

ลักษณะทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในเด็กโรคลูปัส

สุวรรณ วิษณุโยธิน, อภิชาติ จิระวุฒิจงศ์, สุขชาติ เกิดผล
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Clinical and laboratory manifestations of SLE in children

Suwannee Wisanuyotin, Apichat Jiravuttipong, Sukachart Kirdpon
Diploma in Pediatrics, Pediatrics Department, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

หลักการและเหตุผล โรคลูปัสในเด็กมีลักษณะทางคลินิกได้หลายระบบ โดยอาจแสดงอาการพร้อมกันหรือไม่ก็ได้ และอาการของโรคบางอย่างยังแตกต่างจากในผู้ใหญ่ จึงทำให้การวินิจฉัยล่าช้าได้

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยเด็กโรคลูปัส

รูปแบบการศึกษา เชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง

สถานที่ทำการศึกษา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคลูปัสที่เริ่มมีอาการก่อนอายุ 15 ปี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2537 ถึง 31 มกราคม 2546

ผลการวิจัย ผู้ป่วยทั้งหมดมี 57 ราย เป็นหญิงต่อชาย 13:1 อายุเฉลี่ยขณะเริ่มมีอาการคือ 11.32 ± 2.51 ปี ความผิดปกติที่พบบ่อยในระยะแรกของโรคคือ ระบบเยื่อและผิวหนัง (73.7%), ไต (71.9%), และ constitutional symptoms (54.4%) ค่ามัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนครบเกณฑ์การวินิจฉัยคือ 3 (0 - 53) เดือน

ผลการตรวจเลือดพบ LE cell 59.1%, hemolytic anemia 52.6%, lymphopenia 47.3%, leukopenia (23.6%), thrombocytopenia 7.1%, antinuclear antibody 83.6%, anti Sm 52.4%, anti dsDNA 46.7% และ ระดับ C_3 ต่ำ 78.8%

สรุป ลักษณะทางคลินิกของเด็กโรคลูปัสมีได้หลายลักษณะ บางรายใช้เวลาหลายปีจึงวินิจฉัยได้ ดังนั้นควรคิดถึงโรคนี้ โดยเฉพาะในเด็กที่มีอาการหลายระบบ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจปัสสาวะ การตรวจนับเม็ดเลือด การตรวจ ANA และระดับ complement ในซีรัม มีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยโรค

Background: Some clinical presentations of systemic lupus erythematosus (SLE) in children are different from SLE in adults. Diversity of clinical manifestations in childhood SLE causes difficulty in diagnosis and delay in treatment. Those can cause permanent organ damage and death in these patients.

Objective: To study clinical and laboratory manifestations of childhood SLE.

Design: Retrospective and descriptive study

Setting: Srinagarind Hospital, Khon Kaen University

Subjects: Children with SLE, onset before the age of 15, were attended at Srinagarind Hospital between January 1, 1994 and January 31, 2003.

Results: Medical records of 57 lupus children were reviewed. The female to male ratio was 13:1. The mean age at onset was 11.32 ± 2.51 (2.92 - 14.58) years and mean duration of follow-up was 38.19 ± 31.83 months. The common clinical manifestations at onset were mucocutaneous symptoms (73.7%), nephropathy (71.9%), constitutional symptoms (54.4%) and joint symptoms (54.4%). Median time from onset to diagnostic criteria completion was 3 (0 - 53) months. Laboratory manifestations included LE cell (59.1%), hemolytic anemia (52.6%), lymphopenia (47.3%), leukopenia (23.6%), thrombocytopenia (7.1%), antinuclear antibody (ANA) (83.6%), anti Sm (52.4%), anti dsDNA (46.7%) and low C_3 (78.8%).

บทนำ

โรคลูปัสเป็นโรค autoimmune ที่ทำให้เกิดอาการผิดปกติของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ของร่างกายได้หลายระบบ เช่น ไต หัวใจ สมอและระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งหากได้รับการรักษาล่าช้าหรือไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดการทำลายอวัยวะดังกล่าวอย่างถาวร เช่น ไตวายเรื้อรังได้ ดังนั้นการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องและรวดเร็วจึงมีความสำคัญ แต่เนื่องจากผู้ป่วยโรคลูปัสมีอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ได้หลายระบบ ซึ่งอาจเกิดพร้อม ๆ กัน หรือค่อย ๆ แสดงอาการทีละระบบ นอกจากนี้อาการบางอย่างยังคล้ายคลึงกับโรค autoimmune อื่น ทำให้บางครั้งเป็นการยากที่จะวินิจฉัยโรคลูปัสโดยเฉพาะในระยะเริ่มแรก

โรคลูปัสพบได้บ่อยในวัยรุ่นและผู้ใหญ่โดยเฉพาะในเพศหญิง ถึงแม้อุบัติการณ์ของโรคนี้พบไม่บ่อยในเด็ก แต่ก็ มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีอาการตั้งแต่วัยเด็ก และอาการของโรคลูปัสที่พบบ่อยในวัยเด็กบางอย่างแตกต่างจากในผู้ใหญ่ ทำให้การวินิจฉัยโรคลูปัสในเด็กยิ่งยากมากขึ้น

ดังนั้นการศึกษาลักษณะทางคลินิก รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคลูปัสในเด็กตั้งแต่วัยแรกจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กเหล่านี้ได้รับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อลดอัตราการทำลายอวัยวะที่สำคัญของร่างกายอย่างถาวร และลดอัตราการตายของผู้ป่วยเหล่านี้ รวมทั้งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้ดีขึ้นด้วย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิก และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยเด็กโรคลูปัสซึ่งนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคนี้ต่อไปในอนาคต

วิธีการ

คณะผู้ทำการศึกษาได้รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลูปัส

Conclusions: Clinical manifestations of childhood SLE were diverse. Some patients need months to years to reach American College of Rheumatology Revised Criteria for the classification of SLE. Therefore, SLE should be considered in the differential diagnosis of children with multisystemic symptoms. Urinalysis, complete blood count, ANA and serum complement would be helpful to diagnose this disease.

จากเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2537 ถึง 31 มกราคม 2546 รวมระยะเวลา 9 ปี 1 เดือน โดยข้อมูลที่รวบรวมประกอบด้วยเพศ อายุขณะเริ่มมีอาการและขณะได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการก่อนได้รับการวินิจฉัย อาการทางคลินิกก่อนมาพบแพทย์ อาการทางคลินิกเพิ่มเติมขณะติดตามการรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพยาธิวิทยาชิ้นเนื้อไต ระยะเวลาการติดตามการรักษา จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาสรุปเป็นอัตราส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน

การศึกษานี้ได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเด็กโรคลูปัสที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ตั้งแต่ 1 มกราคม 2537 ถึง 31 มกราคม 2546 มีทั้งหมด 70 คน มีผู้ป่วยเพียง 57 คนที่ครบเกณฑ์การวินิจฉัยโรคลูปัสของ American College of Rheumatology Revised Criteria' โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยเพศหญิง 53 คน และเพศชาย 4 คน คิดเป็นอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 13:1

ลักษณะทางคลินิก

อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยขณะเริ่มมีอาการเท่ากับ 11.32 ± 2.51 ปี โดยอายุของผู้ป่วยที่น้อยที่สุดขณะเริ่มมีอาการคือ 2.92 ปี และอายุที่มากที่สุดคือ 14.58 ปี

ความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุดในระยะแรกของโรคคืออาการทางเยื่อและผิวหนัง จำนวน 42 คน (73.7%) โดยพบอาการแพ้แสงแดดได้บ่อยที่สุด ความผิดปกติของไตซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยอาการบวม จำนวน 41 คน (71.9%), constitutional symptoms เช่น ไข้ ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย เพื่อ

อาหาร น้ำหนักลด จำนวน 31 คน (54.4%) และ อาการทางข้อ เช่น ปวดข้อหรือข้ออักเสบ จำนวน 31 คน (54.4%) (ตารางที่ 1) ความผิดปกติที่ไม่พบในระยะแรกของโรคคือ ความผิดปกติของระบบประสาท เยื่อหุ้มปอด เยื่อหุ้มหัวใจ และ Raynaud's phenomenon

จากการติดตามการรักษาผู้ป่วยทั้ง 57 รายนี้เป็นระยะเวลาเฉลี่ย 38.19 ± 31.83 เดือน ความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุดคือ ความผิดปกติทางเยื่อหุ้มและผิวหนังพบ 54 คน (94.7%) โดยพบ malar rash บ่อยที่สุด 40 คน (74%), ความผิดปกติที่พบบรองมาคือ ความผิดปกติของไต 50 คน (87.7%), constitutional symptoms 46 คน (80.7%) และ อาการทางข้อ 40 คน (70.2%)

ตามลำดับคล้ายกับในระยะแรกของโรค (ตารางที่ 1) Raynaud's phenomenon และ papillitis เป็นความผิดปกติที่พบน้อยที่สุดเพียง 2 คน (3.5%) และ 1 คน (1.8%) ตามลำดับ

อาการทางระบบประสาทพบได้ 13 คน (22.8%) โดยส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท (psychosis) 6 คน (10.5%) และชัก 6 คน (10.5%) นอกนั้นส่วนน้อยมีอาการซึมเศร้า, พฤติกรรมก้าวร้าว, delirium, paraparesis, myoclonus และ chorea

ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางคลินิกจนครบเกณฑ์การวินิจฉัยโรครูปลัสของ American College of Rheumatology Revised Criteria ใช้เวลา 3 เดือน (0 - 53 เดือน)

ตารางที่ 1 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยเด็กโรครูปลัสในระยะแรกของโรคและตลอดระยะเวลาติดตามการรักษา (N=57)

ลักษณะทางคลินิก	จำนวนผู้ป่วยที่มี ความผิดปกติใน ระยะแรกของโรค	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มี ความผิดปกติเมื่อติดตาม ผลการรักษา (จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น)
เยื่อหุ้มและผิวหนัง	42	73.7	54 (12)
- malar rash	28	66.7	40 (12)
- แพ้แสงแดด	29	69.0	36 (7)
- แผลในปาก	10	23.8	27 (17)
- vasculitis	9	21.4	18 (9)
- discoid rash	6	14.3	12 (6)
- ตุ่มน้ำใส	2	4.8	2 (0)
ไต	41	71.9	50 (9)
Constitutional symptoms	31	54.4	46 (15)
อาการทางข้อ	31	54.4	40 (9)
ผมร่วง	15	26.3	27 (12)
ต่อมน้ำเหลืองโต*	13	22.8	16 (3)
ระบบทางเดินอาหาร	4	7.0	15 (11)
- ปวดท้อง	4	100	7 (3)
- ตับโต*	8		10 (2)
- ม้ามโต*	3		3 (0)
ระบบประสาท	0	0	13 (13)
เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ	0	0	7 (7)
เยื่อหุ้มปอดอักเสบ	0	0	3 (3)
Raynaud's phenomenon	0	0	2 (2)
Papillitis	1	1.8	1 (0)

* เป็นอาการแสดงเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจครั้งแรกที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เนื่องจากไม่มีข้อมูลอาการแสดงดังกล่าวขณะผู้ป่วยเริ่มมีอาการ

ตารางที่ 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยเด็กโรคลูปัส

สิ่งตรวจพบ	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ (N)	จำนวนผู้ป่วยที่ตรวจพบ	ร้อยละ
Hematology			
- ESR > 20 mm/hr	31	28	90.3
- LE cell	44	26	59.1
- Hemolytic anemia	57	30	52.6
- Lymphopenia	55	26	47.3
- Leukopenia	55	13	23.6
- Thrombocytopenia	56	4	7.1
Serology			
- ANA	55	46	83.6
- Anti Sm	21	11	52.4
- Anti dsDNA	45	21	46.7
- False + VDRL	34	9	26.5
Complement			
- Low C ₄	46	43	93.5
- Low C ₃	52	41	78.8

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ตารางที่ 2)

ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา ความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุดคือ ค่า erythrocyte sedimentation rate (ESR) ที่สูง 28 ราย (90.3%) รองลงมาคือ การตรวจพบ LE cell 26 ราย (59.1%), hemolytic anemia 30 ราย (52.6%), lymphopenia 26 ราย (47.3%) และ leukopenia 13 ราย (23.6%) ตามลำดับ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำพบได้น้อยที่สุดเพียง 4 ราย (7.1%) เท่านั้น

ผลการตรวจระดับ complement ในเลือดพบผู้ป่วยที่มีระดับ C₄ ในเลือดต่ำ 43 ราย(93.5%) และพบผู้ป่วยที่มีระดับ C₃ ในเลือดต่ำ 41 ราย(78.8%)

ผลการตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา พบว่าผู้ป่วยโรคลูปัสให้ผลบวกต่อ antinuclear antibody (ANA) 46 ราย(83.6%) โดยชนิดของ ANA ที่พบบ่อยที่สุดคือ ชนิด peripheral 12 ราย (26.1%) (ตารางที่ 3) ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 4 รายที่เคยให้ผลลบต่อ ANA มาก่อน แต่ให้ผลบวกต่อ ANA เมื่อตรวจซ้ำขณะติดตามการรักษา ส่วนผู้ป่วย 9 รายที่ให้ผลลบต่อ ANA มีอยู่ 8 รายที่ได้รับการตรวจวัดระดับ C₃ และหรือ C₄ ในเลือดร่วมด้วย พบว่าทุกรายมีระดับ C₃ และหรือ C₄ ในเลือดต่ำ

ผลการตรวจ anti Sm และ anti dsDNA พบว่าให้ผลบวก 11 ราย (52.4%) และ 21 ราย(46.7%) ตามลำดับ นอกจากนี้

ในผู้ป่วย 34 รายที่ได้รับการส่งเลือดตรวจ VDRL และ TPHA พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้ผลบวกของต่อ VDRL ทั้งสิ้น 9 ราย (26.5%)

วิจารณ์

แม้ว่าโรคลูปัสส่วนใหญ่จะพบในผู้ใหญ่เพศหญิง โดยอัตราส่วนระหว่างเพศหญิงต่อเพศชายในผู้ใหญ่ประมาณ 8:1² แต่ก็มีรายงานพบโรคนี้ในเด็กจำนวนไม่น้อย โดยอัตราส่วนระหว่างเพศหญิงต่อเพศชายมีค่าหลากหลายตั้งแต่ 2.3 - 18.5:1^{3,9} และในการศึกษานี้พบอัตราส่วนระหว่างผู้ป่วยเด็กเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 13:1 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเด็กชายมีอุบัติการณ์เกิดโรคลูปัสน้อย

จากการศึกษานี้พบว่าอาการเริ่มแรกของโรคลูปัสในเด็กมักพบในช่วงวัยรุ่น (11.32 ปี) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นซึ่งพบในช่วงอายุ 9.3-12.2 ปี^{3,5-7,10} อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้พบว่ามีผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการของโรคลูปัสที่อายุน้อยกว่า 5 ปีอยู่ 1 ราย โดยเริ่มมีอาการทางไตคือมาด้วยอาการของ nephrotic syndrome ตั้งแต่อายุ 2.92 ปี ซึ่งต่อมาพบว่าผู้ป่วยรายนี้ไม่ตอบสนองต่อ prednisolone จึงได้ทำการเจาะไต และพบว่าเข้าได้กับ lupus nephritis WHO class IV และ V แต่ผลการตรวจเลือดในช่วงแรกไม่พบหลักฐานสนับสนุนโรคลูปัส ต่อมาขณะติดตามการรักษา ผู้ป่วยเริ่มมี

ตารางที่ 3 ชนิดของ ANA ที่ตรวจพบในผู้ป่วยเด็กโรคลูปัส (N=46)

ชนิดของ ANA	จำนวนผู้ป่วยที่ตรวจพบ	ร้อยละ
Peripheral	12	26.1
Homogenous	6	13.0
Speckle	5	10.9
Mixed	9	19.6
ไม่ได้ระบุ	14	30.4

microscopic hematuria และผลเลือดที่ตรวจซ้ำเข้าได้กับโรคลูปัสซึ่งใช้เวลาประมาณ 14 เดือน จึงจะครบเกณฑ์การวินิจฉัย 4 ใน 11 ข้อ ของ American College of Rheumatology Revised Criteria ดังนั้นแม้ว่าอุบัติการณ์ของโรคลูปัสในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีจะน้อยมาก แต่ก็สามารถพบได้ โรคลูปัสจึงเป็นโรคที่ต้องอยู่ในการวินิจฉัยแยกโรคในผู้ป่วยเด็กที่มาด้วย nephrotic syndrome แม้อายุน้อยกว่า 5 ปี

ในระยะแรกของโรคผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการทางระบบเยื่อและผิวหนัง ความผิดปกติของไต constitutional symptoms และอาการทางข้อ ตามลำดับ ซึ่งคล้ายกับการศึกษาอื่น^{3,5,7,9-13}

ขณะติดตามการรักษาพบว่าลักษณะทางคลินิกที่พบบ่อยคล้ายคลึงกับในระยะแรกของโรค ยกเว้นความผิดปกติของระบบประสาท เยื่อหุ้มหัวใจ เยื่อหุ้มปอด และ Raynaud's phenomenon ซึ่งไม่พบในระยะแรกของโรค แต่พบในช่วงติดตามการรักษา และพบว่า Raynaud's phenomenon พบได้น้อยในเด็กซึ่งสนับสนุนการศึกษาที่ก่อนหน้านี้^{3,14}

ความผิดปกติของระบบประสาทในเด็กโรคลูปัสพบได้ 26-45%^{3,4,9,11} โดยส่วนใหญ่เป็นอาการชักและโรคจิตเภท นอกจากนี้ยังมีอาการทางระบบประสาทอื่นที่มีรายงานพบ เช่น chorea^{7,10}, pseudotumor cerebri⁹, quadriplegia⁷ และ acute transverse myelopathy¹⁵ จากการศึกษาที่พบความผิดปกติของระบบประสาท 22.8% และส่วนใหญ่เป็นอาการชักและโรคจิตเภทซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น โดยมีผู้ป่วย 2 รายที่มีอาการเป็นลมบ่อยๆโดยไม่ทราบสาเหตุ ต่อมาจึงเริ่มมีอาการชักเกร็งกระตุกทั้งตัว เข้าได้กับอาการทางระบบประสาทของโรคลูปัส นอกจากนี้บางรายมีอาการซึมเศร้า, พฤติกรรมก้าวร้าว, delirium, paraparesis, myoclonus และ chorea จะเห็นได้ว่าอาการทางระบบประสาทของโรคลูปัสมีได้หลากหลาย ไม่ใช่เฉพาะชักและโรคจิตเภทเท่านั้น

การศึกษานี้พบอุบัติการณ์ของ lupus nephritis ถึง 87.7% ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานอื่น (56.2-80%)^{3,8,9,13} โดยประมาณ

ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีอาการทางไต เช่น บวม หรือ ปัสสาวะสีแดง แต่ตรวจพบความผิดปกติทางไตจากการตรวจปัสสาวะ และหรือการตรวจพยาธิวิทยาชิ้นเนื้อไต ดังนั้นผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคลูปัสควรได้รับการตรวจปัสสาวะทุกราย ซึ่งเป็นการตรวจที่ทำได้ง่าย และไม่แพง

นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วย 4 รายที่มาด้วย nephrotic syndrome เพียงอย่างเดียว ผลพยาธิวิทยาชิ้นเนื้อไตเข้าได้กับ lupus nephritis 3 ราย และ membranoproliferative glomerulonephritis (MPGN) 1 ราย หลังจากการติดตามการรักษาเป็นเวลา 2, 9, และ 12 เดือนในแต่ละราย จึงมีลักษณะทางคลินิก ผลตรวจเลือด และผลการตรวจพยาธิวิทยาชิ้นเนื้อไตซ้ำ (รายที่ครั้งแรกรายงานเป็น MPGN) ครบเกณฑ์การวินิจฉัยโรคลูปัส ซึ่งก่อนหน้านี้ Gianviti A และคณะ¹⁶ ได้รายงานผู้ป่วยเด็ก 17 ราย ที่มีอาการทางไต และผลพยาธิวิทยาชิ้นเนื้อไตเป็นแบบ "full-house" immunofluorescence pattern โดยผู้ป่วยเหล่านั้นไม่มีอาการอื่นหรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นที่เข้าได้กับโรคลูปัส ต่อมาหลังจากติดตามผู้ป่วยเป็นเวลาเฉลี่ย 5.8 ปี จึงเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคลูปัส ดังนั้นในผู้ป่วย nephrotic syndrome ที่มีผลพยาธิวิทยาชิ้นเนื้อไตเป็นแบบ "full-house" immunofluorescence pattern แม้ไม่มีลักษณะทางคลินิกหรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นเข้าได้กับโรคลูปัส ก็ควรได้รับการติดตามเป็นระยะ เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ อาจแสดงอาการหรือผลตรวจเลือดเข้าได้กับโรคลูปัสภายหลังได้

ความผิดปกติทางโลหิตวิทยา พบภาวะซีดจากการแตกของเม็ดเลือดแดง 52.6% ซึ่งคล้ายกับในการศึกษาอื่น (31.2-75%)^{3,7,9,13} ภาวะ lymphopenia พบได้บ่อยกว่า leukopenia และภาวะเกล็ดเลือดต่ำพบได้น้อยในผู้ป่วยเด็กโรคลูปัส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น^{3,7}

ผู้ป่วยเด็กโรคลูปัสส่วนใหญ่มีค่า ESR ในเลือดสูง และประมาณครึ่งหนึ่งตรวจพบ LE cell ในเลือด ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของโรงพยาบาลศิริราช¹⁷ ที่พบ LE cell ในเลือดของผู้ป่วยโรคลูปัส 40.4% แม้ว่าการตรวจ LE cell ถูกตัดออก

จากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคลูปัสในปี 1997¹⁸ แต่จากเปอร์เซ็นต์ที่ตรวจพบดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการตรวจ LE cell ในเลือดยังมีประโยชน์เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคลูปัสในเด็ก

ผลการตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยาพบว่าผู้ป่วยเด็กโรคลูปัสที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ให้ผลบวกต่อ ANA (83.6%) และ anti dsDNA (46.7%) ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่น (91.5-100%^{3,5,7,9,17} และ 64.4-95%^{3,5,7,17} ตามลำดับ) ซึ่งอาจเป็นผลจากเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจ วิธีการตรวจ และน้ำยาที่ใช้แตกต่างกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการตรวจ ANA และ anti dsDNA จึงอาจทำให้เปอร์เซ็นต์ที่ได้ต่ำกว่าความเป็นจริง

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายแม้ผล ANA ให้ผลลบ แต่ผู้ป่วยเหล่านี้ทุกรายมีระดับ C₃ และหรือ C₄ ในเลือดต่ำด้วย และบางรายให้ผลบวกต่อ ANA เมื่อได้รับการตรวจเลือดซ้ำขณะติดตามการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยที่สงสัยโรคลูปัสนอกจากจะส่งตรวจ ANA แล้ว ควรตรวจระดับ C₃ และ C₄ ในเลือดร่วมด้วย โดยเฉพาะในรายที่ให้ผลลบต่อ ANA และการตรวจ ANA ในช่วงติดตามการรักษาในผู้ป่วยที่ให้ผลลบต่อ ANA ในช่วงแรกก็มีประโยชน์ช่วยในการวินิจฉัยโรคลูปัสในเด็ก โดยเฉพาะรายที่ยังไม่ครบเกณฑ์การวินิจฉัยโรคลูปัส

โดยสรุปโรคลูปัสพบได้ไม่น้อยในเด็ก ลักษณะทางคลินิกมีได้หลากหลาย บางรายใช้เวลาติดตามหลายปีกกว่าจะวินิจฉัยโรคนี้ได้ ซึ่งแพทย์ทุกคนควรจะต้องคิดถึงโรคนี้ในการวินิจฉัยแยกโรคตั้งแต่แรก โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยเด็กเหล่านี้มีอาการหลายระบบ นอกจากนี้การตรวจทางห้องปฏิบัติการหลายอย่างมีประโยชน์เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคโดยเฉพาะการตรวจปัสสาวะ, complete blood count, ANA และ ระดับ complement ในเลือด จึงควรส่งตรวจในผู้ป่วยเด็กทุกรายที่สงสัยโรคลูปัส

เอกสารอ้างอิง

1. Tan EM, Cohen AS, Fries JF, Masi AT, McShane DJ, Rothfield NF, et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumatol* 1982;25:1271-7.
2. Font J, Pallares L, Cervera R, Vivancos J, Lopez-Soto A, Herrero C, et al. Systemic lupus erythematosus: a clinical and immunological study of 300 patients. *Med Clin (Barc)* 1993;100:601-5.
3. Ali US, Dalvi RB, Merchant RH, Mehta KP, Chablani AT, Badakere SS, et al. Systemic lupus erythematosus in Indian children. *Indian Pediatr* 1989;26:868-73.
4. Antolin J, Amerigo MJ, Cantabrana A, Rocas A, Jimenez P. Systemic lupus erythematosus: clinical manifestations and immunological parameters in 194 patients. Subgroup

- classification of SLE. *Clin Rheumatol* 1995;14:678-85.
5. Bardare M, De Vio M, Giani M, Cohen E. Systemic lupus erythematosus in childhood: review of the literature and personal observations on 32 cases. *Pediatr Med Chir* 1990;12:577-86.
6. Glidden RS, Mantzouranis EC, Borel Y. Systemic lupus erythematosus in childhood: clinical manifestations and improved survival in fifty-five patients. *Clin Immunol Immunopathol* 1983;29:196-210.
7. Iqbal S, Sher MR, Good RA, Cawkwell GD. Diversity in presenting manifestations of systemic lupus erythematosus in children. *J Pediatr* 1999;135:500-5.
8. Singh S, Kumar L, Khetarpal R, Aggarwal P, Marwaha RK, Minx RW, et al. Clinical and immunological profile of SLE: some unusual features. *Indian Pediatr* 1997;34:979-86.
9. Vachvanichsanong P, Dissaneewate P. Childhood systemic lupus erythematosus in songklanagarind hospital: a potential unique subgroup. *Clin Rheumatol* 1993;12:346-9.
10. Font J, Cervera R, Espinosa G, Pallares L, Ramos-Casals M, Jimenez S, et al. Systemic lupus erythematosus (SLE) in childhood: analysis of clinical and immunological findings in 34 patients and comparison with SLE characteristics in adults. *Ann Rheum Dis* 1998;57:456-9.
11. Siamopoulou-Mavridou A, Mavridis AK, Dimou G, Drosos AA. Clinical and serological spectrum of systemic lupus erythematosus in Greek children. *Clin Rheumatol* 1991;10:264-8.
12. Rood MJ, ten Cate R, van Suijlekom-Smit LW, den Ouden EJ, Ouwkerk FE, Breedveld FC, et al. Childhood-onset Systemic Lupus Erythematosus: clinical presentation and prognosis in 31 patients. *Scand J Rheumatol* 1999;28:222-6.
13. Lee BW, Yap HK, Yip WC, Low PS, Saw AH, Tay JS, et al. A 10 year review of systemic lupus erythematosus in Singapore children. *Aust Paediatr J* 1987;23:163-5.
14. Costallat LT, Coimbra AM. Systemic lupus erythematosus: clinical and laboratory aspects related to age at disease onset. *Clin Exp Rheumatol* 1994;12:603-7.
15. Linsen WH, Fiselier TJ, Gabreels FJ, Wevers RA, Cuppen MP, Rotteveel JJ. Acute transverse myelopathy as the initial manifestation of probable systemic lupus erythematosus in a child. *Neuropediatrics* 1988;19:212-5.
16. Gianviti A, Barsotti P, Barbera V, Faraggiana T, Rizzoni G. Delayed onset of systemic lupus erythematosus in patients with çfull-houseé nephropathy. *Pediatr Nephrol* 1999;13:683-7.
17. Ongajooth L, Shayakul C, Parichatikanond P, Nimmannit S, Chirawong P, Vanichakarn S, et al. Lupus nephritis in males: 8-year experience at Siriraj Hospital. *Asian Pac J Allergy Immunol* 1994;12:87-93.

