

## บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา

ก่อนอื่นคงต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรคของผู้ป่วยลูปัส (SLE) ก่อน โรคนี้จัดว่าเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด แต่โรคอาจจะสงบได้ระยะหนึ่ง ซึ่งอาจกินเวลานานเป็นเดือนหรือปี แล้วหลังจากนั้นโรคอาจกำเริบขึ้นมาได้อีก โดยการสงบของโรคอาจเกิดขึ้นเองหรือเป็นผลจากการรักษาก็ได้

ด้วยเหตุนี้การวิจัยนี้จึงมีขึ้นเพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยลูปัส โดยใช้ผู้ป่วยของคลินิกโรคข้อ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งคาดว่าอาจจะเป็นตัวแทนของผู้ป่วยลูปัสทั้งหมดในประเทศไทย โดยวัตถุประสงค์หลักของการวิจัยเพื่อตอบคำถามเกี่ยวกับ เปอร์เซ็นต์โอกาสการมีชีวิตรอดของผู้ป่วยเมื่อป่วยนาน 1 ปีถึง 10 ปี โอกาสการมีชีวิตรอดเมื่อผู้ป่วยมีอวัยวะเป็นโรคต่างกัน เปอร์เซ็นต์การเป็นโรคของอวัยวะต่าง ๆ ที่ช่วงเวลาต่างกันของการป่วย และสาเหตุการตายของผู้ป่วยลูปัส ทั้งนี้หลักสำคัญที่สุดของการวิจัย ก็เพื่อให้ได้ข้อมูลซึ่งจะเป็นประโยชน์ เป็นแนวทางในการทำให้การรักษาผู้ป่วยลูปัสดีขึ้น ให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวอย่างมีความสุข ไม่เสียชีวิตก่อนเวลาอันควร และเพื่อเป็นการกระตุ้น ให้มีผู้สนใจทำการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยลูปัสในด้านอื่น ๆ ในประเทศไทยมากขึ้น

ขอกล่าวถึงวิธีดำเนินการวิจัยและการคัดเลือกผู้ป่วยอย่างคร่าว ๆ โดยการวิจัยนี้ใช้ผู้ป่วยลูปัสของคลินิกโรคข้อ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเริ่มเข้ามาได้รับการรักษาครั้งแรกที่คลินิกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 - 2530 และติดตามผู้ป่วยทั้งหมดจนถึงปี พ.ศ. 2535 โดยผู้ป่วยต้องมีคุณสมบัติครบ 4 ใน 11 ข้อของ ARA Criteria ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรค โดยเริ่มนับเวลาของการป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมาที่คลินิกครั้งแรก แต่ได้รับการวินิจฉัยมาจากโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งว่าป่วยเป็นโรคลูปัสโดยมีครบ 4 ใน 11 ข้อของ ARA Criteria ตั้งแต่ 3 ปีก่อน จะถือว่าผู้ป่วยเป็นโรคนานาน 3 ปี เมื่อเริ่มเข้าสู่การวิจัยนี้ และถ้าผู้ป่วยมีอาการของโรคมา 2 ปี แต่มีคุณสมบัติ 2 ใน 11 ข้อของ ARA Criteria แต่เมื่อมาที่คลินิกครั้งแรกและตรวจพบว่า มี 4 ใน 11 ข้อของ ARA Criteria จะถือว่าผู้ป่วยเพิ่งเริ่มเป็นโรคนับตั้งแต่มารที่คลินิกครั้งแรก

ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าสู่การวิจัยได้ตามคุณสมบัติดังกล่าวมี 85 คน โดยจะแบ่งเป็น 3 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่

- กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้ว  
 กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยที่ขาดการรักษา

ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้กรอกในแบบฟอร์มที่สร้างไว้ จะถูกนำมาวิเคราะห์ โดยวิธีทางสถิติ ซึ่งมีความซับซ้อนพอสมควร

การอภิปรายผลการศึกษาจะแบ่งเป็น 4 ตอนดังต่อไปนี้

### อภิปรายผลการศึกษาตอนที่ 1

ข้อมูลที่ 7 พบว่าผู้ป่วยที่ขาดการรักษามี 8.24% ซึ่งน้อยกว่า 10% ดังนั้นถือว่าจำนวนผู้ป่วยที่ขาดการรักษาในการวิจัยนี้ยอมรับได้

ผู้ป่วยที่เสียชีวิตพบ 21.8% ซึ่งคิดคร่าว ๆ ได้ประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยทั้งหมด แสดงว่าจะมีผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่ 4 ใน 5 คน เมื่อติดตามการรักษาไปนาน 10 ปี แต่เนื่องจากผู้ป่วยเข้าสู่การวิจัยไม่พร้อมกัน ดังนั้นการบอกเปอร์เซ็นต์โอกาสการมีชีวิตรอดจึงต้องใช้สถิติขั้นสูง (Life-table survival analysis) ซึ่งจะได้อภิปรายในตอน  
ที่ 2

อัตราส่วนของผู้ป่วยหญิงต่อชายประมาณ 16 : 1 จากการวิจัยนี้ ซึ่งจากรายงานในต่างประเทศมีตั้งแต่ 8 : 1 ถึง 13 : 1 ความแตกต่างดังกล่าวคงเนื่องจากแหล่งข้อมูลเป็นสำคัญ

ข้อมูลที่ 7, 8 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่สูงกว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้ว แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ และอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเมื่อเริ่มป่วยของผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตใกล้เคียงกันกับอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มป่วยของผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้ว ดังนั้นแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคนานกว่ากลุ่มที่ 2 จริง ซึ่งข้อมูลที่จะได้อภิปรายต่อไปจะกล่าวถึงว่า อาการของอวัยวะต่าง ๆ ของผู้ป่วย 2 กลุ่มนี้แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

อายุต่ำสุดและสูงสุดเมื่อเริ่มป่วยของกลุ่มที่ 1 และ 2 ไม่แตกต่างกัน และใกล้เคียงกับรายงานของต่างประเทศ

ข้อมูลที่ 13, 14 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ 1 ส่วนมาก (มากกว่า 80%) ป่วยเป็นโรคอยู่ได้นานเกิน 5 ปี ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 ส่วนมากจะเสียชีวิตภายใน 5 ปีของการป่วยเป็นโรค จึงเป็นข้อสังเกตอันหนึ่งว่า ช่วง 5 ปีแรกของการป่วยน่าจะมีความสำคัญต่อการดำเนินโรค และจากข้อมูลที่ 43 - 52 จะพบว่า อาการที่อวัยวะต่าง ๆ จะพบมากในช่วง 5 ปีแรก รวมทั้งการใช้ยา steroid ขนาดสูง และการติดเชื้อกับแบคทีเรีย



มากในช่วง 5 ปีแรกด้วย

ข้อมูลที่ 15 สถานภาพการสมรสของผู้ป่วยกลุ่มที่ยังมีชีวิตอยู่และที่เสียชีวิต ไม่มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ โดยรวมจำนวนผู้ป่วยที่แต่งงานแล้ว (61.53%) มีมากกว่าที่ยังโสดอยู่ (38.46%) และในบรรดาผู้ที่แต่งงานแล้วของกลุ่มที่ 1 พบว่า แต่งงานก่อนป่วยเป็นโรคถึงเกือบ 50% ของผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ทั้งหมด นั่นคือ มีผู้ป่วยเกือบ 50 % ที่ป่วยเป็นโรคหลังแต่งงาน ซึ่งคำถามต่อไปคือ การแต่งงานมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหรือไม่ คงจะไม่สามารถตอบได้ชัดเจนจากการศึกษานี้ เพียงแต่เป็นข้อสังเกตที่พบเท่านั้น

ส่วนภาวะการป่วยมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวหรือไม่ พบว่า มีการหย่าร้างหลังป่วย ~ 6% ของผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงพอสมควร แต่คงบอกไม่ได้ว่าการป่วยเป็นโรคเป็นสาเหตุของการหย่าร้าง เพราะการวิจัยไม่ได้สอบถามถึงสาเหตุแท้จริงของผู้ป่วยที่มีการหย่าร้างดังกล่าว

ข้อมูลที่ 16 พบว่าภูมิลำเนาของผู้ป่วยทั้งในกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 คล้ายคลึงกันคือ ผู้ป่วยประมาณ 50% อยู่ในกรุงเทพฯ อีก 50% อยู่ต่างจังหวัด ดังนั้นจึงเป็นข้อมูลที่บ่งชี้ว่า 50% ของข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้เป็นของคนกรุงเทพฯ ซึ่งสะท้อนว่าผลการศึกษาที่วิเคราะห์ออกมาทั้งหมดที่กล่าวในบทที่ 4 เป็นของผู้ป่วยลุกลามในกรุงเทพฯ ถึงครึ่งหนึ่ง ดังนั้นข้อมูลผลการศึกษาของการวิจัยนี้ จะสามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยลุกลามทั้งหมดในประเทศไทยได้หรือไม่ คงจะต้องมีการศึกษาต่อไปถึงอุบัติการณ์เกิดโรคลุกลามของคนกรุงเทพฯ เปรียบเทียบกับคนต่างจังหวัด

ข้อมูลที่ 17 มีรายงานเกี่ยวกับกรรมพันธุ์ว่า อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคลุกลาม โดยเฉพาะการพบ HLA DR2, DR3 การศึกษานี้ไม่ได้รวมถึงการตรวจหา HLA ดังกล่าว แต่ก็พบว่า มีผู้ป่วยถึง 3 รายที่มีพี่น้องต้องเดียวกันป่วยเป็นโรคลุกลาม คิดเป็น 3.8% ของผู้ป่วยกลุ่ม 1 และ 2 (78 ราย) ซึ่งเป็นจุดหนึ่งที่น่าสนใจ และทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไป

ข้อมูลที่ 18 ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 และ 2 มีอาชีพหลังป่วยเป็นโรคแล้วใกล้เคียงกันไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่จะพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีอาชีพแม่บ้านสูงชันหลังป่วยในผู้ป่วยกลุ่ม 1 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการป่วยเป็นโรคลุกลามมีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งย่อมมีผลกระทบต่อสถานะเศรษฐกิจของประเทศเช่นกัน ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคนี้นจึงมีความสำคัญอย่างมากที่จะได้ประชากรที่มีคุณภาพดี

ข้อมูลที่ 19 โดยทั่วไปยอมรับกันว่าผู้ป่วยลุกลามที่กำลังมีอาการของโรครุนแรง (Active) ไม่ควรตั้งครรภ์ ควรให้โรคสงบมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป จึงเริ่มมีครรภ์ได้ เพราะช่วงที่โรค Active จะมีอันตรายจาก complication ต่าง ๆ ทั้งของการตั้งครรภ์ และของตัวโรคลุกลามเองประมาณ 3 - 4 เท่า โอกาสการตั้งครรภ์ (fertility) ของผู้ป่วยลุกลามจะเหมือนคนปกติ ยกเว้นผู้ป่วยที่มีอาการทางไต (renal failure) จะมี amenorrhea ได้

สำหรับการวิจัยนี้มีการตั้งครรภ์ทั้งหมด 13 คน (15 ครั้ง) ในผู้ป่วยรวมกลุ่ม 1 + 2 78 คน คิดเป็น 16.67% (การศึกษาไม่ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของผู้ป่วยไว้ด้วย การคุมกำเนิดในผู้ป่วยลุप्तพบว่ามี ความยุ่งยากพอควร คือในขณะที่โรคกำลังรุนแรงไม่ควรใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด เพราะจะทำให้โรคกำเริบ ไม่ควรใส่ห่วงคุมกำเนิด เพราะจะทำให้ติดเชื้อได้ง่าย ซึ่งเป็นหัวข้อที่ควรจะมีผู้ศึกษาต่อไป

การตั้งครรภ์ทั้งหมด 15 ครั้ง พบว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่ม 1 14 ครั้ง กลุ่ม 2 1 ครั้ง 8 ใน 14 ครั้ง ประมาณ 55% ของผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์กำลังได้ยา steroid ขนาดสูง แสดงว่าผู้ป่วยตั้งครรภ์ขณะโรคกำลังรุนแรงอยู่ ซึ่งสมมติฐานที่อาจเป็นไปได้คือ

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการคุมกำเนิด
2. ผู้ป่วยไม่ได้คุมกำเนิดขณะที่มีโรครุนแรง ทั้ง ๆ ที่ได้รับคำแนะนำ
3. การคุมกำเนิดไม่ได้ผล

แต่เมื่อดูข้อมูลระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรคก่อนตั้งครรภ์ พบว่า 8/14 ครั้ง ตั้งครรภ์ภายใน 1 ปีของการป่วยเป็นโรค ซึ่งเป็นข้อมูลที่อาจสนับสนุนได้ว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับคำแนะนำให้คุมกำเนิดขณะโรครุนแรง ซึ่งคำตอบของสมมติฐานเหล่านี้คงต้องมีผู้ทำการวิจัยต่อไป

ผลการตั้งครรภ์ พบว่า ~ 70% (10/14 ของการตั้งครรภ์) คลอดเด็กได้ อีก 30% แท้ง ซึ่งจากรายงานที่มีพบโอกาสแท้งตั้งแต่ 5 - 42% และเด็ก 10 คน พบเป็นเด็ก normal 8 ใน 10 (80%) มี Heart block 1 คน premature 1 คน (10%) ซึ่งจากที่มีรายงานไว้พบ prematurity 15 - 36 %

ข้อมูลที่น่าสนใจคือ ผู้ป่วยที่ได้รับ steroid ขนาดสูง 8 คน สามารถคลอดบุตรได้ 5 คน ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรงและได้รับ steroid ขนาดสูงจำเป็นต้องทำแท้งทุกรายหรือไม่ คงต้องมีการศึกษาต่อไปสำหรับตอบคำถามดังกล่าวนี้

ข้อมูลที่ 20 ผู้ป่วยรวมกลุ่มที่ 1 มี 17 ใน 60 (30%) และกลุ่มที่ 2 มี 4 ใน 18 ราย (22%) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลุप्तก่อนมาที่คลินิกมีจำนวนรวม 21 ใน 78 ราย (คือประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วย) โดยส่วนมากมารับการรักษาและวินิจฉัยมาจากโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งอื่น (ซึ่งเวลาที่ป่วยนานที่สุดก่อนมาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์คือประมาณ 5 ปี ซึ่งมีอยู่ 1 ราย) ส่วนที่คลินิก ถ้าผู้ป่วยไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ไม่ว่าจะมีอาการมานานเท่าใด ที่คลินิกตรวจพบ 4 ใน 11 ข้อ ของ ARA Criteria จะถือเป็นผู้ป่วยเพิ่งเริ่มป่วยเป็นโรคลุप्तที่คลินิก

ดังนั้นข้อมูลผู้ป่วยที่นำมาวิเคราะห์โดยเฉพาะในแง่ของเปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอดจึงมีผู้ป่วยทั้งที่เพิ่งเริ่มวินิจฉัยโรคที่คลินิก ~ 66.67% และมีผู้ป่วยทั้งวินิจฉัยมานาน



ตั้งแต่ 6 เดือนถึง 5 ปี ~ 33.33% ข้อเท็จจริงอันนี้ คงจะมีผลกระทบต่อ การวิเคราะห์ค่าเปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอดต่าง ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยซึ่งมีอาการที่อวัยวะต่าง กัน รวมทั้งเปอร์เซ็นต์การพบอวัยวะต่าง ๆ เป็นโรคที่เวลาป่วยนานอาจแตกต่างกันไปจากที่มีรายงานไว้ เพราะการเข้าสู่การวิจัยของผู้ป่วยและการนับเวลาป่วยเป็นโรคแตกต่างกัน

ข้อมูลที่ 21 ผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 ซึ่งขาดการติดต่อรวม 7 ราย พบว่า ~ 50% ของผู้ป่วยมีอาการอยู่ในขั้นรุนแรงขณะขาดการรักษา และกำลังได้รับ steroid ขนาดสูง นอกจากนี้ผู้ป่วยถึง 5 ใน 7 (70%) ที่มีที่อยู่ในกรุงเทพฯ ดังนั้นสาเหตุการขาดหายไปคงไม่ใช่เพราะเรื่องที่อยู่ห่างไกล อาจเป็นได้จากผู้มีอาการรุนแรงจึงไปรักษาสมุนไพรมะเร็งเสียชีวิตแล้วที่โรงพยาบาลอื่น ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีอาการอยู่ในขั้นรุนแรง คงจะสบายดีจึงไม่มารักษาต่อ ซึ่งได้จดหมายติดต่อไปยังผู้ป่วยทั้ง 7 ราย มีตอบกลับมา 1 ราย เป็นผู้ป่วยซึ่งไม่มีอาการขั้นรุนแรงก่อนขาดการติดต่อ ปัจจุบันก็ยังไม่มีอาการขั้นรุนแรงอยู่ สบายดี

ข้อมูลที่ 22,24 การศึกษาในผู้ป่วยอวัยวะต่าง ๆ มีอาการเป็นโรค โดยเปรียบเทียบกับที่มีรายงานไว้ดังนี้

		เมื่อเริ่มต้น	ตลอดการศึกษา	ที่มีรายงานไว้
อันดับ 1	Proteinuria	78.21%	87.18%	78.0 %
อันดับ 2	Malar rash	73.07%	74.36%	>50.0 %
อันดับ 3	Arthritis	61.54%	62.82%	95.0 %
รองลงมา	Oral ulcer	50.0 %	52.56%	27 - 41 %
	Hematology	32.0 %	35.9 %	10 - 50 %
	Neurology	20.0 %	25.64%	25 - 75 %
	Serositis	12.0 %	16.67%	8 - 48 %
	Photosensitivity	8.0 %	11.54%	>55.0 %
	Discoid rash	6.0 %	16.67%	25.0 %

จะเห็นว่าแม้แต่รายงานของต่างประเทศ เปอร์เซ็นต์ของการเป็นโรคที่อวัยวะต่าง ๆ ก็ยังแตกต่างกันมาก ซึ่งการวิจัยนี้พบว่าค่าที่ได้ก็ใกล้เคียงกับต่างประเทศ มีที่แตกต่างกันคือ

1. ทางด้าน Musculoskeletal ซึ่งในต่างประเทศรวม myalgia, arthralgia, arthritis ดังนั้นจึงพบถึง 95% แต่การวิจัยนี้เอาเฉพาะ Arthritis จึงมีเปอร์เซ็นต์น้อยกว่า พบเพียง 60 กว่า%

2. Oral ulcer พบมีมากกว่าของต่างประเทศ อาจเนื่องจากเป็นอาการที่ไม่มีลักษณะเฉพาะ และไม่ได้มีการตัดชิ้นเนื้อพิสูจน์ ดังนั้นการบันทึกข้อมูลจึงอาจมีการคลาด

เคลื่อนไปได้ โดยอาจรวมเอาผลจากเหตุอื่นเข้าไปด้วย

3. Photosensitivity การวิจัยนี้พบได้น้อยกว่า คงเนื่องจากผิวก่อนคนไทยส่วนมากจะค่อนข้างดำ และมีรายงานว่าคนที่มีผิวดำจะเกิดอาการน้อยกว่าคนผิวขาว

พบว่าผู้ป่วยในกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 มีอาการที่อวัยวะต่าง ๆ ตอนเริ่มต้นไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบตลอดการศึกษา พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 มีจำนวนผู้ป่วยที่มี creatinine > 2 มากกว่ากลุ่มที่ 1 (44% VS 5%) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งมี Hypertension ในกลุ่มที่ 2 มากกว่ากลุ่มที่ 1 (50% VS 15%) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนอาการอื่น ๆ พบเปอร์เซ็นต์ใกล้เคียงกัน ซึ่งเมื่อไปดูข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุการตายก็พบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตมี renal failure รวมทั้งหมดถึง 10 คน (10 ใน 18) ดังนั้นการที่มีไตทำงานล้มเหลวมีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก ส่วนค่า Hypertension นั้น ก็เกี่ยวข้องโดยตรงกับการที่มี renal failure

โดยสรุปจากผลการศึกษาดอนที่ 1 พบว่า

1. ผู้ป่วยกลุ่มที่ยังมีชีวิตอยู่ (กลุ่มที่ 1) และกลุ่มที่เสียชีวิตแล้ว (กลุ่มที่ 2) มีข้อมูลพื้นฐานต่าง ๆ ใกล้เคียงกัน ไม่ว่าจะเป็นอายุเมื่อเริ่มป่วย ภูมิฐานะ อาชีพ สถานภาพการสมรส อาการเป็นโรคในอวัยวะต่าง ๆ ยกเว้นค่า creatinine และตรวจพบ (Hypertension) ความดันสูงมากกว่าในกลุ่มที่ 2 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ
2. ข้อมูลต่าง ๆ เมื่อเปรียบเทียบกับที่มีรายงานไว้พบว่า
  - อัตราส่วน หญิง : ชาย สูงกว่าที่มีรายงานไว้
  - เปอร์เซนต์อวัยวะต่าง ๆ มีอาการเป็นโรคใกล้เคียงกัน ยกเว้น Arthritis, Oral ulcer, Photosensitivity ซึ่งได้อภิปรายเหตุผลไว้แล้ว

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## อภิปรายผลการศึกษาดอนที่ 2

### ข้อมูลที่ 6, 25, 42, และแผนภูมิเส้นที่ 5

เป็นข้อมูลเกี่ยวกับเปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอดสะสมของผู้ป่วยลุปัสทั้งหมด  
จากการวิจัยนี้ จากข้อมูลที่ 6

(รายงานโดย Wallace Et Al 1991)

จำนวนผู้ป่วย	85 ราย	195 ราย	
ช่วงปีที่ศึกษา ค.ศ.	1982-1992	1980-1989	
มีผู้ป่วยเสียชีวิต	18 ราย (21%)	26 ราย (12%)	P>0.05
การมีชีวิตรอดปีที่ 5	86.75%	97%	P>0.05
การมีชีวิตรอดปีที่ 10	77.83%	93%	P>0.05
สาเหตุการตาย	Infection 50%	19%	P<0.05
	Active disease 38%	50%	P>0.05
	Other 11.11%	31%	P<0.05

จะเห็นว่าเปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอดสะสม จากการวิจัยนี้ได้น้อยกว่าที่มีรายงานไว้ คงเนื่องจากมาหลาย ๆ ปัจจัยมีส่วนเกี่ยวข้อง อันได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานต่าง ๆ แหล่งข้อมูล ความรุนแรงของโรค สาเหตุการตาย เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อดูสาเหตุการตายของผู้ป่วยก็พบว่า 50% ของการตายในการวิจัยนี้ คือ การติดเชื้อ (infection) ส่วนที่มีรายงานไว้พบเพียง 19% เท่านั้น ซึ่งแตกต่างกันอย่างชัดเจน และมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นข้อมูลนี้จึงบ่งชี้ได้อย่างชัดเจนว่า การดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะการคำนึงถึงการติดเชื้อเป็นสิ่งสำคัญ จะสามารถช่วยเพิ่มเปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอดสะสมของผู้ป่วยได้อย่างแน่นอน

### ข้อมูลที่ 26, แผนภูมิเส้นที่ 6

เป็นการเปรียบเทียบการมีชีวิตรอดสะสมของผู้ป่วยทั้งหมดกับผู้ป่วย ซึ่งมีแต่อาการที่ระบบไตอย่างเดียว โดยไม่มีอาการที่ระบบสำคัญอื่น คือ ประสาท เลือด serositis ซึ่งเป็นอวัยวะสำคัญ 4 ระบบที่สามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการทางไตอย่างเดียว มีชีวิตรอดมากกว่า ทั้งนี้คงเนื่องจากมีอาการที่อวัยวะสำคัญเพียงระบบเดียว แต่ในปีที่ 9 และ 10 กลับพบว่าเปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอดน้อยกว่าของผู้ป่วยทั้งหมด ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยที่เสียชีวิตในกลุ่มที่มีแต่ระบบไตอย่างเดียว ซึ่งมี 8 ใน 36 ราย (22.22%) ส่วนมากเสียชีวิตในช่วงปีที่ 8, 9, 10 และสาเหตุการตายเนื่องจากการติดเชื้อ (infection) 5 ใน 8 ราย (62.5%) จาก Active disease 2 ใน 8 ราย (25%) โดยจากระบบไตมีอาการรุนแรง นั่นคือสาเหตุการตายส่วนมากไม่ได้เกิดจากอาการเป็นโรคที่ระบบไต นอกจากนี้ผู้ป่วยทั้ง 8 รายได้รับยา steroid



ขนาดปานกลางถึงสูง หรือได้ endoxan 6 ใน 8 ราย (75%) ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับยา steroid ขนาดสูง หรือได้รับ exdoxan จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อได้มากขึ้นนั่นเอง เหล่านี้คือข้อมูลที่อธิบายถึงการพบเปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอดของผู้ป่วยที่มีอาการทางไตอย่างเด็วดังกล่าว

#### ข้อมูลที่ 27 และแผนภูมิเส้นที่ 7

พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบไต + ประสาท โดยไม่มีอาการทางเลือดหรือ serositis มีชีวิตรอดน้อยกว่าผู้ป่วยทั้งหมดในช่วงปีที่ 4 จนถึงปีที่ 10 ข้อมูลที่จะอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นคือ จำนวนผู้ป่วยที่มีไต + ประสาท 10 คน เสียชีวิต 3 คน (30%) ส่วนผู้ป่วยทั้งหมด 85 คน เสียชีวิต 18 คน (21%)  $P > 0.05$  จึงทำให้ดูเหมือนว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีไต + ประสาทมีชีวิตรอดน้อยกว่า และเมื่อถึงสาเหตุการตายของผู้ป่วยไต + ประสาท ทั้ง 3 รายพบว่า ตายจากการติดเชื้อ 2 ใน 3 ราย (66.67%) ตายจากระบบไตมีอาการรุนแรง 1 ใน 3 (33.33%) ไม่มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากอาการทางประสาทเลย นั่นคือสาเหตุการตายส่วนมากไม่ได้เกิดจากอาการเป็นโรคที่อวัยวะสำคัญ แต่เกิดจากการติดเชื้อเป็นส่วนใหญ่ และผู้ป่วยทั้ง 3 รายได้รับยา steroid ขนาดสูง และได้รับ exdoxan 2 ใน 3 ราย (66.67%) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อได้ง่ายขึ้น

ดังนั้นอาการทางไต + ประสาทจึงไม่ใช่ตัวบ่งชี้ว่าจะมีเปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอดน้อยกว่าผู้ป่วยทั้งหมด

#### ข้อมูลที่ 28 และแผนภูมิเส้นที่ 8

เปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอดของผู้ป่วยที่มีไต + เลือด มีมากกว่าของผู้ป่วยทั้งหมดโดยผู้ป่วยที่มีไต + เลือด เสียชีวิต 2 ใน 14 ราย (14%) ส่วนผู้ป่วยทั้งหมด 85 คน เสียชีวิต 18 คน (21%)  $P > 0.05$  และสาเหตุการตายของผู้ป่วยที่มีไต + เลือด ทั้ง 2 รายเนื่องจากการติดเชื้อ 1 ราย (50%) ตายจากระบบไต + เลือด มีอาการรุนแรง 1 ราย (50%) ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับยา steroid ขนาดสูง

จะเห็นว่าผู้ป่วยที่มีไต + เลือด เสียชีวิตน้อยกว่า ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมีอาการไต + เลือด ช่วยบอกได้ว่าอาจมีเปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอดมากขึ้น แต่ความสำคัญเกี่ยวข้องกับอาการที่มีไต + เลือดเป็นอย่างไรมัน คงต้องศึกษาเพิ่มเติมในรายละเอียดต่อไป

กล่าวโดยสรุปจากที่ได้อภิปรายมาแล้วในข้อมูลที่ 25, 26, 27, 28 พบว่า การที่ผู้ป่วยซึ่งมีอาการทางระบบไตอย่างเด็ว หรือมีอาการทางระบบไต + ประสาท หรือไต + เลือด จะมีชีวิตรอดมากขึ้นเพียงใด ขึ้นกับสาเหตุการตาย คือ การติดเชื้อเป็นสาเหตุสำคัญ (50%) มากกว่าสาเหตุจากการที่มีอวัยวะสำคัญเป็นโรครุนแรง (38%) แต่การที่มีอวัยวะสำคัญเป็นโรครุนแรงนั้นมีผลทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยา steroid ขนาดสูง หรือได้ endoxan ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อได้มากขึ้น (ข้อมูลที่ 42



พบว่าผู้ป่วยที่ตายจากการติดเชื้อทั้งหมด 9 ราย จะเป็นผู้ป่วยซึ่งได้รับยา steroid ขนาดสูง หรือได้รับยา exdoxan รวม 7 ราย คิดเป็น 77.77%) นั่นคือ เปอร์เซ็นต์ การมีชีวิตรอดสะสมของผู้ป่วยขึ้นกับ

1. การติดเชื้อ
2. การได้รับยา steroid ขนาดสูง หรือได้รับยา exdoxan
3. และการมีอวัยวะสำคัญเป็นโรครุนแรง โดยมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันเป็น

ลูกโซ่ดังที่กล่าวมาแล้ว

และมีข้อสังเกตว่า การที่มีอาการเป็นโรคไต + เลือด คงจะมีผลดีบางอย่างแก่ผู้ป่วย

#### ข้อมูลที่ 29 และแผนภูมิเส้นที่ 10

พบว่าเปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอดของผู้ป่วยที่มีอาการทางผิวหนังมากกว่ากลุ่มไม่มีอาการทางผิวหนัง (อาการทางผิวหนังถือเป็นอวัยวะที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต) การ ทวีเคราะห์ได้ผลออกมาเช่นนี้ก็เนื่องจากข้อมูลที่จะได้แสดงต่อไปนี้

	ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางผิวหนังเลย	มีอาการทางผิวหนัง	P
จำนวน	10	75	
เสียชีวิต	5 (50%)	13 (17.33%)	<0.05
มีอาการที่อวัยวะสำคัญ (ไต, เลือด, ประสาท หรือ serositis)	100%	97.65%	
ผู้ป่วยที่เสียชีวิตได้รับ steroid ขนาดสูง หรือ ได้รับ endoxan	3 ใน 5 (60%)	8 ใน 13 (61.5%)	>0.05
เสียชีวิตจากการติดเชื้อ	3 ใน 5 (60%)	6 ใน 13 (46.15%)	>0.05
เสียชีวิตจาก Active disease	1 ใน 5 (20%)	6 ใน 13 (46.15%)	>0.05
เสียชีวิตจาก other	1 ใน 5 (20%)	1 ใน 13 ( 7.69%)	>0.05

จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่มีอาการทางผิวหนัง และกลุ่มที่มีอาการทางผิวหนังมีอาการที่อวัยวะสำคัญและการได้รับยา steroid ขนาดสูง และได้ endoxan เปอร์เซ็นต์ไม่แตกต่างกันใน 2 กลุ่มนี้ แต่สาเหตุตายจากการติดเชื้อในกลุ่มที่ไม่มีอาการทางผิวหนังมีมากกว่า สมมติฐานที่อาจเป็นไปได้คือ อาการทางผิวหนังอาจเป็นปัจจัยหนึ่ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อได้น้อยลง และมีอวัยวะสำคัญเป็นโรคน้อยลง ดังนั้น เปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอดของผู้ป่วยที่มีอาการทางผิวหนังจึงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางผิวหนัง

## ข้อมูลที่ 30 และแผนภูมิเส้นที่ 11

	ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางข้อ	มีอาการทางข้อ	P
จำนวน	33	52	
เสียชีวิต	10 (30.30%)	8 (15.38%)	>0.05
มีอาการที่อวัยวะสำคัญ (ไต, เลือด, ประสาท หรือ serositis)	100%	97.65%	
ผู้ป่วยที่เสียชีวิตได้รับ steroid ขนาดสูง หรือ ได้รับ endoxan	8 ใน 10 (80%)	4 ใน 8 (50%)	>0.05
เสียชีวิตจากการติดเชื้อ	5 ใน 10 (50%)	4 ใน 8 (50%)	>0.05
เสียชีวิตจาก Active disease	5 ใน 10 (50%)	2 ใน 8 (25%)	>0.05

จะเห็นว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีเปอร์เซ็นต์อาการที่อวัยวะสำคัญใกล้เคียงกัน แต่ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางข้อได้รับยา steroid ขนาดสูงหรือขนาดกลาง หรือได้ endoxan จำนวนมากกว่า คือ พบ 80% ของกลุ่มนี้ บ่งชี้ว่าความรุนแรงของโรคในอวัยวะที่สำคัญ 4 ระบบในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางข้ออาจรุนแรงมากกว่า และสาเหตุการเสียชีวิตก็ช่วยสนับสนุนความคิดนี้ เพราะมีผู้ป่วยเสียชีวิตจาก Active disease ถึง 50% ในกลุ่มที่ไม่มีอาการทางข้อ แต่มีเพียง 25% ในกลุ่มที่มีอาการทางข้อซึ่งเสียชีวิตจาก Active disease

จึงพอจะสรุปได้ว่า อาการทางข้อไม่สามารถเป็นตัวบ่งชี้ถึงความรุนแรงของอาการที่ระบบอวัยวะอื่น และผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางข้ออาจมีอาการรุนแรงที่อวัยวะอื่น จนเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตจากระบบอวัยวะดังกล่าวได้ และการติดเชื้อก็ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต นั่นคือ อาการทางข้ออาจเป็นปัจจัยที่ทำให้อวัยวะสำคัญเป็นโรคน้อยกว่าเกิดการติดเชื้อได้น้อยกว่า จึงมีเปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอดสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางข้อ

## ข้อมูลที่ 31 และแผนภูมิเส้นที่ 12

	ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทาง Serositis	มีอาการทาง Serositis	P
จำนวน	74	7	
เสียชีวิต	14 (18.9%)	4 (54.17%)	>0.05
มีอาการที่อวัยวะสำคัญ (ไต, เลือด หรือประสาท)	95.94%	100%	
ผู้ป่วยที่เสียชีวิตได้รับ steroid ขนาดสูง หรือ ได้รับ endoxan	7 ใน 14 (50%)	3 ใน 4 (75%)	>0.05
เสียชีวิตจากการติดเชื้อ	8 ใน 14 (57.14%)	1 ใน 4 (25%)	>0.05
เสียชีวิตจาก Active disease	4 ใน 14 (28.57%)	3 ใน 4 (75%)	>0.05
เสียชีวิตจาก Serositis	0	1 ใน 4 (25%)	



จะเห็นว่าผู้ป่วยที่มีอาการทาง Serositis มีอวัยวะสำคัญเป็นโรคร่วมด้วยมากกว่า ได้รับ steroid ขนาดสูงหรือขนาดกลาง หรือได้ endoxan มากกว่า ซึ่งเมื่อดูสาเหตุการตายก็พบว่า ผู้ป่วยที่มี Serositis ตายจาก Active disease ถึง 75% ในขณะที่ผู้ป่วยซึ่งไม่มี Serositis ตายจาก Active disease เพียง 28%

จึงพอจะสรุปได้ว่า อาการทาง Serositis สามารถเป็นตัวบ่งชี้ว่ามีความรุนแรงของอาการที่ระบบอวัยวะสำคัญอื่นร่วมด้วย ซึ่งเป็นสาเหตุให้เปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอดของผู้ป่วยที่มี Serositis น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มี Serositis

#### ข้อมูลที่ 32 และแผนภูมิเส้นที่ 13

	ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางไต	มีอาการทางไต	P
จำนวน	10	75	
เสียชีวิต	3 (30%)	15 (20%)	>0.05
มีอาการที่อวัยวะสำคัญ (เลือด, ประสาท หรือ serositis)	7 ใน 10 (70%)	38 ใน 75 (50.66%)	>0.05
ผู้ป่วยที่เสียชีวิตได้รับ steroid ขนาดสูง หรือ ได้รับ endoxan	17 ใน 3 (33.33%)	11 ใน 15 (73.33%)	>0.05
เสียชีวิตจากการติดเชื้อ	2 ใน 3 (66.66%)	7 ใน 15 (46.66%)	>0.05
เสียชีวิตจาก Active disease	1 ใน 3 (33.33%)	6 ใน 15 (40%)	>0.05
เสียชีวิตจากอาการทางไต	0	4 ใน 15 (25.67%)	

จะเห็นว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางไตมีอวัยวะสำคัญอื่นร่วมด้วยมากกว่า และมีการเสียชีวิตจากการติดเชื้อมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการทางไต จึงทำให้ผลการเปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอด พบว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการทางไตมีชีวิตรอดน้อยกว่ากลุ่มที่มีอาการทางไต ซึ่งข้อมูลที่ได้นี้จะแตกต่างกับของต่างประเทศที่มีรายงานไว้ (แผนภูมิเส้นที่ 1) โดย Wallace et al ซึ่งในรายงานนั้นไม่ได้กล่าวถึงว่าผู้ป่วยในรายงานเมื่ออวัยวะสำคัญอื่นร่วมด้วยเท่าไร ได้รับยาขนาดเท่าไร และได้รายงานสาเหตุการตายไว้พบว่ากลุ่มมีอาการทางไตตายจาก Active disease ที่ระบบไต 32% การติดเชื้อ 23% ส่วนกลุ่มที่ไม่มีอาการทางไตตายจากไม่ทราบสาเหตุ 24% การติดเชื้อ 17%

โดยสรุปจากข้อมูลนี้ พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการทางไต มักมีอาการทางระบบอื่นร่วมด้วยมากกว่า, คงจะได้รับยาขนาดสูงมากกว่า, เสียชีวิตจากการติดเชื้อมากกว่า จึงมีเปอร์เซ็นต์การรอดชีวิตน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางไต

#### ข้อมูลที่ 33 และแผนภูมิเส้นที่ 14

เช่นเดียวกับข้อมูลที่ 32

## ข้อมูลที่ 34 และแผนภูมิเส้นที่ 15

	ผู้ป่วยที่มี creatinine < 2 mg/dl	> 2 mg/dl	P
จำนวน	65	11	
เสียชีวิต	7 (10.76%)	8 (72.72%)	< 0.05
มีอาการที่อวัยวะสำคัญ (ไต, เลือด หรือ serositis)	50%	80%	< 0.05
ผู้ป่วยที่เสียชีวิตได้รับ steroid ขนาดสูง หรือ ได้รับ endoxan	4 ใน 7 (57.14%)	8 ใน 8 (100%)	< 0.05
เสียชีวิตจากการติดเชื้อ	4 ใน 7 (57.14%)	4 ใน 8 (50%)	> 0.05
เสียชีวิตจาก Active disease	2 ใน 7 (28.57%)	3 ใน 8 (37.50%)	> 0.05

จะเห็นว่าผู้ป่วยที่มี creatinine > 2 mg/dl เสียชีวิตมากกว่า มีอวัยวะสำคัญเป็นโรคมากกว่า ได้รับยา steroid ขนาดสูง หรือ endoxan มากกว่าผู้ป่วยที่มี creatinine < 2 mg/dl

ดังนั้นผู้ป่วยที่มี creatinine > 2 mg/dl จึงมีเปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอดระดม น้อยกว่าผู้ป่วยที่มี creatinine < 2 mg/dl

## ข้อมูลที่ 35 และแผนภูมิเส้นที่ 16

	ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางระบบประสาท	มีอาการทางระบบประสาท	P
จำนวน	64	21	
เสียชีวิต	13 (20%)	5 (23%)	> 0.05
มีอาการที่อวัยวะสำคัญ (ไต, เลือด หรือ serositis)	55 ใน 64 (85%)	18 ใน 21 (85%)	> 0.05
ผู้ป่วยที่เสียชีวิตได้รับ steroid ขนาดสูง หรือ ได้รับ endoxan	9 ใน 13 (69%)	3 ใน 4 (75%)	> 0.05
เสียชีวิตจากการติดเชื้อ	7 ใน 13 (53%)	2 ใน 5 (40%)	> 0.05
เสียชีวิตจาก Active disease	5 ใน 13 (38%)	2 ใน 5 (40%)	> 0.05

จะเห็นว่าข้อมูลข้างบนใกล้เคียงกันทั้ง 2 กลุ่ม จึงทำให้เปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอดของผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีอาการทางประสาทใกล้เคียงกัน นั่นคือผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีอาการทางประสาท มีอาการและลักษณะของโรคใกล้เคียงกัน

## ข้อมูลที่ 36 และแผนภูมิเส้นที่ 17

ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางระบบเลือดและผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบเลือด มีเปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอดใกล้เคียงกัน ซึ่งจากการวิเคราะห์ก็พบว่าข้อมูลต่าง ๆ เป็นไปในทำนองเดียวกับผู้ป่วยที่มีและไม่มีอาการทางระบบประสาท



ข้อมูลที่ 37, 38

เช่นเดียวกับข้อมูลที่ 34

โดยสรุปจากผลการศึกษาดอนที่ 2 พบว่า

- . อาการที่อวัยวะไม่สำคัญคือ ไม่สามารถเป็นต้นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ คือ ผิวหนัง และข้อ จะพบว่ากลุ่มที่มีอาการทางผิวหนังหรือข้อ จะเป็นปัจจัยให้อาการของอวัยวะสำคัญเป็นโรคน้อยลง มีโอกาสติดเชื้อน้อยลง จึงทำให้เปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอดสะสมมากกว่า แต่ไม่สามารถนำการมีอาการทางข้อหรือผิวหนังมาใช้เป็นตัวบอกเปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอดของผู้ป่วยได้โดยตรง เพราะอาการทางผิวหนังหรือข้อเป็นอาการที่อวัยวะไม่สำคัญ
- . อาการที่อวัยวะสำคัญ คือ Serositis, ไต, ประสาท, เลือด ซึ่งสามารถเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ พบว่า
  - ถ้ามีอาการทาง Serositis จะมีอาการที่อวัยวะสำคัญอื่นร่วมด้วยเสมอ และเป็นตัวบ่งชี้ว่าจะมีอวัยวะสำคัญเป็นโรครุนแรงด้วย เปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอดจะน้อยกว่า
  - ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางไต (Proteinuria) สามารถพบว่ามีอาการที่อวัยวะสำคัญอื่นเป็นโรครุนแรงได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางไต จึงทำให้เปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอดน้อยลง
  - ผู้ป่วยที่มี creatinine > 2 mg/dl มีเปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอดน้อยกว่า creatinine < 2 mg/dl
  - ผู้ป่วยที่มีอาการทางไต (Proteinuria) โดยมี > 3.5 กรัม/วัน, Active urine sediment จะมีเปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอดน้อยกว่า < 3.5 กรัม/วัน, Inactive urine sediment
  - ผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีอาการทางเลือดหรือประสาท พบอวัยวะสำคัญอื่นเป็นโรคได้พอ ๆ กัน และรุนแรงพอ ๆ กัน เปอร์เซ็นต์การมีชีวิตรอดใกล้เคียงกัน และสาเหตุสำคัญที่สุดที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตคือการติดเชื้อ อันเนื่องมาจากการได้รับ steroid ขนาดสูง หรือได้ endoxan ซึ่งจะพบมากในผู้ป่วยซึ่งมีอวัยวะสำคัญเป็นโรครุนแรง

### ผลการศึกษาดอนที่ 3

#### ข้อมูลที่ 41, 42, 43

พบว่าสาเหตุสำคัญที่สุดในการเสียชีวิตของผู้ป่วยในการวิจัยนี้คือ การติดเชื้อ 9 ราย 50% และพบว่า 7 ใน 9 รายได้รับ steroid ขนาดสูง หรือได้รับ endoxan (77.77%) อันดับ 2 ของการเสียชีวิตคือ Active disease 7 ราย 38% โดยพบว่า 6 ใน 7 รายได้ steroid ขนาดสูง หรือได้รับ endoxan (85.75%) ดังนั้นการมีอวัยวะสำคัญเป็นโรครุนแรงจะมีผลให้ผู้ป่วยได้รับยา steroid ขนาดสูง หรือได้รับ endoxan ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อมากขึ้น

เพราะฉะนั้นการคำนึงถึงการติดเชื้อในผู้ป่วยลุกลามจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดสูง และเชื้อที่ก่อโรคก็มีความสำคัญเช่นกัน ในการวิจัยนี้พบว่า เชื้อที่เป็นสาเหตุอันดับ 1 คือ วัณโรค (tuberculosis) 33% อันดับ 2 Nocardia 22% รองลงไปพบอย่างละ 11% ได้แก่ Klebsiella, Enterobacter, E.coli ส่วนตำแหน่งติดเชื้อที่พบบ่อยที่สุดคือ lung 41.66% อันดับ 2 urinary tract 16.66% brain 16.66% gastrointestinal tract 16.66% รองลงไป skin, hip

### ผลการศึกษาดอนที่ 4

#### ข้อมูลที่ 44 - 53

เป็นการรวบรวมเปอร์เซ็นต์การมีอวัยวะต่าง ๆ เป็นโรคตั้งแต่ช่วงเวลาศึกษา 1 ปีถึง 10 ปี พบว่าส่วนมากผู้ป่วยจะมีอวัยวะเป็นโรคพบมากในช่วงแรก ๆ ของการป่วย รวมทั้งการได้รับยาขนาดสูงในช่วงแรก ๆ ผลแทรกซ้อนจากการรักษา คือ การติดเชื้อจะพบได้เกือบตลอดการศึกษา ส่วน Avascular necrosis จะพบมากช่วงปีที่ 3 - 7 ของการศึกษา ซึ่งจากข้อมูลนี้จะนำไปเป็นแนวทางในการพยากรณ์โรคให้ผู้ป่วยได้ว่า เมื่อป่วยเป็นโรคนานขึ้น มีโอกาสที่โรคจะสงบได้มาก สามารถหยุดยาได้ แต่ก็อาจพบภาวะแทรกซ้อนได้มากด้วย