

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ประเด็นสำคัญที่ได้จากการศึกษานี้คือ ค่าประมาณของ primary OA เท่ากับ 61.5-96.9% และ secondary OA เท่ากับ 3.1-38.5% ในกลุ่ม primary OA ส่วนใหญ่เป็นปัญหาของ peripheral joint (44.8-78.1% ของผู้ป่วยทั้งหมด หรือ 2/3 ถึง 3/4 ของ primary OA) รองลงมาคือ Spondylosis (15.6-29.2% ของทั้งหมด) และพบว่า clinical subset ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ Generalized OA (GOA) 15.6% ของผู้ป่วยทั้งหมด ในกลุ่ม secondary OA สาเหตุที่พอจะพบได้คือ acute trauma 0-13.5% และ chronic trauma จากการประกอบอาชีพหรือเล่นกีฬา 0-27.0% นอกจากนี้ก็พบที่สัมพันธ์กับ chondrocalcinosis 2.9% และ gout 1.04% intra-articular steroid overuse อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ข้อเสื่อมแย่ลง 0-2.1% ไม่พบสาเหตุอื่น ๆ นอกจากที่ระบุมานอกจากนี้ก็ได้ข้อมูลพื้นฐานทั่ว ๆ ไปในผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมตามที่ได้แสดงไว้ในบทที่ 3 ข้อมูลบางประการก็มีประโยชน์ในการสนับสนุนสิ่งที่ยังเป็นที่ถกเถียงกัน ในต่างประเทศ เช่น BMI ในผู้ป่วยที่มาด้วย weight-bearing joint OA ต่างกับกลุ่มที่มาด้วย non weight-bearing joint OA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานว่าความอ้วนสัมพันธ์กับการเกิดข้อที่รับน้ำหนักเสื่อม หรือการพบ clinical subset ที่เป็น GOA แบบที่รายงานไว้ในต่างประเทศก็สนับสนุนกลุ่มที่เชื่อว่ามี subset นี้้อยู่จริง นอกจากนี้การไม่พบข้อสะโพกเสื่อมในการศึกษานี้ก็เป็นการสนับสนุนว่าคนไทยบางประเทศมีพฤติกรรมที่อาจมีส่วนช่วยป้องกันในการเกิด OA ของข้อสะโพก เป็นต้น ข้อมูลพื้นฐานหลาย ๆ ประการเหล่านี้อาจใช้สำหรับเปรียบเทียบความแตกต่างกับชนชาติอื่น ๆ และใช้เป็นพื้นฐานในการศึกษาเรื่องข้อเสื่อมต่อ ๆ ไป แม้ข้อมูลเหล่านี้อาจดูว่าพื้น ๆ ง่าย ๆ และบางอย่างไม่น่าสนใจ แต่เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องมีสำหรับการศึกษาทางคลินิกในทุก ๆ โรค ทุก ๆ สาขา ซึ่งยังขาดแคลนอยู่มากในประเทศไทย

ข้อแตกต่างที่การศึกษานี้ไม่มีเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ ก่อนหน้านั้นในประเทศไทยก็คือ

1. ผู้ศึกษาได้พยายามศึกษาโรคข้อเสื่อมในเนวกว้าง คือ ข้อเสื่อมทุกส่วนของร่างกายเท่าที่จะตรวจพบได้ ไม่ใช่เพียงข้อใดข้อหนึ่ง และศึกษาทั้งพวกที่พบหรือไม่พบสาเหตุ
2. มี criteria ในการวินิจฉัยที่แน่นอนสำหรับ OA ของเข่าและมือ ส่วนอื่น ๆ ที่ยังไม่มี Standard Criteria ก็อาศัยหลักการที่คล้ายคลึงกัน เพื่อลดการปนเปื้อนจากโรคอื่น ๆ ทำให้ความถูกต้อง

สูงขึ้น 3. พยายามแบ่งแยกผู้ป่วยตาม standard classification เพื่อให้เห็นภาพรวมของปัญหาในข้อเสียม ซึ่งจะมีประโยชน์ในการศึกษาวิจัยในโอกาสต่อไป

ข้อผิดพลาดที่พบจากการดำเนินการก็คือ 1. วิธีส่งตัวอย่างซึ่งต้องผ่านการวินิจฉัยของแพทย์อื่น ๆ มาก่อนที่จะส่งมาเข้ารับการศึกษา ทำให้อาจไม่ได้ตัวอย่างที่อยู่ในข่ายสงสัย และต้องขึ้นอยู่กับความร่วมมือด้วย 2. ผู้ป่วยที่เป็นหลาย ๆ ข้อ จะทำให้ข้อมูลที่ได้ในแต่ละส่วนไม่สมบูรณ์ รวมทั้งการส่ง X-ray ไม่อาจทำได้ครบทุกข้อ 3. มีการสูญหายของ film X-ray ในกรณีที่ใช้ film X-ray เก่าของผู้ป่วย

การศึกษาในลักษณะ Cross-sectional descriptive study ไม่สามารถจะสรุปข้อมูลในเชิง causal relationship ได้อย่างแน่ชัด เป็นเพียงการศึกษานำร่องเพื่อดูภาพรวมของปัญหาคร่าว ๆ เท่านั้น

ข้อเสนอแนะสำหรับโอกาสต่อไป

1. ขยายจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาให้มากขึ้น เพื่อลดความผิดพลาดในการประมาณค่า primary และ secondary OA ลง รวมทั้งมีโอกาสพบ clinical subset อื่น ๆ มากขึ้น
2. screening ผู้ป่วยเองโดยไม่ผ่านการส่งต่อจากแพทย์อื่น ๆ ถ้ากลไกในการให้บริการและเวลาเอื้ออำนวย
3. ทำการศึกษาโรคข้อเป็นส่วน ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะที่ถูกต้องมากขึ้นในส่วนนั้น ๆ
4. ออกแบบการศึกษาเป็นแบบเชิงวิเคราะห์ (Analytic) หรือเชิงทดลอง (Experimental) เพื่อพิสูจน์สมมติฐานให้ได้ผลที่เชื่อถือได้มากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ผู้ทำการศึกษาหวังว่าผลที่ได้จากการศึกษานี้จะมีประโยชน์บ้างตามสมควร