

ตัวพยากรณ์การรอดชีวิตของผู้ป่วยความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง ที่เกิดจากโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

นางสาวนุจรี ขาววิรัตน์ชาติ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) ในผู้ป่วยที่มีภาวะความดัน หลอดเลือดแดงปอดสูง (pulmonary arterial hypertension) โดยมีสาเหตุมาจากโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ผ่านการตรวจสวนหัวใจข้างขวา (right heart catheterization) ทุกรายที่มาทำการตรวจติดตามที่ภาควิชากุมารเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2540 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2551 เพื่อศึกษาถึงอัตราการรอดชีวิต สาเหตุการเสียชีวิตและ ภาวะแทรกซ้อนซึ่งมีผลเกี่ยวเนื่องมาจากภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง และเพื่อวิเคราะห์ถึงตัวพยากรณ์ในการทำนายอาการของโรค ซึ่งในปัจจุบันในประเทศไทยยังไม่เคยมีการรวบรวมข้อมูลเช่นนี้มาก่อน

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบผู้ป่วยที่มีภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง โดยมีสาเหตุมาจากโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในโรงพยาบาลศิริราช 291 คน พบว่าอัตราการรอดชีวิตที่ 6 ปีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอยู่ที่ร้อยละ 94.4 ในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดอยู่ที่ร้อยละ 95.8 และในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยการใส่ device closure อยู่ที่ร้อยละ 97.4 ($p = 0.958$) ภาวะ Pulmonary Hypertensive Crisis (PHC) เป็นสาเหตุหลักในการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง โดยมีสาเหตุมาจากโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในการศึกษาพบว่าชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นตัวพยากรณ์ในการทำนายอาการของโรค โดยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิด complex or combined congenital heart diseases มีระยะเวลาในการพักรักษาในโรงพยาบาลนานกว่ากลุ่มโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิด non-complex or combined congenital heart diseases ($p = 0.004$) และข้อมูลจากการตรวจสวนหัวใจด้านขวา (right heart catheterization) พบว่าค่า initial RVSP, Qp:Qs, Rpa, Rp:Rs ใน roomair และ Qp:Qs, Rpa เมื่อได้รับ oxygen มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการพักรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป

การนำตัวพยากรณ์ในการทำนายอาการของโรคไปใช้ในแต่ละสถานการณ์นั้นย่อมมีความแตกต่างกัน จะต้องมีการพิจารณาเป็นรายๆ ไป การทำนายอาการของโรคนั้นก็ขึ้นอยู่กับการรักษาที่เหมาะสมด้วย ดังนั้นการติดตามประเมินการรักษาเป็นระยะจะเป็นตัวที่ช่วยทำนายอาการของโรคได้เป็นอย่างมาก

PREDICTORS OF SURVIVAL OF PATIENTS WITH PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION ASSOCIATED CONGENITAL HEART DISEASES B.E. 2554

MS.NUJAREE KAOWCHAWEEERATTANACHART

Abstract

Background: Factors that determine survival in pulmonary arterial hypertension (PAH) associated congenital heart disease has not been established for research or clinical use in Thailand.

Objective: 1) To determine survival rate of patients with pulmonary arterial hypertension (PAH) associated congenital heart disease in Siriraj Hospital.

2) To find causes of death and complications that associated pulmonary arterial hypertension (PAH).

3) To find predictors of survival of patients with pulmonary arterial hypertension (PAH) associated congenital heart disease.

Method: This study was a descriptive study in patients with pulmonary arterial hypertension (PAH) associated congenital heart disease in Siriraj Hospital since

1 January 1997 to 31 December 2008 were analyzed to assess survival rate, causes of death and complications that associated pulmonary arterial hypertension (PAH) and predictors of survival.

Result: Data from 291 patients with pulmonary arterial hypertension (PAH) associated congenital heart disease in Siriraj Hospital. We found that 6-year survival from the date of enrollment was 94.4% in patients received surgical treatment, 95.8% in patients who didn't receive surgical treatment and 97.4% in patients received device closure treatment ($p = 0.958$). Pulmonary hypertensive crisis (PHT crisis) was the main cause of death ($p = 0.001$). Predictors of survival in this study were type of congenital heart disease. We found complex or combined congenital heart diseases have long time duration of admission more than non-complex or combined congenital heart diseases ($p = 0.004$). Data from right heart catheterization show room air syspa, room air Qp/Qs, room air Rpa, room air Rp/Rs, oxygen Qp/Qs and oxygen Rpa associated with duration of admission ($p < 0.05$)

Conclusion: Use of these predictors may allow the individualization and optimization of therapeutic strategies. Serial follow up and reassessment are warranted.