

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไตอักเสบเรื้อรัง ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์

กรรณิกา ชาธรรม¹, สุวรรณ วิชญโยธิน², สุนีย์ พนมบัวเลิศ²

¹งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้รับพิจารณาบทความ: กรรณิกา ชาธรรม งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Email: ckanni@kku.ac.th Tel. 087-599-2415

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล : โรคไตอักเสบเรื้อรังในเด็กเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในโรคเอสแอลอี ทำให้อัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ปัจจุบันมีการรักษาที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดความรุนแรงของโรคหลายวิธี ทำให้มีอัตราการรอดของไตและอัตราการรอดชีพในผู้ป่วยมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไตอักเสบเรื้อรังในโรงพยาบาลศรีนครินทร์

วิธีการศึกษา : เป็นศึกษาแบบย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ผู้ป่วยที่อายุ < 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคเอสแอลอี และมีไตอักเสบเรื้อรัง ที่มารับการรักษาในหน่วยไตกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2553-2562

โดยวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานอาการทางคลินิก อัตรารอดของไตและอัตราการรอดชีพ

ผลการการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กโรคไตอักเสบเรื้อรัง จำนวน 145 ราย อายุเฉลี่ย 11.06 ± 2.46 ปี ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษา ค่ามัธยฐาน 52.63 ± 31.28 เดือน อาการทางคลินิกที่สำคัญในระยะเริ่มต้นของการวินิจฉัยที่พบบ่อย คือ มีผื่นผีเสื้อที่ใบหน้า ร้อยละ 57.2 ใช้ร้อยละ 50.3 ปวดข้อมากกว่า 2 ข้อขึ้นไป ร้อยละ 44.8 เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมีภาวะไตเสื่อม ร้อยละ 21.4 ภาวะไตวายต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ร้อยละ 3.4 มีอัตราการรอดของไตที่ 5 ปี และ 10 ปี ร้อยละ 97.92 (95% CI 93.68 - 99.32) ร้อยละ 93.84 (95% CI 77.97 - 98.39) ตามลำดับ มีอัตราการรอดชีพที่ 5 ปี และ 10 ปี เท่ากับ ร้อยละ 96.09 (95% CI 90.85 - 98.36) และ 94.13

รับต้นฉบับ 14 พฤษภาคม 2563, ปรับปรุงต้นฉบับ 5 มิถุนายน 2563, ตอรับต้นฉบับตีพิมพ์ 7 มิถุนายน 2563

(95% CI 86.38 - 97.53) ตามลำดับ

สรุป : ผลการศึกษาแสดงให้เห็นอาการทางคลินิกที่สำคัญ การเกิดภาวะไตเสื่อมและบางรายต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานและมีผลต่อการดำเนินชีวิต ดังนั้นพยาบาลสามารถนำผลวิจัยไปใช้ในการพัฒนา

ระบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไตอักเสบเรื้อรัง และครอบครัวให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคอย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : เด็ก, โรคไตอักเสบเรื้อรัง, โรคไต, อัตราการรอดของไต, อัตราการรอดชีวิต

บทนำ

โรคไตอักเสบเรื้อรังในเด็กเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเอสแอลอี โดยความรุนแรงของโรคจะมากหรือน้อยขึ้นกับระบบที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยแต่ละราย อาจก่อให้เกิดความพิการชั่วคราวหรือถาวร หรืออาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต¹ โรคเอสแอลอีในผู้ป่วยเด็กพบน้อยโดยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคอยู่ที่ 0.3-0.9 ต่อแสนประชากรเด็ก และมีความชุกที่ 3.3-8.8 ต่อแสนประชากรเด็ก² ในประเทศไทย โรคเอสแอลอีในผู้ป่วยเด็กเป็นโรคหนึ่งที่ได้บ่อยและมีความรุนแรงค่อนข้างมาก³ โรงพยาบาลศิริราชพบความชุกของผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีเป็น 1:6,940 ในปี พ.ศ. 2544 และ 1:6,470 ในปี พ.ศ. 2545⁴ อายุที่เริ่มวินิจฉัยส่วนใหญ่ต่ำกว่า 10 ปี⁵⁻⁷ สัดส่วนเด็กเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 3.5:1 ถึง 6.2:1^{4,5,8} พยาธิสภาพของไตเป็นแบบ WHO class IV มากที่สุด อาการแสดงที่นำผู้ป่วยมารักษาได้แก่อาการทางไต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายของผู้ป่วยและอาการแสดงรวมถึงผลการตรวจของผู้ป่วยในระยะแรก พบว่า ความดันโลหิตสูง บัสสาวะมีเลือดปน และการทำงานของไตที่ลดลงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของ

ผู้ป่วยเด็ก⁵ อัตราการรอดของไตที่ 5 ปี ในเด็กไทยประมาณ ร้อยละ 92-94 และอัตราการรอดชีวิตของเด็กที่ 5 ปี ร้อยละ 74-77^{5,9} ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคเอสแอลอีคือ โรคไตอักเสบเรื้อรัง (lupus nephritis)¹⁸ พบในผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอี ร้อยละ 37-82¹¹ และมีการทำลายไตภายใน 2 ปี หลังได้รับการวินิจฉัยโรคเอสแอลอี ร้อยละ 90¹² ซึ่งผู้ป่วยอาจมีหรือไม่มีอาการทางไตมาก่อนที่จะเป็นโรคเอสแอลอี โรคไตอักเสบเรื้อรังเป็นโรคหนึ่งที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น และจัดเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 5-10 ปีหลังจากเริ่มมีอาการของโรค¹³⁻¹⁵

โรงพยาบาลศรีนครินทร์เป็นโรงพยาบาลระดับเหนือตติยภูมิ ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยและรับดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลต่างๆ ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีแผนกกุมารเวชกรรมโรคไต และคลินิกโรคไตเด็กที่เปิดให้บริการมาแล้วมากกว่า 30 ปี โดยเปิดบริการติดตามการรักษาที่แผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอกห้องตรวจกุมารเวชกรรมสัปดาห์ละ 1 วัน ผู้ป่วยเด็กโรคไตมารับบริการเฉลี่ยประมาณ 30-50 รายต่อวัน และผู้ป่วยเด็กโรคไตลูบัสมีประมาณ

110-130 รายต่อปี¹⁶ การดูแลที่แผนกผู้ป่วยนอก มีกุมารแพทย์เฉพาะทางโรคไต และมีพยาบาลที่รับผิดชอบคลินิกโดยตรง ซึ่งจะทำการประเมินอาการเบื้องต้น ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง และส่งต่อกับฝ่ายการดูแลผู้ป่วยในเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการทบทวนงานวิจัยเพื่อศึกษาชนิดของโรคไตและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยเด็กโรคไตที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไตในเด็ก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรคไตในเด็กที่พบมากที่สุดคือ กลุ่มอาการเนโฟรติก ร้อยละ 34 รองลงมาคือ โรคไตที่เกิดจากโรคเอสแอลอี ร้อยละ 33 ส่วนใหญ่ปฏิบัติตนได้ดี เช่น รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด มาพบแพทย์ตามที่นัดหมาย และหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นโทษต่อไต¹⁷ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรัง ควรติดตามอาการ อาการแสดงของโรค การตรวจห้องปฏิบัติการและภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้มีอัตราการรอดของไตและอัตราการรอดชีพในผู้ป่วยมากขึ้น¹⁰ รวมถึงการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนของโรค ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไตอักเสบเรื้อรังในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เพื่อเป็นข้อมูลนำสู่การพัฒนากระบวนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไตอักเสบเรื้อรังในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คือ อาการทางคลินิก อัตราการรอดของไตและอัตราการรอดชีพในผู้ป่วยเด็กโรคไตอักเสบเรื้อรัง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) ครั้งนี้ เป็นการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่อายุ < 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคเอสแอลอี และมีไตอักเสบเรื้อรังที่มารับการรักษาในหน่วยไตกุมารเวชกรรม ตั้งแต่ มกราคม 2555 ติดตามผู้ป่วยที่มารับอย่างน้อย 6 เดือน การติดตามจะสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต การติดตามการรักษา หรือสิ้นสุดการติดตามในวันที่ 31 ธันวาคม 2562

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อหาสัดส่วนประชากร กรณีไม่ทราบขนาดประชากรที่แน่นอน ใช้ค่าสถิติจากการศึกษาที่ผ่านมา³ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 145 ราย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรตามเกณฑ์ที่กำหนด จนครบตามจำนวน ใช้สูตรในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง N4studies เลือกจากสูตรการหา กลุ่มตัวอย่าง infinite population proportion^{18,19}

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Proportion (p) = 0.73, Error (d) = 0.07

Alpha (α) = 0.05, Z(0.975) = 1.959964

Sample size (n) = 145

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) อาการทางคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อวินิจฉัย 3) อัตราการรอดของไต (renal survival) และอัตราการรอดชีพ (patient survival)

นิยามศัพท์

1) อายุ ณ วันที่วินิจฉัย คือ อายุของผู้ป่วย ครั้งแรกที่วินิจฉัย ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค
 2) ภาวะซีด คือ ค่า Hemoglobin น้อยกว่า 10 g/dl
 3) Proteinuria คือ ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ 1+ โดย urine specific gravity < 1.015 หรือ พบโปรตีน 2+ โดย specific gravity > 1.015 หรือ urine protein creatinine ratio (UPCR) > 0.2 mg/mg หรือ urine protein > 4 mg/m²/hr
 4) Hematuria คือ ตรวจพบเม็ดเลือดแดง > 5 red blood cells/high-power field
 5) eGFR (estimated glomerular filtration rate) คำนวณโดยใช้ Schwartz formula²⁰
 6) การแบ่งกลุ่มพยาธิวิทยาของโรคไตอักเสบเรื้อรัง คือ การแบ่งกลุ่มตาม International Society of Nephrology/Renal Pathology Society (ISN/RPS) Classification²¹
 7) การวินิจฉัยโรคเอสแอลไอ ใช้เกณฑ์การวินิจฉัย SLICC/ACR ปี ค.ศ. 2012²²
 8) โรคไตอักเสบเรื้อรังหมายถึง การมี proteinuria และ/หรือ hematuria

ผลลัพธ์วัดจากอัตราการกรองของไตครั้งล่าสุด และอยู่ในระยะนั้นๆ เป็นเวลาติดต่อกันนาน 3 เดือน โดยแบ่งผลลัพธ์ออกเป็น 1) Favorable eGFR (eGFR \geq 60 ml/min/1.73m²) 2) Renal Dysfunction (eGFR \leq 59 ml/min/1.73m²) 3) End stage renal disease (ESRD) eGFR < 15ml/min/1.73 m² หรือต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อเนื่อง 4) Death

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนในผู้ป่วยที่อายุ < 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคเอสแอลไอและมีไตอักเสบเรื้อรัง ที่มารับการรักษาในหน่วยไตกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตั้งแต่ปี 2553- 2562

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัครโดยนำเสนอในภาพรวมไม่ระบุชื่อ นามสกุล เลขโรงพยาบาลที่สามารถสื่อถึงตัวตนบุคคลนั้นได้ หมายเลขจริยธรรมคือ HE631148 ลงวันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในกรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง มีการแจกแจงแบบปกติ นำเสนอค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ นำเสนอ ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทล์ ส่วนกรณีที่เป็นข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ นำเสนอในรูปของการแจกแจงความถี่ ร้อยละ อัตรารอดของไต และอัตราการรอดชีพด้วย Log-rank test และนำเสนอด้วย Kaplan Meier curve

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเด็กโรคไตอักเสบเรื้อรัง 145 ราย เพศชาย 25 ราย (ชาย:หญิง = 1:4.8)

อายุเมื่อวินิจฉัย 11.06 ± 2.46 ปี (ช่วงอายุ 1 - 16 ปี) ค่าเฉลี่ย eGFR เมื่อแรกวินิจฉัยเท่ากับ 91.9 ml/min/1.73m² ระยะเวลาติดตามการรักษามีค่ามัธยฐาน 52.63 ± 31.28 เดือน

2. อาการและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อวินิจฉัย (ตารางที่ 1) อาการผิดปกติที่พบบ่อยในระยะเริ่มต้นของการวินิจฉัยคือ มีผื่นผื่นเลือดที่หน้า (malar rash) 83 ราย (ร้อยละ 57.2) มีไข้ 73 ราย (ร้อยละ 50.3) มีอาการปวดข้อมากกว่า 2 ข้อขึ้นไป 65 ราย (ร้อยละ 44.8) ผลการตรวจทาง

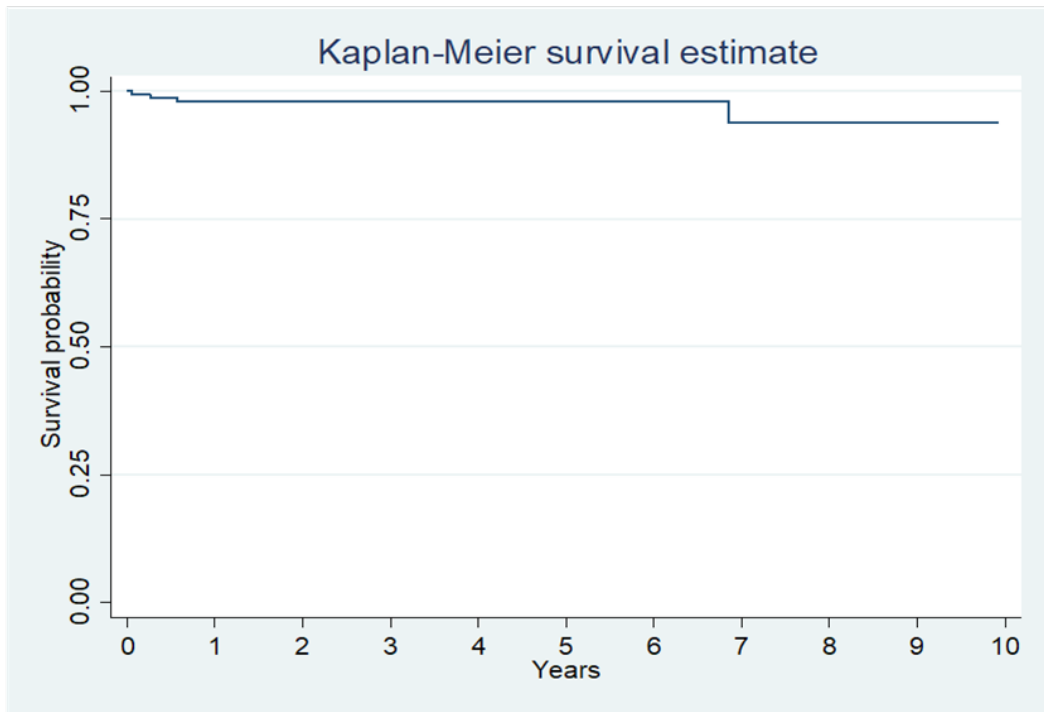
ห้องปฏิบัติการที่พบบ่อยคือ proteinuria 143 ราย (ร้อยละ 98.6) hematuria 122 ราย (ร้อยละ 84.1) และ ตรวจพบ ANA 116 ราย (ร้อยละ 80.0) มีผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะไตทั้งหมด 64 ราย (ร้อยละ 44.1) พบ WHO class IV มากที่สุด 36 ราย (ร้อยละ 58.1) เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมีภาวะไตเสื่อม 31 ราย (ร้อยละ 21.4) ภาวะไตวายต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ทั้งหมด 5 ราย (ร้อยละ 3.4) และเสียชีวิตทั้งหมด 6 ราย (ร้อยละ 4.1)

ตารางที่ 1 อาการและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อวินิจฉัย (n=145)

อาการ	จำนวน (ร้อยละ)	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	จำนวน (ร้อยละ)
1. อาการทั่วไป		Hemoglobin < 10g/dl	94 (64.8)
ไข้	73 (50.3)	Lymphopenia (<1000/cu mm)	68 (46.9)
อ่อนเพลีย	26 (17.9)	Leukopenia (<4000/cu mm)	53 (36.6)
น้ำหนักรลด	17 (11.7)	Thrombocytopenia (<100000/cu mm)	28 (19.3)
2. อาการทางผิวหนัง		Positive ANA	116 (80.0)
ผื่นผื่นเลือดที่หน้า	83 (57.2)	Anti-dsDNA antibody positive	104 (71.7)
ผิวหนังไวต่อแสง	37 (25.5)	Positive anti-Sm	38 (26.2)
ผื่น discoid	39 (26.9)	Positive lupus anticoagulant	7 (4.8)
3. แผลในปาก	56 (38.6)	Positive anti-cardiolipin Ab	3 (2.10)
4. ผมร่วน	28 (19.3)	Positive β2-microglobulin I Ab	4 (2.80)
5. ปวดข้อมากกว่า 2 ข้อขึ้นไป	65 (44.8)	Low complement (C3/C4/CH50)	115 (79.3)
6. น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด/เยื่อหุ้มหัวใจ	25 (17.2)	Positive direct Coombs' test (in the absence of hemolytic anemia)	65 (44.8)
7. มีอาการทางระบบประสาท/ซัก		Hematuria	122 (84.1)
ซัก	9 (6.20)	Proteinuria	143 (98.6)
อาการทางจิตเวช	4 (2.80)	eGFR (ค่าเฉลี่ย ± SD)	91.9 ± 3.23

3. อัตราการรอดของไต (renal survival) และอัตราการรอดชีพ (patient survival) เมื่อวิเคราะห์โดย Kaplan Meier curve พบว่ามีอัตราการรอดของไตที่ 1 ปี ร้อยละ 97.92 (95% CI 93.68 - 99.32) ที่ 3, 5, 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 97.92 (95% CI 93.68 - 99.32) 97.92 (95% CI 93.68 - 99.32)

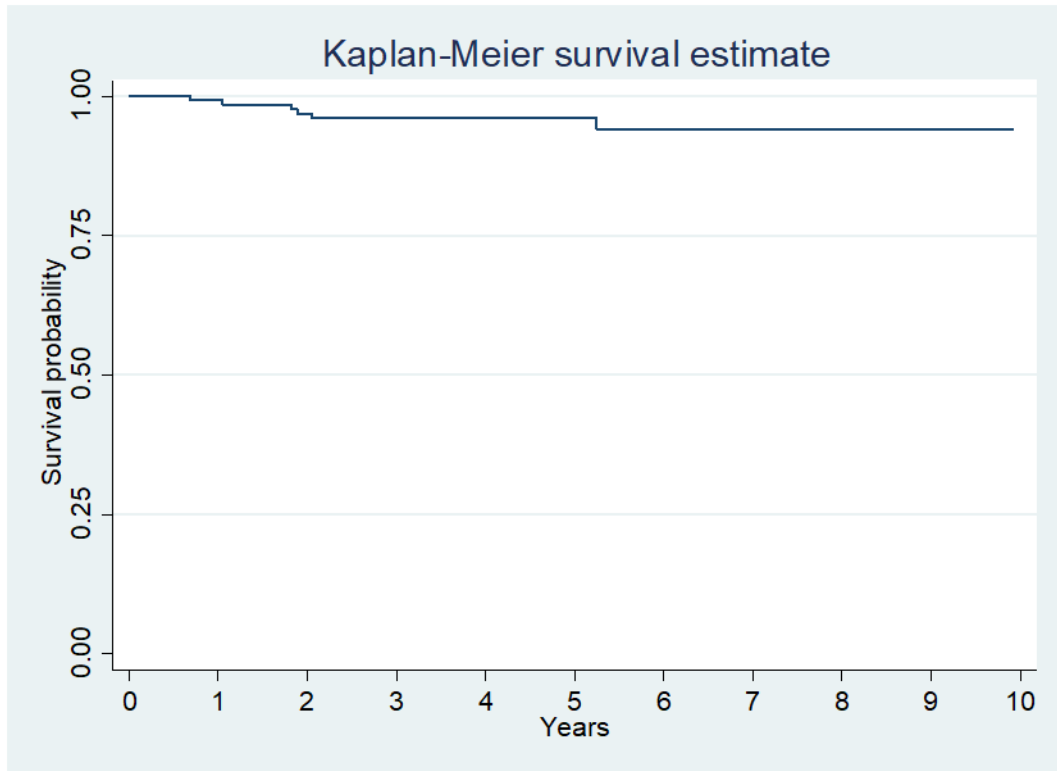
93.84 (95% CI 77.97 - 98.39) ตามลำดับ (ภาพที่ 1) และพบอัตราการรอดชีพที่ 1 ปี ร้อยละ 99.3 (95% CI 95.14 - 99.9) ที่ 3, 5, 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 96.09 (95% CI 90.85 - 98.36) 96.09 (95% CI 90.85 - 98.36) 94.13 (95% CI 86.38 - 97.53) ตามลำดับ (ตารางที่ 2 และภาพที่ 2)



ภาพที่ 1 กราฟแสดงอัตราการรอดของไต

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผลลัพธ์การรักษา

อัตราการรอด (95% CI)	อัตราการรอดของไต (95% CI)	อัตราการรอดชีพ (95% CI)
1 ปี	97.92 (93.68 - 99.32)	99.3 (95.14 - 99.9)
3 ปี	97.92 (93.68 - 99.32)	96.09 (90.85 - 98.36)
5 ปี	97.92 (93.68 - 99.32)	96.09 (90.85 - 98.36)
10 ปี	93.84 (77.97 - 98.39)	94.13 (86.38 - 97.53)



ภาพที่ 2 กราฟแสดงอัตราการรอดชีพ

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยเด็กโรคไตอักเสบ ลูปัส พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย แสดงว่า ส่วนใหญ่โรคนี้มักเกิดในเพศหญิง อายุที่เริ่ม วินิจฉัย 11.06 ± 2.46 ปีซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่น ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁵⁻⁷ พบในช่วงอายุ เช่นเดียวกัน ค่าเฉลี่ย eGFR $91.9 \text{ ml/min/1.73m}^2$ ระยะเวลาติดตามการรักษาที่มีค่ามัธยฐาน 52.63 ± 31.28 เดือน ดังนั้นการให้การรักษาต้องให้ เหมาะสมกับวัยเพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวกับโรคได้ดีขึ้น

อาการเริ่มต้นที่พบบ่อย คือ มีผื่นผื่นเลือด ที่หน้า 83 ราย (ร้อยละ 57.2) มีไข้ 73 ราย (ร้อยละ 50.3) มีอาการปวดข้อมากกว่า 2 ข้อขึ้นไป 65 ราย

(ร้อยละ 44.8) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาลักษณะ ทางคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในเด็กโรคลูปัส เมื่อปี พ.ศ. 2537-2546 ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าอาการที่พบใน ระยะเริ่มแรก ได้แก่ อาการทางเยื่อและผิวหนัง รองลงมาคืออาการผิดปกติที่ไต และอาการ ดังกล่าวจะสามารถพบเมื่อมีอาการกำเริบได้ เช่นกัน²¹ จากผลการศึกษาเป็นข้อมูลเพื่อนำไป พัฒนาแนวทางการให้ข้อมูลการเฝ้าระวังอาการ ที่แสดงถึงการกำเริบของโรค แก่ผู้ป่วยและ ครอบครัวให้สามารถทราบถึงอาการผิดปกติที่ต้อง มาก่อนหน้า หรือเฝ้าระวังความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้

อัตราการรอดของไตที่ 1, 5 และ 10 ปี ร้อยละ 97.9, 97.9 และ 93.8 ตามลำดับ และอัตราการรอดชีพที่ร้อยละ 99.3, 96.0 และ 94.1 ตามลำดับ จากการศึกษาที่ผ่านมา อัตราการรอดไตที่ 5 ปี ประเมินร้อยละ 88-94^{3,5,24-26} และอัตราการรอดชีพที่ 5 ปี ร้อยละ 74-98^{5,24,27} หากพิจารณาเฉพาะการศึกษาในประเทศ ซึ่งทำการศึกษาเป็นทศวรรษ ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า อัตราการรอดชีพที่ 5 ปี ในปี พ.ศ. 2528-2539 ร้อยละ 66 ปี พ.ศ. 2540-2549 ร้อยละ 79 และปี พ.ศ. 2550-2559 ร้อยละ 91 ส่วนที่โรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2530-2540 อัตราการรอดชีพที่ 5 ปี ร้อยละ 74 จะเห็นได้ว่าแนวโน้มอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นจากวิวัฒนาการทางการแพทย์และการพยาบาลที่ดีขึ้น เช่น การมีแพทย์เฉพาะทางโรคไต ทำให้สามารถใช้ข้อมูลทางคลินิกไปทำนายพยาธิสภาพของไต เพราะผู้ป่วยบางรายที่มีอาการพร้อมกันหลายระบบ หรือผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมาก แพทย์ไม่สามารถทำการเจาะไตได้ในทันที การใช้ความรู้เกี่ยวกับ clinico-pathological correlation จึงมีความสำคัญมาก²⁸

การศึกษาคั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกส่งตัวมา รักษาต่อและมีอาการแทรกซ้อนทางไต โดยพบว่า มีโปรตีนในปัสสาวะถึง 143 ราย (ร้อยละ 98.6) ร่วมกับอาการบวม มีค่า eGFR เมื่อแรกรับ อยู่ใน ช่วง 13.4-198.28 ml/min/1.73m² ร่วมกับมีอาการระบบอื่นจึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการเจาะตรวจชิ้นเนื้อไตเพียง 64 ราย (ร้อยละ 44.1) ซึ่งใน รายที่มีอาการรุนแรง จะได้รับการรักษาด้วย methylprednisolone และยากดภูมิอื่นๆ ตาม

มาตรฐานการรักษาโดยไม่รอการเจาะตรวจชิ้นเนื้อไต และผู้ป่วยทุกรายได้รับ prednisolone ซึ่งยากลุ่มดังกล่าวมีผลข้างเคียงให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น ทีมพยาบาลมีบทบาทในการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ รวมถึงเฝ้าระวังอาการที่แสดงถึงการติดเชื้อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลาที่ ไม่เกิดอันตรายต่อชีวิต และเป้าหมายสำคัญในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือการควบคุมการกำเริบของโรค สาเหตุที่ทำให้โรคกำเริบส่วนหนึ่งเกิดจากการติดเชื้อด้วยเช่นกัน ผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษาทำให้เด็กมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปจากเดิม สิวผด ล้ำ ผอม ร่วง ทำให้เกิดความไม่เชื่อมั่น มีการศึกษาพบว่าเด็กและวัยรุ่นโรคเอสแอลอีร้อยละ 50 เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตายด้วยการหยุดกินยา เนื่องจากความไม่แน่นอนของโรค เกิดความรู้สึกท้อแท้ เมื่อหน่ายสิ้นหวัง²⁷ และมีการศึกษาพบว่าเด็กและวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่ต้องกินยาสเตียรอยด์มีพฤติกรรมหยุดกินยาด้วยตัวเองสูงถึงร้อยละ 60³⁰ ซึ่งการหยุดยาเองอาจทำให้โรคกำเริบ เป็นผลเสียต่อไตและอาจถึงแก่ชีวิตได้

จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับโรค สามารถทำนาย พฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³¹ ดังนั้นพยาบาลควรนำข้อมูลพื้นฐานเหล่านี้ไปใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการให้ความรู้ด้วยรูปแบบต่างๆ เช่น สื่อการสอนวิดีโอทัศน์

คู่มือฯ หรือใช้แอปพลิเคชันในการให้ข้อมูลในการดูแลตนเอง เป็นต้น โดยอาศัยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ เพื่อให้ให้อัตราการรอดของไต และอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยสูงขึ้นกว่าในอดีต

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอัตราการรอดของไตและอัตราการรอดชีพสูงขึ้นในอดีต เกิดจากการรักษาที่รวดเร็วโดยอาศัยข้อมูลที่สำคัญทางคลินิก และพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ และช่วยส่งเสริมการป้องกันการกำเริบของโรคอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่น มีการเปลี่ยนแปลงที่ต้องเฝ้าระวังมากกว่าวัยอื่นๆ จึงต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับวัยของผู้ป่วย ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคได้อย่างเหมาะสมต่อไป และเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่ออัตราการรอดของไตและอัตราการรอดชีพที่เพิ่มขึ้น จึงควรมีการทำการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นนี้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. อาทิตยา ไทพาณิชย์, จีรภัทร วงศ์ชินศรี, จุติพันธ์ เอื้ออำนวย, อภิฤติ เหมะจุทา. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการกำเริบของโรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโตซัส. Thai Pharm Health Sci J - วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2008;3:237-44.
2. Levy DM, Kamphuis S. Systemic lupus erythematosus in children and adolescents. *Pediatr Clin* 2012;59: 345-64.
3. Jongvilaikasem P, McNeil EB, Dissaneewate P, Vachvanichsanong P. Improvement of survival rates in the last decade in Thai childhood-onset systemic lupus erythematosus. *Pediatr Rheumatol Online J* 2018;16:62.
4. Supavekin S, Chatchomchuan W, Pattaragarn A, Suntornpoch V, Sumboonnanonda A. Pediatric systemic lupus erythematosus in Siriraj Hospital. *J Med Assoc Thai* 2005;88(Suppl 8): S115-23.
5. Pattaragarn A, Sumboonnanonda A, Parichatikanond P, Supavekin S, Suntornpoch V, Vongjirad A. Systemic lupus erythematosus in Thai children: clinicopathologic findings and outcome in 82 patients. *J Med Assoc Thai* 2005;88 (Suppl 8):S232-41.
6. Hari P, Bagga A, Mahajan P, Dinda A. Outcome of lupus nephritis in Indian children. *Lupus* 2009;18:348-54.
7. Taheri S, Beiraghdar F. Lupus nephritis in Iranian children: a review of 60 patients. *Ren Fail* 2011;33:499-505.

8. Vachvanichsanong P, Dissaneewate P. Childhood systemic lupus erythematosus in Songklanagarind Hospital: a potential unique subgroup. *Clin Rheumatol* 1993;12:346-9.
9. Vachvanichsanong P, Dissaneewate P, McNeil E. Diffuse proliferative glomerulonephritis does not determine the worst outcome in childhood-onset lupus nephritis: a 23-year experience in a single centre. *Nephrol Dial Transplant Off Publ Eur Dial Transpl Assoc - Eur Ren Assoc* 2009;24:2729-34.
10. บัญชา สติระพจน์. บทความพิเศษโรไต้อักเสบลูปัส (Nephrology Update: Lupus Nephritis). *วารสารแพทย์ทหารบก* 2560; 4:243-52.
11. Szymanik-Grzelak H, Kuzma-Mroczkowska E, Maldyk J, Panczyk-Tomaszewska M. Lupus nephritis in children - 10 years' experience. *Cent-Eur J Immunol* 2016;41:248-54.
12. Levy DM, Kamphuis S. Systemic lupus erythematosus in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am* 2012;59:345-64.
13. Mina R, Brunner HI. Update on differences between childhood-onset and adult-onset systemic lupus erythematosus. *Arthritis Res Ther* 2013; 15:218.
14. Kamphuis S, Silverman ED. Prevalence and burden of pediatric-onset systemic lupus erythematosus. *Nat Rev Rheumatol* 2010;6:538-46.
15. Livingston B, Bonner A, Pope J. Differences in clinical manifestations between childhood-onset lupus and adult-onset lupus: a meta-analysis. *Lupus* 2011;20:1345-55.
16. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีนครินทร์. สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปี 2560 เล่มที่ 37. โรงพยาบาลศรีนครินทร์; 2560.
17. วิบูลย์ วีระอาชากุล, วิลาลัย วีระอาชากุล, สุวรรณ วิษณุโยธิน, อภิชาติ จิระวุฒิมงคล, วัชรวิมลสาร, จตุพร นัตติ. โรคไตในเด็กที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น : การศึกษานำร่อง. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2557;29:101-7.
18. Wayne W. *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences*. 6th ed. Wiley&Sons, Inc.; 180 p.
19. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V. *N4Studies: sample size and power calculations for iOS*; 2014.
20. Staples A, LeBlond R, Watkins S, Wong C, Brandt J. Validation of the revised Schwartz estimating equation in a predominantly non-CKD population. *Pediatr Nephrol Berl Ger* 2010;25:2321-6.

21. Park MH. International Society of Nephrology/Renal Pathology Society 2003 Classification of Lupus Nephritis. *Korean J Pathol* 2003;40:165-75.
22. Petri M, Orbai A-M, Alarcon GS, Gordon C, Merrill JT, Fortin PR, et al. Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2012;64:2677-86.
23. Wisanuyotin S, Jiravuttipong A, Kirdpon S. Clinical and laboratory manifestations of SLE in children. *Srinagarind Med J* 2003;18:131-6.
24. Hagelberg S, Lee Y, Bargman J, Mah G, Schneider R, Laskin C, et al. Long term follow up of childhood lupus nephritis. *J Rheumatol* 2002;29:2635-42.
25. Wang LC, Yang YH, Lu MY, Chiang BL. Retrospective analysis of the renal outcome of pediatric lupus nephritis. *Clin Rheumatol* 2004;23:318-23.
26. Lee BS, Cho HY, Kim EJ, Kang HG, Ha IS, Cheong HI, et al. Clinical outcomes of childhood lupus nephritis: a single center's experience. *Pediatr Nephrol* 2007;22:222-31.
27. Wong SN, Tse KC, Lee TL, Lee KW, Chim S, Lee KP, et al. Lupus nephritis in Chinese children - a territory-wide cohort study in Hong Kong. *Pediatr Nephrol* 2006;21:1104-12.
28. ยิ่งยศ อวิหิงสานนท์. Lupus nephritis โรคไตอักเสบรูบัส. พิมพ์ครั้งที่ 1. สาขาโรคไตภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
29. สุปัทธนา คักดิษฐานนท์. ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการเผชิญความไม่แน่นอนในเด็กวัยรุ่นโรคเอส แอล อี [Internet]. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat05262a&AN=kku.b00191488&site=eds-live&authtype=ip,uid>
30. Neville K. The relationships among uncertainty, social support, and psychological distress in adolescents recently diagnosed with cancer. *J Pediatr Oncol Nurs* 1998;15:37-46.
31. Urairat P, Puwarawuttipanit W, Sriyuktasuth A, Teerapornlertratt T. Factors influencing relapse prevention behaviors in lupus nephritis patients. *Nurs Sci J Thai* 2012;30:55-63.