

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบของโรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโทซัส



นางสาวอาทิตย์ยา ไทพานิชย์

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

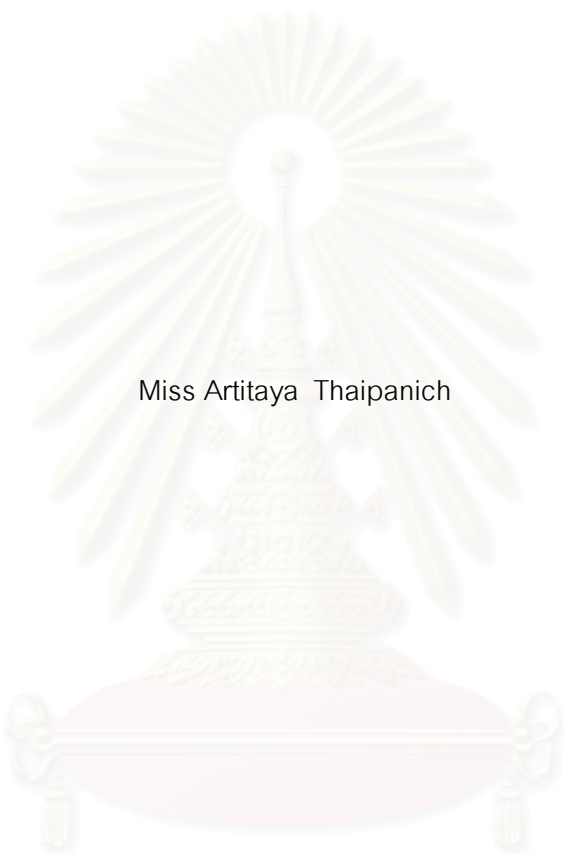
สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS ASSOCIATED WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS DISEASE ACTIVITY



Miss Artitaya Thaipanich

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science in Pharmacy Program in Clinical Pharmacy

Department of Pharmacy

Faculty of Pharmaceutical Sciences

Chulalongkorn University

Academic Year 2007

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบของโรคซิสเทมิก  
ลูปัส อิริทีมาโทซัส

โดย

นางสาวอาทิตย์ยา ไทพานิชย์

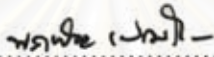
สาขาวิชา

เภสัชกรรมคลินิก

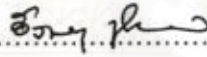
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

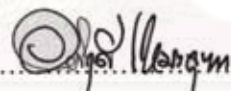
ผู้ช่วยศาสตราจารย์อภิฤดี เหมะจุฑา


คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


 ..... คณบดีคณะเภสัชศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.พรเพ็ญ เปรมโยธิน)


คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

 ..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์อัจจรา อุทธิศวรรณกุล)

 ..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อภิฤดี เหมะจุฑา)

 ..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(แพทย์หญิงจิรภัทร วงศ์ชินศรี)

 ..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิตินันท์ เชื้ออำนาจ)

 ..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมฤทัย วัชรวิวัฒน์)

อาทิตยา ไทพานิชย์: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบของโรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโทซัส. (FACTORS ASSOCIATED WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS DISEASE ACTIVITY)


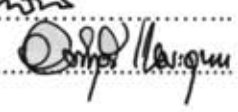
อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. อภิฤดี เหมะจุทา, 93 หน้า.

**วัตถุประสงค์** ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ด้านโรค ด้านผู้ป่วย ด้านยา ที่มีผลต่อการกำเริบของโรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโทซัส (เอสแอลอี) และปัจจัยทำนายการกำเริบของโรคเอสแอลอี ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

**วิธีการศึกษา** เป็นการวิจัยภาคตัดขวางระยะสั้นเชิงสำรวจ (Cross-sectional Survey) เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอสแอลอี ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2550 ถึง วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2551 โดยเก็บข้อมูลทั่วไป ปัจจัยด้านโรค ได้แก่ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็น ภาวะติดเชื้อ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ คะแนนความรู้ คะแนนการปฏิบัติตัว คะแนนความเครียด ปัจจัยด้านยา ได้แก่ คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา และนำมาหาความสัมพันธ์กับคะแนนการกำเริบของโรคซึ่งประเมินโดยMEX-SLEDAI วิเคราะห์ความสัมพันธ์จากค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน แล้วนำมาหาปัจจัยทำนายการกำเริบของโรคโดยใช้สถิติการถดถอยพหุ

**ผลการศึกษาวิจัย** จากผู้ป่วย 132 ราย พบภาวะติดเชื้อในผู้ป่วย 30 ราย ค่าเฉลี่ยคะแนนการกำเริบของโรคของกลุ่มติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มไม่ติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการกำเริบของโรคจากค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่าผู้ป่วยที่มีความเครียดมาก และความร่วมมือในการใช้น้อย สัมพันธ์กับการกำเริบของโรคที่สูงอย่างมีนัยสำคัญ ( $r = +0.242$ ,  $r = +0.276$ ,  $p = 0.005$ ,  $0.001$  ตามลำดับ) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับเอสแอลอี การปฏิบัติตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรค ปัจจัยทำนายการกำเริบของโรคคือ ภาวะติดเชื้อ ความเครียด และ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

**สรุป** ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ มีความเครียดมาก และ มีความร่วมมือในการใช้น้อย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรคเอสแอลอีได้ ข้อมูลดังกล่าวอาจช่วยเป็นข้อพิจารณาในการให้คำแนะนำในการลดความเครียดและเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา เพื่อลดโอกาสกำเริบของโรคได้

ภาควิชา .....เภสัชกรรม..... ลายมือชื่อนิสิต .....  .....  
 สาขาวิชา ..เภสัชกรรมคลินิก.. ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....  .....  
 ปีการศึกษา ..... 2550.....

# 4976613233 : MAJOR CLINICAL PHARMACY

KEY WORD: FACTOR /SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS/ SLE/ DISEASE ACTIVITY

ARTITAYA THAI PANICH : FACTORS ASSOCIATED WITH DISEASE ACTIVITY OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS. THESIS PRINCIPAL ADVISOR: ASST. PROF. APHIRUDEE HEMACHUDHA, 93 pp.

**Objectives.** To determine whether there were any associations in terms of nature of disease, patients and drugs factors in determining systemic lupus erythematosus (SLE) disease activity and whether these can be used in developing model in predicting SLE disease activity.

**Methods.** Using the Cross-sectional survey method, SLE patients at Nopparat Rajathanee hospital were interviewed during November 1, 2007 to February 29, 2008. Data on disease duration, infection, knowledge about SLE, self management, stress and compliance, were collected. Such parameters were evaluated with disease activity scores (measured by MEX-SLEDAI). Pearson Product-Moment Correlation was used to evaluate causal relationship; Multiple Regression Analysis was also applied to identify an appropriate model in predicting the disease activity.

**Results.** Based on data from 132 SLE patients, infections were found in 30 patients. Infected group had significantly disease activity score more than non-infected group ( $p < 0.001$ ). Stress and non-compliance were significantly associated with disease activity ( $r = +0.242$ ,  $r = +0.276$ ,  $p = 0.005$ ,  $0.001$  respectively). Disease duration, SLE knowledge and self management were not significantly associated with disease activity. Infection, stress and compliance were significantly predictive factors in disease activity model.

**Conclusion.** Patients who had infection, more stress and non-compliance were at risk in association with SLE flare.

Department: ...Pharmacy..... Student's signature: ..... *Artitaya Thaipanich* .....  
Field of study: Clinical Pharmacy...Principal Advisor's signature: ..... *Asst. Prof. Aphirudee Hemachudha* .....  
Academic year: .....2007.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี เนื่องด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์อภิฤดี เหมะจุฑา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งกรุณาให้ข้อคิดเห็นและ คำแนะนำต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ รวมถึงให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยโดยตลอด

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงจีรภัทร วงศ์ชินศรี เป็นอย่างสูง ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่า ในการให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์อัฉรภา อุทิศวรรณกุล ประธานคณะกรรมการหลักสูตร และประธานกรรมการ ในการดำเนินการงานวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุนิตินันท์ เอื้ออำนวย เป็นอย่างสูง ที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำและความช่วยเหลือ เรื่องสถิติ เป็นอย่างมาก

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมฤทัย วัชรวิวัฒน์ ที่ให้ความรู้ รวมถึงให้ข้อคิด แนวทางที่นำไปสู่การปฏิบัติจริง และคำแนะนำที่ดีมาตลอด

ขอขอบพระคุณอาจารย์ภาคิวิชา เกสัชกรรมคลินิกทุกท่าน ที่ให้การประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เกสัชกรหญิง นวลจันทร์ เทพสุภรังษิกุล หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม ที่ให้การสนับสนุนการศึกษา ขอขอบพระคุณ เกสัชกรหญิงนิตยา ภาพสมุทฺร ที่ให้กำลังใจ คำแนะนำ และเป็นທີ່ปรึกษาอย่างดีตลอดมา ขอขอบพระคุณนายแพทย์พนัสพงษ์ จันทร์บรรเจิด ที่ให้ความรู้ และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์

ขอบคุณ เกสัชกรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและกำลังใจที่ดี ขอขอบคุณ นาง อภา ชูปรีชา หัวหน้าพยาบาลแผนกอายุรกรรม นางวาสนา อรัญศรี พยาบาลหัวหน้าตึก 5/4 สามัญ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีทุกท่าน และผู้ป่วยทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอบคุณเพื่อนๆ ทุกคน ที่เป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา

ขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัยนี้

สุดท้ายต้องขอขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัว ที่ให้ความรัก ความอบอุ่น ให้การสนับสนุน และเป็นกำลังใจที่ดีตลอดมา

# สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	3
ขอบเขตการวิจัย .....	3
ข้อตกลงเบื้องต้น .....	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	5
แนวคิดและทฤษฎี.....	5
สาเหตุการเกิดของโรคเอสแอลอี .....	5
การวินิจฉัยโรค.....	5
อาการและอาการแสดง.....	8
การประเมินและติดตามผู้ป่วย.....	11
การรักษา.....	13
อาการไม่พึงประสงค์จากยา.....	15
ความร่วมมือในการใช้ยา .....	16
ข้อควรปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเอสแอลอี .....	18
ปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบของโรคเอสแอลอี .....	19
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	23
ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนการวิจัย .....	23
ขั้นตอนที่ 2 การเก็บข้อมูล .....	25
ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์และสรุปผล.....	28

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล .....	32
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป .....	33
ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านโรค.....	44
ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านผู้ป่วย.....	45
ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านยา.....	52
ส่วนที่ 5 การกำเริบของโรค.....	54
ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ต่อการกำเริบของโรค.....	54
ส่วนที่ 7 ปัจจัยทำนายนายการกำเริบของโรคเอสแอลอี.....	59
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา .....	63
ข้อจำกัดของการวิจัย .....	66
ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งนี้.....	66
ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป .....	68
รายการอ้างอิง .....	69
ภาคผนวก.....	78
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	93

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโทซัส ฉบับปี1997 ..... 6

ตารางที่ 2 การจัดกลุ่มของไตอักเสบในโรคลูปัส โดยองค์การอนามัยโลก  
และInternational Society of Nephrology/ Renal Pathology Society..... 10

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย ..... 33

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการแสดงในระบบอวัยวะต่างๆ..... 38

ตารางที่ 5 จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการแสดงในแต่ละระบบอวัยวะ..... 40

ตารางที่ 6 กลุ่มยาหลักที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อรักษาหรือคุมอาการของโรคเอสแอลอี..... 41

ตารางที่ 7 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามจำนวนกลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับ..... 43

ตารางที่ 8 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ..... 44

ตารางที่ 9 คะแนนความรู้ที่เกี่ยวกับโรคเอสแอลอีของผู้ป่วย..... 46

ตารางที่ 10 จำนวนผู้ป่วยที่ตอบถูกในเรื่องความรู้รายข้อ..... 47

ตารางที่ 11 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวรวมของผู้ป่วยรายข้อ..... 49

ตารางที่ 12 ความถี่และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดรายข้อ..... 51

ตารางที่ 13 จำนวนของผู้ป่วยตามระดับความเครียด..... 52

ตารางที่ 14 จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา..... 53

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เป็นโรคกับคะแนนการกำเริบของโรค..... 55

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการกำเริบของโรคระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อ  
และไม่ติดเชื้อ..... 56

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้กับคะแนนการกำเริบของโรค..... 56

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการปฏิบัติตัวกับคะแนนการกำเริบของโรค..... 57

ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเครียดกับคะแนนการกำเริบของโรค..... 58

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา  
กับคะแนนการกำเริบของโรค..... 59

ตารางที่ 21 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการกำเริบของโรค..... 59

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการกำเริบของโรค (MRA)..... 60

ตารางที่ 23 รูปแบบจำลองเพื่อนำไปสร้างสมการทำนายการกำเริบของโรค..... 60

ตารางที่ 24 สรุปรูปแบบจำลองของปัจจัยที่ศึกษา ..... 61

ตารางที่ 25 รูปแบบจำลองจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรค ..... 61

ตารางที่ 26 สรุปรูปแบบจำลองจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรค ..... 62

## คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ

ACEIs	Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors
BILAG	British Isles Lupus Assessement Group
ECLAM	European Community Lupus Activity Measure
HDL-C	high density lipoprotein cholesterol
MEX-SLEDAI	Mexican Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index
NSAIDs	non-steroidal anti-inflammatory drugs
SLAM	Systemic Lupus Activity Measure
SLE	Systemic lupus erythematosus
SELENA-SLEDAI	Safety of Estrogens in Lupus Erythematosus, National Assessement Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index
SLEDAI	Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index)



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโทซัส (เอสแอลอี) หรือ Systemic Lupus Erythematosus (SLE) จัดอยู่ในกลุ่มความผิดปกติของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue disorders) (1) และโรคแพ้ภูมิตัวมันตนเอง (autoimmune disease) (1, 2) ซึ่งเป็นการอักเสบเรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ (3) โดยระบบภูมิคุ้มกันมีปฏิกริยากับเนื้อเยื่อตัวเอง (4) ทำให้เกิดความผิดปกติได้ในหลายระบบของร่างกาย มีอาการแสดงได้หลายอย่าง (5) เอสแอลอีเป็นโรคที่พบได้ทั่วโลก และเกือบทุกช่วงอายุ โดยทั่วโลกมีความชุก (prevalence) 12-254 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย (6) ในคนไทย พบว่ามีความชุก 1 ต่อ 1,000 คน (7) ส่วน อุบัติการณ์การเกิดโรค (incidence) พบ 1.8-7.6 ราย ต่อประชากร 100,000 รายต่อปี โดยร้อยละ 90 เป็นเพศหญิง (6) และช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 15-45 ปี (1)

การวินิจฉัยโรคเอสแอลอี เป็นโรคที่วินิจฉัยยาก ไม่มีตัวชี้วัดตัวใดที่บ่งบอกหรือวินิจฉัยได้ ต้องอาศัยตัวชี้วัดหลายๆ ตัวร่วมกัน (8) การวินิจฉัยส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์ของสมาคมโรคข้อแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (The American College of Rheumatology) ฉบับปรับปรุงปี 1997 (9, 10) ซึ่งมีเกณฑ์ในการวินิจฉัย 11 ข้อ โดยผู้ป่วยต้องมีอาการอย่างน้อย 4 ข้อ ใน 11 ข้อ จึงวินิจฉัยเป็นเอสแอลอี ในบางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงอาการออกมาไม่พร้อมกัน ร่วมกับอาการแสดงของโรคเอสแอลอี เป็นอาการต่างๆ ไปที่สามารถพบได้ตามปกติอยู่แล้ว ทำให้การวินิจฉัยเป็นไปได้ยาก ส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วย เนื่องจากไม่สามารถรักษาให้ถูกโรคได้ อาการทั่วไปที่มักพบคือ มีไข้ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด เบื่ออาหาร ปวดตามข้อ และมีอาการตามเฉพาะระบบที่ผู้ป่วยเป็น หากผู้ป่วยมีความผิดปกติที่อวัยวะที่มีความสำคัญสูง เช่น หัวใจ ไต ก็จะทำให้มีความรุนแรงของโรคมาก เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหากรักษาไม่ถูกวิธีและไม่ทันท่วงที โอกาสการมีชีวิตรอดในผู้ป่วยเอสแอลอี ในปัจจุบันมีมากขึ้น เนื่องจากการวินิจฉัยและการรักษาที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม โอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยหลังการวินิจฉัยโรคจะลดลงตามระยะเวลา และระบบที่มีความผิดปกติ (11)

ลักษณะการดำเนินของโรคในผู้ป่วยเอสแอลอีจะแบ่งเป็น 2 แบบ คืออยู่ในระยะกำเริบ (active) และระยะพัก (remission) (5, 12) อาการแสดงในผู้ป่วยอาจแสดงออกที่ระบบอวัยวะเดียว หรือหลายระบบอวัยวะร่วมกัน (13) อาการแสดงที่พบทั่วไปคือ อ่อนเพลีย มีไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด (14) ส่วนอาการอื่นๆ และความรุนแรงขึ้นกับระบบที่ถูกรบกวนในผู้ป่วยแต่ละราย โดยเป้าหมายในการรักษาโรคเอสแอลอี คือ ทำให้การกำเริบของโรคเข้าสู่ภาวะปกติให้เร็วที่สุด และ

ต้องรักษาภาวะสงบของโรคให้นานที่สุด (14) หากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาไม่ถูกต้อง และได้รับปัจจัยที่กระตุ้นการกำเริบของโรค อาจทำให้ผู้ป่วยมีเกิดการกำเริบของโรคที่รุนแรงขึ้นจนทำให้มีอันตรายถึงชีวิตได้ จากการศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยเอสแอลอีพบว่า การกำเริบของโรคเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสอง รองจากภาวะติดเชื้อ (11, 15, 16)

เอสแอลอีเป็นโรคเรื้อรังหนึ่งที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง โดยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยเอสแอลอีเฉลี่ย 7,913 ปอนด์ ต่อคนต่อปี (17) หรือประมาณ 500,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต และพบว่า การกำเริบของโรคมากมีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากการกำเริบของโรคจะเป็นตัวชี้วัดที่ติดตามการรักษาในผู้ป่วยเอสแอลอีแล้ว ยังมีการศึกษาที่พบว่า การกำเริบของโรคมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพ หรือความเสียหายของอวัยวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (18, 19) ซึ่งหมายถึงถ้าผู้ป่วยมีการกำเริบของโรคมาก ก็จะส่งผลต่อความเสียหายต่ออวัยวะโดยไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้มากขึ้น และการกำเริบของโรคยังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนนการกำเริบของโรคสูง สัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่ำ (20) ในปัจจุบันการรักษาเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขมากขึ้น การทราบปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบของโรคจะเป็นแนวทางเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไข เพื่อไม่ให้เกิดการกำเริบของโรคที่รุนแรง ป้องกันการสูญเสียอวัยวะจากโรค และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเป็นสถานให้บริการระดับตติยภูมิด้านเอสแอลอี สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จึงมีผู้ป่วยเอสแอลอี จำนวนมากถูกส่งตัวมารักษาเพิ่มมากขึ้น เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ดีในการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอสแอลอี การดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ควรหาแนวทางป้องกันการกำเริบของโรค ดังนั้นจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบของโรคซึ่งยังไม่มีข้อมูลที่ทำการศึกษาในคนไทย เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไข ไม่ให้เกิดการกำเริบของโรคที่รุนแรงขึ้น และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางกับผู้ป่วยโรคเดียวกันในประเทศไทยได้

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ด้านโรค ด้านผู้ป่วย ด้านยา ที่มีผลต่อการกำเริบของโรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโทซัส
2. ศึกษาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการกำเริบของโรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโทซัส

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบของโรคเอสแอลอี ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคและมารับการรักษาที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และมารับการรักษาเกี่ยวกับโรคเอสแอลอี กับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โดยที่ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2550 ถึงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2551

## ข้อตกลงเบื้องต้น

การประเมินการกำเริบของโรค ประเมินตามแบบประเมินการกำเริบของโรค Mexican Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (MEX-SLEDAI)

การศึกษานี้เก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยเอสแอลอี ที่มาได้รับการรักษาโรคหรืออาการที่เกี่ยวข้องกับโรคเอสแอลอี กับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเท่านั้น

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโทซัส (Systemic Lupus Erythematosus) หรือ เอสแอลอี (SLE) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคข้อแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (The American College of Rheumatology) ฉบับปรับปรุงปี 1997 ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป จาก 11 ข้อ

การกำเริบของโรค (Disease activity) หมายถึง การวัดการกำเริบของโรคเป็นคะแนนที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยตามแบบ MEX-SLEDAI ซึ่งประเมินโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ปัจจัยด้านโรค ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรค และภาวะติดเชื้อ

ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับเอสแอลอี การปฏิบัติตัว และความเครียด

ปัจจัยด้านยา ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยา

ระยะเวลาที่เป็นโรค หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอสแอลอี ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคข้อแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาฉบับปรับปรุงปี 1997 จนถึงวันที่เก็บข้อมูล มีหน่วยวัดเป็นปี

ความร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง การวัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้จากการ สัมภาษณ์ตามแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยา

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโทซัส ใน ผู้ป่วยไทยสำหรับนำมาใช้พิจารณากำหนดแนวทางป้องกัน แก้ไขการกำเริบของโรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโทซัส



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### แนวคิดและทฤษฎี

ซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโทซัส (เอสแอลอี) หรือ Systemic lupus erythematosus (SLE) จัดอยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue disorders) (1) และโรคแพ้ภูมิตนเอง (autoimmune disease) (1, 2) ซึ่งเป็นการอักเสบเรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ (3) โดยระบบภูมิคุ้มกันมีปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อตัวเอง (4) ทำให้เกิดความผิดปกติได้ในหลายระบบของร่างกาย มีอาการแสดงได้หลายอย่าง โดยแสดงออกในระยะพักและระยะกำเริบ (5) อาการแสดงอาจแสดงออกที่อวัยวะเดียว ระบบเดียว หรือหลายระบบร่วมกัน (13) เอสแอลอี เป็นโรคที่พบได้ทั่วโลก และเกือบทุกช่วงอายุ มีความชุก (prevalence) 12-254 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย สำหรับในประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานความชุก 14.6-122 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย (6) ในคนเอเชีย พบว่ามีความชุก 1 ต่อ 1000 คน (7) ส่วน อุบัติการณ์การเกิดโรค (incidence) พบ 1.8-7.6 ราย ต่อประชากร 100,000 รายต่อปี โดยร้อยละ 90 เป็นเพศหญิง (6) และช่วงอายุที่พบบ่อยมากที่สุดคือ 15-45 ปี (6, 13) โดยพบอัตราการเกิดโรคในฝาแฝดคล้ายร้อยละ 2-5 และแฝดเหมือนพบสูงถึงร้อยละ 24-48 (21)

#### สาเหตุการเกิดของโรคเอสแอลอี

สาเหตุเกิดจากความผิดปกติของ autoantibody แต่การเกิดโรคยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดถึงสาเหตุการเกิดของโรคเอสแอลอี แต่เชื่อกันว่าน่าจะสาเหตุเกิดจากพันธุกรรม และมีปัจจัยกระตุ้นทางสิ่งแวดล้อมบางอย่าง เช่น แสงแดด สารเคมี ยา ฮอร์โมน (14) สิ่งแวดล้อมที่มีการศึกษาว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคคือ ซิลิกา สีย้อมผม ฮอร์โมน ยาฆ่าแมลง การสูบบุหรี่ สารละลายต่างๆ เช่น แอลกอฮอล์ เบนซีน เป็นต้น (22)

#### การวินิจฉัยโรค

การตรวจวินิจฉัย อาศัยอาการแสดงทางคลินิก และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคข้อแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (The American College of Rheumatology; ACR) (9, 10) กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยไว้ 11 ข้อ ดังตารางที่ 1 โดยผู้ป่วยต้องมีอาการแสดงอย่างน้อย 4 ใน 11 ข้อ จึงวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอสแอลอี โดยเกณฑ์การวินิจฉัยนี้มีการใช้กันอย่างแพร่หลาย รวมถึงมีการศึกษาความไวและความจำเพาะ มีความไวร้อยละ 96 และความจำเพาะร้อยละ 96 ส่วนในอีกหลายการศึกษาพบว่าเกณฑ์นี้มีความไวอยู่ในช่วงร้อยละ 78-96 และความจำเพาะ อยู่ในช่วงร้อยละ 89-96 (8)

ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโทซัส ฉบับปี 1997 (10, 23)

Criterion	Definition
1. Malar rash	Fixed malar erythema, flat or raised, over the malar eminences, tending to spare the nasolabial folds
2. Discoid rash	Erythematous raised patches with adherent keratotic scaling and follicular plugging; atrophic scarring occur in older lesions
3. Photosensitivity	Skin rash as a result of unusual reaction to sunlight, by patient history or physician observation.
4. Oral ulcers	Oral or nasopharyngeal ulceration, usually painless, observed by a physician
5. Arthritis	Non-erosive arthritis involving 2 or more peripheral joints; characterized by tenderness, swelling, or effusion
6. Serositis	a) Pleuritis – convincing history of pleuritic pain or rub heard by a physician or evidence of pleural effusion or b) Pericarditis – documented by ECG or rub or evidence of pericardial effusion
7. Renal disorder	a) Persistent proteinuria greater than 0.5 g per day or greater than 3+ if quantitation not performed or b) Cellular casts – may be red cell, hemoglobin, granular, tubular or mixed
8. Neurologic disorder	a) Seizures – in the absence of offending drugs or known metabolic derangements (e.g. uremia, ketoacidosis, or electrolyte imbalance) or b) Psychosis – in the absence of offending drugs or known metabolic derangements (e.g. uremia, ketoacidosis, or electrolyte imbalance)



ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโทซัส ฉบับปี 1997 (10, 23) (ต่อ)

Criterion	Definition
9. Hematologic disorder	a) Hemolytic anemia – with reticulocytosis or b) Leukopenia – less than 4000/mm <sup>3</sup> total on 2 or more occasions or b) Lymphopenia – less than 1500/mm <sup>3</sup> on 2 or more occasion or c) Thrombocytopenia – less than 100000/mm <sup>3</sup> in the absence of offending drugs
10. Immunologic disorder	a) Anti-DNA - antibody to native DNA in abnormal occasions or b) Anti-Sm - presence of antibody to Sm nuclear antigen or c) Positive finding of antiphospholipid antibodies based on (1) an abnormal serum concentration of IgG or IgM anticardiolipin antibodies (2) a positive test result for lupus anticoagulant using a standard method or (3) a false-positive serologic test for syphilis known to be positive for at least 6 months and confirmed by <i>Treponema pallidum</i> immobilization or fluorescent treponemal antibody absorption test
11. Antinuclear antibody	An abnormal titer of antinuclear antibody by immunofluorescence or an equivalent assay at any point in time and in absence of drugs known to be associated with drug-induced lupus syndrome

เกณฑ์ที่ตั้งขึ้นมานี้มักใช้ในการวินิจฉัยหรือการทำวิจัย แต่ในทางปฏิบัติจะเน้นการรักษาผู้ป่วยที่อาการหรือการแสดงออกของโรคต่อระบบต่างๆ

## อาการและอาการแสดง

ซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโทซัส หรือ เอสแอลอี หรือ ลูปัส หรือ ลูปุส หรือโรคพุ่มพวง (24) มีอาการแสดงที่พบทั่วไปในผู้ป่วยคือ อ่อนเพลีย มีไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด (14)

## อาการทั่วไป (25)

อาการไข้ เป็นอาการนำที่พบได้บ่อย ในผู้ป่วยเอสแอลอี ได้บ่อย ส่วนมากผู้ป่วยมักมีไข้ต่ำๆ ไม่เกิน 38 องศาเซลเซียส และไม่มีอาการหนาวสั่น การวินิจฉัยต้องตรวจวินิจฉัยแยกให้ได้จากการติดเชื้อ เนื่องจากการติดเชื้อมักพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน หรือการได้รับยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ ซึ่งผู้ป่วยเอสแอลอีมักได้รับยาเหล่านี้เป็นประจำ และสาเหตุการติดเชื้อเป็นสาเหตุสำคัญในการเสียชีวิตของผู้ป่วยเอสแอลอี เมื่อวินิจฉัยได้ว่าอาการไข้ไม่ได้มีสาเหตุจากการติดเชื้อ จึงวินิจฉัยว่าเป็นไข้จากตัวโรค และมักมีอาการดีขึ้นเมื่อให้การรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกัน

อาการเบื่ออาหาร พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วย มักมีอาการนานหลายเดือนก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัย โดยทั่วไปอาจพบว่ามีน้ำหนักตัวลดลงแต่ไม่มาก คือน้อยกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักปกติ ในผู้ป่วยบางรายอาจมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากการบวมน้ำ

อาการปวดเมื่อย (malaise) และอ่อนเพลีย (fatigue) เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเอสแอลอี ที่อยู่ในระยะกำเริบของโรค ซึ่งอาจเกิดจากการอักเสบภายใน หรืออาจเกิดจากภาวะซีด มีไข้ แต่ในผู้ป่วยบางรายก็ยังคงพบอาการปวดเมื่อย อ่อนเพลียได้เมื่อโรคเข้าสู่ภาวะสงบแล้ว ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยแย่ลง

ส่วนอาการอื่นๆ และความรุนแรงขึ้นกับระบบที่ถูกรบกวนในผู้ป่วยแต่ละราย สามารถแบ่งความรุนแรงได้เป็น 2 กลุ่ม (26)

1. กลุ่มที่มีพยาธิสภาพในอวัยวะที่มีความสำคัญสูง ได้แก่ อาการทางสมองและระบบประสาท ปอด ระบบทางเดินอาหาร ระบบเลือด และไต หากผู้ป่วยมีอาการแสดงทางไต หรือเป็น lupus nephritis ซึ่งพบถึงสองในสามของผู้ป่วยจะมีผลเพิ่มอัตราการพิการและอัตราการตายอย่างมาก ส่วนอาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเอสแอลอี มักพบการเกิด atherosclerosis ของหลอดเลือดก่อนวัยอันควรซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของกล้ามเนื้อหัวใจตาย และนับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันหนึ่งของผู้ป่วยเอสแอลอี

2. กลุ่มที่มีพยาธิสภาพในผิวหนัง กระดูกและข้อ กล้ามเนื้อ และอาการทั่วไปอาการทั่วไปของผู้ป่วย เอสแอลอี คือ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อาจมีไข้เรื้อรัง ซึ่งอาการเหล่านี้มักถูกกลบเกล็น ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการซีมเศว้า วิดกกังวล

อาการแสดงของแต่ละระบบ มีอาการแตกต่างตามระบบที่ถูกกระทบที่อาจพบได้มี ดังนี้

### อาการทางระบบผิวหนัง

พบได้ประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วย (27) ซึ่งพบบ่อยเป็นอันดับสอง รองจากอาการทางระบบกล้ามเนื้อและข้อ (28) ลักษณะผื่นอาจเกิดผื่นบริเวณใบหน้าที่มีลักษณะเฉพาะของโรคเรียกว่า malar rash หรือ butterfly rash หรือเกิดผื่นกระจายทั่วตัวอาจมีสะเก็ดบางๆ เล็กๆ ติดอยู่ (generalized acute cutaneous lupus erythematosus) หรือเป็นผื่นแดงหรือม่วงคล้ำ ราบหรือหนูนเล็กน้อยกระจายทั่วตัวโดยเฉพาะบริเวณที่ถูกแสงแดด หรืออาจพบผื่นแดงหนูนมีสะเก็ด หรือเป็นวงขอบแดง (29) ซึ่งลักษณะผื่นอาจมีได้หลายแบบ โดยต้องแยกผื่นออกจากโรคอื่น ซึ่งอาจทำได้โดยการตรวจชิ้นเนื้อ

### อาการทางระบบข้อและกล้ามเนื้อ (28)

อาการทางระบบข้อและกล้ามเนื้อเป็นระบบที่พบได้บ่อยที่สุดประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วย (27) พบอาการปวดข้อและข้ออักเสบ โดยมักเป็นการปวดแบบเคลื่อนย้ายที่ แบบไม่สมมาตร และหายเร็วภายใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยอาจมีการผิดรูปของข้อแบบไม่ถาวรได้ โดยอาจเกิดจากความผิดปกติที่เส้นเอ็น เนื้อเยื่อรอบข้อ (Jaccoud's arthropathy)

### อาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด

พบว่าเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis) เป็นโรคแทรกซ้อนต่อระบบหัวใจที่พบบ่อยประมาณร้อยละ 19-48 ในผู้ป่วยเอสแอลอี แต่มีอาการหรืออาการแสดงเพียงร้อยละ 1-2 เท่านั้น (30) จากการศึกษาของ Castier และคณะ พบว่าจากการศึกษาประวัติผู้ป่วย SLE จำนวน 325 ราย พบว่าผู้ป่วย 108 รายมีอาการภาวะน้ำในเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial effusion) คิดเป็นร้อยละ 33.2 โดยพบ cardiac tamponade จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.23 (31) โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction) ยังพบสูงถึงร้อยละ 8.3 (2) และพบว่าผู้ป่วยโรคเอสแอลอี มีอุบัติการณ์การเกิด atherosclerosis ได้มากกว่าประชากรทั่วไปถึง 9 เท่า (2) จากการศึกษาในผู้ป่วยลุบัสพบว่ามีภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ ในเลือดสูงกว่าคนปกติ และระดับไขมันชนิดความหนาแน่นสูง (HDL-C) ต่ำกว่าคนปกติอย่างมีนัยสำคัญ (32)

## อาการทางระบบทางเดินหายใจ

โดยอาจพบภาวะเยื่อหุ้มปอดอักเสบ (pleuritis) ปอดอักเสบ (pneumonia) หรือมีพังผืดในเยื่อหุ้มปอด (pleural fibrosis) ผู้ป่วยจะมีลักษณะอาการแสดงทางคลินิก คือ เจ็บหน้าอกแบบ pleuritic chest pain อาการหายใจลำบาก (dyspnea) อาจพบอาการหอบเหนื่อย ใอเป็นเลือดจากภาวะ acute alveolar hemorrhage หรือภาวะ pulmonary hypertension ซึ่งจะมีการพยากรณ์โรคที่แย่มากและมีรายงานการเสียชีวิตในเวลา 2 ปี (33) นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติอื่นๆ เช่น pulmonary embolism

## อาการทางระบบไต

อุบัติการณ์ของความผิดปกติที่ไตในผู้ป่วยเอสแอลอี พบได้ร้อยละ 60-90 (34) ในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบของระบบไตจะมีอาการบวม หรือความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังสามารถตรวจพบไข่ขาวในปัสสาวะ (proteinuria) ในปริมาณมากกว่า 500 มิลลิกรัมต่อวัน หรือการตรวจปัสสาวะแบบ dipstick ให้ผล 3+ การพบเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง หรือ cast ในปัสสาวะ ซึ่งรวมเรียกความผิดปกติทางไตในผู้ป่วยเอสแอลอี ว่า lupus nephritis (LN) องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แบ่งชนิดของอาการทางไตในผู้ป่วยเอสแอลอี เป็น 5 ระดับ ในปี พ.ศ. 2525 และปรับปรุงในปี พ.ศ. 2546 โดยองค์การอนามัยโลก ร่วมกับ International Society of Nephrology/ Renal Pathology Society ได้มีการจัดกลุ่มของ lupus nephritis เป็น 6 ระดับ (35) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การจัดกลุ่มของไตอักเสบในโรคลูปัส โดยองค์การอนามัยโลก และ International Society of Nephrology/ Renal Pathology Society

Class I	Minimal mesangial lupus nephritis
Class II	Mesangial proliferative lupus nephritis
Class III	Focal lupus nephritis
Class IV	Diffuse lupus nephritis
Class V	Membranous lupus nephritis
Class VI	Advanced sclerosis lupus nephritis

การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยที่มีลักษณะ Focal and segmental proliferative nephritis (class III) หรือ Diffuse proliferative nephritis (class IV) จะมีการดำเนินของโรคแย่มากกว่า Mesangial nephritis (Class II) และ Membranous nephritis (Class V) โดยลักษณะพยาธิวิทยาของไตจะเป็นตัวช่วยในการตัดสินใจรักษา การตัดชิ้นเนื้อไตมาตรวจ (renal biopsy) จึงมีบทบาทสำคัญในการพิจารณาการรักษาและการพยากรณ์โรค

## อาการแสดงทางระบบประสาท

อาการทางระบบประสาทในโรคเอสแอลอี พบประมาณร้อยละ 14-75 (27) ได้แก่ อาการชัก ความผิดปกติทางจิต ความผิดปกติของเส้นประสาทสมอง อาการปวดศีรษะ สูญเสียการรับรู้ และความเข้าใจ (cognitive dysfunction) อาจเป็นผลมาจากภาวะหลอดเลือดอุดตัน

## ความผิดปกติของเม็ดเลือดและระบบการแข็งตัวของเลือด

อาการโดยมากพบอาการซีด ภาวะเม็ดเลือดแดงแตก (autoimmune hemolytic anemia) พบอาการเม็ดเลือดขาวต่ำประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย neutropenia และ lymphopenia ถ้า autoimmune มีผลต่อ stem cell ในไขกระดูกจะเกิด aplastic anemia นอกจากนี้ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยยังพบภาวะเกร็ดเลือดต่ำ และความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดได้

## อาการแสดงของระบบทางเดินอาหาร

อาการที่พบบ่อยคือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเดินเรื้อรัง ซึ่งอาจเกิดจาก ตับอ่อนอักเสบ ischemic bowel หลอดเลือดทางเดินอาหารอักเสบ ส่วนแผลที่หลอดอาหารและการกลืนลำบาก (dysphagia) พบได้น้อย นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติของตับทำให้ระดับเอนไซม์ตับสูงกว่าปกติ

นอกจากอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับระบบต่างๆ ดังที่กล่าวไปแล้วยังสามารถพบความผิดปกติของ ตา โดยตรวจพบ retinopathy, ภาวะเลือดออกในจอประสาทตา และระบบน้ำเหลือง ทำให้ ม้ามโต ต่อม้ำเหลืองโต เป็นต้น

## การประเมินและติดตามผู้ป่วย

การติดตามผู้ป่วยเอสแอลอีมี 3 ลักษณะ (36, 37) หลักๆ คือ

1. การประเมินภาวะการกำเริบของโรค (disease activity)
2. การประเมินภาวะทุพพลภาพหรือการทำลายของอวัยวะจากโรค หรือที่เกี่ยวข้องกับโรค (organ damage) ซึ่งใช้ตัววัด The Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology (SLICC/ACR) ที่ได้รับการรับรองจากสมาคมโรคข้อแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (38)
3. การประเมินคุณภาพชีวิต (quality of life) ของผู้ป่วย เช่น SF-36, Quality of Life Scale (QOLS) (38)

การประเมินภาวะผู้ป่วยเน้นไปที่การประเมินภาวะการกำเริบของโรคเป็นหลัก (37) ในการประเมินภาวะการกำเริบของโรคจะประเมินตามความผิดปกติของแต่ละอวัยวะ แล้วนำมารวมกัน

โดยพิจารณาเป็นระบบต่างๆ ได้มีผู้พัฒนาแบบวัดต่างๆ ขึ้นมาเพื่อนำมาใช้วัดการกำเริบของโรคหลายแบบ และมีการใช้กันอย่างกว้างขวางสำหรับการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยเอสแอลอี

ในปัจจุบันมีแบบวัดหลายอย่างที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในการวัดการกำเริบของโรค (39) แบบวัดการประเมินการกำเริบของโรคที่นิยม เช่น

BILAG (British Isles Lupus Assessment Group) เป็นการประเมินการกำเริบ โดยพิจารณาความผิดปกติทั้งอาการทางคลินิก และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย 8 ระบบอวัยวะ คือ อาการทั่วไป ระบบเยื่อเมือกและผิวหนัง ระบบประสาท ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบหัวใจและหายใจ ระบบหลอดเลือด ระบบไต และระบบเลือด โดยมี 86 ข้อพิจารณาความผิดปกติเฉพาะจากโรคเอสแอลอี ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังมีการให้คะแนนเป็น 5 แบบ คือ A หมายถึง การกำเริบของโรคที่ต้องใช้ยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ เช่น เพรดนิโซโลน ในขนาดมากกว่า 20 มิลลิกรัมต่อวัน หรือใช้ยากดภูมิคุ้มกันอื่นๆ มีคะแนน 9 คะแนน B หมายถึง อาการที่พิจารณาใช้ยาในกลุ่มต้านมาลาเรีย หรือยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ หรือการใช้พรดนิโซโลนน้อยกว่า 20 มิลลิกรัมต่อวัน มีคะแนน 3 คะแนน C หมายถึง โรคที่อาการน้อยไม่เปลี่ยนแปลง มีคะแนน 1 คะแนน D หมายถึง การไม่กำเริบของโรคแต่ขณะตรวจยังมีความผิดปกติเดิมอยู่ มีคะแนน 0 คะแนน และ E หมายถึง การที่ไม่เคยมีความผิดปกติในระบบอวัยวะนั้น มีคะแนน 0 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 0 ถึง 72 คะแนน ข้อดีของตัววัด BILAG คือมีความละเอียด และเน้นการพิจารณาด้านการรักษา หรือการเปลี่ยนแปลงการรักษา ข้อเสียคือ การกรอกคะแนนค่อนข้างลำบาก ต้องอาศัยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่ได้มีการตรวจเป็นประจำ ทำให้ไม่สะดวกในการใช้ทางปฏิบัติ (37)

SLAM (Systemic Lupus Activity Measure) เป็นตัวชี้วัดการกำเริบของโรค พิจารณาจาก 11 ระบบอวัยวะ แบ่งเป็น 32 หัวข้อ มีการพิจารณาความรุนแรงแต่ละอาการเป็น 0 ถึง 3 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมด 96 คะแนน โดยพิจารณาในช่วง 1 เดือนก่อนการประเมิน ข้อดีคือสามารถบอกความรุนแรงของอาการได้ และไม่มีการนำการตรวจทางห้องปฏิบัติการบางอย่างที่มีราคาสูง ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายและนิยมใช้ในประเทศกำลังพัฒนา ข้อเสียคือ แบบวัดค่อนข้างยาว และมีการนำอาการเล็กๆ น้อยๆ มารวม ทำให้อาจไม่เป็นการประเมินการกำเริบจริงของโรค (37)

ECLAM (European Community Lupus Activity Measure) เป็นตัวชี้วัดที่มีการพิจารณาตามระบบอวัยวะ โดยมีการแบ่งน้ำหนักคะแนนไม่เท่ากันตามแต่ละอวัยวะ (37)

SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index) เป็นการประเมินการกำเริบของโรค 9 ระบบอวัยวะ แบ่งเป็น 24 หัวข้อ และมีการถ่วงน้ำหนักตั้งแต่ 1 ถึง 8 คะแนนในแต่ละหัวข้อ รวมคะแนนเต็ม 105 คะแนน โดยพิจารณาความผิดปกติในช่วง 10 วันก่อนการประเมิน ข้อดีของตัววัด SLEDAI คือ สั้น สะดวก เข้าใจง่าย ข้อเสียคือ ไม่ได้พิจารณาความรุนแรงในแต่ละอวัยวะ และต้องอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการบางอย่างที่มีราคาสูง (37)

นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาแบบวัดเพื่อให้ความเหมาะสมและสะดวกในการปฏิบัติมากขึ้น เช่น SELENA-SLEDAI (Safety of Estrogens in Lupus Erythematosus, National Assessment Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index), (37) MEX-SLEDAI (Mexican Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index) (37, 40) การใช้ตัววัดการกำเริบของโรค มีการศึกษาเปรียบเทียบการวัดการกำเริบของโรคจากการใช้แบบวัดการกำเริบ MEX-SLEDAI เปรียบเทียบกับแบบวัดการกำเริบของโรค SLEDAI พบว่ามีความสัมพันธ์กันทั้งความตรงและความเที่ยง และการใช้แบบวัดการกำเริบ MEX-SLEDAI ยังมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการใช้แบบวัดการกำเริบแบบ SLEDAI อีกด้วย (40)

## การรักษา

การรักษาควรเริ่มการรักษาโดยเร็วหลังจากตรวจวินิจฉัยได้โดยเฉพาะกลุ่มที่มีพยาธิสภาพในอวัยวะที่มีความสำคัญสูง ซึ่งมีผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยหากไม่รีบทำการรักษา การใช้ยาในการรักษาขึ้นกับระบบที่เกิดความผิดปกติของผู้ป่วย เป้าหมายในการจัดการกับโรคเอสแอลอีคือ ป้องกันการกำเริบของโรค และลดอัตราการเกิดความพิการและการเสียชีวิต (7) สิ่งหนึ่งที่สำคัญในการรักษา คือ ต้องหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ แสง การสูบบุหรี่ ความเครียด การใช้ยาคุมกำเนิดเอสโตรเจน การตั้งครรภ์ ซึ่งการตั้งครรภ์ทำให้เกิดการกำเริบของโรคประมาณร้อยละ 25 (7)

ยาที่ใช้ในการรักษาหรือควบคุมอาการในโรคเอสแอลอี สามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่มหลักๆ คือ

1. ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroids)
2. ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs; NSAIDs)
3. ยาด้านมาลาเรีย (antimalarial)
4. ยากดภูมิคุ้มกัน (immunosuppressive drugs) หรือยาที่มีพิษต่อเซลล์ (cytotoxic drugs)

โดยยาส่วนใหญ่ที่ใช้ในการรักษาเป็นยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ ยาที่มีพิษต่อเซลล์ ซึ่งยาเหล่านี้มีรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จำนวนมาก มีรายงานการติดเชื้อซึ่งพบบ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยเอสแอลอี (11)

การให้ยาขึ้นกับระดับความรุนแรงของโรค (26) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการน้อย ไม่รุนแรงและไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันมากนัก เช่น อาการทางผิวหนัง ผื่น ผื่น ปวดข้อ กล้ามเนื้อเล็กน้อย กรณีที่มีผื่นผิวหนัง ให้ใช้ยาทาสเตียรอยด์ (topical steroids) ซึ่งมีประสิทธิภาพและความปลอดภัย (41) ให้ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์มักใช้ในกรณีมีอาการปวดข้อ กล้ามเนื้อร่วมด้วย หรือให้ยาด้านมาลาเรีย (antimalarial) คือ chloroquine ขนาด 250 มิลลิกรัมต่อวัน หรือ hydroxychloroquine ขนาด 200-400 มิลลิกรัมต่อวัน จนอาการดีขึ้นจึงค่อยๆ ปรับลดขนาดยาลง กรณีการใช้ยาทั้ง 3 ตัวข้างต้น ร่วมกันแล้วไม่ได้ผล หรือยังไม่สามารถคุมอาการได้ดีพอ ให้พิจารณาเพิ่มยา prednisolone ชนิดรับประทานในขนาดต่ำ คือ น้อยกว่า 15 มิลลิกรัมต่อวัน ร่วมด้วย เมื่อคุมอาการได้ควรลดขนาดยาลงช้าๆ จนเหลือขนาดยาต่ำที่สุดที่สามารถคุมอาการได้

สำหรับผู้ป่วยระบบผิวหนัง และระบบข้อที่มีอาการปานกลาง พิจารณาให้ยาด้านมาลาเรีย ร่วมกับยา prednisolone ชนิดรับประทานขนาด 20-30 มิลลิกรัมต่อวัน และอาจให้ร่วมกับยากดภูมิคุ้มกัน เช่น methotrexate, azathioprine, cyclophosphamide เพื่อช่วยควบคุมอาการร่วมกับการใช้ยา prednisolone สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง เช่น ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบไต ระบบประสาท ควรได้รับ prednisolone ในขนาดสูง 1-2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ต่อวัน แบ่งให้วันละ 3-4 ครั้ง เป็นเวลา 2-4 สัปดาห์ เมื่ออาการดีขึ้นควรลดขนาดยาลงประมาณ 5-10 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์ และเมื่อถึงขนาด 30 มิลลิกรัมต่อวัน ควรลดลงอย่างช้าๆ ลงอีกประมาณครึ่งหนึ่ง ร่วมกับยากดภูมิคุ้มกันที่เป็นพิษต่อเซลล์ เช่น azathioprine, cyclophosphamide กรณีผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากอาจพิจารณาให้ยาฉีด methylprednisolone โดยให้ขนาด 1 กรัมต่อวัน เป็นเวลา 3 วัน

สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติระบบไตรุนแรง โดยเฉพาะผู้ป่วย lupus nephritis class III, IV ตาม WHO มีการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย lupus nephritis ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ pulse methylprednisolone กลุ่มที่ได้รับ pulse cyclophosphamide และกลุ่มที่ได้รับทั้ง pulse methylprednisolone ร่วมกับ pulse cyclophosphamide พบว่ากลุ่มที่ได้รับ pulse cyclophosphamide และกลุ่มที่ได้รับยาทั้ง 2 ตัวร่วมกัน มีอัตราการรอดชีวิตมากกว่ากลุ่มที่ได้รับ



pulse methylprednisolone เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญ (42) ปัจจุบันจึงแนะนำให้ยาทั้ง 2 ตัว ร่วมกันในการรักษาผู้ป่วย lupus nephritis class III และ IV

แนวทางนี้เป็นแนวทางของสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย ที่อายุรแพทย์โรคข้อใช้ในการรักษาผู้ป่วยเอสแอลอี รวมถึงในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีด้วย

### อาการไม่พึงประสงค์จากยา

ยาในกลุ่มที่ใช้ในการรักษาเอสแอลอี ล้วนเป็นกลุ่มยาที่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้บ่อย อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยสรุปมีดังนี้

ยากอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroids) อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย คือ ความดันโลหิตสูง การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรม แผลหายช้า ภาวะไขมันในเลือดสูงและหลอดเลือดตีตัน ต้อกระจก สิว กลุ่มอาการ cushing (cushing's syndrome) เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โรคเบาหวาน การสูญเสียแคลเซียม ภาวะกระดูกพรุน การเกิดการคั่งของโซเดียมในร่างกาย รบกวนระบบทางเดินอาหาร เกิดความไม่สบายท้อง และเกิดแผลในทางเดินอาหาร (43) นอกจากนี้ยังมีอาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ ที่พบได้บ้างอีกมาก

กลุ่มยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs; NSAIDs) มีผลต่อระบบทางเดินอาหารเกิดอาการท้องอืด อาหารไม่ย่อย เยื่อทางเดินอาหารถูกทำลาย ผลต่อไต ทำให้เกิด renal insufficiency ผลต่อดับทำให้ระดับเอนไซม์ transaminase สูงขึ้น การเกิด aseptic meningitis โดยมีอาการแสดง คือ เป็นไข้ ปวดศีรษะ คอแข็ง อาจเกิดความผิดปกติของผิวหนัง คือเกิด angioedema, urticaria เป็นต้น (44)

ยาด้านมาลาเรีย ที่ใช้ในการรักษา เอสแอลอี คือ chloroquine และ hydroxychloroquine จากการศึกษาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับความผิดปกติทางสายตาในผู้ป่วยจำนวน 137 ราย พบความผิดปกติทางสายตาถึงร้อยละ 34.5 (45) มีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น เบื่ออาหาร แน่นท้อง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในระบบประสาท (chloroquine neuromyopathy) ซึ่งพบน้อยกว่าร้อยละ 1 (46) มีรายงานการเกิดการชัก จาก chloroquine หรือ chloroquine อาจกระตุ้นให้เกิดการรบกวนระบบประสาทในผู้ป่วยเอสแอลอี (47) นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงเม็ดสีที่ผิวหนัง และเหงือก ในผู้ป่วยที่ได้รับยาร้อยละ 10-25 (46) และอาจพบความผิดปกติเกี่ยวกับระบบเลือด เช่น leucopenia สำหรับการให้ยาด้านมาลาเรียแนะนำให้มีการตรวจตาเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดกับตาเพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไขได้ทันที่

ยาที่มีพิษต่อเซลล์ (cytotoxic drugs) ยาที่ใช้บ่อยในกลุ่มนี้ คือ cyclophosphamide และ azathioprine สำหรับ cyclophosphamide ผลข้างเคียงที่รุนแรงและพบได้บ่อย คือ การกดไขกระดูก ทำให้ผู้ป่วยซีด ระดับเม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดต่ำ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการเกิด hemorrhagic cystitis ได้บ่อย อาการไม่พึงประสงค์อื่นที่ไม่รุนแรงแต่อาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย คือ ผมหงอก แผลในปาก นอกจากนี้ยังมีรายงาน การเป็นหมัน และประจำเดือนหมดก่อนวัยอันควร การศึกษาของ Glisic และคณะ (48) ที่ศึกษาประสิทธิภาพและอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยเอสแอลอี ที่ใช้ cyclophosphamide ขนาดสูง มีอาการไม่พึงประสงค์ที่รายงาน คือ การติดเชื้อ แบคทีเรีย และไวรัส ร้อยละ 25 และเกิด leukopenia ร้อยละ 9 ซึ่งไม่จำเป็นต้องหยุดยา อาการไม่พึงประสงค์รุนแรงอื่นไม่มีรายงาน มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อ 1 ราย ส่วน azathioprine ผลข้างเคียงที่รุนแรงและอันตรายคือ กดไขกระดูก ส่วนอาการที่พบบ่อยคือ อาการทางระบบทางเดินอาหาร การติดเชื้อ เป็นผื่น ปวดข้อ ตับ ตับอ่อนอักเสบ การใช้ยาเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองได้ อย่างไรก็ตามก็ตียากดภูมิคุ้มกันที่เป็นพิษต่อเซลล์ ก็ยังเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย หากแต่ต้องติดตามให้การดูแลป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ เพื่อการแก้ไขได้ทันที่

นอกจากยาที่นิยมใช้รักษาในปัจจุบันแล้ว ยังมียาใหม่ๆ ที่นำมาใช้ในผู้ป่วยเอสแอลอี ที่รักษาด้วยยาที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาใน 4 กลุ่มดังกล่าว เช่น rituximab leflunomide cyclosporine เป็นต้น โดยนำมาใช้เพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์จากยา เพื่อลดอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยเอสแอลอี ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และควบคุมอาการให้อยู่ในภาวะสงบของโรคได้นานขึ้น

## ความร่วมมือในการใช้ยา

ความร่วมมือในการใช้ยาเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากยาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เพื่อรักษาหรือควบคุมโรค ความร่วมมือในการใช้ยาสามารถวัดได้หลายแบบ โดยแบ่งการวัดเป็น 2 วิธี คือการวัดทางตรง และการวัดทางอ้อม (49, 50)

### 1. การวัดทางตรง (Direct methods)

- 1.1 การวัดโดยการสังเกต ข้อดีคือเป็นการวัดที่แม่นยำ แต่ข้อเสียคือไม่สะดวกในทางปฏิบัติ
- 1.2 การวัดระดับยาหรือเมตาบอไลต์ในเลือด ข้อดีคือ เป็นการวัดที่ให้ผลเป็นค่าที่วัดได้ชัดเจน ข้อเสีย คือ เสียค่าใช้จ่ายสูง ผู้ป่วยต้องเจ็บตัว สำหรับผู้ป่วยบางรายระดับยาในเลือดอาจไม่ได้แสดงถึงความร่วมมือในการใช้ยาที่แท้จริงของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยอาจรับประทาน

ยาไม่สม่ำเสมอแต่มารับประทานยาสม่ำเสมอก่อนที่มาเจาะเลือด ซึ่งผลของระดับยาที่ได้ จะแสดงถึงความร่วมมือในการใช้ยาเฉพาะช่วงเวลาที่จะมาเจาะเลือดเท่านั้น นอกจากนี้ผู้ป่วยแต่ละคนยังมีค่าเภสัชจลนศาสตร์ เช่น การเมแทบอลิซึมของยา และปริมาตรในการกระจายยาที่แตกต่างกัน

1.3 การใช้ตัวชี้วัดทางด้านชีววิทยาในเลือด ข้อดีคือเป็นการวัดที่ให้ผลเป็นค่าที่วัดได้ชัดเจน สามารถใช้วัดในการทดลองทางคลินิกเพื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก ข้อเสีย คือ เสียค่าใช้จ่ายสูง และต้องเก็บตัวอย่างสารน้ำจากร่างกาย

## 2. การวัดทางอ้อม (Indirect method)

2.1 การตอบแบบสอบถาม (patient questionnaires) หรือแบบรายงานตนเองของผู้ป่วย (self-report) ข้อดี คือ ง่าย สะดวกสามารถใช้ในสถานการณ์ทางคลินิกจริง ประหยัดค่าใช้จ่าย ข้อเสีย คือ ผู้ป่วยอาจให้ข้อมูลที่ไม่เป็นจริง

2.2 การนับเม็ดยา (Pill counts) ข้อดี คือ ได้ค่าที่วัดได้ชัดเจน ง่าย สะดวก ข้อเสีย คือ ข้อมูลอาจผิดพลาดได้หากผู้ป่วยเอายาออกจากขวดโดยไม่ได้รับประทานยา

2.3 การวัดอัตราการมารับยาต่อเนื่อง (Rate of prescription refills) ข้อดี คือ ได้ค่าที่วัดได้ชัดเจน ง่ายต่อการได้ข้อมูล ข้อเสีย คือ การมารับยาต่อเนื่องอาจไม่เท่ากับการรับประทานยาจริงของผู้ป่วย ต้องอาศัยระบบการติดตามอย่างใกล้ชิด

2.4 การประเมินจากการตอบสนองทางคลินิกของผู้ป่วย ข้อดี คือ ง่าย สะดวกในทางปฏิบัติ ข้อเสีย คือ อาจมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่ออาการทางคลินิกของผู้ป่วย

2.5 การติดตามโดยใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic medication monitors) เช่น การใช้ฝาขวดที่มีเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์อยู่ ข้อดี คือ ถูกต้อง แม่นยำ ง่ายต่อการทราบเวลาจำนวน การรับประทานยาของผู้ป่วย ข้อเสีย ราคาแพง ต้องให้ผู้ป่วยกลับมาพร้อมขวดยาเพื่อนำมาแปลผลข้อมูลการรับประทานยาของผู้ป่วย

2.6 การวัดโดยใช้ตัวชี้วัดทางสรีระ เช่น การวัดอัตราการเต้นของหัวใจในผู้ป่วยที่รับประทานยากลับปิดกั้นตัวรับชนิดเบต้า ข้อดีคือ ง่ายต่อการแสดงผล การวัด ข้อเสีย คือ อาจวัดผลไม่ได้เนื่องจาก การดูดซึมยาดำ การเมแทบอลิซึมสูง หรือผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยา

2.7 บันทึกประจำวันของผู้ป่วย มีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีความจำไม่ค่อยดี ข้อเสียคือ ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงข้อมูลได้ง่าย ทำให้ไม่ทราบความร่วมมือที่แท้จริง

2.8 การตอบแบบสอบถามจากผู้ดูแล หรือครู สำหรับผู้ป่วยเด็ก ข้อดี คือ ง่าย สามารถวัดเป็นค่าที่ชัดเจนได้ ข้อเสีย คืออาจมีการบิดเบือนของข้อมูล

### ข้อควรปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเอสแอลอี (26, 51, 52)

การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในผู้ป่วยเอสแอลอีจะช่วยทำให้การกำเริบของโรคลดลง จึงมีข้อแนะนำจากหน่วยงาน เช่น สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย และเอกสารให้ความรู้กับผู้ป่วยเอสแอลอี โดยแนะนำให้มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น ดังนี้

1. หลีกเลียงแสงแดดตั้งแต่ช่วง 10.00 น. ถึง 16.00 น. ถ้าจำเป็นให้กางร่มหรือสวมหมวก สวมเสื้อแขนยาว ทาครีมกันแดดที่ป้องกันรังสีอัลตราไวโอเล็ต
2. พักผ่อนให้เพียงพอ
3. หลีกเลียงความตึงเครียด
4. ออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ
5. ไม่รับประทานอาหารที่ไม่สุก หรือไม่สะอาด เพราะจำมีโอกาสติดเชื้อต่างๆ ง่าย เช่น พยาธิต่างๆ หรือแบคทีเรีย
6. ดื่มนมสดและอาหารอื่นที่มีแคลเซียมสูงเพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน
7. ไม่รับประทานยาเองโดยไม่จำเป็น เพราะยาบางตัวอาจทำให้โรคกำเริบได้
8. ป้องกันการตั้งครรภ์ขณะโรคยังไม่สงบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากกำลังได้รับยากดภูมิคุ้มกันอยู่ แต่ไม่ควรใช้ยาเม็ด ยาฉีดคุมกำเนิดซึ่งมีเอสโตรเจน เพราะอาจทำให้โรคกำเริบได้ และไม่ควรรีใช้วิธีใส่ห่วงด้วย เพราะอาจมีโอกาสติดเชื้อสูงกว่าคนปกติ
9. เมื่อโรคอยู่ในระยะสงบสามารถตั้งครรภ์ได้ แต่ควรปรึกษาแพทย์ก่อน และขณะตั้งครรภ์ควรมารับการตรวจอย่างใกล้ชิดมากกว่าเดิม เพราะบางครั้งโรคอาจกำเริบขึ้นระหว่างตั้งครรภ์
10. หลีกเลียงจากสถานที่แออัดที่มีคนหนาแน่น ที่มีอากาศไม่บริสุทธิ์ และไม่เข้าใกล้ผู้ที่กำลังเป็นโรคติดเชื้อ เช่น ไข้หวัด เพราะจะมีโอกาสติดเชื้อระบบทางเดินหายใจได้ง่าย
11. ถ้ามีลักษณะที่บ่งชี้ว่ามีการติดเชื้อ เช่น ไข้สูง หนาวสั่น มีฝีตุ่มหนองตามผิวหนัง ไอ เสมหะ เหลืองเขียว ปัสสาวะแสบขัด ให้รีบปรึกษาแพทย์ทันที
12. ห้ามหยุดยาที่รักษากระทันหัน โดยเฉพาะยาสเตียรอยด์

13. หากรับประทานยากดภูมิคุ้มกันอยู่ เช่น azathioprine, cyclophosphamide ให้หยุดยาในช่วงที่ตรวจพบการติดเชื้อ
14. มาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินภาวะของโรค และเพื่อปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสม
15. ถ้ามีอาการผิดปกติที่เป็นอาการกำเริบของโรค ให้มาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น มีอาการไข้เป็น ๆ หาย ๆ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด บวม ผื่นใหม่ๆ ปวดข้อ เป็นต้น
16. ควรตรวจสุขภาพฟันสม่ำเสมอ ถ้ามีการทำฟัน ถอนฟัน ให้รับประทานยาปฏิชีวนะก่อนและหลังการทำฟัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ทั้งนี้ควรปรึกษาแพทย์

### ปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบของโรคเอสแอลอี

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบว่ามีปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบของโรคเอสแอลอีหลายอย่าง ส่วนปัจจัยที่นำมาศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เลือกปัจจัยที่น่าจะสามารถปรับเปลี่ยนได้มาศึกษาและเป็นปัจจัยที่มีรายงานในการศึกษาวิจัยต่างๆ ได้แก่ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรค การติดเชื้อ ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่น การหลีกเลี่ยงแสงแดด การตั้งครรภ์ การสูบบุหรี่ การได้รับยาหรือสารเคมี ภาวะความเครียดของผู้ป่วย การหยุดยา หรือการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

การศึกษาความสัมพันธ์ของ เศรษฐฐานะทางสังคม เชื้อชาติ สภาวะจิตใจทางสังคม ต่อผลลัพธ์คือ การกำเริบของโรค ภาวะทุพพลภาพหรือการทำลายของอวัยวะจากโรค (end-organ damage) และภาวะการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรคนาน มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคที่มาก (18)

ปัจจัยจากการติดเชื้อ (53) การศึกษาของ Duffy และคณะ (54) ภาวะติดเชื้อและการกำเริบของโรคในผู้ป่วยเอสแอลอีจำนวน 81 ราย ที่มารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นเวลา 5 ปี จากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า การติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรค ซึ่งวัดโดยใช้ตัววัด SLEDAI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.005$ ) การศึกษาของ Novel และคณะ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยเอสแอลอี 87 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่เกิดภาวะติดเชื้อ ( $n=35$ ) และกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อ ( $n=52$ ) โดยวัดการกำเริบของโรคโดยใช้คะแนน SLAM และ SLEDAI ไปประเมินอัตราการรอดชีวิตใน 10 ปี พบว่ากลุ่มที่ติดเชื้อมีอัตราการรอดชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ติดเชื้อมีนัยสำคัญ ( $p<0.001$ ) (55) และการศึกษาของ Chen และคณะ (56) ศึกษาภาวะติดเชื้อและการติดเชื้อในการแสเลือดในโรงพยาบาลในผู้ป่วยเอสแอลอีเด็ก จำนวน 42 ราย

พบว่าภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกำเริบของโรคที่สูง วัดโดย SLEDAI ดังนั้นภาวะติดเชื้อมาจะมีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรค

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอสแอลอี จากการศึกษาของ Kalsou และคณะ (19) ศึกษาถึงปัจจัยด้านต่างๆ คือ เชื้อชาติ สภาวะเศรษฐกิจและสังคม การดูแลด้านสุขภาพ อาหาร ความสามารถในการดูแลจัดการตนเองเรื่องโรค การสนับสนุนทางสังคม ความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้เกี่ยวกับโรค ความพึงพอใจในการรักษา ต่อ การกำเริบของโรค ภาวะทุพพลภาพหรือเสียหายจากโรค และคุณภาพชีวิต จากการศึกษาพบว่า การจัดการดูแลตนเองที่ไม่ดี ( $p \leq 0.0001$ ) การสนับสนุนทางสังคมที่น้อย ( $p < 0.005$ ) และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตั้งแต่อายุน้อย ( $p < 0.007$ ) สัมพันธ์กับการกำเริบของโรคที่มาก ผลการศึกษาสรุปว่า การกำเริบของโรค และสภาวะสุขภาพสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคม เช่น ประสิทธิภาพในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรค ดังนั้นจึงแนะนำให้มีการให้ความรู้คำปรึกษาและคำแนะนำ ร่วมกันกับทีมการรักษาอาจจะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น

ปัจจัยจากแสงแดดหรืออัลตราไวโอเล็ต การศึกษาความไวต่อแสง ในผู้ป่วยเอสแอลอี จำนวน 30 ราย พบว่า ผู้ป่วย 13 ราย มีการกำเริบของโรคเพิ่มขึ้นจากการได้รับแสงอัลตราไวโอเล็ต (UV-B) ความถี่ 280-320 นาโนเมตร (57) นอกจากนี้การได้รับยาหรือสารเคมีบางชนิด (58) ก็อาจส่งผลต่อการกำเริบของโรคได้เช่นกัน

การคุมกำเนิดและการตั้งครรภ์ การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีเอสโตรเจนขนาดสูงอาจทำให้เกิดการกำเริบของโรคได้ ดังนั้นในระยะที่โรคกำเริบควรแนะนำให้ผู้ป่วยคุมกำเนิดด้วยการใช้ถุงยางอนามัย หรือการฉีดยาคุมกำเนิด การคุมกำเนิดด้วยการใส่ห่วงคุมกำเนิด อาจเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อ เนื่องจากผู้ป่วยเอสแอลอี มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ต้องการมีบุตร ให้พิจารณาการทำหมัน (59) การศึกษาของ Buyon และคณะ ศึกษาผลการใช้เอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรน เป็นฮอร์โมนทดแทนต่อการกำเริบของโรค โดยแบ่งผู้ป่วยเอสแอลอี 351 รายเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้ยา conjugated estrogen 0.625 มิลลิกรัม ร่วมกับ medroxyprogesterone 5 มิลลิกรัม 12 วันต่อเดือน เป็นเวลา 12 เดือน กลุ่มที่ 2 ได้ยาหลอก พบว่าการเกิดการกำเริบของโรครุนแรงทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.23$ ) ส่วนการกำเริบในระดับน้อยถึงปานกลาง พบว่ากลุ่มที่ใช้ฮอร์โมน มีเสี่ยงมากกว่า 1.34 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.01$ ) (60) การศึกษาของ Petri และคณะ (61) ศึกษาการใช้ยาคุมกำเนิด triphasic ethinyl estradiol 0.035 มิลลิกรัม ร่วมกับ norethindrone ขนาด 0.5 ถึง 1 มิลลิกรัม เดือนละ 28 วัน เป็นเวลา 12 เดือน ในผู้ป่วยเอสแอลอี 91 ราย ส่วนผู้ป่วยอีก 92 ราย

ได้รับยาหลอก พบว่าการกำเริบของโรคทั้งชนิดรุนแรงน้อยและปานกลางระหว่าง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.86$ ) ส่วนการกำเริบรุนแรงมากก็ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ( $p=0.95$ ) สำหรับการตั้งครรภ์ การศึกษาของ Petri และคณะ (62) พบว่าการตั้งครรภ์ในผู้ป่วยเอสแอลอีจำนวน 37 ราย มีอัตราการกำเริบของโรคมมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.0001$ )

การสูบบุหรี่ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรค โดยการศึกษาของ Ghaussy และคณะ (63) ศึกษาผลของการสูบบุหรี่กับการกำเริบของโรค และภาวะทุพพลภาพ พบว่า การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรค โดยผู้ป่วยเอสแอลอีที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับคะแนนการกำเริบของโรค วัดโดยตัววัด SLEDAI ที่สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ )

ปัจจัยเกี่ยวกับภาวะความเครียด จากการศึกษาของ Pawlak และคณะ ศึกษาความเครียดทางจิตใจในผู้ป่วยเอสแอลอี ( $N=41$ ) กับการกำเริบของโรคจากคะแนนของ ECLAM พบว่า ผู้ป่วยที่มีสภาวะความเครียดทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคอย่างมีนัยสำคัญ ( $p<0.001$ ) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเครียดประจำวันร่วมกับความสัมพันธ์ทางสังคมและหน้าที่ทางสังคม เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกำเริบของโรคในผู้ป่วยเอสแอลอี (64) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงความเครียดในชีวิตประจำวัน ต่ออาการทางคลินิกของ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 74.1 มีอาการทางคลินิกแยกลงจากความเครียดในชีวิตประจำวัน ในจำนวนนี้ผู้ป่วยร้อยละ 53.4 มีอาการแยกลงในวันที่มีความเครียดนั้น ส่วนอีกร้อยละ 20.7 มีอาการแยกลงในวันที่มีความเครียดและวันต่อมา (65)

การหยุดยาหรือการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จากการศึกษาบทบาทของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยเอสแอลอี จำนวน 462 ราย โดยศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะไตบกพร่องเรื้อรัง (chronic renal insufficiency) ซึ่งเกิดในผู้ป่วย 17 ราย ในผู้ป่วย 5 จาก 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 29 พบว่าเกิดจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (66) ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาทำให้อาการของโรคแยกลง เสียชีวิต และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (49) และมีอีกหลายการศึกษาที่พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยามีผลต่ออาการทางคลินิกที่แยกลง (67) การศึกษาของ Rojas-Serrano และคณะ (68) ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเอสแอลอี เป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาตัวที่หน่วยฉุกเฉินโรงพยาบาล ในประเทศเม็กซิโก การศึกษาของ Klerk และคณะ (69) ศึกษาการวัดความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคข้อโดยใช้แบบสอบถาม เปรียบเทียบกับการใช้เครื่องมือวัดความร่วมมือในการใช้ยาแบบอิเล็กทรอนิกส์ (electronic) โดยใช้ฝาที่สามารถบันทึกเวลาและวันที่ในการเปิด ในผู้ป่วยโรคข้อ 85 ราย ติดตาม

เป็นเวลา 6 เดือนถึง 1 ปี พบว่าคะแนนของแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยา ( $p=0.001$ ,  $r^2= 0.46$ ) และความถูกต้องของขนาดยา ( $p=0.004$ ,  $r^2= 0.42$ ) การวัดความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบสอบถามของ Morisky ซึ่งมีการใช้ในการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยเอสแอลอี (19) และมีการใช้แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานไทย (70) ซึ่งโรคเบาหวานและโรคเอสแอลอี เป็นโรคเรื้อรังเหมือนกัน

ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์และน่าจะมีผลต่อการกำเริบของโรค แต่ยังไม่มีการศึกษาที่รวมปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยเฉพาะผู้ป่วยคนไทย ที่อาจมีพฤติกรรมและภาวะแวดล้อมที่เกี่ยวข้องบางอย่างที่ต่างกัน



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางระยะสั้นเชิงสำรวจ (Cross-Sectional Survey Study) โดยใช้การสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยแบบสอบถาม (Face to face interview by questionnaire) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัย 3 ด้าน คือ ด้านโรค ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ภาวะติดเชื้อ ด้านผู้ป่วย ได้แก่ คะแนนความรู้ การปฏิบัติตัว ความเครียด และด้านยา ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยา รวม 6 ปัจจัย กับการกำเริบของโรค

#### วิธีดำเนินการวิจัย

แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

1. การเตรียมการก่อนการดำเนินการวิจัย
2. การเก็บข้อมูล
3. การวิเคราะห์และสรุปผล

#### ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนการดำเนินการวิจัย

##### 1.1 ทบทวนวรรณกรรม

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับโรคเอสแอลอี ลักษณะการดำเนินของโรค ปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบของโรคเอสแอลอี เพื่อเตรียมข้อมูลด้านต่างๆ ในการกำหนดขั้นตอน วิธีการวิจัยที่เหมาะสม

##### 1.2 ประชากร และ กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเอสแอลอี ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของสมาคมโรคข้อแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American college of Rheumatology; ACR) ฉบับปรับปรุงปี 1997 ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเอสแอลอี ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ช่วงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2550 ถึง วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2551 ไม่ต่ำกว่า 100 ตัวอย่าง ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าการศึกษา

#### การคำนวณขนาดตัวอย่าง

จาก Steven (71) และ Hair และคณะ (72) กำหนดว่า ในการใช้สถิติ Multiple Regression Analysis จะต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง (n) 15 ตัวอย่าง ต่อ ตัวแปรต้น (X) 1 ตัว แต่จะต้อง

ไม่น้อยกว่า 100 ตัวอย่าง ซึ่งการศึกษานี้ได้ศึกษาปัจจัย 6 ปัจจัย ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จะใช้จำนวนตัวอย่างเป็นจำนวนประชากรทั้งหมด (census) ไม่ต่ำกว่า 100 ตัวอย่าง

### เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

ได้แก่ ประชากรที่มีคุณสมบัติครบถ้วนดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคเอสแอลอี ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีตั้งแต่ช่วงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2550 ถึงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2551
2. ผู้ป่วยมารับบริการหรือส่งต่อมารักษาเรื่องโรคเอสแอลอี หรือภาวะที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
3. ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้
4. ผู้ป่วยรับทราบรายละเอียดของการวิจัยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

### เกณฑ์การคัดเลือกออก

ได้แก่ ประชากรที่มีคุณสมบัติข้อหนึ่งข้อใดต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในด้านความจำ หรือมีปัญหาในการรับรู้ การได้ยิน
2. ผู้ป่วยที่เสียชีวิต หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อได้ระหว่างการวิจัย

### 1.3 จัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1.3.1 เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย (ภาคผนวก ก)
- 1.3.2 หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยของผู้ป่วย (ภาคผนวก ข)
- 1.3.3 แฟ้มประวัติผู้ป่วย
- 1.3.4 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (ภาคผนวก ค)
- 1.3.5 แบบวัดความรู้เรื่องโรค ยา การดูแลตนเอง (24, 51, 52) (ภาคผนวก ง)
- 1.3.6 แบบวัดการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย(24, 26, 51, 52) (ภาคผนวก จ)

แบบวัดความรู้ แบบวัดการปฏิบัติตัว ปรับปรุงจากวิทยานิพนธ์เรื่อง การสอนอย่างมีแบบแผน ต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี, หนังสือเรื่อง SLE โรคแพ้ภูมิคุ้มกันตนเอง และ หนังสือ รูมาติสซั่ม 11 โรคข้อที่รอไม่ได้

- 1.3.7 แบบวัดความเครียด (73) (ภาคผนวก ฉ)

### 1.3.8 แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยา (70) (ภาคผนวก ซ)

ปรับปรุงจากแบบวัดความร่วมมือและการใช้ยาของ Morisky และ Sorofman

### 1.3.9 แบบประเมินการกำเริบของโรค (MEX-SLEDAI) (37) (ภาคผนวก ฉ)

### 1.3.10 ทดสอบความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือวัดก่อนเริ่มทำการวิจัย การทดสอบความตรงของเครื่องมือ ดังนี้

1. แบบวัดความรู้เรื่องโรค ยา การดูแลตนเอง
2. แบบวัดการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
3. แบบวัดความเครียด
4. แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยา

ทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เกสัชกร และพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้เรื่องโรคและให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอสแอลอี จำนวน 10 ท่าน

การทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ จากผู้ป่วยโรคเอสแอลอี จำนวน 30 ราย โดยใช้โปรแกรม SPSS ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้

1. แบบวัดความรู้เรื่องโรค ยา การดูแลตนเอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค คือ 0.800
2. แบบวัดความเครียด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค คือ 0.820
3. แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยา ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค คือ 0.812

## 1.4 พิจารณาจริยธรรม

การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการรับรองโดยผ่านการพิจารณาของ “คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี” กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 24/2550 วันที่ 16 ธันวาคม 2550

## ขั้นตอนที่ 2 การเก็บข้อมูล

### 2.1 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

- 2.1.1 ผู้ป่วยนอก ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่มาใช้บริการที่คลินิกเอสแอลอีในช่วงเวลาที่กำหนด สำหรับผู้ป่วยในผู้วิจัยจะประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงสามัญ อายุรกรรมชายสามัญ และอายุรกรรมพิเศษ เพื่อ

รับทราบการรับผู้ป่วยเอสแอลอีเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยคัดเลือก  
ผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า

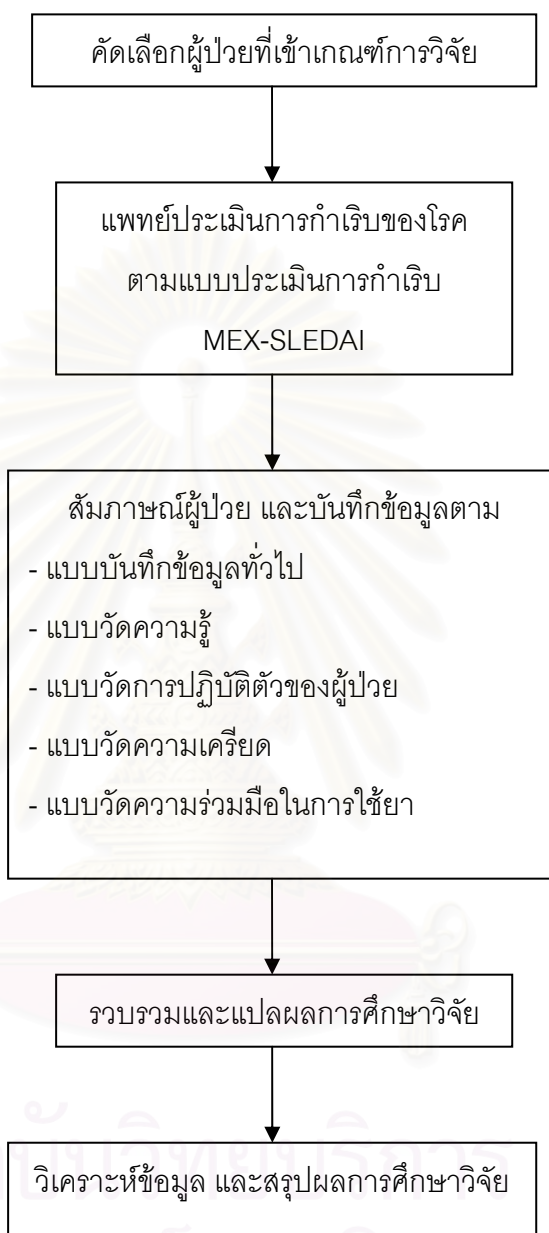
- 2.1.2 ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย สิ่งที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติในการวิจัยและประโยชน์ที่จะ  
ได้รับ ผู้ป่วยพิจารณายินยอม และลงนามในใบแสดงความยินยอมเข้าร่วม  
โครงการวิจัย

## 2.2 การเก็บข้อมูล

- 2.2.1 แพทย์ประเมินการกำเริบของโรคตามแบบ MEX-SLEDAI
- 2.2.2 สัมภาษณ์ผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลตามแบบเก็บข้อมูลดังนี้
- แบบเก็บข้อมูลทั่วไป
  - แบบวัดความรู้
  - แบบวัดการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
  - แบบวัดความเครียด
  - แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยา
- 2.2.3 รวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ผลการศึกษาต่อไป

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แผนภูมิแสดงวิธีดำเนินการวิจัย



## ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์และสรุปผล

### 3.1 การวัดและแปลผลข้อมูล

#### 3.1.1 แบบวัดความรู้เรื่องโรค ยา การดูแลตนเอง (24, 51, 52) (ภาคผนวก ง)

ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือความรู้เรื่องโรค จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 1-5) ความรู้เรื่องยาจำนวน 5 ข้อ (ข้อ 6-10) และความรู้ในการดูแลตนเองจำนวน 10 ข้อ (ข้อ 11-20) ให้ผู้ป่วยตอบ ใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ ให้คะแนนข้อที่ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน หากผู้ป่วยตอบไม่ทราบให้ 0 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 20 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความรู้มาก

#### 3.1.2 แบบวัดการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย(24, 51, 52) (ภาคผนวก จ)

ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ เกี่ยวกับข้อควรปฏิบัติตัวของผู้ป่วยสัมภาษณ์ให้ผู้ป่วยตอบคำถามแล้วประเมินเป็นคะแนน ข้อละ 100 คะแนน รวม 1500 คะแนน นำคะแนนที่ได้มารวมกันหารด้วย 15 เป็นคะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยรวม 100 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1. ผู้ป่วยทาครีมกันแดด 14 วัน คิดเป็น 100 คะแนน ถ้าผู้ป่วยทาครีมกันแดด 7 วัน คิดเป็น 50 คะแนน
2. การออกแดดคิดเป็นวันในช่วง 2 สัปดาห์ การไม่ออกแดด (ตอบไม่ใช่) คิดเป็น 100 คะแนนถ้าออกแดดทุกวันได้ 0 คะแนน ออกแดด 7 วัน คิดเป็น 50 คะแนน
3. การออกแดดถ้าสวมเสื้อแขนยาว กางร่มทุกครั้ง ให้ 100 คะแนน ถ้าไม่สวมให้ 0 คะแนน
4. เลือกตามสภาวะของผู้ป่วยข้อใดข้อหนึ่ง 4.1 คิดเป็น 100 คะแนน หรือ 4.2 คิดเป็น 100 คะแนน
  - 4.1. ผู้ป่วยที่ออกกำลังนานกว่า 30 นาทีต่อครั้ง เกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็น 100 คะแนน
  - 4.2. ผู้ป่วยที่ออกกำลังด้วยการบริหารที่เหมาะสม ได้ 100 คะแนน ไม่ออกกำลังและออกกำลังมากกว่าปกติ ได้ 0 คะแนน
5. คิดคะแนนการเข้านอนมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นมาด้วยความสดชื่นทุกวัน คิดเป็น 100 คะแนน ถ้านอนมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน 7 วัน คิดเป็น 50 คะแนน

6. ถ้าตั้งการครรภก่อนแพทย์อนุญาตให้ 0 คะแนน ไม่ใช่ให้ 100 คะแนน  
สำหรับผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ หรือผู้ชาย คิดเป็น 100 คะแนน
7. ผู้ป่วยที่อยู่ในที่ชุมชนทุกวัน คิดเป็น 0 คะแนน ไม่อยู่เลยคิดเป็น 100 คะแนน  
คิดคะแนนตามจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่
8. ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่คิดเป็น 0 คะแนน ผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ 100 คะแนน
9. ผู้ป่วยที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คิดเป็น 0 คะแนน ผู้ป่วยที่ไม่ดื่ม คิดเป็น 100  
คะแนน
10. ผู้ป่วยตอบใช่ให้ 0 คะแนน ตอบไม่ใช่ให้ 100 คะแนน
11. ผู้ป่วยตอบทานอาหารไขมันสูง 14 วัน คิดเป็น 0 คะแนน ถ้าไม่ทานเลยให้  
100 คะแนน คะแนนเทียบอัตราส่วนตามวัน
12. ผู้ป่วยตอบใช่ให้ 100 คะแนน ตอบไม่ใช่ให้ 0 คะแนน
13. ผู้ป่วยตอบใช่ให้ 0 คะแนน ตอบไม่ใช่ให้ 100 คะแนน
14. ผู้ป่วยตอบใช่ให้ 100 คะแนน ตอบไม่ใช่ให้ 0 คะแนน
15. ผู้ป่วยตอบใช่ให้ 100 คะแนน ตอบไม่ใช่ให้ 0 คะแนน

### 3.1.3 แบบวัดความเครียด (73) (ภาคผนวก ข)

ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ให้ผู้ป่วยตอบตามระดับอาการที่เกิดขึ้น  
แบ่งระดับอาการที่เกิดเป็นแบบ Likert scales 4 ระดับ ดังนี้

ไม่เคยเลย	= 0 คะแนน
เป็นครั้งคราว	= 1 คะแนน
เป็นบ่อยๆ	= 2 คะแนน
เป็นประจำ	= 3 คะแนน

คะแนนความเครียดอยู่ในช่วง 0 ถึง 60 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนมาก  
แสดงว่ามีความเครียดมาก การแปลผลความเครียดในการวิจัยใช้คะแนน 0 ถึง 60  
คะแนน สำหรับผู้ป่วยมีการแปลผลคะแนนความเครียดและคำแนะนำ  
(ภาคผนวก ข)

### 3.1.4 แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยา (70) (ภาคผนวก ซ)

ใช้แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาของ Morisky Medication Adherence  
Scale (MMAS) ร่วมกับแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาของ Sorofman รวมข้อ  
คำถามทั้งหมด 9 ข้อ ประกอบด้วยการวัดในมิติด้านปริมาณและเวลา โดยมี  
เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1. คำถาม ในข้อ 1, 2, 3, 4, 6 และ 7 (ยกเว้นข้อ 5 และข้อ 8)  
 หากผู้ป่วยเลือกคำตอบว่า “ใช่” ให้คะแนน = 1  
 และหากตอบว่า “ไม่ใช่” ให้คะแนน = 0  
 กรณีการให้คะแนนในข้อ 5 และข้อ 8 ให้กลับคะแนนตรงข้าม
  2. ในข้อ 9 ให้คะแนนดังนี้  
 ข้อ 9.1 ให้คะแนน = 1, ข้อ 9.2 ให้คะแนน = 2, ข้อ 9.3 ให้คะแนน = 3,  
 ข้อ 9.4 ให้คะแนน = 4 และ ข้อ 9.5 ให้คะแนน = 5  
 รวมคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา คะแนนต่ำสุดคือ 1 และสูงสุด คือ 13  
 คะแนน คะแนนต่ำบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยามาก ส่วนคะแนนมาก  
 บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้น้อย กรณีผู้ป่วยไม่มีการใช้ยาในการ  
 รักษาหรือควบคุมอาการแล้ว ให้คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเป็น 0 คะแนน
- 3.1.5 แบบประเมินการกำเริบของโรค (MEX-SLEDAI) (37) (ภาคผนวก ฉ)
- ประเมินการกำเริบของโรค ตามแบบประเมินการกำเริบของโรคเอสแอลอี (MEX-SLEDAI) โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ มีระดับคะแนน 0 ถึง 32 คะแนน คะแนนมาก หมายถึงการกำเริบของโรคมาก

## 3.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดจะนำมาวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window version 16

- 3.2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการนำเสนอข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย
- 3.2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงอนุมาน (Inference Statistics) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ต่อการกำเริบของโรคเอสแอลอี
  - ใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง ระหว่าง ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค คะแนนความรู้ คะแนนการปฏิบัติตัว คะแนนความเครียด คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา กับคะแนนการกำเริบของโรคเอสแอลอี
  - ใช้สถิติ One Way ANOVA ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการกำเริบของโรคเอสแอลอี กับการติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ



- ใช้สถิติถดถอยพหุ (Multiple Regression) เพื่อหาปัจจัยทำนายและแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค การติดเชื้อ คะแนนความรู้ คะแนนการปฏิบัติตัว คะแนนความเครียด คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา กับคะแนนการกำเริบของโรคเอสแอลอี



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย และอภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบของโรคซิสเทมิก ลูปัส อิริที่มาโทซัส เพื่อความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่อการกำเริบของโรค และหาปัจจัยทำนายการกำเริบของโรค โดยเก็บข้อมูล ณ ศูนย์เอสแอลอี ห้องตรวจอายุรกรรม และหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลนพรัตน์ ราชธานี ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2550 จนถึงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2551 โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 132 ราย ได้ผลการศึกษารวบรวมเป็น 7 ส่วน ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 ข้อมูลทั่วไปทางสังคมและเศรษฐกิจ
- 1.2 ระบบอวัยวะที่ผู้ป่วยแสดงอาการ
- 1.3 ข้อมูลการใช้ยา

#### ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านโรค

- 2.1 ระยะเวลาที่เป็นโรคเอสแอลอี
- 2.2 ภาวะติดเชื้อ

#### ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

- 3.1 คะแนนความรู้ เรื่องโรค ยา และการดูแลตนเอง
- 3.2 คะแนนการปฏิบัติตัว
- 3.3 คะแนนความเครียด

#### ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านยา

- 4.1 คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา

#### ส่วนที่ 5 การกำเริบของโรค

#### ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ต่อการกำเริบของโรค

- 6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโรค ต่อการกำเริบของโรค
- 6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ต่อการกำเริบของโรค
- 6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านยา ต่อการกำเริบของโรค

#### ส่วนที่ 7 ปัจจัยทำนายการกำเริบของโรคเอสแอลอี

## ส่วนที่ 1

### 1.1 ข้อมูลทั่วไป

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเอสแอลอี ที่มารับการรักษาที่แพทย์เฉพาะทาง จำนวน 132 ราย เป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 117 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.6 ผู้ป่วยใน 15 ราย คิดเป็น ร้อยละ 11.4 ของผู้ป่วยทั้งหมด

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	129	97.7
ชาย	3	2.3
ประเภทผู้ป่วย		
ผู้ป่วยนอก	117	88.6
ผู้ป่วยใน	15	11.4
อายุ (ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	36.33 ±11.434	
15-45 ปี	106	80.3
> 45 ปี	26	19.7
อายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค (ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	29.57±11.095	
ไม่มีโรคประจำตัวอื่น	99	75.0
มีโรคประจำตัวอื่น*	33	25.0
ความดันโลหิตสูง	17	51.5 <sup>§</sup>
เบาหวาน	6	18.2 <sup>§</sup>
ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ	15	45.5 <sup>§</sup>
อื่นๆ	6	18.2 <sup>§</sup>
ไม่มีประวัติการแพ้ยา	99	75.0
ประวัติการแพ้ยา**	33	25.0
กลุ่ม penicillin	10	30.3 <sup>§</sup>
กลุ่ม sulfa	8	24.2 <sup>§</sup>
อื่นๆ	15	45.5 <sup>§</sup>

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
สถานภาพการสมรส		
โสด	49	37.1
สมรส	66	50.0
หย่า	10	7.6
หม้าย	7	5.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	40	30.3
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	51	38.6
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	13	9.8
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	28	21.2
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	36	27.3
นักเรียน นักศึกษา	15	11.4
ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	6	4.5
พนักงานบริษัท ลูกจ้าง	41	31.1
ค้าขาย	19	14.4
รับจ้างทั่วไป	15	11.4
รายได้ (บาทต่อเดือน)		
ไม่มีรายได้	52	39.4
รายได้ <10,000	61	46.2
รายได้ >10,000	19	14.4
สิทธิการรักษา		
ต้นสังกัด	16	12.1
ประกันสังคม	61	46.2
บัตรทอง	47	35.1
ชำระเงิน	8	6.1

\* ผู้ป่วยบางรายมีโรคประจำตัวหลายชนิดร่วมกัน

§ ร้อยละของผู้ป่วยจำนวน 33 ราย

\*\* ผู้ป่วยบางรายมีประวัติแพ้ยามากกว่า 1 ชนิด

## เพศ

กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยร้อยละ 97.7 ของผู้ป่วยเป็นเพศหญิง มีจำนวน 129 ราย ส่วนเพศชายมีเพียง 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.3 อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายในการศึกษานี้มีเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคเอสแอลอี ที่พบในเพศหญิงประมาณร้อยละ 90 (6, 13)

## ประเภทผู้ป่วย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอกมาติดตามการรักษาโรคเอสแอลอี โดยกว่าร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามแพทย์นัด สำหรับผู้ป่วยในจำนวน 15 ราย เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษายาบาลเกี่ยวกับโรคเอสแอลอี ในจำนวนผู้ป่วย 15 ราย มารับการรักษาเนื่องจากการกำเริบของโรคหรือเกิดจากภาวะติดเชื้อ โดยปัญหาหลักที่มาเกิดจากการกำเริบจำนวน 5 ราย เกิดจากภาวะติดเชื้อจำนวน 4 ราย และผู้ป่วย 6 รายมีการกำเริบของโรคร่วมกับภาวะติดเชื้อ

## อายุ

การศึกษานี้ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำที่สุดคือ 15 ปี และสูงที่สุดคือ 71 ปี อายุเฉลี่ยผู้ป่วยคือ  $36.33 \pm 11.434$  ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุน้อย โดยอายุน้อยกว่า 45 ปี จำนวน 106 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.3 ซึ่งตรงกับระบาดวิทยาของโรคคือ ผู้ป่วยเอสแอลอี ส่วนใหญ่ มีอายุน้อยอยู่ คือพบได้ในช่วงอายุ 15- 45 ปี (13)

## อายุที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมีตั้งแต่ อายุ 12 ถึง 68 ปี ค่าเฉลี่ยอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค คือ  $29.57 \pm 11.095$  ปี จากอายุเฉลี่ยในการศึกษานี้ มีความใกล้เคียงกับในการศึกษาของ Swaak และคณะ (74) ซึ่งมีอายุที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเฉลี่ย  $31 \pm 12$  ปี โดยการศึกษาของ Swaak และคณะ อาจมีอายุที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมมากกว่าการศึกษานี้เล็กน้อย อาจเป็นเพราะการศึกษาของ Swaak และคณะ ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้มีระยะเวลาการเป็นโรคอย่างน้อย 10 ปี

## โรคประจำตัว

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จำนวน 99 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.0 ไม่มีโรคประจำตัวอื่นนอกจากเอสแอลอี ส่วนผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมี 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด โรคประจำตัวส่วนใหญ่ที่พบจะเป็นความดันโลหิตสูง จำนวน 17 ราย รองลงมาผู้ป่วยมีความผิดปกติของภาวะไขมันในเลือด จำนวน 15 ราย และเบาหวาน จำนวน 6 ราย ที่เหลือเป็นโรคอื่นๆ จำนวน 6 ราย โรค

ประจำตัวอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเป็น เช่น ไทรอยด์ โรคหัวใจ โรคหืด เป็นต้น จากการศึกษาของ บุญจริง ศิริไพฑูรย์ (32) พบว่าผู้ป่วยเอสแอลอี มีภาวะไขมันในเลือดสูงมากกว่าคนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

### ประวัติการแพ้ยา

ผู้ป่วยมีประวัติการแพ้ยาจำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.0 สังเกตได้ว่าผู้ป่วยเอสแอลอี มีประวัติการแพ้ยาสูงกว่าคนปกติทั่วไป โดยส่วนใหญ่แพ้ยาในกลุ่ม penicillin และ กลุ่ม sulfa นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่แพ้ยา hydralazine ซึ่งเป็นยาที่กระตุ้นให้เกิดโรคเอสแอลอีได้

### สถานภาพการสมรส

ผู้ป่วยร้อยละ 50.0 หรือจำนวน 66 ราย สมรสและอยู่ด้วยกัน รองลงมาผู้ป่วยเป็นโสดจำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.1 อีก 10 ราย หย่า และที่เหลือนี้อีก 7 รายเป็นหม้าย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็นโสดจะอยู่กับครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากยังอยู่ในระหว่างการศึกษา หรืออายุยังน้อย ส่วนผู้ป่วยที่อายุมากขึ้นสมควรมีครอบครัวได้ที่เป็นโสดจะอยู่กับครอบครัวเดิม เช่น พี่สาวหรือน้องสาว ซึ่งก็ยังมีคนดูแลเวลาเจ็บป่วย

### ระดับการศึกษา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จำนวน 51 ราย หรือร้อยละ 38.6 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า รองลงมาผู้ป่วยมีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา หรือเทียบเท่าระดับประถมศึกษาจำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.3 ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเรียนต่อได้เนื่องจากภาวะของโรค ที่มีการกำเริบจนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าเรียนตามเกณฑ์ปกติได้ และยังมีผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งที่มีอายุยังอยู่ในเกณฑ์ที่ยังศึกษาไม่จบ จึงทำให้ผู้ป่วยเอสแอลอีมีระดับการศึกษาที่ต่ำ อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยที่จบระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.8 และผู้ป่วยที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.2

### อาชีพ

ผู้ป่วยเอสแอลอี ที่ศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นพนักงานบริษัท หรือลูกจ้าง จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.1 รองลงมาผู้ป่วยไม่ได้ทำงาน หรือเป็นแม่บ้าน ทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ จำนวน 36 ราย หรือร้อยละ 27.3 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ทำงานนี้ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในวัยทำงาน มีเพียง 3 ราย ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี สาเหตุของผู้ป่วยที่ไม่ทำงาน เนื่องมาจากการกำเริบของโรคที่ไม่แน่นอน มีอาการปวดเมื่อยไม่สบายตัวอยู่บ่อยๆ จากการศึกษาของ Poole และคณะ (75) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สถานะสุขภาพและลักษณะงานในผู้ป่วยเอสแอลอีเพศหญิง

15 ราย เปรียบเทียบกับ คนปกติ จำนวน 15 ราย พบว่า ในผู้ป่วยเฮสแอลอีที่มีอาการเพียงเล็กน้อย มีความเสี่ยงที่จะหยุดงาน แตกต่างจากคนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาชีพลำดับที่ 3 ที่ผู้ป่วยทำคือ ค้าขายหรือทำกิจการส่วนตัว จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.4 ผู้ป่วยอีก 15 ราย ยังอยู่ในระหว่างการศึกษา คือเป็นนักเรียน นักศึกษา และอีก 15 ราย ทำงานรับจ้างทั่วไปตามแต่จะมีคนมาจ้าง ผู้ป่วยบางรายที่ต้องทำงานรับจ้างทั่วไปที่มีรายได้ไม่แน่นอนเนื่องจากอาการของโรคที่กำเริบ คือบางวันอาการแย่มากๆ ไปทำงานไม่ได้ บางวัน อาการดีขึ้นจึงไปทำงานได้ จึงไม่สามารถทำงานที่มั่นคงรับเงินเดือนเป็นเดือนได้ ผู้ป่วยที่เหลืออีก 6 ราย เป็นข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ

## รายได้

ผู้ป่วย 132 ราย เป็นผู้ที่มีรายได้ 80 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.6 โดยมีรายได้ต่อเดือน เดือนละ 2,000 ถึง 30,000 บาท ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีรายได้น้อย มีผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 61 ราย สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีรายได้มีจำนวน 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.4 ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ยังอยู่ในระหว่างการศึกษาคือหรืออยู่ในวัยหลังทำงาน และอีกกลุ่มเป็นกลุ่มวัยทำงานที่ไม่สามารถทำงานและครอบครัวสามารถเลี้ยงดูได้ โดยอาจเป็นการช่วยเหลือจากบ้านเลี้ยงหลาน เป็นต้น

## สิทธิการรักษา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสังคม จำนวน 61 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.2 เนื่องจากผู้ป่วยยังอยู่ในช่วงวัยทำงาน ในรายที่ปัจจุบันไม่ได้ทำงานแล้วก็มีหลายคนที่ยังมีเงินประกันสังคมเอง เพื่อให้ใช้สิทธิประกันสังคมได้ เนื่องจากโรคเฮสแอลอี เป็นโรคที่ต้องรักษาต่อเนื่อง มีโอกาสเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสูง ใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง รองลงมาผู้ป่วยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษา คือผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา จำนวน 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.1 มีผู้ป่วยจำนวน 16 ราย หรือร้อยละ 12.1 ใช้สิทธิเบิกจากหน่วยงานต้นสังกัด เช่น ข้าราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ที่เหลือผู้ป่วยจำนวน 8 ราย หรือเพียงร้อยละ 6.1 ชำระเงินเองในการรักษา ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จัดอยู่ในประเภทผู้ป่วยที่มีหลักประกันสุขภาพ จากการศึกษารายชื่อของ Alarcon และคณะ (76) พบว่าการขาดประกันทางสุขภาพของผู้ป่วยเฮสแอลอี มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคที่สูงมากกว่ากลุ่มที่มีประกันทางสุขภาพ (OR=2.169) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.0001$ )

## 1.2 ระบบอวัยวะที่แสดงอาการ

โรคเอสแอลอี เป็นโรคที่แสดงอาการออกทางระบบต่างๆ ในร่างกายได้หลายระบบ ทั้งแสดงอาการในระบบอวัยวะเดียว หรือหลายระบบพร้อมกันก็ได้ โดยนับระบบอวัยวะที่ผู้ป่วยเคยแสดงอาการตั้งแต่เป็นเอสแอลอี ระบบอวัยวะของร่างกายที่ผู้ป่วยแสดงออกสามารถแบ่งเป็น 8 ระบบ ได้ดังนี้ ระบบข้อกล้ามเนื้อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบเยื่อเมือก และผิวหนัง ระบบไต ระบบเลือด ระบบทางเดินอาหาร และระบบประสาท

ในผู้ป่วยที่ศึกษามีการแสดงอาการ 1 ระบบอวัยวะ จำนวน 19 ราย แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรบกวนของระบบอวัยวะมากกว่า 1 ระบบขึ้นไป จนถึงมากที่สุด 6 ระบบอวัยวะ โดยผู้ป่วยมักมีอาการแสดงที่ระบบข้อและกล้ามเนื้อ และระบบผิวหนังมากที่สุด โดยมีรายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการแสดงในระบบอวัยวะต่างๆ

ระบบอวัยวะ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>1 ระบบอวัยวะ</b>	<b>19</b>	<b>14.4</b>
ข้อกล้ามเนื้อ	6	4.6
เยื่อเมือกและผิวหนัง	5	3.9
ไต	3	2.3
เลือด	5	3.9
<b>2 ระบบอวัยวะ</b>	<b>38</b>	<b>28.8</b>
ข้อกล้ามเนื้อ+หัวใจหลอดเลือด	1	0.8
ข้อกล้ามเนื้อ + ผิวหนัง	18	13.6
ข้อกล้ามเนื้อ+ไต	1	0.8
ข้อกล้ามเนื้อ+เลือด	2	1.5
ข้อกล้ามเนื้อ+ประสาท	1	0.8
ผิวหนัง+ไต	2	1.5
ผิวหนัง+เลือด	8	6.1
ผิวหนัง+ประสาท	4	3.0
ไต+เลือด	1	0.8



ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการแสดงในระบบอวัยวะต่างๆ (ต่อ)

ระบบอวัยวะ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>3 ระบบอวัยวะ</b>	<b>52</b>	<b>39.4</b>
ข้ออักเสบเนื้อ+ทางเดินหายใจ+ทางเดินอาหาร	1	0.8
ข้ออักเสบเนื้อ+ผิวหนัง+ไต	12	9.1
ข้ออักเสบเนื้อ+ผิวหนัง+เลือด	15	11.4
ข้ออักเสบเนื้อ+ผิวหนัง+ทางเดินอาหาร	3	2.3
ข้ออักเสบเนื้อ+ผิวหนัง+ประสาท	1	0.8
ข้ออักเสบเนื้อ+ไต+เลือด	6	4.6
หัวใจหลอดเลือด+ผิวหนัง+เลือด	1	0.8
ผิวหนัง+ไต+เลือด	6	4.6
ผิวหนัง+เลือด+ทางเดินอาหาร	1	0.8
ผิวหนัง+เลือด+ประสาท	4	3.0
ไต+เลือด+ทางเดินอาหาร	2	1.5
<b>4 ระบบอวัยวะ</b>	<b>19</b>	<b>14.4</b>
ข้ออักเสบเนื้อ+ทางเดินหายใจ+ผิวหนัง+เลือด	1	0.8
ข้ออักเสบเนื้อ+ผิวหนัง+ไต+เลือด	10	7.6
ข้ออักเสบเนื้อ+ผิวหนัง+เลือด+ประสาท	1	0.8
หัวใจหลอดเลือด+ทางเดินหายใจ+ผิวหนัง+เลือด	1	0.8
หัวใจหลอดเลือด+ผิวหนัง+ไต+เลือด	2	1.5
ผิวหนัง+ไต+เลือด+ประสาท	4	3.0
<b>5 ระบบอวัยวะ</b>	<b>2</b>	<b>1.5</b>
ข้ออักเสบเนื้อ+หัวใจหลอดเลือด+ทางเดินหายใจ+ผิวหนัง+เลือด	1	0.8
ข้ออักเสบเนื้อ+หัวใจหลอดเลือด+ผิวหนัง+ไต+เลือด	1	0.8
<b>6 ระบบอวัยวะ</b>	<b>2</b>	<b>1.5</b>
ข้ออักเสบเนื้อ+หัวใจหลอดเลือด+ไต+เลือด+ทางเดินอาหาร+ ประสาท	2	1.5

จากการศึกษาผู้ป่วยมีอาการแสดง 1 ระบบอวัยวะ จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.4  
ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการแสดงมากกว่า 1 ระบบอวัยวะ ผู้ป่วยที่มีอาการแสดง 2 ระบบอวัยวะ

จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.8 ระบบอวัยวะที่มีอาการแสดงมากที่สุด คือ ข้อกล้ามเนื้อและ  
ผิวหนัง จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.6 ผู้ป่วยมีการแสดงออก 3 ระบบอวัยวะมากที่สุดคือ 52  
ราย คิดเป็นร้อยละ 39.4 โดยมีอาการในระบบข้อกล้ามเนื้อ ระบบผิวหนัง และระบบเลือดมากที่สุด  
จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.4 ผู้ป่วยมีอาการแสดง 4 ระบบอวัยวะจำนวน 19 ราย คิดเป็น  
ร้อยละ 14.4 มีอาการแสดงในระบบข้อกล้ามเนื้อ ระบบผิวหนัง ระบบเลือด และระบบไตมากที่สุด  
จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.6 และผู้ป่วยมีอาการแสดงทั้ง 5 และ 6 ระบบอวัยวะจำนวนอย่าง  
ละ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.5

ตารางที่ 5 จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการแสดงในแต่ละระบบอวัยวะ

ระบบอวัยวะ	จำนวน	ร้อยละ
ระบบเยื่อเมือกและผิวหนัง	101	76.5
ระบบข้อกล้ามเนื้อ	83	62.9
ระบบเลือด	74	56.1
ระบบไต	52	39.4
ระบบประสาท	16	12.1
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	9	6.8
ระบบทางเดินอาหาร	9	6.8
ระบบทางเดินหายใจ	5	3.8

จากตารางที่ 5 การศึกษาเมื่อวิเคราะห์จากระบบอวัยวะที่ผู้ป่วยแสดงอาการ ตั้งแต่ 1  
ระบบจนถึง 6 ระบบ พบระบบที่ผู้ป่วยเกิดอาการสูงสุด คือ ระบบผิวหนัง จำนวน 101 ราย คิดเป็น  
ร้อยละ 76.5 รองลงมา คือระบบข้อและกล้ามเนื้อ 83 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.9 ระบบเลือด 74 ราย  
คิดเป็นร้อยละ 56.1 ระบบไต 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.4 ระบบประสาท 16 ราย คิดเป็นร้อยละ  
12.1 ส่วนระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.8 และ  
ระบบหายใจ จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.8

### 1.3 ข้อมูลการใช้ยา

ยากลุ่มหลักที่ใช้ในการรักษาและควบคุมอาการของโรคเอสแอลอี แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ ยา  
คอร์ติโคสเตียรอยด์ ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ยาด้านมาลาเรีย ยาควบคุมภูมิคุ้มกัน หรือยา  
ที่มีพิษต่อเซลล์ การใช้ยาในกลุ่มต่างๆ พิจารณาจากอาการและระบบอวัยวะที่มีความผิดปกติของ  
ผู้ป่วย จากการศึกษารายการศึกษามีรายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 กลุ่มยาหลักที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อรักษาหรือคุมอาการของโรคเอสแอลอี

กลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับ	จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยา (ราย)	ร้อยละ
<b>ยากортиโคสเตียรอยด์*</b>	117	88.6
ชนิดรับประทาน	115	98.3 <sup>§</sup>
ชนิดทาเฉพาะที่	23	17.4 <sup>§</sup>
<b>ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs)</b>	28	21.2
<b>ยาด้านมาลาเรีย</b>	40	30.3
chloroquine	17	42.5 <sup>¥</sup>
hydroxychloroquine	23	57.5 <sup>¥</sup>
<b>ยากดภูมิคุ้มกัน**</b>	50	37.9
azathioprine	36	72.0 <sup>#</sup>
intravenous cyclophosphamide	9	18.0 <sup>#</sup>
oral cyclophosphamide	3	6.0 <sup>#</sup>
mycophenolate mofetil	2	4.0 <sup>#</sup>
methotrexate	2	4.0 <sup>#</sup>

\* ผู้ป่วย 21 ราย ใช้ยากортиโคสเตียรอยด์ทั้งชนิดรับประทาน และชนิดทาเฉพาะที่

§ ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยากортиโคสเตียรอยด์จำนวน 117 ราย

¥ ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาด้านมาลาเรีย จำนวน 40 ราย

\*\*ผู้ป่วย 1 ราย ใช้ยา azathioprine ร่วมกับยา intravenous cyclophosphamide และอีก 1 ราย

ใช้ azathioprine ร่วมกับ methotrexate

# ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน จำนวน 50 ราย

ยากกลุ่มคortiโคสเตียรอยด์ เป็นยากกลุ่มที่ผู้ป่วยมีการใช้มากที่สุดจำนวน 117 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.6 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยมีการใช้ยา prednisolone และ dexamethasone จำนวน 115 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.3 ของยากกลุ่มนี้ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีการใช้ยาชนิดรับประทานอย่างเดียว จำนวน 94 ราย ผู้ป่วย 21 ราย ได้รับทั้งยากортиโคสเตียรอยด์ชนิดรับประทานและชนิดทาเฉพาะที่ มีเพียง 2 ราย ที่ได้รับยาทาเฉพาะที่เพียงอย่างเดียว สาเหตุที่ผู้ป่วยใช้ยากกลุ่มคortiโคสเตียรอยด์มากที่สุด อาจเนื่องจากการใช้ยากกลุ่มนี้ต้องใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน และมีการปรับขนาดยาตามความรุนแรงของโรค ขนาดยาที่ผู้ป่วยใช้มีตั้งแต่ 2.5 มิลลิกรัม ถึง 60 มิลลิกรัมต่อวัน เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจะต้องค่อยๆ ลดขนาดยาที่รับประทานลง ในผู้ป่วยที่ได้รับยาขนาดสูง จึง

ต้องใช้เวลาในการปรับลดขนาดยา และต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการ และป้องกันการกำเริบของโรค ดังเช่นการศึกษาของ Tseng และคณะ (77) ศึกษาถึงผลการให้ยาในกลุ่มสเตียรอยด์เพื่อป้องกันการเกิดการกำเริบของโรคในผู้ป่วย เอสแอลอี จำนวน 41 รายที่มีอาการทางคลินิกคงที่ แต่ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยังไม่ปกติ 2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้รับยา prednisolone กลุ่มที่ 2 ได้รับยาหลอก พบว่ากลุ่มที่ได้รับยา prednisolone สามารถลดการเกิดการกำเริบของโรคได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.007$ ) นอกจากนี้ยังสามารถลดคะแนนการกำเริบของโรค (SLEDAI) และมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ดีขึ้น

ยากกลุ่มที่มีการใช้รองลงมาเป็นยากดภูมิคุ้มกัน หรือยากกลุ่มที่เป็นพิษต่อเซลล์ โดยมีผู้ป่วยใช้ยากกลุ่มนี้จำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.9 ของผู้ป่วยทั้งหมด ในกลุ่มนี้มีการใช้ยา azathioprine มากที่สุด จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.0 ของการใช้ยากกลุ่มนี้ รองลงมาเป็นการใช้ยา cyclophosphamide ชนิดฉีด (intravenous cyclophosphamide) เพื่อรักษาความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับระบบไต

ยาด้านมาลาเรีย มีผู้ป่วยใช้ยากกลุ่มนี้จำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.3 ของผู้ป่วยทั้งหมด ยาด้านมาลาเรียที่มีการใช้ คือยา chloroquine และยา hydroxychloroquine ยา hydroxychloroquine เป็นยาที่ผู้ป่วยมีการใช้มากที่สุดในกลุ่มนี้ จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.5 ของผู้ป่วยที่ใช้ยากกลุ่มนี้ ส่วนยา chloroquine มีผู้ป่วยใช้ 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.5 ของผู้ป่วยที่ใช้ยาด้านมาลาเรีย การใช้ยาด้านมาลาเรียอาจทำให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น มีการแนะนำให้ตรวจความผิดปกติเกี่ยวกับสายตา สำหรับผู้ใช้ยา chloroquine ทุก 6 เดือน และ hydroxychloroquine ทุก 12 เดือน การใช้ยาด้านมาลาเรีย สามารถลดอาการและการกำเริบของโรคได้ในหลายระบบ เช่น ระบบข้อและกล้ามเนื้อ ระบบผิวหนัง ซึ่งเป็นระบบที่มีผู้ป่วยมาก

ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ หรือ NSAIDs เป็นกลุ่มยาที่มีการใช้น้อยที่สุดในผู้ป่วยที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.2 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งยาในกลุ่มนี้ใช้ในผู้ป่วยที่มีการปวดอักเสบของระบบข้อและกล้ามเนื้อ และนอกจากผู้ป่วยที่มีความผิดปกติที่ระบบข้อและกล้ามเนื้อจะใช้ยาในกลุ่มนี้แล้ว ยังมีผู้ป่วยบางส่วนใช้ยาในกลุ่มด้านมาลาเรียเพื่อป้องกันและรักษาอาการปวดข้อ ทำให้มีผู้ป่วยใช้ยาในกลุ่มด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์น้อยกว่ายาในกลุ่มอื่นๆ โดยยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้ คือ naproxen diclofenac piroxicam ibuprofen เป็นต้น

การให้ยาใน 4 กลุ่มหลักขึ้นกับอาการแสดงตามระบบอวัยวะ และความรุนแรงของผู้ป่วย มีผู้ป่วยที่ได้รับยาเพียงชนิดเดียวในการรักษาหรือคุมอาการ แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก

ขึ้น แพทย์อาจพิจารณาให้ยาเพื่อรักษาหรือควบคุมอาการหลายกลุ่ม โดยมีรายละเอียดการให้ยาแบ่งเป็นจำนวนกลุ่มยาดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามจำนวนกลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับ

จำนวนกลุ่มยาหลัก	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่ใช้ยากลุ่มหลัก	8	6.1
ใช้ยา 1 กลุ่ม	39	29.5
ใช้ยา 2 กลุ่ม	64	48.5
ใช้ยา 3 กลุ่ม	18	13.6
ใช้ยา 4 กลุ่ม	3	2.3

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการใช้ยาเพื่อรักษาหรือควบคุมอาการมากกว่า 1 กลุ่ม โดยส่วนใหญ่ใช้ยา 2 กลุ่ม จำนวน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.5 รองลงมาผู้ป่วยสามารถคุมอาการได้ด้วยยา 1 กลุ่ม จำนวน 39 ราย มีผู้ป่วยเพียง 3 ราย ที่มีการใช้ยาเพื่อรักษาหรือควบคุมอาการถึง 4 กลุ่ม ในการศึกษานี้มีผู้ป่วย 8 รายที่ไม่ได้รับยากลุ่มหลักเพื่อรักษาหรือควบคุมอาการเลย โดย 5 ใน 8 รายนี้มีอาการสงบโดยไม่ต้องใช้ยา ส่วนอีก 3 ราย มีการใช้ยาอื่นที่ไม่จัดอยู่ใน 4 กลุ่มนี้ในการรักษาหรือควบคุมอาการของโรคเอสแอลอี

นอกจากยาที่ผู้ป่วยได้รับ 4 กลุ่มหลักแล้วผู้ป่วยเอสแอลอี ผู้ป่วยเกือบทุกรายยังได้ยาเสริมแคลเซียมชนิดรับประทาน เพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องใช้ยากอร์ติโคสเตียรอยด์ เป็นเวลานาน โดยการใช้เพรดนิโซโลน มากกว่า 5 มิลลิกรัมต่อวัน ทำให้ความหนาแน่นของมวลกระดูกลดลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก (78) ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับแคลเซียมเสริม ซึ่งผู้ป่วยเกือบทุกรายในการศึกษานี้ได้รับแคลเซียมเสริมจากแพทย์ผู้รักษา

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางไต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยที่มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ผู้ป่วยจะได้รับยากลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEIs) เพื่อลดความดันโลหิตสูง และลดการเกิดโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้ยาต่อเนื่องเป็นเวลานาน ในผู้ป่วยบางรายไม่เข้าใจการให้ยาในกลุ่มนี้ เนื่องจากเข้าใจว่าตนเองไม่ได้เป็นความดันโลหิตสูง จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาในกลุ่มนี้ เพราะเข้าใจว่าตนเองไม่ได้เป็นความดันโลหิตสูง แต่เนื่องจากยาในกลุ่มนี้สามารถลดโปรตีนในปัสสาวะ หากผู้ป่วยไม่รับประทานยากลุ่มนี้ก็อาจทำให้โรคกำเริบได้โดยเฉพาะความผิดปกติในระบบไต

การใช้ยาคุมกำเนิด การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีส่วนผสมของฮอร์โมนเอสโตรเจน อาจทำให้มีการกำเริบของโรคได้ จากการศึกษาเมื่อพิจารณาการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดในผู้ป่วยเอสแอลอี จำนวน 132 ราย ผู้ป่วย 3 ราย เป็นเพศชาย ที่เหลืออีก 126 รายเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่ไม่มีการใช้ยาคุมกำเนิด หรือฮอร์โมนทดแทน โดยผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดจำนวนเพียง 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.3 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด

## ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านโรค

ปัจจัยด้านโรคประกอบด้วย ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรค โดยพิจารณาจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอสแอลอี ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคข้อประเทศสหรัฐอเมริกาที่วินิจฉัยจากแพทย์ คิดเป็นจำนวนปี และภาวะติดเชื้อในช่วง 1 เดือนก่อนการประเมินการกำเริบของโรค

### 2.1 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรค

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค สั้นที่สุด คือ 1 เดือน ส่วนระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรค นานที่สุดคือ 30 ปี ค่าเฉลี่ย คือ  $6.55 \pm 5.830$  ปี โดยมีระยะเวลาที่เป็นแสดงดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรค (ปี)	จำนวนราย	ร้อยละ
≤ 1 ปี	17	12.9
> 1-10 ปี	94	71.2
>10-20 ปี	16	12.1
> 20 ปี ขึ้นไป	5	3.8

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นโรคนานมากกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 10 ปี จำนวน 94 ราย ฐานนิยมของระยะเวลาที่เป็นโรค คือ 3 ปี จำนวน 23 ราย การศึกษาที่พบผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเป็นโรคนานมากกว่า 20 ปี เป็นจำนวนน้อย อาจเป็นผลจากอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเอสแอลอี มีโอกาสการรอดชีวิตลดลง ดังเช่นการศึกษาของ Urowitz และคณะ (79) ที่รวบรวมการศึกษาอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเอสแอลอี ในการศึกษาของ Jacobsen และคณะ ในปี ค.ศ. 1999 พบอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยเอสแอลอี ใน 5 ปี ร้อยละ 91 อัตราการรอดชีวิตใน 10 ปี ร้อยละ 76 อัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยลดลงเรื่อยๆ ใน 15 ปี พบอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 64 และ ที่

20 ปี มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 53 ดังนั้น จึงอาจพบผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นโรคที่นานมากกว่า 20 ปี จำนวนน้อยกว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นโรคสั้น

## 2.2 ภาวะติดเชื้อ

ภาวะติดเชื้อของผู้ป่วยในช่วง 1 เดือนก่อนเข้าการศึกษา มีการติดเชื้อ แบคทีเรีย ไวรัส โดยมากพบการติดเชื้อทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะ และติดเชื้อไวรัสที่ผิวหนัง โดยพบผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในช่วง 1 เดือนก่อนเข้าการศึกษามีจำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.7 ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยเอสแอลอี ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ 30 รายดังกล่าว ทุกรายใช้ยากลุ่มยากอริติโคสเตียรอยด์ โดยได้รับยา prednisolone ชนิดรับประทาน และ มีการใช้ยาในกลุ่มกดภูมิคุ้มกัน จำนวน 11 ราย โดย 6 ราย ใช้ยา azathioprine 4 ราย ใช้ยา intravenous cyclophosphamide และอีก 1 ราย ใช้ยา mycophenolate mofetil การให้ยาสเตียรอยด์ และยากดภูมิคุ้มกัน ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป จึงอาจทำให้พบผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 22.7

## ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

ปัจจัยด้านผู้ป่วยประกอบด้วย คะแนนความรู้ ประกอบด้วย เรื่องโรค เรื่องยา และเรื่อง การปฏิบัติตัว คะแนนความสามารถในการปฏิบัติตัว และคะแนนความเครียด

### 3.1 คะแนนความรู้

เป็นการวัดความรู้พื้นฐานของผู้ป่วยเกี่ยวกับ เรื่องโรค เรื่องยา และเรื่องการดูแลตนเอง มีคะแนนเต็มรวม 20 คะแนน โดยแบ่งเป็นความรู้เรื่องโรค 5 คะแนน ความรู้เรื่องยา 5 คะแนน และความรู้เรื่อง การปฏิบัติตัว 10 คะแนน

คะแนนความรู้เรื่องโรค จากผู้ป่วยจำนวน 132 คน ผู้ป่วยได้คะแนนน้อยที่สุดคือ 0 คะแนน หรือ ตอบไม่ถูกเลย คะแนนมากที่สุด คือ 5 คะแนน หรือตอบถูกทุกข้อ คะแนนเฉลี่ย คือ  $4.09 \pm 1.094$  คะแนน

คะแนนความรู้เรื่องยา จากผู้ป่วยจำนวน 132 ราย ผู้ป่วยได้คะแนนน้อยที่สุดคือ 0 คะแนน หรือตอบไม่ถูกเลย คะแนนมากที่สุด คือ 5 คะแนน หรือตอบถูกทุกข้อ คะแนนเฉลี่ย คือ  $3.90 \pm 1.216$  คะแนน

คะแนนความรู้เรื่อง การดูแลตนเอง จากผู้ป่วยจำนวน 132 ราย ผู้ป่วยได้คะแนนน้อยที่สุดคือ 2 คะแนน หรือตอบถูก 2 ข้อ คะแนนมากที่สุด คือ 10 คะแนน หรือตอบถูกทุกข้อ คะแนนเฉลี่ย คือ  $7.56 \pm 1.645$  คะแนน

คะแนนความรู้รวมทั้งเรื่องโรค เรื่องยา และเรื่องการดูแลตนเอง จากผู้ป่วยจำนวน 132 ราย ผู้ป่วยได้คะแนนน้อยที่สุดคือ 7 คะแนน คะแนนมากที่สุด คือ 20 คะแนน หรือตอบถูกทุกข้อ คะแนนเฉลี่ย คือ  $15.60 \pm 3.056$  คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 คะแนนความรู้ที่เกี่ยวกับโรคเอสแอลอีของผู้ป่วย

ความรู้ (n=132)	ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (คะแนน)
เรื่องโรค	$4.09 \pm 1.094$
เรื่องยา	$3.90 \pm 1.216$
เรื่องการดูแลตนเอง	$7.56 \pm 1.645$
คะแนนรวม	$15.60 \pm 3.056$

จากคะแนนความรู้ผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีความรู้อยู่ในเกณฑ์ดี ทั้งด้านเรื่องโรค ยา และการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการให้ความรู้โดยแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ซึ่งมีการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค เรื่องยา และเรื่องการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยควรกระทำ จากทีมรักษาในคลินิก เอสแอลอี ที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีได้ทำเป็นประจำอยู่แล้ว จึงทำให้ผู้ป่วยในการศึกษานี้มีความรู้เกี่ยวกับเอสแอลอีค่อนข้างสูง สำหรับผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้รวมน้อย มักเป็นผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นโรคไม่นาน คือ เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค หรือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่นานที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี บางรายเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการให้ความรู้ตามระบบให้ความรู้ในคลินิกเอสแอลอี หรือมารับการรักษาที่แพทย์เฉพาะทางโรคข้อไม่นาน ทำให้ผู้ป่วยยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับเอสแอลอีไม่ดีพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทิศ วรศิริ (52) ที่ศึกษาการให้ความรู้กับผู้ป่วยเอสแอลอี จำนวน 30 ราย พบว่าหลังจากผู้ป่วยได้รับการสอนจากผู้วิจัย ทำให้มีความรู้ที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสอนจากผู้วิจัยอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.005$ )

เมื่อพิจารณาคะแนนความรู้รายข้อในเรื่องโรค ยา และการดูแลตนเอง มีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ รายละเอียดจำนวนข้อที่ผู้ป่วยตอบถูกแสดงในตารางที่ 10



ตารางที่ 10 จำนวนผู้ป่วยที่ตอบถูกในเรื่องความรู้รายข้อ

ข้อคำถาม	จำนวนผู้ป่วย	
	ที่ตอบถูก (ราย)	ร้อยละ
<b>เรื่องโรค</b>		
1. โรคเอสแอลอี สามารถรักษาให้หายขาดได้	83	62.9
2. อาการทั่วไป คือเป็นไข้ อ่อนเพลีย ปวดตามร่างกาย เบื่ออาหาร	108	81.8
3. อาจมีอาการตามระบบต่างๆ เช่น ไต ข้อ ผิวหนัง หรือระบบเลือด ผิดปกติได้	116	87.9
4. การมีผื่นแดง หรือปวดข้อ หรือปัสสาวะเป็นฟอง เป็นอาการบ่งชี้ว่าอาจมีการกำเริบของโรค	115	87.1
5. การติดเชื้ออาจทำให้โรคกลับมารุนแรงได้อีก	118	89.4
<b>เรื่องยา</b>		
6. ผู้ป่วยสามารถหยุดยาได้เองเมื่อไม่มีอาการ	116	87.9
7. ยาบางตัวสามารถทำให้เกิดภาวะติดเชื้อได้ง่ายขึ้น	74	56.1
8. ยาเพรดนิโซโลนสามารถรับประทานก่อนหรือหลังอาหารก็ได้	115	87.1
9. เมื่อมีอาการแสบหรือไม่สบาย ให้เพิ่มขนาดยา หรือรับประทานยา รับประทานแล้วจึงไปพบแพทย์	113	85.6
10. ผู้ป่วยสามารถบอกชื่อยาที่ใช้ควบคุมโรคที่ผู้ป่วยใช้ได้อย่างน้อย 1 ชนิด	98	74.2
<b>การดูแลตนเอง</b>		
11. ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงแสงแดด และทาครีมกันแดดทุกวัน	127	96.2
12. ผู้ป่วยที่มีการกำเริบของโรคควรออกกำลังกายมากๆ	90	68.2
13. ควรพักผ่อนและนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง	129	97.7
14. ผู้ป่วยโรคเอสแอลอีไม่ควรดื่มนม	101	76.5
15. ผู้ป่วยสามารถตั้งครรภ์ได้ ถ้าแพทย์อนุญาต	90	68.2
16. ควรหลีกเลี่ยงสถานที่ชุมชน เช่น ตลาดนัด ตลาดสด ห้ามสรรพสินค้า สถานที่ชุมชนแออัด โรงพยาบาล เนื่องจากอาจทำให้ติดเชื้อได้	112	84.8
17. ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารมากๆ ทุกชนิด เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง	82	62.1

ตารางที่ 10 จำนวนผู้ป่วยที่ตอบถูกในเรื่องความรู้รายข้อ (ต่อ)

ข้อคำถาม	จำนวนผู้ป่วย	
	ที่ตอบถูก (ราย)	ร้อยละ
18. สารเคมีบางอย่าง เช่น ยาหอมมม ยาล้างห้องน้ำ อาจทำให้ อาการของโรคแย่ลงได้	54	40.9
19. การมีไข้สูง หนาวสั่น ปัสสาวะขุ่น เป็นอาการบ่งชี้ของการติดเชื้อ	105	79.5
20. หากผู้ป่วยมีอาการสบายดีไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ตามนัดก็ ได้	113	85.6

ข้อที่ผู้ป่วยทำได้ถูกมากที่สุดคือความรู้เกี่ยวกับเรื่องการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ผู้ป่วยตอบถูกจำนวน 129 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.7 โดยผู้ป่วยทราบว่าต้องพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ ซึ่งอาจเป็นความรู้พื้นฐานทั่วไปที่ควรปฏิบัติ รวมทั้งอาการอ่อนเพลียเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยเอสแอลอี จึงอาจทำให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องการพักผ่อนดี รองลงมา ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงแสงแดด มีผู้ตอบถูกจำนวน 127 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.2 จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้วิจัยทราบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการหลีกเลี่ยงแสงแดด และควรทาครีมกันแดดทุกวัน อาจเนื่องจากแพทย์เป็นผู้บอกผู้ป่วยและมีการสั่งครีมกันแดดให้ผู้ป่วยด้วย ส่วนความรู้ที่ผู้ป่วยยังขาดอยู่คือความรู้เรื่องการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงจากสารเคมี ซึ่งมีผู้ป่วยทำถูกเพียง 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.9 และข้ออื่นที่ผู้ป่วยตอบได้ถูกน้อยกว่าร้อยละ 70 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอสแอลอีว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยา คือผู้ป่วยไม่ทราบว่ายาบางตัวทำให้เกิดภาวะติดเชื้อได้ง่าย จึงควรระวังตัวและป้องกันตัวเองเพื่อหลีกเลี่ยงจากการติดเชื้อ อันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยเอสแอลอีได้ ส่วนเรื่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับเรื่องการออกกำลังกายขณะโรคกำเริบ การตั้งครุรรค์ และการรับประทานอาหาร ดังนั้นควรให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค เรื่องยา และโดยเฉพาะเรื่องการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม

### 3.2 คะแนนการปฏิบัติตัว

การวัดการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เป็นวัดการปฏิบัติตัวจริงของผู้ป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ยกเว้นการตั้งครุรรค์ พิจารณาการตั้งครุรรค์ ณ วันที่เก็บข้อมูล ตลอดอายุครุรรค์ คะแนนต่ำสุดในทุกข้อคือ 0 คะแนน และคะแนนมากที่สุดในทุกข้อ คือ 100 คะแนน โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัว ต่ำสุดคือ 49.05 คะแนน และสูงสุด คือ 100 คะแนน มีจำนวน 3 ราย ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 3 ราย

ยังมีการกำเริบของโรคอยู่ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีการกำเริบของโรคจึงมีการปฏิบัติตัวเป็นอย่างดี แต่อย่างไรก็ตามด้วยตัวโรคที่มีการกำเริบและยังไม่หาย ทำให้คะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยออกมาสูง คือปฏิบัติตัวดี และยังมีการกำเริบของโรคที่สูงอยู่ด้วย ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยคือ  $81.17 \pm 10.522$  คะแนน ตารางแสดงคะแนนการปฏิบัติตัวรวมของผู้ป่วย แสดงดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวรวมของผู้ป่วยรายข้อ

ข้อคำถาม	คะแนนเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. การทาครีมกันแดด	$49.14 \pm 47.749$
2. การออกแดดช่วง 10.00-16.00 น.	$79.39 \pm 35.517$
3. การป้องกันเมื่อออกแดด	$87.41 \pm 32.563$
4. การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม	$43.69 \pm 48.275$
5. การนอนพักผ่อนอย่างเพียงพอ	$93.18 \pm 25.302$
6. การไม่ตั้งครวร์	$95.46 \pm 20.909$
7. การไม่อยู่ในสถานที่ชุมชนแออัด	$85.41 \pm 28.086$
8. การไม่สูบบุหรี่	$95.46 \pm 20.909$
9. การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	$91.67 \pm 27.744$
10. การรับประทานอาหารที่สุก สะอาด	$88.64 \pm 31.858$
11. การไม่รับประทานอาหารไขมันสูง	$70.24 \pm 34.035$
12. การคุมอาการประเภทแบ่ง น้ำตาล	$74.24 \pm 43.897$
13. การไม่ใช้สารเคมี เช่น ยาตัด-ย้อมผม ยาล้างห้องน้ำ	$87.12 \pm 33.624$
14. การมาพบแพทย์เมื่อมีอาการไข้ หนาวสั่น	$78.79 \pm 41.037$
15. การมาพบแพทย์ตามนัดของผู้ป่วย	$97.73 \pm 14.960$

ข้อคำถามทั้ง 15 ข้อ ถือเป็นข้อควรปฏิบัติตัวที่ดีของผู้ป่วยเอสแอลอี เพื่อป้องกันการกำเริบของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมาภายหลัง ผู้ป่วยควรมีคะแนนการปฏิบัติตัว 100 คะแนน ในข้อที่ผู้ป่วยมีคะแนนการปฏิบัติตัวน้อยกว่าร้อยละ 80 คือ การทาครีมกันแดด การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การมาพบแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ

ควรมีการแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อลดการกำเริบของโรค และมีการดำเนินโรคที่ดี

จากข้อมูลคะแนนความรู้และการปฏิบัติตัวจะเห็นได้ว่าในบางเรื่องผู้ป่วยสามารถตอบถูก และสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสม แต่มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีความรู้ดี แต่ไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ เช่น เรื่องการทาครีมกันแดด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบว่าต้องใช้ครีมกันแดดและควรหลีกเลี่ยงจากแสงแดด แต่ผู้ป่วยบางรายไม่ชอบการทาครีมกันแดดเนื่องจากเหนียวเหนอะหนะ บางรายไม่ออกแดด กลางแจ้ง เลยไม่ทาครีมกันแดดเพราะเข้าใจว่าแสงสะท้อน หรือแสงไฟไม่ใช่แสงแดด ไม่มีผลต่อโรค หรือบางรายมีการเลือกใช้ครีมกันแดดที่ไม่ถูกต้อง เรื่องการออกกำลังกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ค่อยออกกำลังกาย เนื่องจากไม่มีเวลา หรือไม่ได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับการออกกำลังกาย เป็นต้น ดังนั้นควรมีการให้ความรู้ และแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ควรมีการพูดคุยและซักถาม เพื่อสามารถให้คำแนะนำที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

### 3.3 คะแนนความเครียด

คะแนนความเครียด วัดจากแบบวัดความเครียด จำนวน 20 ข้อคำถาม คะแนนอยู่ในช่วง 0 ถึง 60 คะแนน จากการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยเอสแอลอี จำนวน 132 ราย พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความเครียดอยู่ในช่วง 2 คะแนน ถึง 37 คะแนน โดยผู้ป่วยมีคะแนนความเครียดเฉลี่ย  $13.63 \pm 7.136$  คะแนน รายละเอียดคะแนนความเครียดเฉลี่ยของผู้ป่วยในแต่ละข้อแสดงดังตารางที่ 12

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 ความถี่และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดรายข้อ

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ	ค่าเฉลี่ย± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ	34	65	28	5	1.03±0.791
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ	20	79	29	4	1.13±0.692
3. ทำอะไรไม่ได้เลย เพราะประสาทตึงเครียด	91	35	4	2	0.37±0.607
4. มีความวุ่นวายใจ	37	85	8	2	0.81±0.607
5. ไม่อยากพบปะผู้คน	67	52	8	5	0.63±0.766
6. ปวดหัวข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง	35	73	15	9	0.99±0.810
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	75	50	5	2	0.50±0.648
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต	95	32	4	1	0.33±0.573
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า	100	25	5	2	0.31±0.619
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา	83	45	3	1	0.41±0.579
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ	48	73	8	3	0.74±0.672
12. รู้สึกเพลียจนไม่มีแรงจะทำอะไร	53	65	9	5	0.74±0.748
13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร	51	67	9	5	0.76±0.743
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง	63	58	11	0	0.61±0.639
15. เสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ	79	42	10	1	0.49±0.671
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่าง ๆ	61	57	11	3	0.67±0.728
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลัง หรือไหล่	44	67	19	2	0.84±0.714
18. ตื่นตื่นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย	54	59	14	5	0.77±0.878
19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ	35	79	12	6	0.92±0.731
20. ความสุขทางเพศลดลง	81	36	5	10	0.58±0.883

เมื่อพิจารณาการแปลผลระดับความเครียดตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต ในตารางที่ 13 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในระดับปกติ จำนวน 83 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.9

รองลงมาผู้ป่วยมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด

ตารางที่ 13 จำนวนของผู้ป่วยตามระดับความเครียด

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (0-5 คะแนน)	14	10.6
ปกติ (6-17 คะแนน)	83	62.9
สูงกว่าปกติเล็กน้อย (18-25 คะแนน)	29	22.0
สูงกว่าปกติปานกลาง (26-29 คะแนน)	2	1.5
สูงกว่าปกติมาก (30-60 คะแนน)	4	3.0

#### ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านยา

##### 4.1 คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา

ตามแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาที่ใช้ในการศึกษานี้ มีเกณฑ์คะแนน 0 ถึง 13 คะแนน พบว่า คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยเอสแอลอี จำนวน 132 ราย มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 9 คะแนน รายที่ได้คะแนน 0 คือผู้ป่วยมีอาการที่สามารถควบคุมได้โดยไม่ต้องใช้ยา มีจำนวน 5 ราย ส่วนผู้ป่วยที่มีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาสูงที่สุดคือ 9 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา จากเกณฑ์คะแนนของแบบวัด หากประมาณว่าผู้ที่คะแนนเกิน 6 คะแนน คือไม่ร่วมมือในการใช้ยาจะพบว่าผู้ที่ได้คะแนนเกิน 6 คะแนน มีเพียง 6 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมดแสดงว่าผู้ป่วยที่ศึกษาให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีเป็นส่วนใหญ่

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 74.2 ไม่รู้สึกรู้สึกว่ามีความยุ่งยาก ในการจดจำยาทั้งหมดที่ต้องรับประทาน สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากที่สุด คือ ผู้ป่วยลืมรับประทานยา จำนวน 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.8 รองลงมา คือ ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดที่จะต้องรับประทานยาทุกวัน จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.6 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย คือ  $2.80 \pm 1.758$  คะแนน จำนวนและคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยของผู้ป่วยในแต่ละข้อแสดงในตารางที่ 14

## ตารางที่ 14 จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
	ของผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือ	
1. มีบางครั้งที่คุณลืมรับประทานยา	46	34.8
2. บางคนไม่ได้รับประทานยาด้วยเหตุผลต่างๆนอกเหนือจากลืม คุณคิดทบทวนว่าในช่วงที่มาพบแพทย์ครั้งล่าสุดมีบางวันที่ คุณไม่ได้รับประทานยา	21	15.9
3. คุณเคยลดขนาดยาหรือหยุดยา โดยที่ไม่ได้บอกแพทย์ เนื่องจากรู้สึกแย่งเวลารับประทานยา	17	12.1
4. เมื่อคุณออกจากบ้านหรือเดินทางไกล มีบางครั้งที่คุณลืมพก ยาติดตัวไปด้วย	23	17.4
5. เมื่อวานนี้ คุณรับประทานยาครบ ใช่หรือไม่	12	9.1
6. เมื่อคุณรู้สึกว่าอาการของโรคที่คุณเป็นดีขึ้นหรือควบคุมได้ แล้ว บางครั้งคุณหยุดรับประทานยา	12	9.1
7. บางคนไม่สะดวกอย่างมากที่จะรับประทานยาทุกวัน คุณเคย รู้สึกอึดอัดที่ต้องรับประทานยาอย่างเคร่งครัดหรือเข้มงวด ใช่ หรือไม่	43	32.6
8. ท่านรับประทานยาตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง	28	21.2
9. คุณรู้สึกว่ามีความยุ่งยากบ่อยเพียงใด ในการจดจำยาทั้งหมด ที่ต้องรับประทาน (เลือกเพียง 1 ข้อ)		
9.1) ไม่รู้สึก หรือแทบจะไม่รู้สึกว่ามีความยุ่งยาก ในการจดจำยา ที่ใช้	98	74.2
9.2) รู้สึกว่ายุ่งยากบ้างเล็กน้อย	18	13.6
9.3) รู้สึกว่ายุ่งยากปานกลาง	10	7.6
9.4) รู้สึกว่ายุ่งยากเป็นประจำ	1	0.8
9.5) รู้สึกว่ายุ่งยากทุกครั้งหรือตลอดเวลา	0	0

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ลืมรับประทานยามีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าอาการดีขึ้น ทำให้ไม่มีอาการเตือนว่าตนเองต้องรับประทานยา เพราะรู้สึกสบายดี และในผู้ป่วยบางรายวิธีรับประทานยามีความยุ่งยาก เช่น ต้องรับประทานยาวันเว้นวัน หรือรับประทานยาเฉพาะวัน จันทร์ พุธ และวันศุกร์ หรือในบางรายรับประทานยาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทำ

ให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สัมผัสรับประทานยาได้ง่ายกว่าการรับประทานยาทุกวัน ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับคำสั่งการรับประทานยาแบบนี้ มักเป็นผู้ป่วยที่อาการเริ่มดีขึ้น หรือควบคุมได้แล้ว และผู้ป่วยมักไม่มีอาการแสดงทำให้ผู้ป่วยสัมผัสรับประทานยาได้ง่าย

สาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยา คือ ผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทานยา ผู้ป่วยบางรายกลัวอาการไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดขึ้น บางรายเกิดจากความไม่สะดวกในการจัดยา เป็นต้น

สำหรับผู้ป่วยที่มีการลดหรือหยุดยาโดยไม่ได้ออกแพทย์ เนื่องจากรู้สึกแสบลงเวลารับประทานยา เนื่องจากอาการข้างเคียงของยา โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการบวม อ้วน รับประทานอาหารได้มาก จากการรับประทานยา prednisolone จึงลดหรือหยุดการรับประทานยา และไม่ได้บอกแพทย์

## ส่วนที่ 5 การกำเริบของโรค

การกำเริบของโรควัดจากแบบวัดการกำเริบของโรค MEX-SLEDAI (Mexican Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index) มีระดับคะแนน 0 ถึง 32 คะแนน คะแนนมากหมายถึงการกำเริบของโรคที่มาก การศึกษานี้ประเมินการกำเริบโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จากผู้ป่วยเอสแอลอี จำนวน 132 ราย คะแนนการกำเริบอยู่ระหว่าง 0 ถึง 13 คะแนน คะแนนการกำเริบของโรคเฉลี่ย คือ  $2.73 \pm 2.926$  คะแนน แสดงว่าการกำเริบของผู้ป่วยในการศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่อยู่ในระยะกำเริบ หรืออยู่ในระยะสงบมากกว่า

## ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ต่อการกำเริบของโรค

เมื่อทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา 3 ด้าน รวม 6 ปัจจัย คือ ด้านโรค ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรค ภาวะติดเชื้อ ด้านผู้ป่วย ได้แก่ คะแนนความรู้ คะแนนการปฏิบัติตัว คะแนนความเครียด และด้านยา ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยา กับคะแนนการกำเริบของโรค ผลการวิจัยพบว่าปัจจัย 3 ด้านมีความสัมพันธ์ดังนี้

### 6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโรค ต่อการกำเริบของโรค

#### ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรค

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรคเอสแอลอี นับจากวันที่แพทย์วินิจฉัยโรค ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคข้อแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาฉบับปรับปรุงปี 1997 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรคมีตั้งแต่ 0.08 ถึง 30 ปี (ค่าเฉลี่ย  $6.55 \pm 5.830$ ) เมื่อพิจารณาจากค่าสหสัมพันธ์ (correlation) ระหว่าง ระยะเวลาที่



ผู้ป่วยเป็นโรค กับคะแนนการกำเริบของโรค มีความสัมพันธ์กันด้านลบ หมายถึงผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเป็นโรคน้อยจะมีคะแนนการกำเริบของโรคที่มาก โดยมีค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน  $-0.121$  แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>0.168$ ) ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เป็นโรคกับคะแนนการกำเริบของโรค

	ค่าเฉลี่ย	Pearson's correlation	p-value
MEX-SLEDAI (n=132)	$2.73\pm 2.926$	1	
ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี) (n=132)	$6.55\pm 5.830$	$-0.121$	0.168

จากผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Sutcliffe และคณะ (18) พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรคนานมากกว่า 20 ปี มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคที่สูง แต่มีความสัมพันธ์อย่างอ่อน ( $p=0.05$ ) จากการศึกษาเมื่อศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เป็นโรคนานกว่า 20 ปี พบว่ามีค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน  $-1.65$  แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.791$ ) อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีผลการศึกษานี้เหมือนกับการศึกษาของ Swaak และคณะ (74) ซึ่งพบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนการกำเริบของโรค (SLEDAI) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ไม่ได้แสดงค่านัยสำคัญ)

### ภาวะติดเชื้อ

ภาวะติดเชื้อในช่วง 1 เดือน ก่อนการประเมินการกำเริบของโรค โดยประเมินค่าเป็นมีภาวะติดเชื้อ และไม่มีภาวะติดเชื้อ พบภาวะติดเชื้อในผู้ป่วย 30 ราย เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการกำเริบของโรคระหว่าง กลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อ และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อ โดยวิธี ANOVA ผลวิจัยพบว่า คะแนนการกำเริบของโรคระหว่างกลุ่มที่ติดเชื้อ และกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 16 จากผลดังกล่าว แสดงว่าการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบของโรค ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Duffy และคณะ (54) และ Chen และคณะ (56) ที่พบว่า การติดเชื้อสัมพันธ์กับการกำเริบของโรค

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการกำเริบของโรคระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ

	กลุ่มติดเชื้อ N=30	กลุ่มไม่ติดเชื้อ n=102	p-value
ค่าเฉลี่ย คะแนนการกำเริบของโรค MEX-SLEDAI	4.47±3.521	2.23±2.529	**0.000

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$

## 6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ต่อการกำเริบของโรค

### คะแนนความรู้

คะแนนความรู้ช่วงคะแนน 0 ถึง 20 คะแนน โดยผู้ป่วยมีคะแนนความรู้อยู่ในช่วง 7 ถึง 20 คะแนน เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้ กับคะแนนการกำเริบของโรค พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.691$ ) เมื่อพิจารณาคะแนนในส่วนความรู้เรื่องโรค เรื่องยา และเรื่องการปฏิบัติตัว กับคะแนนการกำเริบของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้กับคะแนนการกำเริบของโรค

	ค่าเฉลี่ย (คะแนน)	Pearson's correlation	p-value
MEX-SLEDAI (n=132)	2.73±2.926	1	
คะแนนความรู้เรื่องโรค	4.09±1.094	0.008	0.931
คะแนนความรู้เรื่องยา	3.90±1.216	0.038	0.668
คะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเอง	7.56±1.645	0.039	0.657
คะแนนความรู้รวม	15.60±3.056	0.035	0.691

จากการหาความสัมพันธ์พบว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้สูง ก็จะมีความรู้สูงทั้งเรื่องโรค เรื่องยา และเรื่องการดูแลตนเอง โดยคะแนนทั้ง 3 ด้านสอดคล้องไปในทางเดียวกัน คือ ผู้ป่วยที่มีความรู้ดี ก็จะมีความรู้ดีในทุกเรื่อง แต่คะแนนทั้ง 3 เรื่องและคะแนนความรู้รวมไม่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรค

จากผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Karlson และคณะ (19) ซึ่งพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเอสแอลอี ไม่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรค แต่ยังคงให้มีการให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับเอสแอลอี โดยเชื่อว่าจะทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Ward และคณะ (80) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับเอสแอลอีและการปฏิบัติตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรค

### คะแนนการปฏิบัติตัว

คะแนนการปฏิบัติตัวมีคะแนน 0 ถึง 100 คะแนน โดยผู้ป่วยมีคะแนนอยู่ในช่วง 49.05 ถึง 100 คะแนน (คะแนนเฉลี่ย  $81.17 \pm 10.522$  คะแนน) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง คะแนนการปฏิบัติตัว กับคะแนนการกำเริบของโรค พบว่ามีค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เท่ากับ 0.085 มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.335$ ) ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการปฏิบัติตัวกับคะแนนการกำเริบของโรค

	ค่าเฉลี่ย (คะแนน)	Pearson's correlation	p-value
MEX-SLEDAI (n=132)	$2.73 \pm 2.926$	1	
คะแนนการปฏิบัติตัว(n=132)	$81.17 \pm 10.522$	0.085	0.335

การศึกษาของ Alarcon และคณะ (76) ที่ศึกษาปัจจัยด้านจิตวิทยา และพฤติกรรม รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.0001$ ) แต่การศึกษา Alarcon เป็นการวัดปัจจัยรวมกัน ซึ่งแตกต่างจากการวัดในการศึกษานี้ หากแยกปัจจัยดังกล่าวออกจากกันดังเช่นการศึกษานี้ อาจทำให้ค่าความสัมพันธ์เปลี่ยนแปลง โดยอาจไม่เห็นความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับการกำเริบของโรคได้

### คะแนนความเครียด

คะแนนความเครียดมีคะแนน 0 ถึง 60 คะแนน ผู้ป่วยมีคะแนนอยู่ในช่วง 2 ถึง 37 คะแนน เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง คะแนนความเครียด กับคะแนนการกำเริบของโรค พบว่ามีค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เท่ากับ 0.242 โดยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.005$ ) ดังแสดงในตารางที่ 19 แสดงว่า ความเครียดที่มากมีผลต่อการกำเริบของโรคที่มาก ดังนั้นความเครียดจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะกระตุ้นให้เกิดการกำเริบของโรคได้

ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเครียดกับคะแนนการกำเริบของโรค

	ค่าเฉลี่ย (คะแนน)	Pearson's correlation	p-value
MEX-SLEDAI (n=132)	2.73±2.926	1	
คะแนนความเครียด (n=132)	13.36±7.136	0.242	0.005

จากผลการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Pawlak และคณะ พบว่า การกำเริบของโรค ซึ่งวัดโดย ECLAM ระหว่างกลุ่มที่มีการกำเริบกับกลุ่มที่ไม่มีการกำเริบของโรค พบว่า ความเครียดในชีวิตประจำวันมีผลต่อการกำเริบของโรค อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.01$ ) นอกจากนี้ยังทำให้มีการใช้ยา prednisolone ในขนาดมากกว่า 5 มิลลิกรัมต่อวัน อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.01$ ) (64)

### 6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านยาต่อการกำเริบของโรค

ปัจจัยด้านยา คือ ความร่วมมือในการใช้ยามีคะแนน 0 ถึง 13 คะแนน ผู้ป่วยมีคะแนนอยู่ในช่วง 0 ถึง 9 คะแนน โดยเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาคะแนนมาก หมายถึงผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้น้อย คะแนนน้อยหมายถึงผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยามาก กับคะแนนการกำเริบของโรค พบว่า คะแนนความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับคะแนนการกำเริบของโรค โดยมีค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เท่ากับ 0.276 และมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p = 0.001$  ดังแสดงในตารางที่ 20 ซึ่งการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการกำเริบของโรคลดลง มีการศึกษาของ Uribe และคณะ (81) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาโดยวัดความร่วมมือจากการมารับยาตามนัด พบว่า คะแนนการกำเริบของโรคของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยา มีคะแนนการกำเริบของโรคซึ่งวัดโดย SLAM มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา โดยการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการน้อยหรืออยู่ในภาวะสงบด้วยว่ายาจะสามารถช่วยลดและป้องกันไม่ให้โรคกลับมารุนแรงได้ในระยะยาว ซึ่งต้องอาศัยเวลาและทักษะในการสื่อสารที่ดี (82)

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความร่วมมือในการใช้ยากับคะแนนการกำเริบของโรค

	ค่าเฉลี่ย (คะแนน)	Pearson's correlation	p-value
MEX-SLEDAI (n=132)	2.73±2.926	1	
คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา (n=132)	2.80±1.758	0.276	0.001

จากความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ เมื่อนำปัจจัยมารวมกัน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านโรค คือ ระยะเวลาที่เป็นโรค ภาวะติดเชื้อ ด้านผู้ป่วย คือ คะแนนความรู้ คะแนนการปฏิบัติตัว คะแนนความเครียด และด้านยา คือคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา มาหาความสัมพันธ์กับ คะแนนการกำเริบของโรค ได้ค่าสหสัมพันธ์ดังแสดงในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 สรุปความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการกำเริบของโรค

	ค่าเฉลี่ย	Pearson's correlation	p-value
MEX-SLEDAI	2.74±2.926	1	
ระยะเวลาที่เป็นโรค	6.55±5.831	-0.121	0.168
คะแนนความรู้	15.60±3.056	0.035	0.691
คะแนนการปฏิบัติตัว	81.17±10.522	0.085	0.335
คะแนนความเครียด	13.63±7.136	0.242	**0.005
คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา	2.80±1.758	0.276	**0.001

\* ค่าสหสัมพันธ์มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  (2-tailed)

\*\* ค่าสหสัมพันธ์มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$  (2-tailed)

## ส่วนที่ 7 ปัจจัยทำนายการกำเริบของโรคเอสแอลอี

เมื่อนำปัจจัยต่างๆ ที่ศึกษา ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรค ภาวะติดเชื้อ ความรู้เกี่ยวกับเอสแอลอี การปฏิบัติตัว ความเครียด และความร่วมมือในการใช้ยา มาหาความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคเพื่อหาปัจจัยทำนายการกำเริบของโรคเอสแอลอี โดยนำปัจจัยต่างๆ นี้ มาวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis; MRA) เพื่อสร้างสมการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบของโรค โดยวิธี Hierarchicle Stepwise พบความสัมพันธ์ดังตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการกำเริบของโรค (MRA)

	Mean	Std. Deviation	ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน	p-value
การกำเริบ (MEX-SLEDAI)	2.74	2.926	1	
ระยะเวลาที่เป็นโรค	6.55	5.831	-0.121	0.084
ภาวะติดเชื้อ	0.23	0.421	0.322	**0.000
ความรู้	15.60	3.056	0.035	0.345
การปฏิบัติตัว	81.17	10.522	0.085	0.167
ความเครียด	13.63	7.136	0.242	**0.003
ความร่วมมือในการใช้ยา	2.80	1.758	0.276	**0.001

\*\* มีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ  $p < 0.01$

เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติความถดถอยเชิงพหุ เพื่อนำไปสร้างสมการทำนายการกำเริบของโรค โดยเมื่อนำปัจจัยด้านโรค ได้แก่ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็น และภาวะติดเชื้อ สามารถทำนายการกำเริบของโรคได้ร้อยละ 11.7 เมื่อนำปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ คะแนนความรู้ คะแนนการปฏิบัติตัว และคะแนนความเครียด สามารถทำนายการกำเริบของโรคได้ร้อยละ 18.7 และเมื่อนำปัจจัยด้านยา คือคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา สามารถทำนายการกำเริบของโรคได้ร้อยละ 26.3 ( $R^2 = 0.263$ ) ส่วนค่าคงที่และปัจจัยต่างๆ มีค่าดังแสดงในตารางที่ 23 และตารางที่ 24

ตารางที่ 23 รูปแบบจำลองจากปัจจัยที่ศึกษากับการกำเริบของโรค

Model	b	Beta	p-value
(Constant)	-3.100		0.172
ระยะเวลาที่เป็นโรค	-0.056	-0.112	0.157
ภาวะติดเชื้อ	2.391	0.344	**0.000
ความรู้	0.081	0.084	0.290
การปฏิบัติตัว	0.024	0.085	0.281
ความเครียด	0.084	0.204	*0.011
ความร่วมมือในการใช้ยา	0.480	0.289	**0.000

\* วิเคราะห์ด้วย Multiple Regression Analysis ค่านัยสำคัญที่  $p < 0.05$

\*\* วิเคราะห์ด้วย Multiple Regression Analysis ค่านัยสำคัญที่  $p < 0.01$

ตารางที่ 24 สรุปรูปแบบจำลองของปัจจัยที่ศึกษา

รูปแบบจำลองจากปัจจัยที่ศึกษา	
R	0.513
R <sup>2</sup>	0.263
adj R <sup>2</sup>	0.228
R <sup>2</sup> change	0.076
F change	12.890
p-value	**0.000

\*\* วิเคราะห์ด้วย Multiple Regression Analysis คำนัยสำคัญที่  $p < 0.01$

จากการวิเคราะห์ผล พบว่า ปัจจัยด้านโรค ได้แก่ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรค(ปี) ภาวะติดเชื้อ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้ การปฏิบัติตัว ความเครียด และปัจจัยด้านยา ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยา เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการกำเริบของโรคได้ เมื่อนำมาสร้างสมการทำนายคะแนนการกำเริบของโรค ได้สมการดังนี้

$$\text{คะแนนการกำเริบของโรค} = -3.1 - 0.056(\text{ระยะเวลาที่เป็นโรค}) + 2.391(\text{ภาวะติดเชื้อ}) + 0.081(\text{ความรู้}) + 0.024 (\text{การปฏิบัติตัว}) + 0.084(\text{ความเครียด}) + 0.48(\text{ความร่วมมือในการใช้ยา})$$

เมื่อนำเฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคมาทำการวิเคราะห์หาสมการทำนายการกำเริบของโรค ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ คือ ภาวะติดเชื้อ ความเครียด และความร่วมมือในการใช้ยา ได้รูปแบบจำลองและสมการทำนายดังตารางที่ 25 และตารางที่ 26

ตารางที่ 25 รูปแบบจำลองจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรค

Model	b	Beta	p-value
(Constant)	-0.264		0.653
ภาวะติดเชื้อ	2.508	0.360	**0.000
ความเครียด	0.088	0.216	**0.007
ความร่วมมือในการใช้ยา	0.437	0.262	**0.001

\*\* วิเคราะห์ด้วย Multiple Regression Analysis คำนัยสำคัญที่  $p < 0.01$

ตารางที่ 26 สรุปรูปแบบจำลองจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรค

รูปแบบจำลองจากปัจจัยที่ศึกษา	
R	0.491
R <sup>2</sup>	0.241
adj R <sup>2</sup>	0.223
R <sup>2</sup> change	0.241
F change	13.526
p-value	**0.000

\*\* วิเคราะห์ด้วย Multiple Regression Analysis คำนัยสำคัญที่  $p < 0.01$

จากรูปแบบจำลองดังกล่าว สามารถนำมาสร้างสมการทำนายคะแนนการกำเริบของโรคได้ดังนี้

$$\text{คะแนนการกำเริบของโรค} = -0.264 + 2.508(\text{ภาวะติดเชื้อ}) + 0.088(\text{ความเครียด}) + 0.437(\text{ความร่วมมือในการใช้ยา})$$

จากสมการข้างต้นสามารถทำนายคะแนนการกำเริบของโรคได้ร้อยละ 24.1 โดยสมการจะมีความสะดวกในการใช้มากขึ้น เนื่องจากมีปัจจัยน้อยกว่า และได้ค่าการทำนายที่ใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตามทั้ง 2 สมการจากการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ในการทำนายการกำเริบของโรคได้

จากการศึกษาวิจัยนี้เห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบของโรค ประกอบด้วย ระยะเวลาที่เป็นโรค ภาวะติดเชื้อ คะแนนความรู้ คะแนนการปฏิบัติตัว ความเครียด ความร่วมมือในการใช้ยา สามารถทำนายการกำเริบของโรคได้ โดยปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติในแบบจำลอง คือ ภาวะติดเชื้อ ความเครียด และความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมหรือป้องกันได้ โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายของทีมนักวิชาการทางการแพทย์และผู้ป่วยเอง เพื่อช่วยกันลดและหาแนวทางป้องกันปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบของโรค เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการกำเริบของโรค และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



## บทที่ 5

### สรุปผลการศึกษา

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบของโรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโทซัส มีวัตถุประสงค์ เพื่อ ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย 3 ด้าน รวม 6 ปัจจัย คือ 1. ด้านโรค ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรค การติดเชื้อ 2. ด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้ การปฏิบัติตัว ความเครียด 3. ด้านยา ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยา ที่มีผลต่อการกำเริบของโรคเอสแอลอี และ ศึกษาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการกำเริบของโรคเอสแอลอี เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเอสแอลอี ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคข้อแห่งประเทศไทยฉบับปรับปรุงปี 1997 ตั้งแต่ 4 ใน 11 ข้อ จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 132 ราย ณ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2550 ถึง วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2551 สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ผู้ป่วยจำนวน 132 ราย เป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 117 ราย (ร้อยละ 88.6) ผู้ป่วยเพศหญิงจำนวน 129 ราย (ร้อยละ 97.7) อายุผู้ป่วยอยู่ในช่วง 15 ถึง 71 ปี ( $36.33 \pm 11.434$  ปี) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมีตั้งแต่ อายุ 12-68 ปี ( $29.57 \pm 11.095$  ปี) ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอื่นมีจำนวน 33 ราย (ร้อยละ 25.0) โรคประจำตัวส่วนใหญ่ที่พบคือ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวาน ผู้ป่วยจำนวน 33 ราย (ร้อยละ 25.0) มีประวัติการแพ้ยา โดยยาส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ คือ ยาในกลุ่ม penicillin และ กลุ่ม sulfa

ผู้ป่วยร้อยละ 50.0 หรือจำนวน 66 ราย สมรสและอยู่ด้วยกัน รองลงมาผู้ป่วยเป็นโสดจำนวน 49 ราย (ร้อยละ 37.1) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยอยู่กับครอบครัว ระดับการศึกษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จำนวน 51 ราย (ร้อยละ 38.6) มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า รองลงมาผู้ป่วยมีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา หรือเทียบเท่าระดับประถมศึกษา จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 30.3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง หรือเป็นพนักงานบริษัทจำนวน 41 ราย (ร้อยละ 31.1) รองลงมาผู้ป่วยไม่ได้ทำงาน หรือเป็นแม่บ้าน ทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 27.3) ผู้ป่วยที่มีรายได้มีจำนวน 80 ราย (ร้อยละ 60.6) โดยมีรายได้ต่อเดือน เดือนละ 2,000 ถึง 30,000 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสังคม จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 46.2)

1.2 ระบบอวัยวะที่ผู้ป่วยแสดงอาการ 8 ระบบอวัยวะ ระบบที่ผู้ป่วยเป็นมากที่สุด 4 ระบบคือ ระบบผิวหนัง จำนวน 101 ราย รองลงมา คือระบบข้อและกล้ามเนื้อ 83 ราย ระบบเลือด 74

ราย ระบบไต 52 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการมากกว่า 1 ระบบอวัยวะ โดยมีอาการแสดงออกในระบบข้อร่วมกับผิวหนังมากที่สุด

1.3 ยากลุ่มหลักที่ใช้ในการรักษาและควบคุมอาการของโรคเอสแอลอีที่ผู้ป่วยมีการใช้มากที่สุด คือยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ จำนวน 117 ราย (ร้อยละ 88.6) รองลงมาเป็นยากดภูมิคุ้มกัน จำนวน 50 ราย (ร้อยละ 37.9) ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ azathioprine โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการใช้ยาร่วมกันมากกว่า 1 กลุ่ม นอกจากการใช้ยาหลักดังกล่าว ยังมีการใช้ยากลุ่ม ACEIs เพื่อลดความดันและลดโปรตีนในปัสสาวะ และยาเสริมแคลเซียม เพื่อลดและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน

## 2. ปัจจัยด้านโรค

2.1 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรค ระยะเวลาสั้นที่สุดที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย คือ 1 เดือน ส่วนระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรค นานที่สุดคือ 30 ปี ( $6.55 \pm 5.830$  ปี)

2.2 ภาวะติดเชื้อของผู้ป่วยในช่วง 1 เดือน ก่อนการศึกษา มีการติดเชื้อ แบคทีเรีย ไวรัส โดยมากพบการติดเชื้อทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะ และติดเชื้อไวรัสที่ผิวหนัง จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 22.7)

## 3. ปัจจัยด้านผู้ป่วย

3.1 คะแนนความรู้ วัดจากแบบวัดความรู้ 20 ข้อ คะแนนความรู้รวมผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 7 ถึง 20 คะแนน ( $15.60 \pm 3.056$  คะแนน) ถือว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องเอสแอลอีค่อนข้างดี

3.2 คะแนนการปฏิบัติตัว วัดจากแบบวัดการปฏิบัติตัว จำนวน 15 ข้อ มีคะแนน 0 ถึง 100 คะแนน คะแนนอยู่ในช่วง 49.05 ถึง 100 คะแนน ( $81.17 \pm 10.522$  คะแนน)

3.3 คะแนนความเครียด วัดจากแบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ คำถาม คะแนนอยู่ในช่วง 0 ถึง 60 คะแนน พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความเครียดอยู่ในช่วง 2 คะแนน ถึง 37 คะแนน ( $13.63 \pm 7.136$  คะแนน)

## 4. ปัจจัยด้านยา

คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา วัดจากแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาปรับปรุงจากของ Morisky และ Sorofman มีระดับคะแนน 0-13 คะแนน โดยคะแนนมากหมายถึงผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาน้อย คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ระหว่าง 0 ถึง 9 คะแนน ( $2.80 \pm 1.758$  คะแนน) แสดงว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาดี

## 5. การกำเริบของโรค

การกำเริบของโรควัดเป็นคะแนนตามแบบวัด MEX-SLEDAI ซึ่งประเมินโดยแพทย์เฉพาะทาง มีคะแนนการกำเริบของโรคเฉลี่ย คือ  $2.73 \pm 2.926$  คะแนน

## 6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโรค ด้านผู้ป่วย ด้านยา ต่อการกำเริบของโรค

6.1 ปัจจัยด้านโรค คือ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรค และ ภาวะติดเชื้อ

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรคเฉลี่ย มีความสัมพันธ์กับคะแนนการกำเริบของโรคอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.121, p > 0.168$ )

ภาวะติดเชื้อ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อมีค่าเฉลี่ยคะแนนการกำเริบของโรค ( $4.47 \pm 3.521$  คะแนน) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ติดเชื้อ ( $2.23 \pm 2.529$  คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

6.2 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

คะแนนความรู้ พบว่าคะแนนความรู้ทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.035, p = 0.691$ )

คะแนนการปฏิบัติตัว พบว่ามีสัมพันธ์กับคะแนนการกำเริบของโรคอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.085, p = 0.335$ )

คะแนนความเครียด พบว่ามีความสัมพันธ์กับคะแนนการกำเริบของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.242, p = 0.005$ ) แสดงว่า ความเครียดที่มากมีผลต่อการกำเริบของโรคที่มาก

6.3 ปัจจัยด้านยา

ความร่วมมือในการใช้ยา โดยเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา กับคะแนนการกำเริบของโรค พบว่า คะแนนความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับคะแนนการกำเริบของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.276, p = 0.001$ )

## 7. ปัจจัยทำนายการกำเริบของโรคเฉลี่ย

เมื่อนำปัจจัยต่างๆ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรค(ปี) ภาวะติดเชื้อ ความรู้ การปฏิบัติตัว ความเครียด ความร่วมมือในการใช้ยา มาสร้างสมการทำนายการกำเริบของโรค สามารถทำนายการกำเริบของโรคได้ ร้อยละ 26.3 ดังสมการ

$$\begin{aligned} \text{คะแนนการกำเริบของโรค} = & -3.1 - 0.056(\text{ระยะเวลาที่เป็นโรค}) + 2.391(\text{ภาวะติดเชื้อ}) \\ & + 0.081(\text{ความรู้}) + 0.024(\text{การปฏิบัติตัว}) + 0.084(\text{ความเครียด}) + 0.48(\text{ความร่วมมือในการใช้ยา}) \end{aligned}$$

ปัจจัยทำนายนายการกำเริบของโรคที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ภาวะติดเชื้อ ความเครียด และความร่วมมือในการใช้ยา

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรค หรืออาการที่เกี่ยวข้องกับโรคเอสแอลอี ในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2550 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2551

การศึกษานี้ต้องอาศัยการประเมินการกำเริบของผู้ป่วยจากแพทย์ในวันเดียวกับที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ เพื่อการแปลผล หากผู้ป่วยได้รับการประเมินจากแพทย์เพียงอย่างเดียว หรือมีการสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้ป่วยอย่างเดียวจะไม่สามารถใช้ข้อมูลนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้

แบบประเมินการกำเริบของโรคที่ใช้ คือ MEX-SLEDAI ซึ่งมีข้อดีคือไม่ต้องใช้ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ราคาแพงมาก แบบประเมินสั้น สะดวกแก่การใช้ แต่แบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินความรุนแรงของแต่ละระบบได้ทำให้ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมากในระบบที่มีการให้คะแนนน้อยจะทำให้คะแนนรวมของผู้ป่วยน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงน้อยในระบบที่มีคะแนนมากได้

ในผู้ป่วยที่มีการกำเริบของโรคในระบบประสาท ระบบไต ระบบหัวใจและหลอดเลือด อาจทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสารกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนการกำเริบสูง ทำให้ไม่สามารถนำผู้ป่วยเหล่านี้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ และทำให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยมีคะแนนการกำเริบไม่มากนัก

การเก็บข้อมูลสำหรับผู้ป่วยบางราย มีข้อจำกัดเรื่องเวลาในการเก็บข้อมูล อาจทำให้การวิจัยได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงมากนัก

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1. จากผลการวิจัยนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรค เรื้อรังยา และเรื่องการรักษาปฏิบัติตัว อยู่ในเกณฑ์ดี เนื่องจากโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีมีคลินิกเอสแอลอี มีแพทย์เฉพาะทาง เภสัชกร และพยาบาล ที่ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเป็นอย่างดี มีการให้ความรู้ผู้ป่วยทั้งแบบรายบุคคล และแบบกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และให้ความร่วมมือในการรักษาดี อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยบางราย เช่นผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค หรือมารับการรักษาใหม่ที่โรงพยาบาล และยังไม่ผ่านระบบการให้ความรู้ ทำให้ผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับโรค และการรักษา ซึ่งควรพัฒนาระบบการส่งต่อและดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับโรคหรือการรักษา ดังนั้นถ้ามีการให้ความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยจะทำให้ลดการกำเริบของโรคได้

2. การให้บริการสำหรับผู้ป่วยเอสแอลอี ควรประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ เช่น ความเครียด ซึ่งถึงแม้จะมีจำนวนผู้ป่วยที่มีความเครียดสูงไม่มากนัก แต่ความเครียดจะมีผลต่อการกำเริบของโรคอย่างชัดเจนและเป็นปัจจัยที่สามารถปรับปรุงแก้ไขได้ และควรรหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดที่อาจแตกต่างกันในแต่ละราย เช่นบางรายสัมพันธ์กับการขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การแก้ไขตามสาเหตุจึงจะสามารถลดการกำเริบของโรคได้
3. ผู้ป่วยยังขาดความรู้เกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ผู้ป่วยใช้ โดยเฉพาะการใช้ยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ และยากดภูมิคุ้มกัน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อได้ง่าย และควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะติดเชื้อกับผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วย เนื่องจากภาวะติดเชื้อเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรคได้ หากผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพื่อลด หรือป้องกันการติดเชื้อ จะช่วยทำให้ลดการกำเริบของโรคได้
4. ผู้ป่วยบางรายไม่เข้าใจประโยชน์ของการใช้ยาบางตัว ทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยา เช่นการใช้ยากลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors ในการลดการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ แต่ที่หน้าของยามีคำว่ายาลดความดัน ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาดังกล่าว ดังนั้น การจ่ายยาให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องทราบโรคประจำตัวผู้ป่วยเพื่อประกอบการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุผล และประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้จากยานั้น เมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจและตระหนักถึงประโยชน์ที่จะได้รับก็จะเกิดความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น
5. การศึกษานี้มีคะแนนการกำเริบที่อยู่ในระดับต่ำ คือผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีการกำเริบของโรค หรือมีการกำเริบของโรคที่น้อย แสดงว่าผู้ป่วยควบคุมโรคได้ดี อาจเพิ่มการบริการให้คำปรึกษาเช่นการแนะนำอาชีพ ให้ผู้ป่วยที่มีการกำเริบน้อยและระบบอวัยวะที่ไม่รุนแรง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถทำงานได้เช่นคนปกติ
6. การใช้สมการเพื่อทำนายผลการกำเริบของโรค เนื่องจากการศึกษานี้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีการกำเริบของโรคต่ำ อาจนำไปใช้ทำนายผลสำหรับผู้ป่วยที่มีการกำเริบของโรคสูงได้ไม่ดีนัก

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในผู้ป่วยเอสแอลอีหลายๆ แห่ง เพื่อให้เกิดความหลากหลายในด้านปัจจัยต่างๆ เช่น ความรู้ ที่จะมีผลต่อการกำเริบของโรค
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรม การตอบสนองต่อยาที่ใช้ในการรักษา เพื่อหาปัจจัยที่สามารถอธิบายการกำเริบของโรคได้เพิ่มขึ้น เนื่องจากการศึกษานี้มีข้อจำกัดในการศึกษาปัจจัยทางพันธุกรรม
3. ศึกษาปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยเอสแอลอี เช่น อาการไม่พึงประสงค์เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการใช้ยาที่พบอาการไม่พึงประสงค์ได้มาก สาเหตุของความร่วมมือในการใช้ยา ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยเอสแอลอี เพื่อนำในแก้ปัญหา ป้องกัน และลดการกำเริบของโรค เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการบริหารทางเภสัชกรรม
4. ต่อไปอาจมีการศึกษาผลการให้การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเอสแอลอีเฉพาะราย โดยประเมินผลลัพธ์ด้านต่างๆ เช่น ความร่วมมือในการใช้ยา ความเครียด ความกังวลต่อโรคและการใช้ยา ผลลัพธ์ทางคลินิก การกำเริบของโรค ภาวะทุพพลภาพจากโรค และคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เป็นต้น
5. การพัฒนาระบบการส่งต่อดูแลผู้ป่วยเอสแอลอี รวมถึงมีการประเมินผลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

## รายการอ้างอิง

- [1] Gonc, W. C. Connective tissue disorders: The clinical use of corticosteroids. In Mary, A. K., Lloyd, Y. Y., Wayne, A. K. and Joseph, B. G. (eds.), Applied therapeutics, pp. 44-1-15. Maryland: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
- [2] บุญอุเนก จันศิริมงคล. Systemic lupus erythematosus. ใน อัจฉรา กุลวิสุทธิ์ และไพจิตรต์ อัครอนบตี (บรรณาธิการ), Rheumatology for the non-rheumatologist ประจำปี 2549, หน้า 106-37. กรุงเทพฯ: ซีดีพรีนซ์, 2549.
- [3] American college of rheumatology Ad Hoc committee on systemic lupus erythematosus guidelines. Guidelines for referral and management of systemic lupus erythematosus in adults. Arthritis Rheum. 42, 9 (September 1999): 1785-1796.
- [4] เจตทะนง แก้วสงคราม, เกียรติ รัชชสุนทรธรรม และประพันธ์ ภาณุภาค. Immunology in systemic lupus erythematosus. สมชาย เอี่ยมอ่อง และอุทิศ ดีสมโชค (บรรณาธิการ), SLE, หน้า 19-41. กรุงเทพฯ: Text and journal publication, 2544.
- [5] Grossman, J. M. and Kalunian, K. C. Definition classification, activity, and damage indices. In Daniel, J. W. and Devra, H. H. (eds), Dubois' lupus erythematosus, pp.19-31. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
- [6] Rus, V. and Hochberg, M. C. The epidemiology of systemic lupus erythematosus. In Daniel, J. W. and Devra, H. H. (eds), Dubois' lupus erythematosus, pp. 66-68. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
- [7] Wong, M. and Lau, C. S. Management of systemic lupus erythematosus: a brief update on recent advances. APLAR journal of Rheumatology. 9 (2006): 387-391.
- [8] Gill, J. M., Quisel, A. M., Rocca, P. V and Walters, D. T. Diagnosis of systemic lupus erythematosus. Am Fam Physician. 68 (2003): 2179-2186.
- [9] Tan, E. M., Cohen, A. S., Fries, J. F., Masi, A. T., Mcshane, D. J., Rothfield, N. F, et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum. 25, 11 (1982): 1271-1277.

- [10] Hocberg, M. C. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum. 40 (1997): 1725.
- [11] วนิดา วงศ์เยาว์ฟ้า. เปอร์เซ็นต์โอกาสการมีชีวิตรอดและสาเหตุการตายของผู้ป่วยลูปัสในคลินิกโรคข้อของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ช่วงปี พ.ศ. 2525-2530. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาโรคข้อและรูมาติสซั่ม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2535.
- [12] Haq, I. and Isenberg, D. A. How does one assess and monitor patients with systemic lupus erythematosus in daily clinical practice?. Best Practice & Research Clinical Rheumatology 16, 2 (2002): 181-94.
- [13] มนาธิป ไชยศิริ และอุทิศ ดีสมโชค. Overview of systemic lupus erythematosus. ใน สมชาย เขียมอ่อนง และอุทิศ ดีสมโชค (บรรณาธิการ), SLE, หน้า 1-18. กรุงเทพฯ: Text and journal publication, 2544.
- [14] Delafuente, J. C. and Cappuzzo, K. A. Systemic lupus erythematosus and other collagen-vascular diseases. In Joseph, T. D., Robert, L. T., Gary, C. Y., Gary, R. M., Barbara, G. W. and Michael, L. P. (eds.), Pharmacotherapy : a pathophysiology approach. 6 ed. pp. 1581-1597. New York: McGraw-Hill, 2005.
- [15] Rosner, S., Ginzler, E. M., Diamond, H. S., Weiner, M., Schlesinger, M., Fries, J. F., et al. A multicenter study of outcome in systemic lupus erythematosus. II. Causes of death. Arthritis Rheum 25 (1982): 612-617.
- [16] Abu-Shakra, M., Urowitz, M. B., Gladman, D. D. and Gough, J. Mortality studies in systemic lupus erythematosus. Results from a single center. I. Causes of death. J Rheumatol 22 (1995): 1259-1264.
- [17] Sutcliffe, N., Clarke, A. E., Taylor, R., Frost, C. and Isenberg, D. A. Total costs and predictors of costs in patients with systemic lupus erythematosus. Rheumatology 40 (2001): 37-47.
- [18] Sutcliffe, N., Clarke, A. E., Gordon, C., Farewell, V. and Isenberg, D. A. The association of socio-economic status, race, psychosocial factors and outcome in patients with systemic lupus erythematosus. Rheumatology 38 (1999): 1130-7.



- [19] Karlson, E. W., Daltroy, L. H., Lew, R. A., Wright, E. A., Partridge, A. J., Fossel, A. H., et al. The Relationship of socioeconomic status, race, and modifiable risk factors to outcomes in patients with systemic lupus erythematosus. Arthritis and Rheumatism 40 (1997): 47-56.
- [20] Khanna, S., Pal, H., Pandey, R. M. and Handa, R. The relationship between disease activity and quality of life in systemic lupus erythematosus. Rheumatology 43 (2004): 1536-1540.
- [21] สมชาย อรรถศิลป์. Highlights and new insights in SLE. ใน ธานินทร์ อินทรกำธรชัย และชัชฌา สอนกระต่าย (บรรณาธิการ), Highlights in clinical medicine, หน้า 217-240. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- [22] Miller, F. W. and Cooper, G. S. Environmental Aspects of Lupus. In Daniel, J. W. and Devra, H. H. (eds), Dubois' lupus erythematosus, pp. 21-33. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- [23] Manzi, S. M., Stark, V. M. and Ramsey-Goldman, R. Epidemiology and classification of systemic lupus erythematosus. In Hochberg, M. C., Silman, A. J., Smalen, J. S., Weinblatt, M. E. and Weisman, M. H. (eds), Rheumatology, pp. 1291-1296. Edinburgh: Mosby, 2003.
- [24] วิวัฒน์ สุพรรณสวัสดิ์. โรคลูปัสหรือเอสแอลอี. ใน วิวัฒน์ สุพรรณสวัสดิ์ (บรรณาธิการ), โรคลูปัสหรือเอสแอลอี, หน้า 121-36. กรุงเทพฯ: เอมี เทรดิง, 2546.
- [25] สูงชัย อังธารารักษ์. Systemic Lupus Erythematosus (SLE). ใน ไพจิตร อัครอนบดี (บรรณาธิการ), Rheumatology for the non-rheumatologist ประจำปี 2550, หน้า 75-102. กรุงเทพฯ: ซีดีพรีนท์, 2551.
- [26] สมาคมรูมาตีสซึมแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคเอสแอลอี (systemic lupus erythematosus). [online]. แหล่งที่มา : <http://www.rcpt.org/guidelines/20-sle.pdf> [2550, มีนาคม 10]
- [27] อัจฉรา กุลวิสุทธิ และ ไพจิตร อัครอนบดี. Systemic lupus erythematosus. ใน ไพจิตร อัครอนบดี และอัจฉรา กุลวิสุทธิ (บรรณาธิการ), โรคข้อและรูมาตีสซึม, หน้า 129-165. กรุงเทพฯ: ซีดีพรีนท์, 2547.
- [28] จีรภัทร วงศ์ชินศรี และ อุทิศ ดีสมโชค. ลักษณะทางคลินิกของโรคลูปัส (Clinical manifestation of systemic lupus erythematosus). ใน สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์ และ

- สุรวุฒิ ปรีชานนท์ (บรรณาธิการ), ตำราโรคข้อ, 2 เล่ม, หน้า 318-62. กรุงเทพฯ: 2548.
- [29] วิวัฒน์ ก่อกิจ. Dermatology in systemic lupus erythematosus. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และอุทิศ ดีสมโชค (บรรณาธิการ), SLE, หน้า 79-113. กรุงเทพฯ: Text and journal publication, 2544.
- [30] สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. Cardiology aspects of systemic lupus erythematosus: overview. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และอุทิศ ดีสมโชค (บรรณาธิการ), SLE, หน้า 138-155. กรุงเทพฯ: Text and journal publication, 2544.
- [31] Castier, B. M., Elisa, M., Albuquerque, N., Maria, E. F., Menezes C. C., Klumb E., et al. Cardiac Tamponade in Systemic Lupus Erythematosus. Report of Four Cases. Arq Bras Cardiol 75 (2000): 446-8.
- [32] บุญจริง ศิริไพฑูรย์. ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของผู้ป่วยโรคภูษิตในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- [33] ฉันทชาย สิทธิพันธ์ุ และ สมเกียรติ วงศ์ทิม. Pulmonary manifestations of systemic lupus erythematosus. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และอุทิศ ดีสมโชค (บรรณาธิการ), SLE, หน้า 165-175. กรุงเทพฯ: Text and journal publication, 2544.
- [34] วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข. Update on management lupus nephritis. ใน ธเนศ ชิตาพนารักษ์, ชัยยุทธ เจริญธรรม และเกษตร ฉิมพลี (บรรณาธิการ), อายุรศาสตร์ประยุกต์ เล่ม 3, หน้า 303-28. เชียงใหม่: เชียงใหม่ชุมทรัพย์การพิมพ์, 2548.
- [35] Lenz, O., Fornoni, A. and Conteras, G. Defining the Role of Mycophenolate Mofetil in the Treatment of Proliferative Lupus Nephritis. Drugs 65 (2005): 2429-2436.
- [36] Bickerstaff, M. C. M. and Isenberg, D. A. The assessment of a patient with SLE. CPD Rheumatology 1 (1999): 3-12.
- [37] สมชาย อรรถศิลป์. การประเมินการดูแลรักษาผู้ป่วย Systemic Lupus Erythematosus. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และอุทิศ ดีสมโชค (บรรณาธิการ), SLE, หน้า 43-63. กรุงเทพฯ: Text and journal publication, 2544.
- [38] มนาธิป ไอลี. Outcome Measures in Rheumatology. ใน รัตนวดี ณ นคร, กิตติ โตเต็มโชคชัยการ และสมชาย อรรถศิลป์ (บรรณาธิการ), ฟื้นฟูวิชาการโรคข้อและรูมาติสซั่ม ประจำปี 2544, หน้า 1-55. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2544.

- [39] Fernando, M. M. A. and Isenberg, D. A. How to monitor SLE in routine clinical practice. Ann Rheum Dis 64 (2005): 524-527.
- [40] Guzmán, J., Cardiel, M. H., Arce-Salinas, A., Sánchez-Guerrero, J. and Alarcón-Segovia, D. Measurement of disease activity in systemic lupus erythematosus. Prospective validation of 3 clinical indices. J Rheumatol 19 (1992): 1551-1558.
- [41] Wallace, D.J. Principles of therapy and local measures. In Daniel, J. W. and Devra, H. H. (eds.), Dubois' lupus erythematosus, pp.1131-1140. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- [42] Illei, G. G., Austin, H. A., Crane, M., Collins, L., Gourley, M. F., Yarboro, C. H., et al. Combination Therapy with Pulse Cyclophosphamide plus Pulse Methylprednisolone Improves Long-Term Renal Outcome without Adding Toxicity in Patients with Lupus Nephritis. Ann Intern med 135 (2001): 248-257.
- [43] สุรศักดิ์ นิลกานุงศ์. ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroids). ใน วรวิทย์ เล่าห์เรณู (บรรณาธิการ), โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์, หน้า 157-75. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์, 2544.
- [44] Yousefi, K. and Weisman, M. H. Salicylate and nonsteroidal therapy. In Daniel, J. W. and Devra, H. H. (eds.), Dubois' lupus erythematosus, pp. 1141-1147. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
- [45] Leecharoen, S., Wangkaew, S. and Louthrenoo, W. Ocular Side Effects of Chloroquine in Patients with Rheumatoid Arthritis, Systemic Lupus Erythematosus and Scleroderma. J Med Assoc Thai 90 (2007): 52-58.
- [46] Wallace, D. J. Antimalarial therapies. In Daniel, J. W. and Devra, H. H. (eds.), Dubois' lupus erythematosus, pp. 1149-1172. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
- [47] Tristano, A. G., Falco' n, L. and Willson, M. Seizure associated with chloroquine therapy in a patient with systemic lupus erythematosus. Rheumatol Int 24 (2004): 315-6.

- [48] Glisic, B., Popovic, M., Popvic, R., Mitrovic, D., Stefanovic, D. and Dimitrijevic, M. High doses of cyclophosphamide in the treatment of severe systemic lupus erythematosus. transplantation Proceedings 33 (2001): 2300-2301.
- [49] Osterberg, L. and Blaschke, T. Adherence to Medication. N Engl J Med 353 (2005): 487-497.
- [50] Tretharne, G. J., Lyons, A. C., Hale, E. D., Douglas, K. M. J. and Kitas, G. D. 'Compliance' is futile but is 'concordance' between rheumatology patients and health professionals attainable? Rheumatology 45 (2006): 1-5.
- [51] เมธาวิ ปาลจิวนิช. โรคแพ้ภูมิคุ้มกันตนเอง. กรุงเทพฯ: ไกล่หมอ, 2548.
- [52] สุทิศ วรศิริ. ผลการสออย่างมีแบบแผน ต่อ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- [53] Manson, J. J. and Isenberg, D. A. The pathogenesis of systemic lupus erythematosus. The Netherlands Journal of Medicine 61 (2003): 343-6.
- [54] Duffy, K. N., Duffy, C. M. and Gladman, D. D. Infection and disease activity in systemic lupus erythematosus: a review of hospitalized patients. J Rheumatol 18 (1991): 1180-1184.
- [55] Novel, V., Lortholary, O., Casassus, P., Cohen, P., Genereau, T., Andre, M. H., Mouthon, L. and Guillevin, L. Risk factors and prognostic influence of infection in a single cohort of 87 adults with systemic lupus erythematosus. Ann Rheum Dis 60 (2001): 1411-1444.
- [56] Chen, Y., Yang, Y., Lin, Y. and Chiang, B. Risk of infection in hospitalised children with systemic lupus erythematosus: a 10-year follow-up. Clinical Rheumatology 23 (2004): 235-8.
- [57] Rihner, M. and Mcgrath, Jr. H. Fluorescent light photosensitivity in patients with systemic lupus erythematosus. Arthritis and Rheumatism 35 (1992): 949-952.
- [58] Guinther, C. A Pharmacist's Guide to Lupus. [online]. 2006. Available from : <https://webapp.walgreens.com/cePharmacy/programsHTML/Lupus.pdf> [2007, March 21]

- [59] นันทนา กสิตานนท์. Treatment in Systemic Lupus Erythematosus. ใน ไพจิตต์ อิศว  
ชนบดี (บรรณาธิการ). Rheumatology for the Non-Rheumatologist ประจำปี  
2550, หน้า 103-123. กรุงเทพฯ: ซีดีพีริ้นท์, 2550.
- [60] Buyon, J. P., Petri, M. A., Kim, M. Y., Kalunian, K. C., Grossman, J., Hahn, B. H.,  
et al. The Effect of Combined Estrogen and Progesterone Hormone  
Replacement Therapy on Disease Activity in Systemic Lupus  
Erythematosus: A Randomized Trial. Ann Intern med 142 (2005): 953-962.
- [61] Petri, M., Kim, M. Y., Kalunian, K. C., Grossman, J., Hahn, B. H., Sammaritano, L.  
R., et al. Combined Oral Contraceptives in Women with Systemic Lupus  
Erythematosus. N Engl J Med 353 (2005): 2550-2558.
- [62] Petri, M., Howard, D. and Repke, J. Frequency of lupus flare in pregnancy. The  
Hopkins Lupus Pregnancy Center experience. Arthritis and Rheumatism 34  
(1991): 1538-1545.
- [63] Ghaussy, N. O., Sibbitt, Jr., Bankhurst, A. D. and Qualls, C. R. Cigarette  
smoking and disease activity in systemic lupus erythematosus. J  
Rheumatol 30 (2003): 1215-1221.
- [64] Pawalk, C. R., Witte, T., Heiken, H., Hundt, M., Schubert, J., Wiese, B., et al.  
Flares in patients with systemic Lupus erythematosus are associated with  
daily psychological stress. Psychother. psychosom. 72 (2003): 159-165.
- [65] Peralta-Ramirez, M. I., Jimenez-Alonso, J., Godoy-Garcia J. F. and Perez-Garcia,  
M. The Effects of Daily Stress and Stressful Life Events on the Clinical  
Symptomatology of Patients With Lupus Erythematosus. Psychosomatic  
Medicine. 66 (2004): 78-94.
- [66] Bruce, I. N., Gladman, D. D. and Urowitz, M. B. Factors associated with  
refractory renal disease in patients with systemic lupus erythematosus: The  
role of patient nonadherence. Arthritis Care and Research 13 (2000): 406-  
408.
- [67] Chambers, S. A., Rahman, A. and Isenberg, D. A. Treatment adherence and  
clinical outcome in systemic lupus erythematosus. Rheumatology 46  
(2007): 895-898.

- [68] Rojas-Serrano, J., Cardiel, M. H. Lupus patients in an emergency unit. Causes of consultation, hospitalization and outcome. A cohort study. Lupus 8 (2000): 601-606.
- [69] Klerk, E., Heijde, D., Landewe, R., Tempel, H. and Linden, S. The Questionnaire-Rheumatology Compared with Electronic Medication Event Monitoring: A Validation Study. J Rheumatol 30 (2003): 2469-2475.
- [70] รสมาลิน ชาบรรม. ผลของภาวะซึมเศร้าต่อความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
- [71] Steven, J. Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, 2002.
- [72] Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. and Black, W. C. Multivariate data analysis. New Jersey: Prentice-Hall, 1998.
- [73] สาธิตสุข, กะทรวง. กรมสุขภาพจิต. คู่มือคลายเครียด [Online]. 2543. Available from: <http://www.watpon.com/test/serioustest.htm> [2550, กันยายน 2550]
- [74] Swaak, A. J. G., Brink, H. G., Smeenk, R. J. T., Manger, K., Kalden, J. R., Tosi, T., et al. Systemic lupus erythematosus: clinical features in patients with disease duration of over 10 years, first evaluation. Rheumatology 38 (1999): 953-958.
- [75] Poole, J. L., Atanasoff, G., Pelsor, J. C., Sibbitt, Jr W.L. and Brooks, W. M. Relationships between person and health factors and job characteristics in women with systemic lupus erythematosus. Work 28 (2007): 95-100.
- [76] Alarcon, G. S., Calvo-Alen, J., McGwin, JrG., Uribe, A. G., Toloza, S. M. A., Roseman, J. M., et al. Systemic lupus erythematosus in a multiethnic cohort: LUMINA XXXV. Predictive factors of high disease activity over time. Ann Rheum Dis 65 (2006): 1168-1174.
- [77] Tseng, C. E., Buyon, J. P., Kim, M., Belmont, H. M., Mackay, M., Diamond, B., et al. The Effect of Moderate-Dose Corticosteroids in Preventing Severe Flares in Patients With Serologically Active, but Clinical Stable, Systemic Lupus Erythematosus. Arthritis and Rheumatism 54 (2006): 3623-3632.

- [78] Ungprasert, S., Wangkaew, S. and Louthrenoo, W. Physician's Awareness of the Prevention of Corticosteroid Induced Osteoporosis. J Med Assoc Thai 90 (2007): 59-64.
- [79] Urowitz, M. B. and Gladman, D. D. How to improve morbidity and mortality in systemic lupus erythematosus. Rheumatology 39 (2000): 238-244.
- [80] Ward, M. M., Lotstein, D. S., Bush, T. M., Lambert, R. E., van Vollenhoven, R. and Neuwelt, C. M. Psychosocial correlates of morbidity in women with systemic lupus erythematosus. J Rheumatol 26 (1999): 2153-2158.
- [81] Uribe, A. G., Alarcon, G. S., Sanchez, M. L., McGwin, Jr. G., Sandoval, R., Fessler, B. J., et al. Systemic Lupus Erythematosus in Three Ethnic Groups. XVIII. Factors Predictive of Poor Compliance With Study Visits. Arthritis and Rheumatism 51 (2004): 258-263.
- [82] Bereford, M. W. and Davidson, J. E. Adolescent development and SLE. Best Practice & Research Clinical Rheumatology 20 (2005): 353-68.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**ภาคผนวก ก**  
**เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย**

<b>ชื่อโครงการวิจัย</b>	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบของ โรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโทซัส
<b>ชื่อผู้วิจัย</b>	เกศัชกรหญิง อาทิตยา ไทพาณิชย์
<b>หน่วยงานที่ทำการศึกษา</b>	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
<b>เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ</b>	086-360XXXX (สามารถติดต่อได้ตลอดเวลา)

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบของ โรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโทซัส” ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ ท่านจำเป็นต้องเข้าใจรายละเอียดและความสำคัญของการศึกษาวิจัยนี้ กรุณาอ่านข้อมูลต่อไปนี้และสอบถามได้ทันทีหากไม่แน่ใจหรือมีข้อสงสัย

**ที่มาและความสำคัญของโครงการวิจัย**

เป้าหมายในการรักษาโรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโทซัส (เอสแอลอี) คือ การทำให้ผู้ป่วยที่มีการกำเริบกลับสู่สภาวะปกติให้เร็วที่สุด และควบคุมการกำเริบของโรคไม่ให้เกิดขึ้น การกำเริบของโรคอาจนำไปสู่อันตรายถึงชีวิตได้หากรักษาไม่ทันเวลาที่ ปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบของโรค เช่น แสง การติดเชื้อ ความเครียด เป็นต้น การทราบปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบของโรคจะช่วยให้ผู้ป่วยป้องกันการกำเริบของโรคไม่ให้เกิดขึ้น หรือเกิดน้อยลงได้ ดังนั้นการศึกษานี้จึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบของโรค โดยการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย เพื่อนำมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบ เพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ไม่ให้เกิดการกำเริบที่รุนแรงขึ้น

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากการวิจัย**

ได้ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคแอลอี ในผู้ป่วยไทย สำหรับนำมาใช้พิจารณากำหนดแนวทางป้องกัน แก้ไขการกำเริบของโรค

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ด้านข้อมูลทั่วไป ด้านโรค ด้านผู้ป่วย ด้านยา ที่มีผลต่อการกำเริบของโรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโทซัส (เอสแอลอี)
2. ศึกษาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการกำเริบของโรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโทซัส (เอสแอลอี)

### วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ ทำการเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย 4 ด้าน คือ ด้านข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ พฤติกรรมและภาวะแวดล้อม ด้านโรค ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ระบบที่ถูกรบกวน ภาวะติดเชื้อ ด้านผู้ป่วย ได้แก่ คะแนนความรู้ การปฏิบัติตัว และด้านยา ได้แก่ ชนิดของยา จำนวนรายการยา วิธีการใช้ยา ความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ความร่วมมือในการใช้ยา กับการกำเริบของโรค

### สิทธิในการถอนตัวออกจากการศึกษา

ท่านสามารถไม่ตอบคำถามทุกข้อจากการสัมภาษณ์ถ้าท่านรู้สึกไม่สบายใจ และท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยการถอนตัวจะไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ ที่ท่านได้รับอยู่ ซึ่งการรักษาจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตามปกติ

### การรักษาความลับของบันทึกทางการแพทย์และข้อมูลการศึกษา

ผู้วิจัยจะเก็บรักษาความลับของผู้ป่วยทั้งเรื่องส่วนตัวและข้อมูลที่ได้จากการวิจัย โดยจะระมัดระวังไม่ให้เกิดการรั่วไหลของข้อมูล

### การเปิดเผยข้อมูลการศึกษาวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยจะเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยจะไม่มีเปิดเผยชื่อ นามสกุล ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคล ซึ่งจะไม่สามารถบ่งชี้ถึงตัวผู้ป่วยได้

### การสอบถามข้อสงสัย

หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้จาก เกสัชกรหญิง อาทิตยา ไทพาณิชย์ นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 086-360XXXX

## ภาคผนวก ข

## หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมในโครงการวิจัย

## INFORMED CONSENT FORM

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ขอให้ความยินยอม  
ของตนเอง ที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบของ โรคซิสเท  
มิก ลูปัส อิริทีมาโทซีส”

ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลและคำอธิบายเกี่ยวกับการวิจัยนี้แล้ว ข้าพเจ้าได้มีโอกาสซักถาม  
เกี่ยวกับการวิจัยนี้และได้รับคำตอบเป็นที่พอใจแล้ว ข้าพเจ้ามีเวลาเพียงพอในการอ่านและทำ  
ความเข้าใจกับข้อมูลในเอกสารนี้อย่างถี่ถ้วน และได้รับเวลาเพียงพอในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วม  
การศึกษานี้หรือไม่ ผู้วิจัยมีความยินดีที่จะให้คำตอบต่อคำถามประการใดที่ข้าพเจ้าอาจจะมี  
ได้ ตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับตัว  
ข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย และผู้วิจัยจะได้ปฏิบัติ  
ในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของข้าพเจ้า ตลอดการวิจัยนี้ และรับรองว่า หาก  
เกิดมีอันตรายใดๆ จากการวิจัยดังกล่าว ผู้ยินยอมจะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถที่จะถอนตัวจากการวิจัยนี้  
เมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับถ้าหากข้าพเจ้าเป็น  
ผู้ป่วย และในกรณีที่เกิดข้อข้องใจหรือปัญหาที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถ  
ติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวอาทิตยา ไทพาณิชย์ นิสิตปริญญาโท คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย หรือกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-  
5174270-9 ต่อ 1119 หรือ โทรศัพท์เคลื่อนที่ 086-360-XXXX

การลงนามนี้ ข้าพเจ้าไม่ได้สละสิทธิ์ใดๆ ที่ข้าพเจ้าพึงมีตามกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

วันที่.....

ลงนาม.....พยาน

วันที่.....

ลงนาม.....พยาน

วันที่.....

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านคำอธิบายโครงการวิจัยรวมทั้งใบ  
หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ และได้รับคำตอบต่อทุกข้อสงสัยทั้งหมดแล้ว  
และข้าพเจ้าจึงลงนามด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

วันที่.....

ลงนาม.....พยาน

วันที่.....

ลงนาม.....พยาน

วันที่.....

สำหรับผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง หรือผู้อุปการะโดย  
ชอบธรรมตามกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/  
ผู้อุปการะโดยชอบธรรมตามกฎหมาย

ผู้อุปการะโดยชอบธรรมตามกฎหมาย

วันที่.....

ลงนาม.....พยาน

วันที่.....

ลงนาม.....พยาน

วันที่.....

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค  
แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยเอสแอลอี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน เพศ  1.หญิง  2.ชาย อายุ \_\_\_\_\_ ปี
- โทร \_\_\_\_\_ โรคประจำตัวอื่น \_\_\_\_\_ ประวัติการแพ้ยา \_\_\_\_\_
- สถานภาพสมรส  1.โสด  2.สมรส/คู่  3.หย่า/แยกกันอยู่  4.หม้าย
- ระดับการศึกษา  1. ต่ำกว่าประถมศึกษา  2. มัธยมศึกษา/ ปวช.  
 3. อนุปริญญา/ปวส.  4.ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
- อาชีพ \_\_\_\_\_ (โปรดระบุลักษณะงานที่ทำ \_\_\_\_\_)
- รายได้ \_\_\_\_\_ บาท/เดือน
- สิทธิการรักษา  1.ต้นสังกัด  2.ประกันสังคม  3.บัตรทอง  4.ชำระเงิน  5.อื่นๆ \_\_\_\_\_

ส่วนที่ 2 ข้อมูลโรค

- วินิจฉัยเป็น SLE ตั้งแต่ปี \_\_\_\_\_ รวม \_\_\_\_\_ ปี อายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค \_\_\_\_\_ ปี
- History manifestation  1.ระบบข้อ/กล้ามเนื้อ  2.หัวใจ/หลอดเลือด  3.ทางเดินหายใจ  
 4.ผิวหนัง  5.ไต  6.เลือด  7.ทางเดินอาหาร  8.ประสาท  9.อาการทั่วไปอื่นๆ \_\_\_\_\_
- Organ involvement  1.ระบบข้อ/กล้ามเนื้อ  2.หัวใจ/หลอดเลือด  3.ทางเดินหายใจ  
 4.ผิวหนัง  5.ไต  6.เลือด  7.ทางเดินอาหาร  8.ประสาท  9.อาการทั่วไปอื่นๆ \_\_\_\_\_
- ภาวะติดเชื้อในช่วง 1 เดือน  1. ไม่มี  2. มี \_\_\_\_\_
- ยาที่ผู้ป่วยใช้  1. steroids  2. NSIADs  3. antimalarial drugs  4. ยาคุมกำเนิดอื่น
- ยาเม็ดคุมกำเนิด  ใช้  ไม่ใช้

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านผู้ป่วย

- คะแนนความรู้เรื่องโรค \_\_\_\_\_ คะแนน เรื่องยา \_\_\_\_\_ คะแนน เรื่องการปฏิบัติตัว \_\_\_\_\_ คะแนน  
รวมคะแนนความรู้ \_\_\_\_\_ คะแนน การปฏิบัติตัว \_\_\_\_\_ คะแนน ความเครียด \_\_\_\_\_ คะแนน

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านยา

- คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา \_\_\_\_\_ คะแนน

ส่วนที่ 5 ข้อมูลการกำเริบของโรค

- คะแนนการกำเริบของโรค MEX-SLEDAI scores \_\_\_\_\_ คะแนน

## ภาคผนวก ง

## แบบวัดความรู้เรื่องโรค ยา การปฏิบัติตัว และการดูแลตนเอง

กรุณาตอบคำถามดังต่อไปนี้โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องใช่ หรือไม่ใช่ หรือไม่ทราบ

เรื่องโรค	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. โรคเอสแอลอี สามารถรักษาให้หายขาดได้			
2. อาการทั่วไป คือเป็นไข้ อ่อนเพลีย ปวดตามร่างกาย เบื่ออาหาร			
3. อาจมีอาการตามระบบต่างๆ เช่น ไต ข้อ ผิวหนัง หรือระบบเลือด ผิดปกติได้			
4. การมีผื่นแดง หรือปวดข้อ หรือปัสสาวะเป็นฟอง เป็นอาการบอกว่า อาจมีกำเริบของโรค			
5. การติดเชื้ออาจทำให้โรคกลับมารุนแรงได้อีก			
<b>เรื่องยา</b>			
6. ผู้ป่วยสามารถหยุดยาได้เองเมื่อไม่มีอาการ			
7. ยาบางตัวสามารถทำให้เกิดภาวะติดเชื้อได้ง่ายขึ้น			
8. ยาเพรดนิโซโลนสามารถรับประทานก่อนหรือหลังอาหารก็ได้			
9. เมื่อมีอาการแสบหรือไม่สบาย ให้เพิ่มขนาดยา หรือรีบซื้อยามา รับประทานแล้วจึงไปพบแพทย์			
10. ผู้ป่วยสามารถบอกชื่อยาที่ใช้ควบคุมโรคที่ผู้ป่วยใช้ได้อย่างน้อย 1 ชนิด			
<b>การดูแลตนเอง</b>			
11. ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงแสงแดด และทาครีมกันแดดทุกวัน			
12. ผู้ป่วยที่มีภาวะการกำเริบของโรคควรออกกำลังกายมากๆ			
13. ควรพักผ่อนและนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง			
14. ผู้ป่วยโรคเอสแอลอีไม่ควรดื่มนม			
15. ผู้ป่วยสามารถตั้งครรรภ์ได้ ถ้าแพทย์อนุญาต			
16. ควรหลีกเลี่ยงสถานที่ชุมชน เช่น ตลาดนัด ตลาดสด ห้างสรรพสินค้า สถานที่ชุมนุมแออัด โรงพยาบาล เนื่องจากอาจทำให้ติดเชื้อได้			

เรื่องโรค	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
17. ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารมากๆ ทุกชนิด เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง			
18. สารเคมีบางอย่าง เช่น ยา ย้อมผม ทำให้อาการของโรคแย่ลงได้			
19. การมีไข้สูง หนาวสั่น ปัสสาวะขุ่น เป็นอาการบ่งชี้ของการติดเชื้อ			
20. หากผู้ป่วยมีอาการสบายดีไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ตามนัดก็ได้			



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาคผนวก จ

## แบบวัดการปฏิบัติตัว

กรุณาตอบคำถามให้ตรงกับกรปฏิบัติตัวของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1. ท่านทาครีมกันแดดกี่วัน \_\_\_\_\_ วันในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
2. ท่านออกแดดช่วง 10.00-16.00 น. หรือไม่  ไม่ใช่  ใช่ \_\_\_\_\_ วัน
3. เมื่อท่านต้องออกแดดท่านสวมเสื้อแขนยาว  ไม่สวม  สวม \_\_\_\_\_ วัน  ไม่ออก
4. ผู้ป่วยมีภาวะที่ไม่สามารถออกกำลังกายได้ เช่น ปวดข้อ บวม มีไข้ หรือไม่  
 ไม่มี (ทำข้อ 4.1)  มี (ทำข้อ 4.2)
- 4.1 สำหรับผู้ป่วยที่สามารถออกกำลังกายได้ ในช่วง 2 สัปดาห์ท่านออกกำลังกายหรือไม่  
 ออกกำลังกาย  ไม่ออกกำลังกาย  
 สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะปวด บวม ข้อ  
 ชนิด \_\_\_\_\_ ระยะเวลา \_\_\_\_\_ นาที สัปดาห์ละ \_\_\_\_\_ ครั้ง  
 ชนิด \_\_\_\_\_ ระยะเวลา \_\_\_\_\_ นาที สัปดาห์ละ \_\_\_\_\_ ครั้ง
- 4.2 ท่านที่มีภาวะปวดบวม ข้อ ท่านออกกำลังกายหรือไม่อย่างไร  
 ออกกำลังกายเท่าที่ทำไหว เช่น บริหารข้อเท้า บริหารข้อเข่า เขยียดข้อสะโพก  
 ไม่ออกกำลังกาย  ออกกำลังกายปกติ เช่น วิ่ง
5. ท่านเข้านอนเวลา \_\_\_\_\_ ตื่นเวลา \_\_\_\_\_ รวม \_\_\_\_\_ ชั่วโมง/วัน
6. ท่านตั้งครุฑก่อนแพทย์อนุญาต  ไม่ใช่  ใช่
7. ท่านอยู่ในสถานที่ชุมชน เช่น ตลาดนัด ตลาดสด ห้างสรรพสินค้า โรงภาพยนตร์ ชุมชน  
 แออัด ท่านอยู่ในสถานที่ชุมชนดังกล่าว \_\_\_\_\_ วัน/2 สัปดาห์
8. ท่านสูบบุหรี่  สูบ \_\_\_\_\_ มวน/วัน  ไม่สูบ
9. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์  ดื่ม  ไม่ดื่ม
10. ท่านรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ  ใช่  ไม่ใช่
11. ท่านรับประทานไขมันสูง เช่น อาหารทอด ไข่แดง ปลาหมึก  
 ใช่ \_\_\_\_\_ ครั้ง/สัปดาห์  ไม่ใช่
12. ท่านควบคุมอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล (ทานข้าวน้อยกว่า 1 ทัพพีหรือเท่ากับ 1 จาน)  
 ใช่  ไม่ใช่
13. ท่านใช้สารเคมีในการทำผม เช่นการย้อมผม การยืดหรือดัดผม  ใช่  ไม่ใช่
14. ท่านมีไข้สูง หนาว เจ็บคอท่านจะมาพบแพทย์  ใช่  ไม่ใช่
15. ท่านมาพบแพทย์ตามนัด  ใช่  ไม่ใช่



## ภาคผนวก จ

## แบบวัดความเครียด

SLE NO. \_\_\_\_\_

**คำชี้แจง**      ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกต่อไปนี้  
 มากน้อยเพียงใด โปรดทำเครื่องหมายลงในช่องที่แสดงระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน ตามความ  
 เป็นจริงมากที่สุด

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	ไม่เคย เลย	เป็นครั้ง คราว	เป็น บ่อย ๆ	เป็น ประจำ
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ				
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ				
3. ทำอะไรไม่ได้เลย เพราะประสาทตึงเครียด				
4. มีความวุ่นวายใจ				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				
6. ปวดหัวข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง				
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง				
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต				
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า				
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา				
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ				
12. รู้สึกเพลียจนไม่มีแรงจะทำอะไร				
13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร				
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง				
15. เสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ				
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่าง ๆ				
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลัง หรือไหล่				
18. ตื่นตื้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย				
19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ				
20. ความสุขทางเพศลดลง				

## ภาคผนวก ซ

### การแปลผลคะแนนความเครียดสำหรับผู้ป่วย

#### 0-5 คะแนน

ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติมาก ความเครียดในระดับต่ำมากเช่นนี้อาจมีความหมายว่า ท่านตอบไม่ตรงตามความเป็นจริง หรือ ท่านอาจเข้าใจคำถามคลาดเคลื่อนไป หรือ ท่านอาจเป็นคนที่ขาดแรงจูงใจ มีความเฉื่อยชา ชีวิตประจำวันซ้ำซากจำเจ น่าเบื่อปราศจากความตื่นเต้น

#### 6-17 คะแนน

ท่านมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม รู้สึกพึงพอใจเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างมาก ความเครียดในระดับนี้ถือว่ามีประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นแรงจูงใจที่นำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตได้

#### 18-25 คะแนน

ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย ซึ่งถือว่าเป็นความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวัน อาจไม่รู้ตัวว่ามีความเครียดหรืออาจรู้สึกได้จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมบ้างเล็กน้อย แต่ไม่ชัดเจนและยังพอทนได้ อาจต้องใช้เวลาในการปรับตัว แต่ในที่สุดก็สามารถจัดการกับความเครียดได้ และความเครียดระดับนี้ไม่เป็นผลเสียต่อการดำเนินชีวิต ในกรณีนี้ท่านสามารถผ่อนคลายความเครียดด้วยการหากกิจกรรมที่เพิ่มพลัง เช่น การออกกำลังกาย เล่นกีฬา ทำสิ่งที่สนุกสนานเพลิดเพลิน เช่น ดูหนัง ฟังเพลง อ่านหนังสือ หรือทำงานอดิเรกต่าง ๆ อย่าลืมพูดคุยกับผู้ที่ไว้ใจ พิจารณาและลงมือแก้ไขปัญหาตามลำดับความสำคัญอย่างรอบคอบและมีสติ

#### 26-29 คะแนน

คุณมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติปานกลาง ขณะนี้ท่านเริ่มมีความตึงเครียดในระดับค่อนข้างสูงและได้รับความเดือดร้อนเป็นอย่างมากจากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดจากปัญหาความขัดแย้งและวิกฤตการณ์ในชีวิต เป็นสัญญาณเตือนขั้นต้นว่าท่านกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤตและความขัดแย้ง ซึ่งท่านจัดการแก้ไขด้วยความยากลำบาก ลักษณะดังกล่าวจะเพิ่มความรุนแรงซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงาน จำเป็นต้องหาวิธีแก้ไขข้อขัดแย้งต่าง ๆ ให้ลดน้อยลงหรือหมดไปด้วย

วิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง สิ่งแรกที่ต้องบริหารจัดการคือ คุณต้องมีวิธีคลายเครียดที่ดี และสม่ำเสมอทุกวัน วันละ 1-2 ครั้ง ๆ ละ 10 นาที โดยนั่งในท่าที่สบาย หายใจลึก ๆ ให้น้ำที่ท้องขยาย หายใจออกช้า ๆ นับ 1-10 ไปด้วย ท่านจะใช้วิธีนั่งสมาธิหรือสวดมนต์ก็ได้ ท่านควรแก้ไขปัญหาคือดีขึ้น โดยค้นหาสาเหตุของปัญหาที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง หาวิธีแก้ไขปัญหาหลาย ๆ วิธี พร้อมทั้งพิจารณาผลดี ผลเสียของแต่ละวิธี เลือกวิธีที่เหมาะสมกับสภาวะของตนเองมากที่สุด ทั้งนี้ต้องไม่สร้างปัญหาให้เพิ่มขึ้นหรือทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน วางแผนแก้ไขปัญหาลำดับขั้นตอนและลงมือแก้ปัญหา

### 30-60 คะแนน

คุณมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก กำลังตกอยู่ในภาวะตึงเครียด หรือกำลังเผชิญกับวิกฤตการณ์ในชีวิตอย่างรุนแรง เช่น การเจ็บป่วยที่รุนแรง เรือรัง ความพิการ การสูญเสีย ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตอย่างชัดเจน ทำให้ชีวิตไม่มีความสุข ความคิดฟุ้งซ่าน ตัดสินใจผิดพลาด ขาดความยับยั้งชั่งใจ อาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย บางครั้งอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น เอะอะโวยวาย ขว้างปาข้าวของ ความเครียดในระดับนี้ถือว่ามีความรุนแรงมาก หากปล่อยไว้โดยไม่ดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสมและถูกวิธี อาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง ซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิดต่อไปได้ ในระดับนี้ท่านต้องไปปรึกษาหรือใช้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ ซึ่งจะช่วยให้ท่านมองเห็นปัญหาและแนวทางแก้ไขที่ชัดเจนและเหมาะสมต่อไป

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาคผนวก ซ

## แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย  ลงในกล่อง  ในคำถามต่อไปนี้ ให้ตรงกับความเป็นจริง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

1. มีบางครั้งที่คุณลืมรับประทานยา	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2. บางคนไม่ได้รับประทานยาด้วยเหตุผลต่างๆนอกเหนือจากลืม คุณคิดทบทวนว่าในช่วงที่มาพบแพทย์ครั้งหลังสุดมีบางวันที่คุณ ไม่ได้รับประทานยา	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3. คุณเคยลดขนาดยาหรือหยุดยา โดยที่ไม่ได้บอกแพทย์ เนื่องจาก รู้สึกแย่งเวลารับประทานยา	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4. เมื่อคุณออกจากบ้านหรือเดินทางไกล มีบางครั้งที่คุณลืมพกยา ติดตัวไปด้วย	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
5. เมื่อวานนี้ คุณรับประทานยาครบ ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
6. เมื่อคุณรู้สึกว่าอาการของโรคที่คุณเป็นดีขึ้นหรือควบคุมได้แล้ว บางครั้งคุณหยุดรับประทานยา	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
7. บางคนไม่สะดวกอย่างมากที่จะรับประทานยาทุกวัน คุณเคย รู้สึกอึดอัดที่ต้องรับประทานยาอย่างเคร่งครัดหรือเข้มงวด ใช่ หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
8. ท่านรับประทานยาตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง ใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
9. คุณรู้สึกว่ามีความยุ่งยากบ่อยเพียงใด ในการจดจำยาทั้งหมดที่ต้องรับประทาน (กาเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> ลงในกล่อง <input type="checkbox"/> โดยเลือกเพียง 1 ข้อ)		
<input type="checkbox"/> 9.1) ไม่รู้สึกหรือแทบจะไม่รู้สึกว่ามีความยุ่งยากในการจดจำยาที่ใช้ (หรือมี 0-1 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		
<input type="checkbox"/> 9.2) รู้สึกว่ายุ่งยากบ้างเล็กน้อย ในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง (หรือมี 1 ถึง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		
<input type="checkbox"/> 9.3) รู้สึกว่ายุ่งยากปานกลาง ในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง (หรือมี 3 ถึง 4 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		
<input type="checkbox"/> 9.4) รู้สึกว่ายุ่งยากเป็นประจำ ในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง (หรือมี 5 ถึง 6 ครั้งต่อสัปดาห์ที่จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		
<input type="checkbox"/> 9.5) รู้สึกว่ายุ่งยากทุกครั้งหรือตลอดเวลา ในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง (มีความยุ่งยากทุกวัน จำไม่ได้ว่ายาตัวไหนทานอย่างไร)		

## ภาคผนวก ฉ

## แบบประเมินการกำเริบของโรค MEX-SLEDAI

ชื่อ-สกุล \_\_\_\_\_ HN \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_

Enter weight in MEX-SLEDAI if descriptor present at time of visit or in the preceding 10 days

Weight	Descriptor	Definition
8	Neurologic disorder	<p>Psychosis. Altered ability to function in normal activity due to severe disturbance in the perception of reality. Include: hallucinations, incoherence, marked loose associations, impoverished thought content, marked illogical thinking, bizarre, disorganized or catatonic behaviour. Exclude presence of uremia and offending drugs.</p> <p>CVA. New syndrome. Exclude arteriosclerosis.</p> <p>Seizure. Recent onset. Exclude metabolic, Infectious, or drug causes.</p> <p>Organic Brain Syndrome. Altered mental function with impaired orientation, memory or other intellectual function with rapid onset.</p> <p>Fluctuating clinical features. Such as any of the following: z) clouding of consciousness with reduce capacity to focus and inability to sustain attention to environment. Plus at least 2 of : b) perceptual disturbance: incoherent speech: insomnia or daytime drowsiness; increased or decreased psychomotor activity. Exclude metabolic. Infectious and drug causes. Mononeuritis. Recent onset of sensorial of motor deficit in one or several cranial or peripheral nerves. Myelitis. Recent onset of paraplegia and/or bladder/bowel control disorder. Exclude other causes.</p>
6	Renal disorder	<p>Casts. Heme granular or RBC.</p> <p>Haematuria. &gt;5rbc/hpf. Excluding other causes (stone, infection)</p> <p>Proteinuria. New onset. &gt;0.5 g/l in random specimen.</p> <p>Creatinine increase (&gt;5 mg/dl)</p>
4	Vasculitis	<p>Ulceration. Gangrene. Tender finger nodules. Periungueal infraction.</p> <p>Splinter haemorrhages. Biopsy or angiogram data of vasculitis.</p>
3	Haemolysis Thrombocytopenia	<p>Hb&lt;12.0 g/dl and corrected reticulocytes &gt; 3%</p> <p>&lt;100,000 platelets. Not due to drugs.</p>

Weight	Descriptor	Definition
3	Myositis	Proximal muscle aching and weakness. Associated with elevated CPK.
2	Arthritis	More than 2 tender joints with swelling or effusion
2	Mucocutaneous disorder	Malar rash. New onset or recurrence of raised malar erythema. Mucous ulcers. New onset or recurrence of oral or nasopharyngeal ulcerations.
2	Serositis	Pleurisy. Convincing history of pleuritic pain or pleural rub or pleural effusion on physical exam. Pericarditis. Convincing history of pericardial pain or audible rub. Peritonitis. Diffuse abdominal pain with rebound tenderness (exclude intra-abdominal disease).
1	Fever Fatigue	>38°C after exclusion of infection. Unexplained fatigue.
1	Leukopenia Lymphopenia	WBC <4,000/mm <sup>3</sup> . not due to drugs. Lymphocytes < 1,200/mm <sup>3</sup> . not due to drugs.

\_\_\_\_\_ Total MEX-SLEDAI Score

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ แพทย์ผู้ประเมิน

วันที่ \_\_\_\_\_

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอาทิตย์ยา ไทพานิชย์ เกิดเมื่อวันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2523 จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีเภสัชศาสตรบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2546 หลังจากนั้นเข้ารับราชการในตำแหน่งเภสัชกร โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2549 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาเภสัชกรรม สาขาเภสัชกรรมคลินิก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งเภสัชกร 5 กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย