide 10 – 40 มก. สำหรับข้อขนาดใหญ่ และ 5 - 20 มก.สำหรับข้อขนาดเล็ก	การบริหารยาสเตียรอยด์แบบฉีดเข้าข้อ เหมาะสำหรับการอักเสบของข้อเพียง 1-2 ข้อ และหากมีอาการรุนแรง ควรใช้ร่วมกับยากลุ่ม NSAIDs, colchicine หรือ steroid แบบรับประทาน
Corticotropin			
Corticotropin	40 ยูนิต ฉีดทางกล้ามเนื้อหรือใต้ชั้นผิวหนัง ทุก 72 ชั่วโมง	40 - 80 ยูนิต ฉีดทางกล้ามเนื้อหรือใต้ชั้นผิวหนัง ทุก 24-72 ชั่วโมง	ใช้ในผู้ป่วย NPO ที่มีข้อห้ามการใช้ยา รูปแบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำ
Interleukin-1 inhibitor			
Anakinra	100 มก. ฉีดใต้ผิวหนัง วันละ 1 ครั้ง นาน 3 วัน		สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อยาหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาต่อยา colchicine, NSAIDs และ steroid
Canakinumab	150 มก. ฉีดใต้ผิวหนัง ครั้งเดียว		

* ควรระวังการใช้กลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคไตบกพร่องเล็กน้อยถึงปานกลางและหลีกเลี่ยงการใช้ยาในผู้ป่วยไตบกพร่องรุนแรง

ยาโคลจิจีน (colchicine)

colchicine เป็นหนึ่งในกลุ่มยาหลักที่มีประสิทธิภาพสูงในการรักษาภาวะข้ออักเสบเฉียบพลัน แต่มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาการเริ่มยา โดยต้องเริ่มรับประทานยาภายใน 36 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยเริ่มเกิดการอักเสบ ขนาดและวิธีการใช้ยา colchicine ตามแนวทางการรักษาภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันในโรคเกาต์ของ ACR แนะนำขนาดยาเริ่มต้น 1.2 มก. ตามด้วย 0.6 มก. ใน 1 ชั่วโมงถัดมา หากอาการของผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น ถัดมาอีก 12 ชั่วโมง ควรได้รับยาขนาด 0.6 มก. วันละ 1-2 ครั้งจนกระทั่งอาการข้ออักเสบหายไป ขนาดยาสูงสุดต่อวันคือ 2 มก. (7) จากการศึกษา AGREE trial 2010 ซึ่งเปรียบเทียบประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยา colchicine ขนาดต่ำ (1.2 มก. ตามด้วย 0.6 มก. ใน 1 ชั่วโมงถัดมา ขนาดยาสูงสุด 1.8 มก./วัน) กับการใช้ยา colchicine ขนาดสูง (0.6-1.2 มก. ตามด้วย 0.6 มก. ทุก 1-2 ชั่วโมง ในช่วง 6 ชั่วโมงถัดมา จนกว่าอาการจะดีขึ้น ขนาดยาสูงสุด 4.8 มก./วัน) พบว่าประสิทธิภาพของการใช้ยาขนาดสูงและขนาดต่ำไม่แตกต่างกัน แต่การใช้ยาขนาดต่ำเกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ท้องเสีย ปวดท้อง คลื่นไส้ น้อยกว่าการใช้ยาขนาดสูง (11) จึงเป็นที่มาของการแนะนำขนาดและวิธีการใช้ colchicine ของ ACR ดังกล่าว นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการใช้ colchicine ในผู้ป่วยที่มีประวัติได้รับ colchicine ภายในระยะเวลา 14 วันก่อนหน้าการเกิดภาวะข้ออักเสบเฉียบพลัน (7)

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยจาก colchicine ได้แก่ ท้องเสีย ปวดท้อง คลื่นไส้ และอาเจียน ส่วนภาวะกดไขกระดูก myopathy และ neuropathy พบได้น้อย ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีโรคตับหรือโรคไตร่วมด้วย (3) ควรระมัดระวังการใช้ colchicine ร่วมกับยาที่เป็น substrate ของเอนไซม์ CYP3A4 และ P-glycoprotein เนื่องจาก colchicine สามารถยับยั้งการเปลี่ยนแปลงของยาและทำให้เกิดพิษจากยาดังกล่าวตามมา (10) เช่น การให้ colchicine ร่วมกับ simvastatin จะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะ rhabdomyolysis ดังนั้นจึงควรติดตามอาการปวดเมื่อยและระดับเอนไซม์กล้ามเนื้อ (creatinine phosphokinase, CPK) เมื่อต้องใช้ยา 2 ชนิดร่วมกัน หรืออาจพิจารณาเปลี่ยนยาลดระดับไขมันในเลือดเป็น pravastatin หรือ fluvastatin แทน นอกจากนี้ยังต้องระมัดระวังการใช้ยา colchicine ร่วมกับยาที่มีผลยับยั้งเอนไซม์ CYP 3A4 และ P-glycoprotein เช่น clarithromycin, erythromycin, cyclosporine, ketoconazole, indinavir เป็นต้น เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะพิษจาก colchicine หากจำเป็นต้องใช้ยา 2 ชนิดร่วมกันควรปรับลดขนาดยา colchicine ให้เหมาะสม โดยมีแนวทางการปรับลดขนาดยาดังแสดงในตาราง 3 (1,3)

ตาราง 3 ขนาดยา colchicine สำหรับรักษาภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันในโรคเกาต์ของผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 1)

กลุ่มพิเศษ	คำอธิบาย	ขนาดการรักษา colchicine
ผู้ป่วยไตบกพร่อง		
ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง	Creatinine clearance 30-80 มล./นาที	ไม่ต้องปรับขนาดยา
ระดับรุนแรง	Creatinine clearance < 30 มล./นาที	ไม่ต้องปรับขนาดยา แต่ไม่ควรได้รับยาซ้ำในช่วง 2 สัปดาห์
พอกไต		0.6 มก. ครั้งเดียว ไม่ควรได้รับยาซ้ำในช่วง 2 สัปดาห์
ผู้ป่วยตับบกพร่อง		
ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง	Child-Pugh class A-B	ไม่ต้องปรับขนาดยา
ระดับรุนแรง	Child-Pugh class C	ไม่ต้องปรับขนาดยา แต่ไม่ควรได้รับยาซ้ำในช่วง 2 สัปดาห์

ตาราง 3 (ต่อ) ขนาดยา colchicine สำหรับรักษาภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันในโรคเกาต์ของผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 1)

กลุ่มพิเศษ	คำอธิบาย	ขนาดการรักษา colchicine
อันตรกิริยาระหว่าง colchicine กับ ยาชนิดอื่น		
ยาที่มีผลยับยั้งเอนไซม์ CYP 3A4 ระดับรุนแรง	<ul style="list-style-type: none"> ● Atazanavir ● Darunavir/ritonavir ● Itraconazole ● Lopinavir/ritonavir ● Nelfinavir ● Saquinavir ● Tipranavir/ritonavir ● Clarithromycin ● Indinavir ● Ketoconazole ● Nefazodone ● Ritonavir ● Telithromycin 	0.6 มก. ตามด้วย 0.3 มก. ใน 1 ชั่วโมงถัดมา และไม่ควรถูกได้รับยาซ้ำในช่วง 3 วัน
ยาที่มีผลยับยั้งเอนไซม์ CYP 3A4 ระดับปานกลาง	<ul style="list-style-type: none"> ● Amprenavir ● Aprepitant ● Diltiazem ● Erythromycin ● Fluconazole ● Fosamprenavir ● Verapamil ● Grapefruit juice and related citrus products 	1.2 มก. ครั้งเดียวและไม่ควรถูกได้รับยาซ้ำในช่วง 3 วัน
ยาที่มีผลยับยั้ง P-glycoprotein	<ul style="list-style-type: none"> ● Cyclosporine ● Ranolazine 	0.6 มก. ครั้งเดียว ไม่ควรถูกได้รับยาซ้ำในช่วง 2 สัปดาห์

กลุ่มยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids)

กลุ่มยา corticosteroids เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการรักษาภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันในโรคเกาต์ ควรพิจารณาใช้ในรายที่มีข้อห้ามใช้กลุ่มยา NSAIDs หรือ colchicine เช่น โรคไตเรื้อรัง ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร หรือการไม่ตอบสนองต่อยาทั้ง 2 ชนิด (3) จากข้อมูลการศึกษาพบว่ากลุ่มยา corticosteroids มีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันในโรคเกาต์ไม่แตกต่างจากยาในกลุ่ม NSAIDs และ colchicine (1,8) ACR แนะนำการเลือกรูปแบบยากกลุ่ม corticosteroids ตามจำนวนข้อที่พบการอักเสบ หากพบการอักเสบของข้อจำนวน 1-2 ข้อ แนะนำให้ใช้ยาในรูปแบบฉีดเข้าข้อหรือรับประทาน ทั้งนี้ขนาดของยาที่ใช้ฉีดเข้าข้อควรพิจารณาตามขนาดของข้อที่อักเสบ แต่หากมีการอักเสบของข้อจำนวนมาก แนะนำให้ใช้รูปแบบซึ่งส่งผลทั่วร่างกาย (systemic corticosteroids) เช่น รูปแบบรับประทานหรือรูปแบบฉีดเข้ากล้ามเนื้อ โดยขนาดและวิธีการใช้ยากกลุ่ม corticosteroids สำหรับรักษาภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันในโรคเกาต์ ดังแสดงในตาราง 2 (1,7) ทั้งนี้สิ่งที่ควรตระหนักก่อนให้ยากกลุ่ม corticosteroids คือ ผู้ป่วยต้องไม่มีการติดเชื้อใดๆ (3)

ยาแก้ปวดชนิดอื่น เช่น tramadol และกลุ่มยาระงับปวดที่อยู่ในกลุ่มสารเสพติด (opiate analgesics) อาจช่วยบรรเทาอาการปวดอย่างรุนแรงในระยะสั้นได้ เมื่อใช้ควบคู่กับ colchicine หรือ NSAIDs (3)

สรุป

โรคเกาต์เป็นโรคข้ออักเสบซึ่งเป็นผลจากการที่ระดับกรดยูริกในเลือดสูง ทำให้เกิดการสะสมของผลึกโมโนโซเดียมยูเรต (monosodium urate; MSU) บริเวณข้อและเนื้อเยื่อต่างๆทั่วร่างกาย ลักษณะสำคัญของโรคเกาต์ คือ การเกิดข้ออักเสบเฉียบพลันชนิดข้อเดียวหรือ 2-3 ข้อ ซึ่งอาจหายเองได้ในระยะแรก มักพบอาการอักเสบบริเวณข้อของรยางค์ด้านล่าง โดยเฉพาะข้อโคนนิ้วหัวแม่เท้าแรก (first metatarsophalangeal joint)

การวินิจฉัยโรคเกาต์มีเกณฑ์วินิจฉัยที่แน่ชัด คือ การตรวจพบผลึกเกลือ MSU จากน้ำไขข้อหรือปุ่มโทฟัส แต่หากไม่สามารถเจาะตรวจหาผลึกดังกล่าวได้ อาจใช้เกณฑ์การพิจารณาอื่นในการวินิจฉัย เช่น ลักษณะทางคลินิก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพถ่ายรังสีของข้อที่จำเพาะ

การรักษาภาวะข้ออักเสบเฉียบพลันในโรคเกาต์โดยใช้น้ำยา ประกอบด้วยยาหลัก 3 ชนิด ได้แก่ ยาโคลจิจีน, กลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และ กลุ่มยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ โดยใช้เป็นยาเดี่ยวหรือใช้ยาร่วมกัน ซึ่งพิจารณาตามความรุนแรงของอาการปวด ตำแหน่งของข้อและจำนวนข้อที่อักเสบ การเลือกชนิดของยาควรพิจารณาจากประวัติการตอบสนองต่อการรักษาข้ออักเสบเดิม ความร่วมมือในการใช้ยา ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนเริ่มการรักษาและข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย เช่น โรคประจำตัว ยาที่ใช้ในปัจจุบันหรือประวัติแพ้ยา เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Fravel MA, Ernst ME, Clark EC. Gout and hyperuricemia. In: DiPiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, Posey LM, editors. Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach. 9 ed. New York: McGraw-Hill; 2014. p. 1505-23.
2. ชัยยุทธิ เจริญธรรม, อรินทยา พรหมนิกุล, สุรเชษฐ์ วงษ์นิยม, บรรณาธิการ. ปัญหาผู้สูงอายุที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: ทรินธิงค์; 2558. หน้า 194-7.
3. กนกรัตน์ นันทิรุจ, กุลศิริ ธรรมโชติ, เกียรติ ภาสสิญญ์, ขวัญฤทัย ศรีพวาทกุล, จินดาหรรษา มังคะละ, ชยวี เมืองจันทร์, และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคเกาต์ (Guideline for management of gout). สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย 2555:1-40.
4. Neogi T, Jansen TL, Dalbeth N, Fransen J, Schumacher HR, Berendsen D, et al. 2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Ann Rheum Dis. 2015;74(10):1789-98.
5. Malik A, Schumacher HR, Dinnella JE, Clayburne GM. Clinical diagnostic criteria for gout: comparison with the gold standard of synovial fluid crystal analysis. J Clin Rheumatol. 2009;15(1):22-4.
6. ACR-EULAR gout classification criteria calculator[Internet]. New Zealand: The university of Auckland; 2015 [cited 2016 Nov 30]. Available from: <http://goutclassificationcalculator.auckland.ac.nz/>
7. Khanna D, Khanna PP, FitzGerald JD, Singh MK, Bae S, Neogi T, et al. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout part II: therapy and anti-inflammatory prophylaxis of acute gouty arthritis. Arthritis Care Res. 2012;64(10):1447-61.
8. Richette P, Doherty M, Pascual E, Barskova V, Becce F. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. 2016:1-14.
9. Schlesinger N, Detry MA, Holland BK, Baker DG, Beutler AM, Rull M, et al. Local ice therapy during bouts of acute gouty arthritis. J Rheumatol. 2002;29(2):331-4.
10. สุวัฒนา จุฬารัตนทล. New weapons for acute gout attack. ใน: บุชบา จินดาวิจักษณ์, ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, บรรณาธิการ. Advances in pharmacotherapeutics and pharmacy practice 2014. กรุงเทพมหานคร: ประชาชน; 2557. หน้า 103-15.
11. Terkeltaub RA, Furst DE, Bennett K, Kook KA, Crockett RS, Davis MW. High versus low dosing of oral colchicine for early acute gout flare: twenty-four-hour outcome of the first multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, dose-comparison colchicine study. Arthritis Rheum. 2010; 62(4):1060-8.