

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อแบ่งกลุ่ม (classify) ผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมที่มีอาการ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตาม standard classification of osteoarthritis ว่าจะเป็นกลุ่มใดบ้าง พบหรือไม่พบสาเหตุเล็กน้อยเพียงใด และสาเหตุได้แก่อะไร วัตถุประสงค์รองลงมาคือ เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานทั่วไปในผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม ซึ่งยังไม่ได้มีรายงานการศึกษาข้อมูลเหล่านี้ในคนไทย จึงขออภิปรายตามประเด็นหลักที่กำหนดไว้คือ

1. การแบ่งแยกประเภทของข้อเสื่อมตาม standard classification of osteoarthritis

โรคข้อเสื่อมเป็นโรคที่มีอาการทางคลินิกซึ่งมีพยาธิสภาพสำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงในรูปร่าง, ลักษณะ, ความเรียบ รวมทั้งองค์ประกอบทางชีวเคมีภายในกระดูกอ่อนซึ่งอยู่ในข้อ ทำให้การทำงานของกระดูกอ่อนเสียไป เชื่อว่ามีสาเหตุมากมายหลายอย่างที่ก่อให้เกิดโรคข้อเสื่อม โดยที่อาการทางคลินิกและพยาธิสภาพไม่มีความแตกต่างกัน จะเรียกว่าเป็น primary (or idiopathic) OA เมื่อไม่มีหรือไม่พบปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคข้อเสื่อม และเรียกว่าเป็น secondary OA เมื่อพบปัจจัยที่เป็นที่ยอมรับว่าก่อให้เกิดโรคข้อเสื่อมได้ แต่ในความเป็นจริงอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่ม primary OA ก็คือ secondary OA ซึ่งเรายังไม่ทราบสาเหตุในขณะนี้ แต่อาจพบสาเหตุในภายหลัง เช่น จากการศึกษาของ Murray R.O. (25) ได้แสดงว่าผู้ป่วย primary OA ของข้อสะโพกหลายราย เกิดจากความผิดปกติทางกายวิภาคของข้อสะโพกที่ส่งเสริมให้ข้อเสื่อมก่อนกำหนด เช่น จาก congenital hip dysplasia และ slipped capital femoral epiphysis of childhood

classification of osteoarthritis ตามแบบที่ได้นำมาศึกษานี้ เป็นการแบ่งแยกประเภทตามสาเหตุที่เป็นที่ยอมรับว่าก่อให้เกิดโรคข้อเสื่อมได้ จากการศึกษาที่ทำต่อเนื่องกันมาในโรคข้อเสื่อม อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาใดทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ที่ระบุว่า primary และ secondary OA ในสัดส่วนเท่าใด และเกิดจากสาเหตุใดบ้างเล็กน้อยเพียงใด อาจเนื่องจากในทางปฏิบัติแล้วระบุให้เห็นชัดเป็นที่ยอมรับลงไปได้ยาก

สำหรับการศึกษานี้ ในผู้ป่วยแต่ละรายที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น OA ตาม criteria ที่กำหนดไว้ ได้พยายาม exclude สาเหตุต่าง ๆ ในกลุ่ม secondary ได้แก่ trauma, underlying joint disorders, systemic metabolic or endocrine disorders, crystal deposition disease, neuropathic disorders, intra-articular corticosteroid overuse และกลุ่ม miscellaneous โดยอาศัยการซักประวัติและตรวจร่างกาย รวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการเท่าที่จำเป็น ถ้าไม่พบจึงจัดผู้ป่วยเป็น primary OA

ในกลุ่มที่อาจเป็น secondary OA จาก trauma พบว่าผู้ป่วยให้ประวัติของการเกิด acute trauma ที่ช็อกก่อนเกิดอาการข้อเสื่อม 13 ราย (13.5%) ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเพียง 3 ใน 13 ราย ที่มีหลักฐานว่าเป็นบาดเจ็บรุนแรง (major trauma) คือ 2 รายได้รับบาดเจ็บที่หลัง (lumbar spine) และ X-ray พบ spondylolithiasis with spondylotic change ส่วนอีก 1 ราย มีประวัติได้รับบาดเจ็บที่เข่า และมีอาการบาดเจ็บซึ่งต้องได้รับการรักษาอยู่ 1 ปี ส่วนที่เหลืออีก 10 รายใน 13 ราย ซึ่งมีประวัติ acute trauma พบว่าเป็นเพียงการบาดเจ็บไม่รุนแรง (minor trauma) ซึ่งพบได้ในชีวิตประจำวันทั่ว ๆ ไป ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่ให้ประวัตินี้ก็อาจมีได้ แต่ไม่ได้เอาใจใส่ ความน่าเชื่อถือของข้อมูลในส่วน acute trauma มีไม่มาก เนื่องจากเป็น subjective data และเกินขอบเขตของ descriptive study ที่จะสรุปถึงสาเหตุของโรคได้ ส่วนกลุ่มที่จัดเป็น chronic trauma นั้น ในความเป็นจริงผู้ป่วยจะไม่ให้ประวัติของการได้รับบาดเจ็บมาก่อน แต่ผู้ศึกษาได้ประเมินว่าผู้ป่วยทั้งหมดที่นำมาศึกษามีใครบ้างที่มีโอกาสได้รับบาดเจ็บต่อเนื่องจากลักษณะงานหรืออาชีพที่ทํายู่ คือ มีการใช้งานของข้อที่เกิดอาการมากกว่าอาชีพอื่น ๆ โดยอาศัยข้อมูลจากการศึกษาอื่น ๆ ที่เคยมีรายงานไว้ เช่น Schlomka G., และคณะ (24) พบว่าคนที่ทำงานในเมืองจะเป็นโรคข้อเสื่อมของสะโพก, เข่า, หัวไหล่ มากกว่าเสมือน Hadler N.M., และคณะ (18) รายงานว่ามือขวาเป็นโรคข้อเสื่อมมากกว่ามือซ้าย และสัมพันธ์กับข้อที่ใช้งานมาก เป็นต้น พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้าข่ายใช้งานข้อหนักอยู่ 26 คน ได้แก่ เกษตรกร 12 คน, อาชีพที่ต้องแบกหาม 12 คน, ช่างตีเหล็ก 1 คน (ซึ่งเป็นข้อเสื่อมที่โคนหัวแม่มือซ้าย) และนักวิ่ง 1 คน ซึ่งเป็นที่เข้า การสรุปข้อมูลในลักษณะนี้ ผู้ศึกษาไม่ได้เชื่ออย่างแน่นอนว่า สาเหตุหรือการ classification ที่ระบุไว้เป็นจริง เพียงแต่เป็นข้อมูลกว้าง ๆ ที่แสดงถึงโอกาสที่ข้อเสื่อมจะสัมพันธ์กับอาชีพหรือลักษณะงานที่ทำในผู้ป่วยที่พบอยู่ทั่ว ๆ ไป ฉะนั้นในช่วง acute trauma จึงสรุปว่า 0-13 คน และ chronic trauma 0-26 คน ตัวเลขศูนย์หมายถึงว่า ถ้าข้อสรุปไม่เป็นจริง ผู้ป่วยที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มนี้จะเท่ากับ "0" และตัวเลขในกลุ่ม primary OA จะเพิ่มขึ้น

ไม่พบว่ามีผู้ป่วยคนใดใน 96 คนที่มี underlying joint disorders ซึ่ง predispose ต่อ OA ในความเป็นจริงแล้ว fracture เป็นสิ่งที่พบได้บ่อย แต่ในรายงานนี้ไม่พบ อาจเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาน้อยเกินไป หรือผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็น fracture ของกระดูก ถ้ามีปัญหาทางข้อก็มักจะใช้คำวินิจฉัยที่สัมพันธ์กับกระดูกหัก ไม่ได้วินิจฉัยเป็น OA จึงไม่ได้ส่งต่อมาเข้ากลุ่มศึกษา ส่วนโรคข้อโดยตรง เช่น rheumatoid arthritis (RA) ส่วนใหญ่จะมีการอักเสบเรื้อรัง (chronic inflammation) ถึงแม้จะมี secondary OA ร่วมด้วย ก็ไม่อาจแยกได้ว่า อาการปวดเกิดจาก RA หรือ OA จึงมักใช้การวินิจฉัยเป็น RA อยู่ตลอด จึงไม่ได้เข้ากลุ่มศึกษา รวมทั้งถ้า ESR สูงกว่า 40 mm/hour ก็จะถูก exclude ไปโดยข้อกำหนด ตัวเลขที่ออกมาในกลุ่มนี้จึงเท่ากับศูนย์ ซึ่งน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริงไปบ้าง

ในกลุ่ม systemic metabolic or endocrine disorders ไม่พบว่ามีผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากกลุ่มนี้เช่นเดียวกัน เนื่องจากเหตุผลหลายประการได้แก่ 1. เป็นโรคที่ไม่พบบ่อยอยู่แล้ว 2. อาการทางข้อไม่ใช่อาการหลัก เป็นเพียงอาการที่พบได้ จึงอาจถูกมองข้ามไป 3. ผู้ป่วยไม่ได้ถูกส่งเข้าศึกษา เนื่องจากวินิจฉัยตามโรคเดิมที่เป็น ไม่ได้วินิจฉัยเป็นข้อเสื่อม อย่างไรก็ตาม ผู้ศึกษาเชื่อว่า ผลที่ได้คงต่ำกว่าความจริงไม่มาก เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่พบบ่อย

ในกลุ่ม Crystal deposition disease พบว่ามี chondrocalcinosis 2 คน (2.9%) ซึ่งแยกไม่ได้ว่าเป็น calcium crystal ชนิดใด แต่ที่พบบ่อยคือ calcium pyrophosphate dihydrate crystal (CPPD) ในแง่ความสัมพันธ์ระหว่าง CPPD deposition ในการก่อให้เกิด OA หรือเป็น OA แล้วมี CPPD deposition ตามมายังเป็นที่ถกเถียงกัน ยังไม่สามารถสรุปได้ว่า ในการศึกษานี้มีผู้ป่วยที่มีสาเหตุจาก calcium deposition disease 2.9% เพียงแต่พบ calcium deposition disease 2.9% อัตราการพบ chondrocalcinosis นี้ ต่ำกว่าที่รายงานไว้ใน Framingham OA study (16) ซึ่งพบ 12.6% และในรายงานของ Cushnaghan J., และ Dieppe P. (12) ซึ่งพบถึง 18% ในผู้ป่วย symptomatic OA ของข้อเข่า นอกจากนี้พบผู้ป่วยโรคเก๊าต์ 1 คน (ซึ่งมี hyperuricemia และ intermittent arthritis) ซึ่งมีอาการไม่รุนแรงและอาจไม่เป็นสาเหตุของข้อเสื่อมก็ได้

ไม่พบ neuropathic disorders (Charcot joints) ในการศึกษา (ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีลักษณะของการทำลายของข้อจาก X-ray ที่ชัดเจน จึงไม่มีปัญหาในการวินิจฉัย) แม้จะพบ diabetic neuropathy 2 คน

ในกลุ่ม intra-articular corticosteroid overuse หมายถึงการได้ steroid ฉีดเข้าข้อโดยเหตุอื่น และฉีดบ่อยเกินไปจนเกิด secondary OA ซึ่งในการศึกษานี้ ไม่พบ แต่พบเฉพาะกลุ่มที่มีอาการจากข้อเสื่อมแล้ว และรักษาโดยการฉีดยาเข้าข้อ มีผู้ป่วย 2 คน ที่เข้าข่าย overuse คือฉีดข้อละ 10 กว่าครั้ง (ข้อแนะนำโดยทั่วไปไม่ควรฉีดเกิน 2-3 ครั้งต่อปี) ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ข้อเสื่อมมากขึ้น แต่จะระบุว่าสาเหตุของข้อเสื่อมไม่ได้ จึงสรุปว่าในกลุ่มนี้พบ 0-2 คน (0-2.1%) ส่วนในกลุ่ม miscellaneous ไม่พบและไม่มี ปัญหาในการ exclude ทางคลินิก

ผู้ป่วยที่เหลือจากการ exclude secondary OA จะจัดเข้ากลุ่ม primary OA จำนวน 59-93 คน (61.5-96.9%) ซึ่งในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม peripheral joint diseases 43-75 คน (44.8-78.1% ของผู้ป่วยทั้งหมด) และมี spine involvement 15-28 คน (15.6-29.2%) โดยที่ผู้ป่วยบางคนจะมี combined peripheral และ spine involvement ในกลุ่ม spine ผู้ป่วยทั้งหมดเป็น spondylosis (degeneration of intervertebral joints) ไม่พบ apophyseal joint involvement ปัญหาในการ วินิจฉัย apophyseal joint OA คือในผู้ป่วยบางคนได้ film X-ray ที่ไม่ชัดเจน โดยเฉพาะ lumbar spine (ซึ่งต้องอาศัยการ X-ray ในท่า oblique view) อย่างไรก็ตาม film X-ray ที่มีอยู่และสามารถเห็น apophyseal joints ได้ชัดเจนก็พบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ

มีผู้ป่วยจำนวน 15 คนในกลุ่ม primary OA ซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัว คือ เป็นผู้หญิงวัย กลางคน มี nodal OA ที่ข้อนิ้วมือ (ส่วนใหญ่เป็นทั้ง 2 ข้าง) มักเป็นที่ PIP และ DIP joint นอกจากนี้อาจเป็นที่ข้ออื่น ๆ ได้แก่ เข่า และ Spine ซึ่งเข้าได้กับที่ Kellgren J. H., และ Moore R. (20, 10) ได้รายงานไว้เมื่อปี 1952 และเรียกว่าเป็น primary generalized osteoarthritis (GOA) ซึ่งเป็น subset เฉพาะ อย่างไรก็ตาม subset นี้ยังไม่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปนัก เช่น Cushmaghan J., และ Dieppe P. (12) ได้รายงาน การศึกษาในผู้ป่วย 500 คน และสรุปว่าไม่พบลักษณะเฉพาะนี้ และจำนวนข้อที่เป็นหลาย ๆ ข้อ สัมพันธ์กับระยะเวลาในการเกิดโรคมากกว่า ในการศึกษานี้ไม่พบ clinical subset อื่น ๆ ซึ่งในความเป็นจริงก็พบ Erosive inflammatory OA และ Chondromalacia patella ในผู้ป่วยที่คลินิกโรคข้ออยู่บ้าง การไม่พบน่าจะเกิดจากจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษายังน้อยเกินไป อย่างไรก็ตาม คงพบไม่ถึง 1% เพราะจำนวนผู้ป่วยในการศึกษานี้เกือบ 100 คน

## 2. ข้อมูลพื้นฐานโดยทั่วไปในผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมทั้งหมดในการศึกษานี้

โดยทั่วไป OA พบพอ ๆ กันในเพศชายและเพศหญิง ถ้าคิดในคนทุกอายุรวมกัน โดยจะพบมากกว่าในผู้ชายก่อนอายุ 45 ปี และพบมากกว่าในเพศหญิงหลังอายุ 55 ปี ตามรายงานของ Roberts J., และคณะ (24) ซึ่งสำรวจเมื่อ ค.ศ. 1960-1962 ผู้ป่วยในการศึกษานี้พบเพศชายเพียง 11 คน และเพศหญิง 85 คน อาจอธิบายได้ว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุเฉลี่ยสูงคือ 60.9 ปี ซึ่งพบเพศหญิงมากกว่าอยู่แล้ว นอกจากนี้ก็เป็นปัจจัยทางด้านกระจายของกลุ่มตัวอย่าง Kellgren J.H., และคณะ (22) ได้รายงานไว้ว่า หลังอายุ 54 ปี ผู้หญิงจะมีโรคข้อเสื่อมที่มีจำนวนข้อและความรุนแรงมากกว่าผู้ชาย ก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ผู้หญิงมาโรงพยาบาลมากกว่า

ในผู้ป่วยทั้งหมด พบว่าส่วนใหญ่ (61.5%) มีอาการของ peripheral joints รองลงมาคือกลุ่ม combined peripheral joints และ Spine (35.4%) ที่มีปัญหาของ Spine อย่างเดียวมีเพียง 3.1% ซึ่งไม่มีการศึกษาอื่น ๆ เปรียบเทียบ ถ้าแบ่งตามลักษณะของข้อในการรับน้ำหนักตัว พบว่า weight-bearing joint involvement พบมากที่สุดคือ 52.1% รองลงมาคือกลุ่ม combined 38.5% และน้อยที่สุดคือ non weight-bearing joint อย่างเดียว (ส่วนใหญ่เป็นข้อนิ้วมือ) เพียง 9.4% ผลการเปรียบเทียบอายุในแต่ละกลุ่มไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแต่อย่างใด อาจเนื่องจากไม่มีความแตกต่างจริง หรือจำนวนผู้ป่วยน้อยเกินไป

ในผู้ป่วยชาย 11 คน น้ำหนักตัวเฉลี่ย 65.1 กิโลกรัม และ BMI เฉลี่ย 24.9 ซึ่งอยู่ในขอบบนของค่าปกติ (BMI ปกติในผู้ชาย = 20-25) โดยที่ค่าเฉลี่ย BMI สูงสุดเท่ากับ 26.3 ซึ่งอยู่ในช่วง overweight (BMI > 25) แต่ไม่ถึงกับ obesity (BMI > 30) ซึ่งต่ำกว่าค่า BMI ที่ Davis MA, และคณะ (13) รายงานไว้ในผู้ป่วยชาย OA ของข้อเข่าชาวอเมริกัน ซึ่งเท่ากับ 28.2 และมี BMI > 30 ถึง 37.6% ค่าเฉลี่ย BMI และ BMI สูงสุดในกลุ่มที่มาด้วย weight-bearing joint OA และ non weight bearing joint OA ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้จำนวนผู้ป่วยชายที่ศึกษาขี้น้อยเกินไป

ในผู้ป่วยหญิง 85 คน น้ำหนักตัวเฉลี่ย 61.2 กิโลกรัม และ BMI เฉลี่ย 26.6, BMI สูงสุดเฉลี่ย 28.3 ซึ่งอยู่ในค่า overweight ทั้งคู่ (ค่าปกติของ BMI ในเพศหญิง 19-24) แต่ไม่ถึงค่า obesity ทั้งนี้ต่ำกว่าค่า BMI ของผู้ป่วยหญิงที่เป็น OA ของเข่า

ในอเมริกา ซึ่งรายงานไว้ 32.3 และอยู่ในช่วง obesity ถึง 60% ของผู้ป่วย โดย Davis MA, และคณะ (13) ในการศึกษานี้ค่า BMI เฉลี่ย และ BMI สูงสุดเฉลี่ยในกลุ่มที่มาด้วย weight-bearing joint OA และ non-weight-bearing joint OA มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่าง obesity กับ OA ของข้อเข่า

ในการศึกษาี้ ผู้ป่วย 77.1% มีเชื้อชาติไทย, 21.9% มีเชื้อชาติจีน, และ 1% เชื้อชาติอินเดีย ซึ่งทำให้ข้อมูลที่ออกมาเป็นข้อมูลผสมและอาจมีผลต่อความถูกต้องที่จะรายงานว่าเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งในคนไทย เนื่องจากมีรายงานว่ามีความแตกต่างในด้านอุบัติการณ์และรูปแบบทางคลินิกของโรคข้อเสื่อมในคนต่างเชื้อชาติเผ่าพันธุ์

ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในการศึกษาส่วนใหญ่ (77.1%) เป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาที่อื่น ๆ หรือด้วยวิธีอื่น ๆ มาก่อน และเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย (45.8%) เคยรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ๆ รวมทั้งโรงพยาบาลที่เป็นมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ซึ่งเชื่อว่าเป็นธรรมชาติของพฤติกรรมในผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง รวมทั้งบ่งถึงความเข้าใจของผู้ป่วยต่อการรักษาโรคข้อเสื่อม

ในผู้ป่วย 96 คนที่มี peripheral joint involvement ผู้ป่วยที่มีอาการเพียง 1 ข้อเท่ากับ 19.4% ซึ่งมากกว่าที่ Cushnaghan J, และ Dieppe P. (12) รายงานไว้ในคนอังกฤษเพียง 6% ถ้าคิดจำนวนตำแหน่งของข้อที่มีอาการ (ได้แก่ เข่า, มือ, เท้า, สะโพก โดยไม่นับจำนวนข้อ) พบว่า 1 ตำแหน่ง = 82.8%, 2 ตำแหน่ง = 16.1%, และ > 3 ตำแหน่งเท่ากับ 1.1% ซึ่งแตกต่างกับที่มีรายงานไว้ในคนอังกฤษคือ 1 ตำแหน่ง = 41%, 2 ตำแหน่ง = 36.4%, และ > 3 ตำแหน่ง = 16.4% แสดงว่ามีความแตกต่างใน pattern ของ OA ของ peripheral joint ผู้ป่วยของอังกฤษที่รายงานไว้นี้ พบข้อที่เป็นบ่อยเรียงตามลำดับคือ ข้อเข่า (41.2%), ข้อของมือ (30%) และข้อสะโพก (19%) ซึ่งคล้ายคลึงกับผู้ป่วยในการศึกษาี้ คือ พบข้อเข่ามากที่สุด รองลงมาคือข้อของมือ แต่ไม่พบข้อสะโพกเลย ซึ่งเคยมีผู้ที่พยายามให้ข้อสังเกตไว้ว่า ในกลุ่มชนที่ไม่ค่อยเป็นโรคข้อสะโพกเสื่อม อาจเนื่องจากการนั่งยอง ๆ บ่อย ๆ ทำให้มี range of motion ของข้อสะโพกสูงกว่าคนตะวันตก

ในผู้ป่วยที่มี spondylosis 37 คน ส่วนใหญ่ (75.7%) มีอาการเพียง 1 ตำแหน่งคือ cervical หรือ lumbar spine และพบ lumbar spondylosis มากกว่า cervical spondylosis ประมาณ 2 เท่า อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ป่วยยังค่อนข้างน้อยเกินไป

ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มมีอาการ (duration of diseases) ในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการของ weight-bearing joint = 4.94 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มที่มีอาการจาก spondylosis คือ 4.84 ปี แต่มากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่มาด้วยอาการของ non-weight-bearing joints (ส่วนใหญ่เป็นข้อของมือ) ซึ่ง = 2.2 ปี functional class (F.C.) ในกลุ่ม weight-bearing joint OA ส่วนใหญ่อยู่ใน FC II (52.4%) รองลงมาคือ III (27.0%) ซึ่งแยกจากกลุ่ม non-weight-bearing joint OA ซึ่งส่วนใหญ่ FC I (5 ใน 8 คน) รองลงมาคือ FC II (2 ใน 8 คน) FC I=II ใน OA ของเข่า = 68.3% ซึ่งใกล้เคียงกับที่ Cushmaghan J, และ Dieppe P. (12) รายงานไว้ 73%

ในการศึกษานี้ 63.5% ของผู้ป่วยมี associated diseases โรคที่พบบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง 43.8% (ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของ Cushmaghan J, และ Dieppe P. ซึ่งพบ 37%) รองลงมาคือโรคเบาหวาน พบ 12.5% และ Peptic ulcer 10.4% ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานกับ OA ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ ข้อมูลจาก Framingham OA study ไม่พบว่าโรคเบาหวานเป็น risk factor ของ OA ของข้อเข่า แต่ก็มีโรคข้อเสื่อมบางชนิด ได้แก่ Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis (DISH) ซึ่งพบโรคเบาหวานร่วมด้วยถึง 40% (26) สำหรับโรคอื่น ๆ ที่แสดงไว้ก็ไม่ได้มีรายงานที่แสดงความสัมพันธ์โดยตรงกับโรคข้อเสื่อม นอกจากโรคเก๊าต์ ซึ่งพบเพียง 1 คน (1.04%)

ผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมที่ยังไม่หมดประจำเดือน (menopause) พบว่ามี 10 คน (11.8%) เนื่องจากมีรายงานว่า ผู้หญิงวัยก่อนหมดประจำเดือนจะมีอาการและความรุนแรงของโรคข้อเสื่อมใกล้เคียงกับผู้ชาย และจะรุนแรงขึ้นหลังวัยหมดประจำเดือนแล้ว (22) ข้อมูลที่แสดงไว้ในผู้ป่วยหญิง 10 คน จากการศึกษา ก็พบว่าได้สัดส่วนใกล้เคียงกับภาพรวมของผู้ป่วยทั้งหมดที่น่าสนใจคือพบว่ามีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยถึง 7 ใน 10 คน

มีผู้ป่วยหญิง 15 คน ที่มีอาการทางคลินิกเข้าได้กับ primary GOA ชนิด nodal type (ทุกคนมี Heberden's nodes) ตามที่ Kellgren J.H., และ Moore R. (20) ได้รายงานไว้เมื่อ 1952 โดยเป็นที่ถกเถียงกันมาตลอดว่า clinical entity นี้มีจริงหรือไม่ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนข้อที่มีอาการมาก ส่วนใหญ่เป็นที่มือ และระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มมีอาการ 4.07 ปี ซึ่งไม่ได้ยาวนานกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ผู้ศึกษาจึงเชื่อว่า primary GOA น่าจะมีจริง โดยมีปัจจัยทางกรรมพันธุ์เกี่ยวข้อง พบว่ามีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย 3 ใน 10 คน และ BMI เฉลี่ย ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในผู้ป่วยหญิงทั่ว ๆ ไปเล็กน้อย

ค่าเฉลี่ยของ Hemoglobin ในการศึกษานี้ในผู้ป่วย 36 คน เท่ากับ 12.6 gm/dl ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษามาแล้วและเชื่อว่าได้ยาในกลุ่ม NSAID แต่ก็ไม่พบว่าซีดกว่าประชากรปกติ ค่าเฉลี่ย ESR เท่ากับ 25 mm/hour ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ และ Rheumatoid factor ให้ผลลบทั้งหมดในผู้ป่วย 22 คนที่ส่งตรวจ