


แบบรายงานผลการศึกษา ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๔๐๑/ ๕๓๓..... ลงวันที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๖๓
ซึ่งข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล)..... นางณัชชา..... นามสกุล..... เตชะสมบูรณ์.....
ตำแหน่ง..... นายแพทย์ปฏิบัติการ..... สังกัด งาน/ฝ่าย/โรงเรียน..... กลุ่มงานกุมารเวชกรรม.....
กอง..... โรงพยาบาลนคราภิบาล..... สำนัก/สำนักงานเขต..... การแพทย์.....
ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ หลักสูตร.....
..... แพทย์ประจำบ้าน สาขากุมารเวชศาสตร์..... ระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖
ณ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย..... เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น..... บาท

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการศึกษาแล้ว จึงขอรายงานผลการศึกษา ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการศึกษา
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการศึกษา ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ  ผู้รายงาน
(นางณัชชา เตชะสมบูรณ์)
นายแพทย์ชำนาญการ

รายงานการศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล.....นางณัชชา เตชะสมบุญ.....

อายุ.....๓๒.....ปี การศึกษา.....แพทยศาสตรบัณฑิต.....

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....กุมารเวชศาสตร์.....

๑.๒ ตำแหน่ง.....นายแพทย์ชำนาญการ.....

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ).....ตรวจ วินิจฉัย วางแผนการรักษาผู้ป่วย และ ให้บริการการรักษา-
.....ผู้ป่วยหน่วยงานกุมารเวชกรรม.....

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร.....แพทย์ประจำบ้าน.....

สาขา.....กุมารเวชศาสตร์.....

เพื่อ ศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน.....-.....บาท

ระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ สถานที่ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ.....กุมารเวชศาสตร์.....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็ก (อายุต่ำกว่า ๑๕ ปี)

๒.๑.๒ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถตรวจวินิจฉัยโรค แผลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในเด็ก

๒.๑.๓ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถดูแลให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็ก

๒.๒ เนื้อหา

เนื้อหาของการอบรมจะแบ่งเป็นสาขาวิชาเฉพาะได้แก่

๑. โรคทางพัฒนาการและการเจริญเติบโต

๒. โรคทางระบบประสาทเด็ก

๓. โรคทางเดินอาหารและตับเด็ก
๔. โรคข้อในเด็ก
๕. โรคทางพันธุกรรมในเด็ก
๖. โรคทางต่อมไร้ท่อในเด็ก
๗. โรคทางเดินหายใจเด็ก
๘. โรคทางระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือดในเด็ก
๙. โรคเลือดและมะเร็งในเด็ก
๑๐. โรคทางระบบติดเชื้อมากในเด็ก
๑๑. โรคไตและเกลือแร่ในเด็ก
๑๒. โรคภูมิแพ้ในเด็ก
๑๓. โรคโภชนาการในเด็ก
๑๔. โรคทางระบบผิวหนังในเด็ก
๑๕. โรคในเด็กแรกเกิด
๑๖. โรคในวัยรุ่น
๑๗. โรคการดูแลเด็กวิกฤติ

โรคทางพัฒนาการและการเจริญเติบโตในเด็ก

เด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ

พัฒนาการ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในด้านการทำหน้าที่และวุฒิภาวะของอวัยวะต่างๆรวมทั้งตัวบุคคล ทำให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำสิ่งที่ยากสลับซับซ้อนมากขึ้น โดยทั่วไป พัฒนาการปกติ แบ่งออกเป็น ๔ ด้าน ได้แก่

๑. พัฒนาการด้านร่างกาย (physical development) เป็นความสามารถของร่างกายในการทรงตัวและการเคลื่อนไหว โดยการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่(gross motor) การใช้มือและตาประสานกันในการทำกิจกรรมต่างๆ (fine motor-adaptive)
๒. พัฒนาการด้านสติปัญญา (cognitive development) เป็นความสามารถในการเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่างๆกับตนเอง การรู้คิด รู้เหตุผลและความสามารถในการแก้ปัญหา พัฒนาการด้านภาษา(language) และการใช้มือกับตา (fine motor) เกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านสติปัญญา
๓. พัฒนาการด้านจิตใจ- อารมณ์ (emotional development) เป็นความสามารถของร่างกายในการแสดงความรู้สึกและควบคุมการแสดงออกของอารมณ์อย่างเหมาะสม รวมถึงการสร้างความรู้สึกที่ดี นับถือตนเอง (self esteem)
๔. พัฒนาการด้านสังคม (social development) เป็นความสามารถในการสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน (personal-social, self help, self care)
๕. พัฒนาการด้านจิตวิญญาณ (spiritual development) เป็นความสามารถในการรู้จักคุณค่าของชีวิตของตนเอง สามารถในการเลือกดำรงชีวิตในทางสร้างสรรค์เป็นประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวม มีความรู้ผิดชอบชั่วดีและมีคุณธรรม

เด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ

หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ากว่าเด็กปกติในวัยเดียวกันที่สามารถทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ เช่น เด็กอายุ ๒๐ เดือนแต่ยังเดินไม่ได้ ในขณะที่เด็กปกติเริ่มเรียนรู้ที่จะเดินและเดินได้ในช่วงอายุ ๙ - ๑๕ เดือน เป็นต้น โดยความล่าช้านั้นปรากฏให้เห็นตั้งแต่วัยทารกและวัยเด็กตอนต้น พัฒนาการล่าช้าอาจพบเพียงด้านใดด้านหนึ่ง หลายด้าน หรือทุกด้าน(global developmental delay) และพัฒนาการล่าช้าในด้านหนึ่งอาจส่งผลให้พัฒนาการในด้านอื่นล่าช้าด้วยก็ได้

ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก

ปัจจัยทางด้านชีวภาพ เกี่ยวข้องกับลักษณะทางพันธุกรรมหรือชุดหน่วยของยีนที่เด็กได้รับสืบทอดมาจากบิดามารดา

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมก่อนคลอด การติดเชื้อ สารพิษ สภาวะทางโภชนาการและการเจ็บป่วยของมารดา ส่งผลต่อพัฒนาการของตัวอ่อนในครรภ์

ปัจจัยด้านกระบวนการคลอด การเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด เช่น ภาวะขาดออกซิเจนในระยะคลอด

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมหลังคลอด สภาวะหลังคลอด ปัจจัยด้านระบบประสาท และสภาพแวดล้อมส่งผลร่วมกันต่อพัฒนาการของเด็ก เด็กที่ไม่มีบิดามารดา หรือเด็กที่ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แออัด ยากจน เด็กถูกทอดทิ้ง-ล่วงละเมิด ปัจจัยด้านการศึกษา เซาว์นปัญญา และความสามารถของมารดา ในการจัดสภาพการเรียนรู้ของเด็ก

สาเหตุที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางพัฒนาการ

๑. โรคพันธุกรรม เด็กจะมีพัฒนาการล่าช้ามาตั้งแต่เกิดหรือสังเกตได้ช่วงระยะไม่นานหลังเกิด มักมีลักษณะผิดปกติแต่กำเนิดร่วมด้วย กลุ่มอาการดาวน์เป็นความผิดปกติของโครโมโซมซึ่งเป็นสาเหตุของความบกพร่องทางพัฒนาการหรือภาวะบกพร่องทางสติปัญญาที่พบบ่อยที่สุด ในปัจจุบันมีโรคทางพันธุกรรมที่เป็นสาเหตุของความบกพร่องทางพัฒนาการอีกหลายโรคซึ่งมีลักษณะจำเพาะและการตรวจโครโมโซมด้วยวิธีธรรมดาไม่พบผลปกติ ได้แก่ กลุ่มอาการโครโมโซมเอกซ์เปราะ (Fragile X syndrome), กลุ่มอาการพราเดอร์ - วิลลี (Prader-Willi syndrome) และ velocardiofacial syndrome เป็นต้น

ในประเทศไทยปัจจุบันเริ่มมีการตรวจยืนยันการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการได้ velocardiofacial syndrome ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่มีหัวใจผิดปกติ เพดานโหว่ และพัฒนาการล่าช้าโดยเฉพาะทางภาษา สามารถให้คำวินิจฉัยได้จากการตรวจโดยเทคนิคพิเศษ คือ fluorescent in situ hybridization(FISH) จะพบความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ ๒๒ ดังนั้น เด็กที่มาพบแพทย์ด้วยพัฒนาการล่าช้า หากแพทย์ตรวจพบว่ามีลักษณะผิดปกติแต่กำเนิดแม้เพียงเล็กน้อย โดยเฉพาะเด็กที่มีประวัติพัฒนาการล่าช้าในครอบครัว ควรได้รับการตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางพันธุกรรม

๒. โรคของระบบประสาท เด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการส่วนใหญ่มักมีอาการหรืออาการแสดงทางระบบประสาทร่วมด้วย ที่พบบ่อยคืออาการชัก และความตึงตัวของกล้ามเนื้อผิดปกติ ในกรณีที่เด็กมาพบแพทย์ด้วย

พัฒนาการล่าช้าและมีอาการชัก ควรถามประวัติโดยเฉพาะอายุที่เริ่มมีพัฒนาการล่าช้าและตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อวินิจฉัยแยกโรค โดยเฉพาะมีพยาธิสภาพเป็น static หรือ progressive เด็กที่มีประวัติพัฒนาการถดถอย(regression) ควรได้รับการพิจารณาส่งต่อแพทย์ทางระบบประสาทต่อไป

๓. การติดเชื้อ โรคในกลุ่มนี้ที่สำคัญคือการติดเชื้อตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เด็กมักมีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อย ศีรษะเล็กกว่าปกติ อาจมีตับม้ามโต การได้ยินบกพร่อง และต่อกระจะร่วมด้วย นอกเหนือจากการส่งซีรัมเพื่อตรวจหาหลักฐานการติดเชื้อ toxoplasma, rubella, cytomegalovirus, syphilis และ histoplasma แล้วยังควรพิจารณาส่งตรวจหาการติดเชื้อ human immunodeficiency virus ด้วย นอกจากนี้การติดเชื้อรุนแรงภายหลังเกิด เช่น สมองอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เป็นสาเหตุที่พบได้บ้าง

๔. ความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม โรคที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขไทย คือ ไทรอยด์ฮอร์โมนในเลือดต่ำ ในกรณีที่เป็นมาแต่กำเนิดและไม่ได้รับการรักษาก่อนอายุ ๒-๓ เดือน เด็กจะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติอย่างถาวรซึ่งแก้ไขไม่ได้ แม้จะให้ไทรอยด์ฮอร์โมนในภายหลัง นอกจากไทรอยด์ฮอร์โมนในเลือดต่ำ โรคอื่นๆ ในกลุ่มนี้ เช่น ความผิดปกติของกรดอะมิโนมีอัตราการเกิดโรคค่อนข้างต่ำและยังมีข้อจำกัดในการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการอยู่ จึงทำให้เด็กซึ่งมีความบกพร่องทางพัฒนาการจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคแน่นอน แม้จะมีลักษณะทางคลินิกบ่งชี้ก็ตาม ปัจจุบันการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมแต่กำเนิดมีความก้าวหน้ามาก มีการค้นพบความผิดปกติถึงส่วนย่อยของเซลล์ เช่น mitochondria, peroxisome เป็นต้น

แม้จะมีข้อจำกัดในการรักษา แต่มีบางโรคเมื่อให้การรักษาแล้วได้ผลดี เช่น biotinidase deficiency ซึ่งเด็กอาจมีอาการและอาการแสดง คือ พัฒนาการล่าช้า ผื่น ผมหร่วง ชัก และภาวะเป็นกรดในเลือด แต่บางคนอาจมาด้วยอาการชัก หรือความตึงตัวของกล้ามเนื้อน้อย (hypotonia) เพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง การใช้ biotin รักษาอาจทำให้เด็กมีอาการดีขึ้นจนเป็นปกติ ดังนั้น เมื่อตรวจพบเด็กที่มีประวัติการแต่งงานระหว่างญาติหรือบุคคลในครอบครัวที่มีความผิดปกติทำนองเดียวกัน มีประวัติพัฒนาการถดถอยโดยเฉพาะเมื่อมีการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย อาเจียน เลี้ยงไม่โต ชัก พัฒนาการล่าช้า หรือได้รับการวินิจฉัยเป็น cerebral palsy โดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เด็กเหล่านี้ควรได้รับการวินิจฉัยแยกโรคความผิดปกติแต่กำเนิดเกี่ยวกับเมตาบอลิซึมด้วย แม้หลายโรคมีพยากรณ์โรคไม่ตึง แต่ควรได้รับคำปรึกษาแนะนำเพื่อการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสมต่อไป

๕. ภาวะแทรกซ้อนระยะแรกเกิด ภาวะที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางพัฒนาการที่พบบ่อยคือการเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวแรกเกิดน้อย และภาวะขาดออกซิเจน ปัจจัยดังกล่าวอาจไม่ใช่สาเหตุโดยตรงของโรค เช่น น้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยเป็นอาการแสดงของการติดเชื้อในครรภ์ เป็นต้น

๖. สารเคมี ตะกั่วเป็นสารที่มีผลกระทบต่อเด็กและมีการศึกษามากที่สุด ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากประชาชนทั่วไปมีโอกาสได้รับสารนี้ในชีวิตประจำวันมากกว่าชนิดอื่นๆ ผลกระทบที่มีการศึกษากันมาก คือเมื่อเด็กมีระดับตะกั่วในเลือดสูงสะสมเป็นเวลานาน จะทำให้มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าคนทั่วไป

สารเคมีอีกชนิดหนึ่งที่มีผลทำให้พัฒนาการของทารกในครรภ์ล่าช้าคือ แอลกอฮอล์ ซึ่งเชื่อว่าเป็น teratogen ทารกที่เกิดมาจะมีความผิดปกติซึ่งเรียกว่ากลุ่มอาการ fetal-alcohol คือ มีตัวเล็ก ตาเล็ก hypoplasia ของริมฝีปากบนและร่องริมฝีปากบน (philtrum) หัวใจพิการแต่กำเนิด เช่น atrial septal defect และมีปัญหาด้านพัฒนาการและพฤติกรรม การที่เด็กจะเกิดกลุ่มอาการนี้หรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางมารดา ได้แก่ พันธุกรรม

ช่วงเวลาและปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่ม นอกจากนั้นยังมีสารเคมีอีกหลายชนิดที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการเด็ก ดังนั้นประวัติแหล่งที่อยู่อาศัยและอาชีพของบิดามารดาจึงมีความสำคัญในการวินิจฉัยหาสาเหตุ

๗. การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมรวมทั้งการขาดสารอาหาร ปัจจัยข้อนี้แม้จะมีผลกระทบต่อพัฒนาการตามวัยของเด็กแต่มักไม่รุนแรง ดังนั้น หากเด็กมีพัฒนาการล่าช้าค่อนข้างมาก ควรตรวจค้นหาสาเหตุอื่นร่วมด้วยเสมอ

อาการของเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ

มีพัฒนาการล่าช้าซึ่งอาจจะพบมากกว่า ๑ ด้าน ได้แก่ กล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา การใช้ภาษา ความเข้าใจภาษา การช่วยเหลือตัวเองและสังคม นอกจากนี้อาจพบความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อร่วมด้วย เช่น ปฏิกริยาสะท้อน (primitive reflex) ยังคงอยู่ไม่หายไปแม้จะถึงช่วงอายุที่ควรจะหายไป กล้ามเนื้ออ่อนนุ่มหรือเกร็ง อาจพบความผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ปัญหาการได้ยิน ปัญหาการมองเห็น

แนวทางการวินิจฉัยเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ

๑. การซักประวัติ

- ๑.๑ โรคประจำตัวต่างๆ ที่จะเป็นสาเหตุของความบกพร่องทางพัฒนาการได้ เช่น โรคลมชัก
- ๑.๒ การเจ็บป่วยในครอบครัว เช่น พัฒนาการล่าช้า ปัญหาการเรียน โรคทางระบบประสาท เป็นต้น
- ๑.๓ โรคทางพันธุกรรม เช่น มีพัฒนาการล่าช้าในครอบครัว มีการแต่งงานในเครือญาติ มีการเจ็บป่วยเสียชีวิตในญาติพี่น้องก่อนวัยอันควร
- ๑.๔ การตั้งครรภ์ของมารดาตั้งแต่ประวัติฝากครรภ์ การเจ็บป่วยระหว่างตั้งครรภ์ ประวัติการได้รับสารพิษต่างๆ เช่น สุรา บุหรี่ และสารเสพติดอื่นๆ ประวัติการใช้ยาที่มีผลต่อเด็ก
- ๑.๕ ประวัติเกี่ยวกับการคลอด เช่น อายุครรภ์ วิธีการคลอด ข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการต่างๆ น้ำหนักแรกเกิด คะแนนแอฟการ์ ภาวะคลอดลำบาก และการเจ็บป่วยต่างๆ ช่วงแรกเกิดและภาวะแทรกซ้อน
- ๑.๖ ช่วงเวลาที่พ่อแม่สังเกตเห็นว่าลูกมีพัฒนาการล่าช้าและพัฒนาการที่ล่าช้านั้นเป็นแบบถดถอยหรือไม่ เคยนั่งได้ต่อมานั่งไม่ได้
- ๑.๗ พัฒนาการที่ผ่านมา มักนิยมถามย้อนพัฒนาการที่พ่อแม่สังเกตเห็นง่าย ๆ เช่น ประวัติเกี่ยวกับพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ การคว่ำหงาย การนั่ง การคลาน การเดิน การพูด
- ๑.๘ พัฒนาการทางภาษา เช่น การเล่นน้ำลาย การเลียนเสียงพูดคุย การทำตามคำสั่ง การพูดคำแรกที่มีความหมาย การพูดสองคำที่ต่อกัน
- ๑.๙ การเล่นตามวัย การช่วยเหลือตนเอง
- ๑.๑๐ ปัญหาพฤติกรรมที่มักพบร่วมกับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้บ่อย
- ๑.๑๑ ปัญหาการกิน การนอน การขับถ่าย ซึ่งมีความสำคัญเนื่องจากมีผลโดยตรงต่อเด็กและผู้เลี้ยงดู และประวัติเกี่ยวกับความพิการต่างๆ ที่พบร่วมได้ เช่น การได้ยิน การมองเห็นที่ผิดปกติ
- ๑.๑๒ ประวัติอื่นๆ ที่น่าจะมีประโยชน์ในการประเมินสถานะแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลเด็ก เช่น สถานภาพ การสมรสของบิดามารดา ระดับการศึกษาของบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู ความคาดหวังที่มีต่อเด็กของครอบครัว เศรษฐฐานะของครอบครัว การได้รับบริการต่างๆ ทางสังคม เช่น การกระตุ้นพัฒนาการ การฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด การขึ้นทะเบียนเด็กพิเศษ เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปเมื่อซักประวัติแล้วจะทำให้สามารถบอกได้ว่า

๑. ลักษณะพัฒนาการล่าช้าดังกล่าวเป็นแบบคงที่ (static) หรือถดถอย (progressive encephalopathy)
๒. เด็กมีระดับพัฒนาการช้าจริงหรือไม่ อย่างไร อยู่ในระดับไหน
๓. มีข้อบ่งชี้ว่าจะมีสาเหตุจากโรคทางพันธุกรรมหรือไม่
๔. สาเหตุของความบกพร่องทางพัฒนาการนั้นเกิดจากอะไร
๕. ขณะนี้เด็กได้รับการช่วยเหลือและฟื้นฟูอย่างไร

๒. การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายที่สำคัญและอาจสัมพันธ์กับความบกพร่องทางพัฒนาการ ได้แก่

- ๒.๑ ตรวจร่างกายทั่วไปทุกระบบ และการเจริญเติบโตที่อาจบ่งชี้สาเหตุที่ทำให้เด็กมีความบกพร่องทางพัฒนาการได้ เช่น ตรวจดูลักษณะผิดปกติของรูปร่างหน้าตา หรือ dysmorphic features ทั้ง major dysmorphic, minor dysmorphic พบได้ในเด็กที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม
- ๒.๒ ภาวะตัวม้ามโต ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะ inborn error บางชนิด
- ๒.๓ ผิวหนัง เช่น cutaneous markers ได้แก่ café-au-lait spots บ่งถึง tuberous sclerosis ซึ่งเป็นสาเหตุของพัฒนาการล่าช้าได้
- ๒.๔ ระบบประสาทต่างๆ โดยละเอียดและวัดรอบศีรษะด้วยเสมอเพื่อที่จะสามารถตรวจพบเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการที่มีความรุนแรงไม่มากนัก
- ๒.๕ ดูลักษณะของเด็กที่ถูกทารุณกรรม (child abuse) เพราะเด็กพิเศษถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงอย่างหนึ่ง
- ๒.๖ ระบบการมองเห็นและการได้ยินเพราะเป็นความพิการซ้ำซ้อนที่พบร่วมได้บ่อย

๓. การสืบค้นทางห้องปฏิบัติการ

๓.๑ การตรวจทางห้องปฏิบัติการพันธุกรรม (genetic laboratory test)

๓.๑.๑ การตรวจโครโมโซมมาตรฐาน (standard chromosomal analysis) ซึ่งมีข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจโครโมโซมที่พบบ่อยมีดังนี้

- สงสัยความผิดปกติของโครโมโซมในผู้ป่วยหรือญาติชั้นที่ ๑ (first degree relative ซึ่งได้แก่ บิด มารดา พี่น้อง)
- มีความผิดปกติแต่กำเนิดของอวัยวะหลายส่วน (multiple congenital anomalies) หรือมีความผิดปกติแต่กำเนิดของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งร่วมกับพัฒนาการล่าช้า หรือเติบโตช้าผิดปกติ
- ประวัติแท้งในขณะครรภ์อ่อน (หรือในช่วง ๓ เดือนแรกของการตั้งครรภ์) หลายครั้ง
- ซีกใดซีกหนึ่งของลำตัวมีขนาดใหญ่กว่าอีกซีกหนึ่ง (hemihypertrophy) มีปานดำหรือปานขาวขนาดใหญ่ (patchy hypo/hyperpigmentation) ซึ่งไม่ชัดเจนว่าเป็นกลุ่มอาการใด

๓.๑.๒ การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent In-Situ Hybridization (FISH)

ใช้ตรวจความผิดปกติที่เกิดจากการที่ชิ้นส่วนเล็ก ๆ ของโครโมโซมขาดหายไป (microdeletion)

๓.๑.๓ การตรวจดีเอ็นเอ เป็นการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคที่เกิดจากความผิดปกติใน ระดับอนุพันธุศาสตร์ เช่น กลุ่มอาการโครโมโซมเอกซ์เปราะ อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะตรวจด้วยเทคนิคพิเศษแบบใด จำเป็นต้องตรวจโครโมโซมมาตรฐานควบคู่ไปด้วยเสมอ เนื่องจากการตรวจด้วยวิธีมาตรฐานเป็นการดูภาพรวมของสาร

พันธุกรรม ส่วนเทคนิคพิเศษ

อื่น ๆ ดูได้เพียงบางจุดที่สงสัยว่าจะเป็นสาเหตุของกลุ่มอาการที่สงสัยเท่านั้น

๓.๒ การตรวจรังสีทางระบบประสาท (neuroimaging studies)

ในปัจจุบันผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ตรวจด้วยวิธีเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็ก (Magnetic Resonance Imaging : MRI) มากกว่าการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography : CT) เนื่องจากการเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กสามารถมองเห็นเนื้อสมองได้ชัดกว่าการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ อย่างไรก็ตามการเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กสามารถตรวจพบความผิดปกติในผู้ที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการได้ประมาณร้อยละ ๓๐ แต่ความผิดปกติดังกล่าวได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการที่เป็นสาเหตุของความบกพร่องทางพัฒนาการ (syndrome diagnosis) ได้เพียงร้อยละ ๐-๓.๕ เท่านั้น จึงควรส่งตรวจรังสีทางระบบประสาทเฉพาะในรายที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการร่วมกับมีขนาดศีรษะโตหรือเล็กผิดปกติ หรือตรวจร่างกายพบความผิดปกติของระบบประสาท

๓.๓ การตรวจทางเมตาบอลิก (metabolic testing)

แม้โรคทางเมตาบอลิกเป็นสาเหตุที่พบน้อย โดยพบเป็นสาเหตุเพียงร้อยละ ๑ แต่หากตรวจพบอาจสามารถป้องกันการเกิดอาการรุนแรงได้ การตรวจทางเมตาบอลิกควรทำในรายที่มีประวัติการแต่งงานในเครือญาติ มีพัฒนาการถดถอย มีอาการป่วยเป็น ๆ หาย ๆ โดยหาสาเหตุไม่ได้ (recurrent unexplained illness) ตั้งแต่วัยทารก มีอาการชัก หรือหมดสติ ตรวจร่างกายพบกล้ามเนื้ออ่อนนิ่ม การเจริญเติบโตช้า ใบหน้าหยาบ (coarse features) ตับม้ามโต หรือมีกลิ่นตัวผิดปกติ

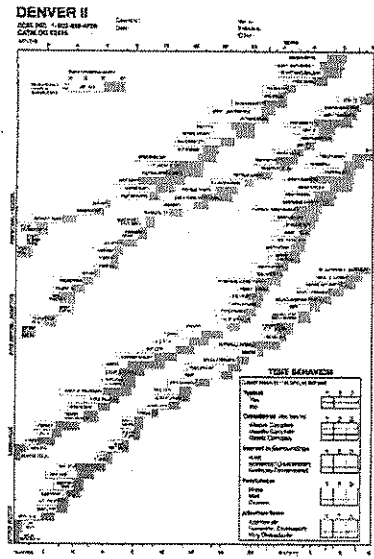
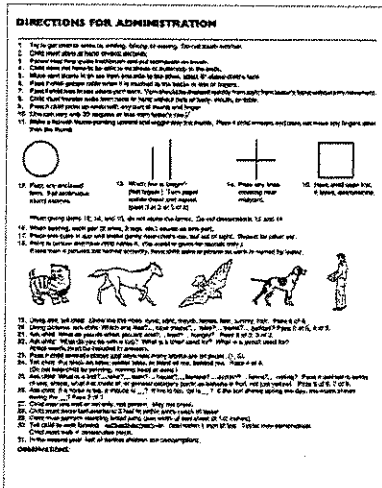
๔. การประเมินพัฒนาการ

การประเมินพัฒนาการนั้นมีความสำคัญมาก เนื่องจากการที่เราสามารถบอกได้ว่าเด็กคนไหนมีความบกพร่องทางพัฒนาการได้เร็วเท่าไรและรีบให้การวินิจฉัยและให้การรักษาและกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม ย่อมจะส่งผลดีต่อเด็กและครอบครัวในระยะยาว โดยทั่วไปการประเมินพัฒนาการแบ่งได้เป็น

๑. การประเมินแบบไม่เป็นทางการ เป็นการประเมินโดยใช้การสอบถามจากผู้ปกครอง จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความน่าเชื่อถือจากการสอบถามผู้เลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการค่อนข้างใกล้เคียงกับการใช้แบบทดสอบคัดกรองพัฒนาการในกรณีของผู้เลี้ยงดูที่ใกล้ชิดกับเด็ก และให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ ดังนั้น อาจจะเป็นหนทางหนึ่งที่จะทำให้เราเห็นพัฒนาการที่ผ่านมาอย่างต่อเนื่อง เพราะบางครั้งในทางปฏิบัติมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เราไม่สามารถประเมินพัฒนาการได้อย่างครบถ้วน เช่น พื้นอารมณ์ของเด็กที่ปรับตัวยากทำให้การแสดงออกของพฤติกรรมทางพัฒนาการไม่เต็มตามศักยภาพ อย่างไรก็ตามพึงระวังในเรื่องของการให้ข้อมูลที่มากกว่าหรือน้อยกว่าความเป็นจริง ดังนั้น กุมารแพทย์ควรสังเกตพฤติกรรมของเด็กในห้องตรวจร่วมด้วย เพื่อพิจารณาต่อว่ามีความจำเป็นต้องส่งเด็กไปตรวจพัฒนาการโดยผู้เชี่ยวชาญต่อไปหรือไม่

๒. การประเมินที่ใช้ในเวชปฏิบัติ โดยใช้แบบประเมินพัฒนาการที่มีใช้ในปัจจุบัน ดังนี้

๒.๑ แบบทดสอบ Denver II เป็นชุดที่มีการปรับปรุงใหม่เมื่อปี พ.ศ.๒๕๓๕ เป็นแบบคัดกรองซึ่งใช้กับเด็กช่วงอายุ ๑ เดือนถึง ๖ ปี ประเมินพัฒนาการ ๔ ด้าน ดังนี้



© 2001 THEODORE ROYCE, JR. & CO.

- Personal social คือ ทักษะการช่วยเหลือดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันต่างๆ รวมถึงทักษะการมีความสัมพันธ์และการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น

- Fine motor คือ การทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อมือและตาในการแก้ปัญหา

- Language คือ การได้ยิน ความเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา

- Gross motor คือ การทรงตัว และการเคลื่อนไหว

๒.๒ The Goodenough-Harris Drawing Test ใช้ทดสอบพัฒนาการเด็กอายุ ๓-๑๕ ปี

๒.๓ Gesell Drawing Test เป็นวิธีทดสอบ Visual motor perception

๒.๔ แบบทดสอบ Capute Scales (CAT/CLAMS) เป็นแบบทดสอบคัดกรองพัฒนาการที่ประกอบด้วย ข้อทดสอบด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กเพื่อการแก้ปัญหา (CAT: Cognitive Adaptive Test) และข้อทดสอบด้านความเข้าใจและการใช้ภาษา (CLAMS: Clinical Linguistic and Auditory Milestone Scales) ใช้ทดสอบเด็กที่ช่วงอายุ ๑-๓๖ เดือน

๒.๕ แบบทดสอบ Bayley Scales of Infant and Toddler Development ปรับปรุงจากแบบทดสอบ Bayley Scales of Infant Development โดยปรับปรุงเป็นครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๔๘ เป็นแบบประเมินพัฒนาการที่ค่อนข้างละเอียดมีข้อทดสอบช้อย่อยมากใช้ทดสอบเด็กช่วงอายุ ๑-๔๒ เดือน แบ่งออกเป็น ๕ ด้านคือสติปัญญา (cognitive scale) การใช้ภาษาและความเข้าใจภาษา(language scale) กล้ามเนื้อมัดเล็กและการเคลื่อนไหว(motor scale) สังคมและอารมณ์ (social-emotional scale) พฤติกรรมการปรับตัว(adaptive behavior scale)

๒.๖ แบบประเมินพัฒนาการเด็กตามคู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุแรกเกิด - ๕ ปี สถาบันราชานุกูล สามารถใช้ในการคัดกรอง ประเมินพัฒนาการและส่งเสริมพัฒนาการ

แนวทางในการดูแลรักษา

๑. หาสาเหตุที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางพัฒนาการ โดยมาพบกุมารแพทย์และแพทย์ด้านพัฒนาการเด็ก เพื่อทำการประเมินพัฒนาการเบื้องต้นและหาสาเหตุด้วยเสมอ ทั้งนี้เพราะเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการส่วนหนึ่งอาจไม่สามารถหาสาเหตุได้ ในขณะที่มีบางกลุ่มที่หาสาเหตุได้มากพอควร โดยเฉพาะมีสาเหตุจากความผิดปกติ

ที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ซึ่งจะมีประโยชน์ในด้านการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำในครอบครัว ตลอดจนติดตามและส่งต่อแพทย์เฉพาะทางหากมีข้อบ่งชี้ รวมถึงการพิจารณาให้ยาในกรณีต่างๆ

๒. การตรวจค้นหาความผิดปกติร่วม เด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติของการรับรู้ทางโสตประสาทด้านต่างๆ ร่วมด้วย เช่น การมองเห็น การได้ยินหรือความผิดปกติอื่นๆ ที่พบบ่อย เช่น ปัญหาการกิน บางคนเป็นโรคขาดสารอาหาร การขาดสารอาหารบางอย่าง เช่น ธาตุเหล็กจะมีผลโดยตรงต่อการเรียนรู้ในด้านสมาธิและความตั้งใจ

๓. การรักษาสาเหตุโดยตรง เช่น การให้ไทรอยด์ฮอร์โมน แม้ว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของความบกพร่องทางพัฒนาการจะไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่การที่สามารถสืบค้นหาสาเหตุได้อาจช่วยป้องกันความผิดปกติแทรกซ้อนที่เกิดภายหลัง หรือป้องกันการเกิดซ้ำในบุตรคนต่อไป

๔. การส่งเสริมพัฒนาการ หลักการคือพยายามทำให้มีวิธีการเดียวกับการเลี้ยงดูเด็กทั่วไปในชีวิตประจำวัน แต่อาจต้องขอยกการฝึกในบางขั้นตอน อย่างไรก็ตามถ้าประเมินแล้วพบว่าผู้เลี้ยงดูไม่มีทักษะในการฝึกควรแนะนำให้มารับบริการในสถานพยาบาล เช่น คลินิกส่งเสริมพัฒนาการหรือรับบริการในชุมชน อย่างไรก็ตามหัวใจสำคัญในการกระตุ้นพัฒนาการคือผู้เลี้ยงดูเมื่อมารับการฝึกและรับคำแนะนำตามแหล่งบริการดังกล่าว ควรนำกลับไปปฏิบัติกับเด็กอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประโยชน์สูงสุดในการส่งเสริมพัฒนาการ

๕. ให้คำปรึกษากับครอบครัวในการหาแหล่งความรู้เพิ่มเติมต่างๆ เช่น หนังสือ หรือเว็บไซต์เกี่ยวกับเด็กพิเศษ สมาคมและชมรมผู้ปกครองต่างๆ

โรคทางเดินอาหารและตับเด็ก

๑. Diarrhea อุจจาระร่วง หมายถึง ภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำ จำนวน ๓ ครั้ง/วันหรือมากกว่า หรือถ่ายมีมูกหรือปนเลือดอย่างน้อย ๑ ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำปริมาณมาก จำนวน ๑ ครั้งขึ้นไปต่อวัน ชนิดของอุจจาระ ร่วงมี ๓ แบบ ได้แก่ อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea) จะหายภายใน ๗ วัน ถ้านานเกิน ๑๔ วัน และ เกิดจากการติดเชื้อที่ลำไส้ เรียกว่า อุจจาระร่วงยืดเยื้อ (Persistent diarrhea) แต่ถ้าสาเหตุไม่ได้มาจากการติดเชื้อที่ลำไส้ เรียกว่า อุจจาระร่วงเรื้อรัง (Chronic diarrhea) ๒ สาเหตุของอุจจาระร่วงเกิดจากหลายสาเหตุ ดังนี้

๑. การติดเชื้อ เป็นสาเหตุที่พบในเด็ก จากเชื้อไวรัส ได้แก่ Rotavirus เป็นสาเหตุที่พบมากเป็นอันดับแรกในอุจจาระร่วงในเด็ก พบในเด็กอายุ ๖-๒๔ เดือน จากเชื้อแบคทีเรีย ที่พบว่าเป็นสาเหตุอุจจาระร่วงบ่อย มี ๓ ชนิด ได้แก่ e. coli, shigella และ vibrio cholera การแพร่กระจายจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง โดยการ ปนเปื้อนเชื้อที่มือ แล้วไปสัมผัสสิ่งของหรืออาหารทำให้เกิดอุจจาระร่วงได้

๒. ขาดเอนไซม์และน้ำย่อยที่สำคัญ คือ แลคเตส จะพบในเด็กที่การดูดซึมแลคโตสบกพร่อง ๓. การดูดซึมบกพร่อง เกิดในรายที่มีความผิดปกติของการทำงานในการดูดซึมน้ำและเกลือแร่ที่เยื่อ ลำไส้เล็ก อาการและอาการแสดงจะจำแนกตามสาเหตุ ดังนี้ ๑. โรคอุจจาระร่วงรุนแรงจากเชื้อ vibrio cholera มีอาการถ่ายเป็นน้ำทันที โดยไม่ปวดท้อง กล้ามเนื้ออาจเป็นตะคริวเนื่องจากการสูญเสียเกลือแร่ ๒. โรคอุจจาระร่วงจากการรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนสารพิษจากเชื้อแบคทีเรีย จะอุจจาระร่วงไม่รุนแรง แต่มีอาการอาเจียนรุนแรง และมักเป็นอาการนำมาก่อนถ่ายอุจจาระร่วง มีอาการปวดท้องแบบตะคริว (cramping) ร่วมด้วย

๓. โรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัส ในเด็กจะเกิดจากเชื้อ rotavirus ผู้ป่วยอาจมีอาการไข้ ไอ หวัด เล็กน้อย เป็นอยู่ ๑-๒ วัน

๔. โรคบิด หรือ dysenteric diarrhea ผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้จะมีไข้ $> 38.5^{\circ}\text{C}$ ประมาณ ๑-๒ วัน อุจจาระ ใน วันแรกๆ อาจมีลักษณะเหลวหรือเป็นน้ำสีเชียว

๕. การขาดน้ำย่อยแล็กเทส จากการขาดตั้งแต่แรกเกิด หรือเด็กอายุ ๒-๕ ปี หรือภายหลังการอักเสบ ของ ลำไส้ มีอาการอุจจาระร่วง ปวดท้อง มีลมมาก แน่นท้อง

๖. การแพ้โปรตีนนมวัว (cow's milk protein allergy, CMPA) พบในทารกต่ำกว่า ๑ ปี มีอาการ อุจจาระร่วงสัมพันธ์กับการเปลี่ยนนม

ภาวะแทรกซ้อนของโรคอุจจาระร่วง มีดังนี้

๑. Dehydration อาการขาดน้ำ แบ่งเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ Mild dehydration มีการขาดน้ำน้อยกว่า ๓-๕% ของน้ำหนักตัว Moderate dehydration มีการขาดน้ำ ๖-๙% ของน้ำหนักตัว Severe dehydration มีการ ขาดน้ำมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐% ของน้ำหนักตัว โดยมีการประเมินจากลักษณะและพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็ก ส่วน ของร่างกายที่แสดงให้เห็นอาการ ชัดเจนได้แก่ กระหม่อมหน้า ตา ปากและลิ้น การหายใจ ความตึงตัวของผิวหนัง สัญญาณชีพ เป็นต้น

๒. Metabolic acidosis ผลจากการสูญเสียไบคาร์บอเนต (HCO_3) ออกมาในอุจจาระ ทำให้ร่างกาย เกิด ภาวะเป็นกรด ทำให้เซลล์ต่างๆของร่างกายได้รับอาหารและออกซิเจนไม่เพียงพอ

๓. ภาวะขาดอาหาร

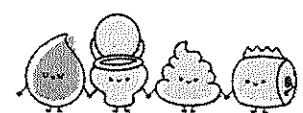
๔. ภาวะติดเชื้อ ในรายที่เป็นอุจจาระร่วงจากการติดเชื้อในทางเดินอาหาร ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ ถูกต้อง เชื้อจะลุกลามถึงระบบไหลเวียนโลหิต

๕. การเต้นของหัวใจผิดปกติ จากการเสียน้ำและ electrolyte โดยเฉพาะ potassium จะมีอาการ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ความดันต่ำ ง่วงซึม ถ้าต่ำมากมีผลต่อหัวใจเต้นเร็วขึ้น หรือไม่คลายตัว ทำให้เสียชีวิตได้ การ ตรวจวินิจฉัย ๑. การซักประวัติ ๒. การตรวจร่างกาย ๓. การตรวจอุจจาระ ส่ง stool examination, rectal swab culture ๔. การตรวจเลือด เช่น CBC, electrolyte, BUN ๕. การตรวจปัสสาวะ เพื่อวิเคราะห์ค่าต่างๆ ในปัสสาวะ และค่าความถ่วงจำเพาะ การรักษามีประเด็นใหญ่อยู่ ๓ ประการ คือ การป้องกันและรักษาภาวะขาดน้ำ ป้องกัน ภาวะทุพโภชนาการ โดยการให้อาหารระหว่างมีอาการอุจจาระร่วง และหลังจากหายแล้ว และการให้ยาปฏิชีวนะ และ ยาต้านอุจจาระร่วง

โรคท้องร่วงเฉียบพลันในเด็ก

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข





ท้องร่วงเฉียบพลัน คืออะไร



การดื่มน้ำสะอาด
1
แก้ว

3

ครั้งต่อวันเป็นเวลา



เป็นเวลาที่ไม่เกิน
7
วัน

+

อาจมีอาการ
ท้องอืดหรือ
ปวดท้อง

คือในผู้ใหญ่ที่ถ่ายอุจจาระเหลวหรือมีมูกปนเลือดหรือมีกลิ่นเหม็น

อาการอะไรที่อาจพบร่วมด้วย

- ไม่อาเจียน ปวดท้องตื้อ เบื่ออาหาร เบื่ออาหาร เบื่อรับประทานอาหาร
- อาการถ่ายอุจจาระเหลวเป็นปกติ 5-7 วันโดย มีอาการปวดท้อง
- ถ่ายอุจจาระเหลว 1 ครั้งทุก 6 ชั่วโมง ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำใสหรือขุ่น
- มีอาการปวดท้องมาก ไม่มีอันตรายใน 6 ชั่วโมง แพทย์ตรวจ ทดสอบเลือด
- ไม่มีอาการรุนแรง

รักษาอย่างไร

- รักษาภาวะขาดน้ำเป็นหลัก ให้ดื่มน้ำสะอาด
- ควรให้ดื่มน้ำสะอาดปริมาณที่เพียงพอ ไม่ควรให้ดื่มน้ำผลไม้ปั่น น้ำอัดลม หรือน้ำหวานผสมผงชูรส อาจทำให้อาการท้องร่วงรุนแรง ถ้าเด็กกินได้บ่อยๆ ควรดื่มน้ำให้ได้ประมาณ 500-800 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง 10 กก. ใน 4 ชั่วโมง

ควรดื่มน้ำสะอาดที่สะอาด สะอาดพอ

- ดื่มน้ำสะอาดที่สะอาดที่ ดื่มน้ำที่ต้มสุก ไม่ควรดื่มน้ำประปาที่ไม่ผ่านการกรอง
- ควรล้างผักผลไม้ก่อนรับประทาน ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร
- ไม่รับประทานอาหารดิบๆสดๆ เนื้อสัตว์ที่ยังมีเลือดปน เช่น เนื้อสัตว์ที่ปรุงสุกแล้วแต่ยังไม่สุกดี เนื้อสัตว์ที่ปรุงสุกแล้วแต่ยังไม่สุกดี
- สุขอนามัยที่ดี (สุขอนามัย) อาหารที่สุก หรืออาหารที่ปรุงสุกแล้วรับประทานในภาชนะที่สะอาด หรือหมักหมมอาหารที่เก็บไว้นานเกินไป ไม่ควรดื่มน้ำจากแหล่งน้ำที่ไม่สะอาด
- ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยไม่กินของดิบและเนื้อสัตว์ที่ไม่สุก
- รักษาความสะอาดของมือ และของใช้ส่วนตัว ล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร และหลังถ่ายอุจจาระ
- สามารถควบคุมการรับประทานได้ ไม่ควรดื่มน้ำแข็งจากแหล่งน้ำที่ไม่สะอาด

0 กุมภาพันธ์ 2566

๒. Gastroenteritis Gastroenteritis หรือ กระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติระบบ โรคกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ (Gastroenteritis) คือ โรคที่เกิดจากความผิดปกติระบบทางเดินอาหาร ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรคลำไส้ที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก โดยไวรัสที่พบบ่อยที่สุดคือ ไวรัสโรต้า สาเหตุการเกิดโรค ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส ได้แก่ Rota virus หรือเชื้อแบคทีเรีย การเกิดโรคมึความสัมพันธ์กับจำนวนเชื้อ ความรุนแรงของเชื้อ และภูมิคุ้มกันของเด็กที่รับเชื้อเข้าไป ซึ่งโดยปกติเชื้อโรค จะถูกทำลายโดยกรดในกระเพาะอาหาร อาการและอาการแสดง อาการที่พบได้แก่ อุจจาระร่วงเฉียบพลัน คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องอย่าง รุนแรง อาจพบไข้สูง ครั่นเนื้อครั่นตัว อ่อนเพลียและหนาวสั่นได้ การรักษา ส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามอาการ เช่น รักษาภาวะขาดน้ำ ให้ยาลดไข้ในกรณีที่มีไข้ โดยทั่วไป ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยาต้านจุลชีพ ยกเว้นในเด็กที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ทารกแรกเกิด หรือเด็กที่มีภาวะ septicemia ๖

๓. Gastritis หรือ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ หมายถึง โรคที่เกิดจากการอักเสบ บวม แดง ของเยื่อ เมื่อถูกภายในกระเพาะอาหาร เมื่อมีอาการและรักษาได้หายภายในประมาณ ๑-๓ สัปดาห์ เรียกว่า โรค กระเพาะอาหารอักเสบเฉียบพลัน แต่เมื่อมีอาการเรื้อรัง เป็นๆหายๆ นานเป็นเดือน หรือ เป็นปี เรียกว่า โรค กระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง สาเหตุของโรคกระเพาะอาหารอักเสบ เกิดจากการที่กระเพาะอาหารหลังกรดมาปริมาณมาก ซึ่งอาจเกิดจากความเครียด การได้รับยาหรือสารเคมี เช่น ยาต้านการอักเสบ หรือยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDS แอสไพริน กลุ่มสเตียรอยด์ รวมถึงสารเคมีอื่น ๆ ที่มาจากของดอง มีฤทธิ์กัดกร่อนเยื่อกระเพาะ จนเป็นสาเหตุให้ กระเพาะบางลง การติดเชื้อแบคทีเรีย เฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลรี (Helicobacter pylori: H. pylori) การติดเชื้อ ไวรัสและราบางชนิด อาการและอาการแสดงของโรคกระเพาะอาหารอักเสบ เด็กจะมีอาการปวดท้องตำแหน่งกระเพาะ อาหาร (ใต้ลิ้นปี่) เป็นๆ หายๆ มีท้องอืด แน่นอึดอัดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เมื่อเป็นมากอาจอาเจียนเป็นเลือดได้ บางรายมีถ่ายเป็นเลือดหรือถ่ายเป็นสีดำ การตรวจวินิจฉัย จากประวัติอาการ ประวัติโรคประจำตัวต่างๆ เช่น การกินยาต่างๆ ความเครียดใน ชีวิตประจำวัน/ครอบครัว การตรวจร่างกายพบมีอาการจุดเสียดที่บริเวณลิ้นปี่ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน การส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหาร ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อจากส่วนที่มีการอักเสบเพื่อจะช่วยให้การวินิจฉัยแยกโรค การรักษาโรคกระเพาะอาหารอักเสบ จะรักษาตามสาเหตุ เช่น ให้ยาปฏิชีวนะเมื่อโรคเกิดจากติดเชื้อ

เชื้อ แบคทีเรีย H. pylori หรือการปรับเปลี่ยนยาแก้ปวด เมื่อโรคเกิดจากยาในกลุ่ม NSAIDS เป็นต้น และรักษาตามอาการ เช่น ให้น้ำลดกรด ยาเคลือบกระเพาะอาหาร ยาช่วยย่อยอาหาร และยาบรรเทาอาการ ปวดท้อง เป็นต้น

๔. Cleft lip/ Cleft palate Cleft lip (ปากแหว่ง) ถ้ามองแยกกันไม่ถึงส่วนเพดานปาก จะเรียกความผิดปกตินี้ว่า ปากแหว่ง หาก เกิดที่ด้านบนของริมฝีปากในลักษณะช่องว่างเล็กๆ หรือเว้าเล็กน้อยเรียกว่า ปากแหว่งไม่สมบูรณ์ หรือปาก แหว่งบางส่วน (Partial or incomplete cleft) แต่หากรอยแยกนี้ต่อเนื่องไปถึงจมูกเรียกว่า ปากแหว่ง สมบูรณ์ (complete cleft) ปากแหว่งอาจเกิดข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้ ปากแหว่งมีสาเหตุจากการเชื่อมของ ขากรรไกรบนและส่วนยื่นจมูกด้านใกล้กลาง (medial nasal processes) เพื่อเป็นเพดานปากปฐมภูมิ (primary palate) ไม่สมบูรณ์ ปากแหว่งรูปแบบหนึ่งเรียกว่า Microform cleft ซึ่งมีความรุนแรงน้อยกว่า มีลักษณะเป็นรอย เล็กๆ บนริมฝีปากหรือมีลักษณะคล้ายแผลเป็นจากริมฝีปากไปยังจมูก ในบางรายกล้ามเนื้อหูรูดปากได้แผลเป็นนั้น ๗ อาจผิดปกติซึ่งต้องได้รับการผ่าตัด ทารกที่เกิดมาที่มีความผิดปกติดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการประเมินความ รุนแรงจากแพทย์ด้านใบหน้าและปากทันที Cleft palate (เพดานโหว่) เป็นภาวะที่แผ่นกระดูกของกะโหลกศีรษะที่ ประกอบเป็นเพดานแข็ง ๒ แผ่นไม่เชื่อมกัน เพดานโหว่มีสาเหตุมาจากความบกพร่องของการเชื่อมของส่วนยื่น เพดานปากด้านข้าง, ผนัง กลางจมูก (nasal septum), และ/หรือส่วนยื่นเพดานปากกลาง (median palatine processes) เพื่อเป็น เพดานปากทุติยภูมิ (secondary palate) ช่องที่เพดานปากที่เกิดจากเพดานโหว่ทำให้ช่อง ปากเชื่อมโดยตรงกับโพรงจมูกช่องดังกล่าวทำให้ อากาศรั่วไปยังโพรงจมูกทำให้เมื่อพูดจะเกิดเสียงก้องขึ้นจมูก ทางเลือกในการรักษาคือการบำบัดวจีเภท (Speech therapy) , การใช้อุปกรณ์เทียม, การเสริมผนังหลังคอคอหอย, การเพิ่มความยาวเพดานปาก และการ ผ่าตัด สาเหตุ ๑. กรรมพันธุ์ (Heredity) ครอบครัวที่มีพ่อแม่หรือญาติทาง ฝ่ายพ่อแม่เป็นโรคปาก แหว่งเพดานโหว่ ลูกมีโอกาสเป็นถึง ๖๐ % ๒. สิ่งแวดล้อม (Environmental agents) เช่น มารดาติดหัตถ์เยอรมัน ระหว่างตั้งครรภ์ ๓ เดือนแรก เป็นต้น อาการและอาการแสดง ๑. ทารกที่มีปากแหว่งเพียง อย่างเดียว จะไม่สามารถอมหัวนมแม่หรือจุกนมได้สนิท มีลมรั่วเข้าไปขณะดูดนม ทารกต้องออกแรงดูดนมมากขึ้น พบอาการท้องอืดภายหลังดูดนม ๒. ทารกที่มีเพดานโหว่ มักสำลักนมขึ้นจมูกและเข้าช่องหูชั้นกลางหรือสำลักนม เข้าสู่ ปอดได้ ๓. การได้ยินผิดปกติ ๔. การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น ๕. วัชหัตถ์พูด จะพูดเสียงขึ้นจมูก พูดไม่ชัด ๖. การขึ้นของฟันจะผิดปกติ การตรวจวินิจฉัย โรคปากแหว่งพบตั้งแต่ทารกแรกเกิด การตรวจทารกในครรภ์ด้วย คลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) สามารถตรวจพบได้เมื่ออายุครรภ์ประมาณ ๑๓-๑๔ สัปดาห์ สามารถยืนยัน ที่ ได้เกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ การรักษา การผ่าตัดรักษาโรคปากแหว่ง นิยมผ่าตัดโดยยึดหลัก Rule of over ten ซึ่ง ๘ หมายถึงเด็กอายุประมาณ ๑๐ สัปดาห์ น้ำหนักมากกว่า ๑๐ ปอนด์ Hemoglobin มากกว่า ๑๐% ทั่วไปเมื่อเด็ก อายุ ๑ เดือนขึ้นไปร่างกายจะมีความพร้อมผ่าตัด เนื่องจากมีระบบหัวใจหลอดเลือดและปอดสมบูรณ์ ภาวะ โภชนาการดี สามารถต่อต้านกับการติดเชื้อได้ การผ่าตัดมีหลายวิธีขึ้นกับลักษณะความพิการของเด็ก รายที่ เป็น น้อย เช่น ปากแหว่งข้างเดียวไม่มีความพิการของเหงือกการรักษาจะทำเพียงผ่าตัดเย็บริม ฝีปากเพียง ขั้นตอนเดียว นอกจากนี้การดึงรั้งริมฝีปากที่แหว่งเข้ามาชิดกันโดยการปิด Steri-strips จะเป็นการช่วยดึงรั้งให้ ริมฝีปากที่แหว่ง เจริญเข้ามาอยู่ชิดกันมากขึ้นก่อนทำการผ่าตัด ขั้นตอนต่อไปจะทำผ่าตัดเพดาน เพื่อให้มีการ พูดได้ชัดเจนใกล้เคียง ปกติมากที่สุด มีการเจริญเติบโตของใบหน้าและฟันเป็นไปอย่างสมบูรณ์ นิยมผ่าตัดเมื่อ อายุ ๖ - ๑๘ เดือน เพื่อให้ เพดานมีการเจริญเติบโตในช่วงขวบปีแรกก่อน ซึ่งเมื่อทำผ่าตัดในระยะนี้จะ ได้ผลดีภายหลังการผ่าตัด และทำก่อน เด็กเริ่มหัดพูด เมื่ออายุประมาณ ๓ ปี จะทำการผ่าตัดแก้ไขจมูกตาม ด้วยการฝึกพูดจากนักอรรถบำบัด (Speech therapist) และปรึกษาทันตแพทย์จัดฟันเมื่ออายุประมาณ ๕ ปี หลังจากนั้นหากพบมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่จะ

ผ่าตัดแก้ไข จนกระทั่งผลการรักษาผู้ป่วยมีลักษณะของริมฝีปาก จมูกและลักษณะภายในช่องปากใกล้เคียงปกติมาก ภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยเลี้ยงไม่โต พุดไม่ชัดออกเสียงขึ้นจมูก จมูกผิดปกติ ดิดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้นจากการสำลัก นอกจากนี้การสำลักนมผ่านเพดานขึ้นไปยังช่องหูชั้นกลางและท่อเยสเทเซียล จะทำให้หูชั้นกลางอักเสบเกิดหูน้ำหนวกสูญเสียการได้ยินได้ และมีฟันขึ้นผิดปกติ บิตามารดาจะรู้สึกผิด เศร้าเสียใจ ทำให้มี ปัญหาต่อการสร้างความรักความผูกพันกับทารก

๕. Tracheoesophageal fistula (T-E fistula) หมายถึง หลอดอาหารติดต่อหลอดลมคอ เป็นความผิดปกติ รูปแต่กำเนิด ที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างรีบด่วน เพื่อไม่ให้ทารกเกิดอันตรายถึงชีวิต สาเหตุ เชื่อว่ามาจากหลายปัจจัย (Multifactorial) อาจมาจากพันธุกรรม หรือ สิ่งแวดล้อม เช่น จากสารติดเชื้อ (Infectious agent) เป็นต้น ลักษณะทางคลินิก ลักษณะความผิดปกติของหลอดอาหารที่พบมากที่สุด คือ การอุดตันของหลอดอาหาร และมีทางติดต่อระหว่างหลอดอาหารช่วงล่างกับหลอดลมคอ (Esophageal atresia with distal trachea – esophageal fistula) อาการและอาการแสดง ๑. อาการน้ำลายมาก หรือน้ำลายฟูมปาก เป็นอาการที่พบแรกสุด เป็นผลมาจาก ทารกไม่สามารถกลืน น้ำลายผ่านหลอดอาหารลงไปได้ จึงทันออกมา พบได้ ๒-๓ ชั่วโมงหลังคลอด ๔ ๒. เมื่อเริ่มให้ สารเหลวทางปาก จะมีการสำลัก (Choking) ไอ (Coughing) และเขียวเกิดจากอาหารไม่ สามารถผ่านหลอดอาหาร ลงไปได้ จึงทันเข้าไปในหลอดลมคอ ซึ่งถือว่าเป็นอันตรายมาก ถ้าไม่ได้ตรวจสอบ ก่อนให้นม ๓. ท้องส่วนบนโป่ง (Upper abdominal distension) จากลมผ่าน fistula เข้าไปในกระเพาะทำให้โป่ง ขึ้นๆ จนถึงจุดหนึ่ง กระเพาะอาหารจะบีบตัวทำให้ลมและน้ำย่อยทันเข้าไปในปอด ทำให้ปอดอักเสบได้ (Chemical pneumonitis) ๔. ใส่สายยางให้อาหารไม่ได้ การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด (Prenatal diagnosis) ทารกที่มีเหตุให้ต้องสงสัยว่ามี ภาวะหลอดอาหารต้นส่วนใหญ่จะมีภาวะน้ำคร่ำมากกว่าปกติ ซึ่งเป็นการตรวจพบในระหว่างการฝากครรภ์ที่ นำไปสู่การตรวจ อัลตราซาวด์ทารกในครรภ์ พบว่าทารกที่ตรวจไม่พบ Stomach bubble ในขณะที่มารดามี ภาวะน้ำคร่ำมากกว่าปกติ การตรวจวินิจฉัยหลังคลอด (Postnatal diagnosis) ๑. จากอาการและอาการแสดง เช่น น้ำลายออกมาก หายใจลำบาก และหายใจเสียงดัง คล้ายมีเสมหะ อุดหลอดลม โดยเฉพาะทารกที่มีประวัติมารดามีน้ำคร่ำมาก ผิดปกติ ๒. โดยการใส่สายยางให้อาหารผ่านทางรูจมูกหรือทางปาก เพื่อพิสูจน์ว่ามีหลอดอาหารต้นหรือไม่ หากไม่สามารถใส่สายยางให้อาหารได้ลึกเกิน ๘-๑๐ เซนติเมตร แสดงว่าน่าจะมีการอุดตันของหลอดอาหาร เมื่อนำทารก ไปถ่ายภาพรังสีของทรวงอกรวมกับช่องท้อง จะพบสายยางให้อาหารขดอยู่บริเวณรอยต่อระหว่าง คอและทรวงอก เป็นการยืนยันการวินิจฉัย การรักษา การดูแลก่อนผ่าตัด ให้การดูแลแบบทารกแรกเกิดโดยทั่วไป คือ ให้ความอบอุ่น ให้สารน้ำทางหลอด เลือดดำให้วิตามิน เค ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อเป็นการป้องกัน และดูแลปัญหาอื่นๆ ตามสภาพ ร่างกายของทารก ยืนยันการวินิจฉัยที่แน่นอน และบอกชนิดของความผิดปกติให้ได้ประเมินสภาพปอด และแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ทารกมีความพร้อมก่อนผ่าตัด การผ่าตัดรักษา หลักของการผ่าตัดรักษาภาวะนี้ ได้แก่ ขจัด ทางติดต่อระหว่างหลอดลมคอกับทางเดิน อาหารช่วงล่าง ซึ่งมักจะทำโดยการตัดขาดจากกันและเย็บปิดช่องทาง ติดต่อที่หลอดลมคอ และต่อหลอด อาหารช่วงบนและช่วงล่างเข้าด้วยกัน ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด มักมีปัญหา แทรกซ้อนทางปอด หายใจไม่ดี อาจต้องใช้ เครื่องช่วยหายใจ อาจมีรูรั่วของรอยต่อหลอดอาหาร มักเกิดในวันที่ ๓-๔ หลังผ่าตัด ซึ่งอาจปิดได้เองเมื่อเวลา ผ่านไป อาจมีการตีบของรอยต่อของหลอดอาหาร มักใช้วิธีผ่าตัดช่วย ภายหลังผ่าตัดแล้ว ๒ สัปดาห์ และการ ๑๐ เกิดซ้ำของทางติดต่อระหว่างหลอดอาหารกับหลอดลมคอ (Recurrent fistula) ถ้าพบว่ามีต้องแก้ไขใหม่ หรือ มีการไหลย้อนของสิ่งคัดหลั่ง และอาหารจากกระเพาะเข้าสู่หลอดอาหาร (Gastroesophageal reflux: GER)

๖. Hirschsprung's disease หรือ Congenital aganglionic megacolon (โรคลำไส้โป่งพอง) หมายถึง โรคที่เป็นความผิดปกติแต่กำเนิดของลำไส้ใหญ่ที่ขาด parasympathetic ganglion cell มาเลี้ยงผนังลำไส้ ทำให้ลำไส้ไม่มีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัด (peristalsis) ตามปกติ ทำให้เกิดลำไส้อุดตันบางส่วนหรือทั้งหมด ลำไส้ ส่วนที่ปกติ ซึ่งอยู่ติดกันจึงเกิดการโป่งพอง (hypertrophy) (ศรีสมบุญ มุสิกสุคนธ์และคณะ, ๒๕๕๕) สาเหตุการเกิดโรค เกิดจากเซลล์ต้นแบบ (Neural crest) ของเซลล์ประสาท parasympathetic ในผนังลำไส้เคลื่อนลงมาไม่ถึงไส้ตรง (rectum) ส่วนปลายสุด ทำให้ลำไส้ส่วนที่ไม่มีประสาทเกิดการหดเกร็งและไม่มีการบีบรัด ทำให้อุจจาระเคลื่อนผ่านไปไม่ได้เสมือนเกิดลำไส้อุดตัน อาการและการแสดงโรคลำไส้โป่งพอง เด็กจะไม่ถ่ายขี้เทาภายใน ๒๔ หรือ ๔๘ ชั่วโมงแรกหลังคลอด ท้องอืด หน้าท้องโตตึง อาเจียน เมื่อได้รับการสวนอุจจาระ อาการดังกล่าวจะดีขึ้น ในเด็กโตจะมีประวัติ ท้องผูกเรื้อรัง ท้องอืด เบื่ออาหาร กินอาหารได้น้อย เลี้ยงไม่โต มีภาวะทุพโภชนาการ กลืนหายใจเหมือนต้องสวนอุจจาระหรือใช้ยาระบายเป็นประจำ มีอาการลำไส้อักเสบเรื้อรัง อุจจาระเป็นสีดินโคลน กลืนเหม็น ท้องผูกสลับท้องเสียหรืออุจจาระร่วงอย่างรุนแรง การตรวจวินิจฉัย จากการตรวจร่างกาย พบท้องอืด เมื่อตรวจทางทวารหนัก (rectal examination) จะพบว่ารูทวารหนักบีบรัดนิ้วผู้ตรวจ เมื่อเอานิ้วออก จะพบอุจจาระและลมพุ่งตามนิ้วมือออกมา หน้าท้องจะโป่งใสจนเห็นเส้นเลือดดำขยายตัวได้ทั่วไป หรืออาจเห็นการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่หน้าท้อง และมีอาการปวด ท้องขณะลำไส้บีบตัว สำหรับการตรวจพิเศษ จะมีการตรวจหลายแบบ ได้แก่ การตรวจทางทวารหนัก โดยใส่ สายยางแดงสวนที่ก้นและดึงออกจะพบขี้เทาลักษณะปกติหรือขี้เทาพร้อมกับผายลม การทำ plain abdominal x-ray พบลำไส้โป่งพองบริเวณลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายและบริเวณลำไส้ส่วน sigmoid ทำ barium enema พบ transitional zone การตรวจวัดความดันภายในทวารหนักลำไส้ตรงและลำไส้เร็คโตซิกมอยด์ (anorectal manometry) พบว่าเมื่อขยายลำไส้ตรงโดยเพิ่มความดัน จะพบรูทวารหนักชั้นในไม่คลายตัว วิธีนี้มีความแม่นยำสูงถึง ๙๐% การทำ suction rectal mucosa เพื่อตรวจหา acetylcholine esterase และ การตรวจชิ้นเนื้อ (Rectal biopsy) การรักษาแบ่งเป็น ๓ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ ลดการอุดตันลำไส้ เพื่อลดขนาดของลำไส้ที่โป่งพอง และลดการอักเสบติดเชื้อของลำไส้ ด้วยวิธีการสวนระบายอุจจาระ (rectal irrigation) โดยใส่สาย rectal tube และสวนล้างด้วย NSS ๒๐ ml/kg โดย ไม่เกิน ๕๐ ml/kg และการผ่าตัดทวารเทียม (colostomy) เพื่อระบายอุจจาระ ๑๑ ระยะที่ ๒ การทำผ่าตัด เพื่อแก้ไขสาเหตุของโรค โดยการผ่าตัดลำไส้ส่วนที่ขาดประสาทออก และ ต่อปลายลำไส้ที่ติส่วนที่เหลือเข้าด้วยกัน มีหลายวิธี ได้แก่ Swenson operation, Duhamel operation, Soave operation, Transanal endorectal pull-through ระยะที่ ๓ ผ่าตัดปิดทวารเทียม เพื่อให้เด็กถ่ายอุจจาระออกทางทวารหนักเหมือนเด็กปกติ

๗. Intussusception หรือ ภาวะลำไส้กลืนกัน หมายถึง ภาวะที่ลำไส้ส่วนต้นเคลื่อนตัวเข้าไปในลำไส้ส่วน ปลายกว่าตำแหน่งที่พบมากที่สุด คือลำไส้เล็กส่วนปลายโอเลียม (ileum) เคลื่อนตัวเข้าหาส่วนที่รับการกลืน ได้แก่ ลำไส้ใหญ่ (colon) (ศรีสมบุญ มุสิกสุคนธ์และคณะ, ๒๕๕๕) เข้าไปอยู่ในอีกส่วนหนึ่งของลำไส้ ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ เป็นภาวะ พบได้บ่อยที่สุดในเด็กกลุ่ม ที่มีอายุระหว่าง ๓ เดือนถึง ๑ ปี สาเหตุยังไม่ทราบว่าจะอะไรเป็นสาเหตุแต่ในบางรายพบว่าอาจเกิดขึ้นหลังการติดเชื้อของลำไส้ หรือจาก การที่มีความผิดปกติในผนังของลำไส้เล็กที่เป็นมาตั้งแต่กำเนิด เช่น ก้อนติ่งเนื้อ (Polyps) หรือ กระพุ้งของ ลำไส้ (meckel's diverticulum) อาการและอาการแสดง อาการปวดท้องจะค่อนข้างรุนแรงเป็นพักๆ ทำให้เด็กมี อาการกรีดร้อง ตัวงอ เป็นพักๆได้ อาการอาเจียน ก็เป็นอาการเด่นอีกอันหนึ่ง บางครั้งเด็กจะมีอาเจียนรุนแรง ดูหน้าซีดๆ สลับกับ อาการปวดท้อง ในรายที่เป็นมาก อาจพบว่าเด็กมีถ่ายเป็นมูกเลือด สีแดงๆ เหมือนเยลลี่ด้วย การตรวจวินิจฉัย จากการซักประวัติตรวจร่างกาย พบอาการ

ปวดท้อง อาการท้องอืด อาการถ่ายเป็น มูกปนเลือดสีค่อนข้างสดลักษณะคล้าย currant jelly การตรวจทางรังสีวิทยา จะทำ plain film acute abdomen และ Barium enema (BE) เห็นลักษณะลำไส้ที่ถูกกลืนเห็นเป็นเงาโค้ง (crescent sign) และเห็น แบริยมแทรกอยู่ระหว่างลำไส้ที่ถูกกลืนเห็นลักษณะเหมือนขดลวดที่เรียกว่า coil-spring sign การรักษา ๑. การรักษาโดยไม่ผ่าตัด (non-operative treatment) ได้แก่ Hydrostatic reduction โดยการสวนแบรียมหรือ NSS เข้าทางทวารหนัก โดยการสวนแบรียมจะไปดันให้ลำไส้กลืนกันออกจากกัน โดยดันจุด นำให้ถอยร่นกลับไป การสวนแบรียมไม่ทำในผู้ป่วยที่ มีการแตกทะลุของทางเดินอาหาร หรือเยื่อช่องท้อง อักเสบแล้ว และ Pneumatic reduction เป็นการใช้แรงดันอากาศแทนการสวนแบรียม ข้อดีของการใช้แรงดัน อากาศคือไม่เกิดการติดกร็งของแบรียมถ้าลำไส้มีการแตกทะลุ ๒. การรักษาโดยการผ่าตัด (operative treatment) ทำโดยการผ่าตัดเปิดหน้าท้องเด็ก แล้วใช้มือรูด จากด้านปลาย เพื่อดันส่วนนำให้ถอยออกไปจนลำไส้หายกลืนกัน (manual reduction) ในกรณีที่ดันไม่ออก ๑๒ หรือผนังลำไส้มีการตาย แพทย์จะตัดลำไส้ที่กลืนกันออกและเชื่อมต่อปลายลำไส้เข้าหากัน (resection with end to end anastomosis)

๘. Imperforate anus Imperforate anus หมายถึง ความพิการแต่กำเนิดของทวารหนัก อาจเป็นแบบไม่มีรูเปิดออกภายนอก (Imperforate anus) หรือมีรูเปิดผิดไปจากตำแหน่งปกติ เช่น รูเปิดอยู่บริเวณฝีเย็บ รูเปิดต่อกับท่อปัสสาวะ สิ่งสำคัญที่จำเป็นต้องทราบ ก่อนจะให้การรักษา ได้แก่ ความพิการนั้นเป็นระดับ ไหน มีช่องเปิด (Fistula) เข้าสู่อุ้งยวะใดหรือไม่ และที่ตำแหน่งใด มีความพิการอื่นๆ ร่วมด้วยหรือไม่ ชนิดของความพิการแบ่งตามระดับของ Rectal pouch โดยเทียบกับระดับของ กล้ามเนื้อ Levator ani ๑) Low (Infralevator) type เป็นชนิดที่ rectal pouch ผ่านกล้ามเนื้อ Levator ani ลงมา และมักจะอยู่ใกล้กับผิวหนัง หรือตำแหน่งปกติของทวารหนัก ๒) Intermediate (Translevator) type เป็นชนิดที่ Recta pouch อยู่ในระดับเดียวกับ Levator ani ๓) High (Supralevator) type เป็นชนิดที่ rectal pouch อยู่เหนือระดับ Levator ani Diagnosis ในอดีต เด็กส่วนมากมาด้วยปัญหาของลำไส้ใหญ่ส่วนล่างอุดตัน คือไม่ถ่ายอุจจาระ หรือ Meconium ท้องอืด และอาเจียน แต่ในปัจจุบัน ส่วนมากวินิจฉัยได้ตั้งแต่แรกคลอด โดยการตรวจร่างกาย จะไม่พบรูเปิด ของทวารหนัก ในตำแหน่งปกติ หลักในการวินิจฉัยเพื่อการรักษาคือ ให้แยกว่าเป็นความพิการระดับต่ำหรือสูง ซึ่งสามารถแยกได้จาก ลักษณะทางคลินิก และการตรวจพิเศษเพิ่มเติม ในบางรายที่จำเป็น Perineum มักจะเรียบ และไม่มีสันนูน หรือรอยจิบ ตรวจพบว่าปลายท่อปัสสาวะมี Meconium ติดอยู่ การรักษาควรดูแลทารกให้มีการหายใจดีขึ้นก่อน จึงค่อยทำการผ่าตัด ๑) การดูแลรักษา ก่อนผ่าตัด การเตรียมทารกก่อนการผ่าตัด อาจใช้เวลาประมาณ ๒๔ ชั่วโมงหรือ มากกว่านี้ ก่อนการผ่าตัดจะต้องดูแลสภาพทั่วไปของทารกให้พร้อมก่อน ๒) การผ่าตัด ส่วนมากนิยมผ่าตัดผ่านทางช่องท้อง เพราะสามารถดึงอุ้งยวะในช่องท้องกลับมาได้ง่าย สามารถมองเห็นรูโหว่ของกะบังลมได้ชัดเจน เย็บซ่อมแซมได้ง่าย และยังสามารถแก้ไขความพิการอื่นของ ระบบทางเดินอาหารที่เกิดร่วมได้ด้วย ๓) การดูแลหลังการผ่าตัด จะต้องทำทางเดินหายใจทารกให้เป็นอัมพาตและใช้เครื่องช่วยหายใจต่อไป ระยะเวลาหนึ่ง

๙. Diaphragmatic Hernia เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของสร้างกะบังลม ทำให้เกิดช่องว่างขึ้นและ เป็นจุดที่ทำให้อุ้งยวะภายในช่องท้อง เคลื่อนเข้ามาอยู่ในทรวงอก การย้ายที่ของอุ้งยวะ ภายในช่องท้องมัก เกิดขึ้นตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดา ดังนั้นจึงเป็นสาเหตุ ที่ขัดขวางการเจริญเติบโตของปอดข้างนั้นทำให้เกิด Pulmonary hypoplasia อาการและอาการแสดง เด็กจะมีอาการหายใจลำบาก และหายใจเร็วจากการที่มี ขนาดของปอดเล็ก และมีค่าความเป็นกรดใน กระแสเลือด หน้าท้องของทารกแฟบ เนื่องจากอุ้งยวะ ทางช่อง ท้องเคลื่อนตัวเข้าไปอยู่

ในช่องอก ร่วมกับได้ยินเสียงหัวใจอยู่ทาง ด้านขวา การตรวจวินิจฉัย ภาพถ่ายรังสีทรวงอก แต่ต้องวินิจฉัยแยกโรค กับโรคกะบังลม หย่อนตั้งแต่ กำเนิด (Congenital eventration of the diaphragm) การรักษาในระยะแรกคือ การประคับประคองให้ผู้ป่วยมี ความเสถียรของการหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิตและค่าความเป็นกรดต่าง ใน กระแสเลือดดีขึ้นก่อน เวลาที่เหมาะสมของการผ่าตัดคือ เมื่อใดที่ความดันของเลือดและ ความต้านทานการไหลของ เลือดในปอดลดลงแล้ว หรือมีความคงที่ในระดับ หนึ่ง โดยประเมินจากการแผ่รังสีของอวัยวะของอกซีเจนใน กระแสเลือด การเปลี่ยนแปลงของ lung compliance โดยประเมินจากค่า minute ventilation ที่ดีขึ้น จึงจะนำ ผู้ป่วยไปทำการ ผ่าตัดเพื่อย้ายอวัยวะ ของช่องท้องที่อยู่ในทรวงอกกลับสู่ช่องท้องและปิด ช่องโหว่ที่กะบังลมได้

โรคข้อในเด็ก

โรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กหรือ JIA เป็นโรคเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งเกิดจากการอักเสบของข้อที่คงอยู่นาน ซึ่ง ประกอบด้วยอาการเจ็บข้อ บวม และข้อติด คำว่า "ไม่ทราบสาเหตุ" แปลว่าไม่สามารถบอกสาเหตุของการเกิดโรค ได้ ส่วนคำว่า "ในเด็ก" หมายความว่าโรคนี้จะต้องเกิดขึ้นก่อนเด็กคนนั้นมีอายุ ๑๖ ปี โรคที่ไม่หายถึงแม้จะรักษา ด้วยยาที่เหมาะสมแล้วก็ตาม แต่สามารถทำให้อาการของผู้ป่วยและผลทางห้องปฏิบัติการดีขึ้นได้ อีกทั้งโรคเหล่านี้เมื่อเราให้การวินิจฉัยแล้ว เราจะไม่สามารถทำนายได้ว่าเด็กจะเจ็บป่วยนานแค่ไหน

โรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก เป็นโรคที่พบได้น้อย พบประมาณ ๑-๒ รายต่อประชากรเด็ก ๑,๐๐๐ ราย

ในภาวะปกติระบบภูมิคุ้มกันของเราจะปกป้องเราจากการติดเชื้อโรคต่างๆ เช่น เชื้อไวรัสหรือแบคทีเรีย ภูมิคุ้มกัน ของเราจะมีความสามารถในการแยกแยะได้ว่าอะไรที่เป็นสิ่งแปลกปลอมที่อันตรายซึ่งควรจะทำลายหรืออะไรที่มาจาก เซลล์ของเราเอง ภาวะข้ออักเสบเชื่อว่าเกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันของเรา เมื่อระบบภูมิคุ้มกัน ของเราไม่สามารถแยกแยะได้ว่าสิ่งไหนที่เป็นสิ่งแปลกปลอมและสิ่งไหนที่เป็นเซลล์ของเราเอง ภูมิคุ้มกันจึงทำลาย ส่วนที่เป็นของเราเอง ทำให้เกิดการอักเสบขึ้น เช่น การอักเสบที่เยื่อข้อ ด้วยเหตุผลนี้ โรคข้ออักเสบไม่ทราบ สาเหตุในเด็กจึงถูกเรียกว่าโรคภูมิคุ้มกันทำลายตัวเอง ซึ่งหมายความว่า ภูมิคุ้มกันของเราได้ทำลายตัวเรานั้นเอง อย่างไรก็ตาม เหมือนโรคอักเสบเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งยังไม่ทราบกระบวนการการเกิดโรคที่แน่ชัด โรคนี้ไม่ใช่โรคที่ถ่ายทอด ทางพันธุกรรมเนื่องจากไม่ได้ส่งต่อจากพ่อหรือแม่สู่ลูก อย่างไรก็ตามมีปัจจัยทางพันธุกรรมบางอย่างที่ยังไม่ค้นพบซึ่ง เกี่ยวข้องกับโรค นักวิทยาศาสตร์เชื่อว่าโรคนี้เป็นผลจากสองปัจจัย ได้แก่ ความผิดปกติทางพันธุกรรมและการ กระตุ้นด้วยปัจจัยแวดล้อมบางอย่าง เช่น ภาวะการติดเชื้อ ถึงแม้จะมีปัจจัยทางพันธุกรรมมาเกี่ยวข้อง แต่การพบว่ามีเด็กสองคนในครอบครัวเดียวกันป่วยเป็นโรคนั้นพบได้น้อยมาก การวินิจฉัยโรคนี้ได้เมื่อพบว่ามีการอักเสบของข้อ เป็นระยะเวลาานาน และต้องตัดสาเหตุหรือโรคอื่นเรียบร้อยแล้ว ไม่ว่าจะจากการซักประวัติ ตรวจร่างกายหรือตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ โรคนี้จะเกิดขึ้นเมื่อเด็กมีอายุน้อยกว่า ๑๖ ปี และอาการจะคงอยู่นานถึง ๖ สัปดาห์ และต้องตัด สาเหตุอื่นๆที่ทำให้เกิดข้ออักเสบทิ้งไป สาเหตุที่ต้องใช้ ๖ สัปดาห์เป็นเกณฑ์เนื่องจากมีภาวะที่เกิดข้ออักเสบชั่วคราว จากสาเหตุอื่นๆ ร่วมด้วยได้ เช่น การติดเชื้อต่างๆ เป็นต้น ดังนั้นโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุนี้จะรวมถึงภาวะข้อ อักเสบเรื้อรังที่หาสาเหตุไม่ได้และการเกิดโรคเริ่มต้นขึ้นในวัยเด็ก

เยื่อข้อคือเยื่อบางๆที่เป็นส่วนหนึ่งของปลอกหุ้มข้อต่อ ซึ่งในภาวะข้ออักเสบเยื่อนี้จะหนาตัวขึ้น ตามมาด้วยเซลล์ และเนื้อเยื่อที่อักเสบ ซึ่งนำไปสู่การสร้างน้ำในข้อ ทำให้ข้อบวม ปวดและขยับได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น อาการที่บ่ง

บอกถึงภาวะข้ออักเสบอาการหนึ่งก็คือ ภาวะข้อติดซึ่งมักเกิดขึ้นในช่วงเช้า อาการนี้มักจะเกิดภายหลังจากพักข้อ เป็นเวลานาน เด็กที่ป่วยจะพยายามลดการปวดข้อโดยงอข้อนั้นๆ เรียกกันว่า "ท่าลดปวด" ถ้าคงยังอยู่ในท่านี้นาน (โดยปกติมากกว่า ๑ เดือน) ท่านี้จะนำไปสู่การหดเกร็งตัว (สั้นลง) ของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น ทำให้เกิดการผิดรูป ของข้อในท่างอ ถ้าไม่รักษาอย่างถูกต้อง การอักเสบของข้อจะทำให้เกิดการทำลายข้อผ่านสองกระบวนการ หนึ่งคือ เยื่อข้อหนาตัวจนมีลักษณะคล้ายก้อน (หรือที่เราเรียกกันว่า pannus) และมีการหลั่งสารต่างๆ ที่ทำให้เกิดการทำลายกระดูกและกระดูกอ่อน หากดูจากภาพเอกซเรย์จะพบว่า มีลักษณะคล้ายหลุมที่เรียกว่าการกัดกร่อนของ กระดูก การที่ผู้ป่วยอยู่ในท่างอเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดกล้ามเนื้อลีบ (ซึ่งเกิดจากเสียมวลกล้ามเนื้อ) การเหยียด หรือ การหดตัวของกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดการผิดรูปของข้อในท่างอ

โรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก ชนิดอื่น มีโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุอยู่หลายชนิด การแบ่งกลุ่ม อาศัยจำนวนข้อที่อักเสบเป็นหลัก (ข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดข้อน้อย หรือ ข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุชนิด หลายข้อ) และโดยดูอาการอื่นร่วม เช่น ไข้, ผื่นและอื่นๆ (ดูในย่อหน้าต่อไป) การวินิจฉัยว่าเป็นชนิดใดทำได้โดยการ สังเกตอาการในช่วง ๖ เดือนแรก ด้วยเหตุผลนี้การอาการเริ่มแรกที่เป็นจึงช่วยในการแยกชนิด

- โรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดซิสเต็มมิก

ซิสเต็มมิก(systemic)หมายถึงมีความเกี่ยวข้องกับหลายอวัยวะในร่างกายนอกเหนือจากอาการข้ออักเสบ

โรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดซิสเต็มมิก มีลักษณะอาการ ไข้, ผื่น และการอักเสบของระบบต่างๆ ของ ร่างกายอย่างมาก ก่อนที่จะมีข้ออักเสบหรือระหว่างที่มีข้ออักเสบ มีไข้สูงและผื่นขึ้นช่วงที่มีไข้สูง อาการอื่นๆที่พบ ร่วม ปวดกล้ามเนื้อ ตับโต ม้ามโต ต่อมน้ำเหลืองโต การอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจ และเยื่อหุ้มปอด ข้ออักเสบ มักพบ มากกว่า ๕ ข้อขึ้นไป อาจพบตั้งแต่ช่วงเริ่มแรกของโรคหรือเกิดขึ้นภายหลังได้ โรคนี้พบได้ในเด็กชายและหญิงทุกอายุ แต่มักพบบ่อยช่วงวัยเด็กเล็กและวัยก่อนเข้าโรงเรียน

ผู้ป่วยจำนวนประมาณครึ่งหนึ่ง อาการไข้และข้ออักเสบจะหายไปภายในช่วงระยะเวลาหนึ่งและผู้ป่วยประเภทนี้มัก มีการพยากรณ์โรคระยะยาวที่ดี ผู้ป่วยที่เหลือ อาการไข้มักค่อยๆดีขึ้นขณะที่อาการข้ออักเสบจะเด่นมากขึ้นและ บางครั้งยากต่อการรักษา ผู้ป่วยจำนวนน้อยที่มีทั้งอาการไข้และข้ออักเสบอยู่ตลอด โรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุใน เด็กชนิดซิสเต็มมิกพบน้อยกว่า ๑๐% ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กทั้งหมด

- โรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดหลายข้อ

โรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดหลายข้อ เป็นโรคที่มีลักษณะข้ออักเสบมากกว่า ๕ ข้อในช่วง ๖ เดือนแรก ของโรค และไม่มีไข้ การตรวจเลือดเพื่อดูค่าอักเสบรูมาตอยด์ เพื่อใช้แยกชนิดของโรค คือ ชนิดค่าอักเสบรูมาตอยด์ ให้ผลลบและค่าอักเสบรูมาตอยด์ให้ผลบวก

โรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดหลายข้อที่มีค่าอักเสบรูมาตอยด์ให้ผลลบ ชนิดนี้พบน้อยในเด็ก (น้อยกว่า ๕%ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กทั้งหมด) โรคนี้คล้ายกับโรครูมาตอยด์ในผู้ใหญ่ โรคนี้มักมีข้อ อักเสบเหมือนกันทั้งสองข้าง เริ่มแรกบริเวณข้อนิ้วมือ และนิ้วเท้า หลังจากนั้นลามไปที่ข้ออื่น มักพบในผู้หญิง มากกว่าผู้ชาย และเริ่มมีอาการหลังอายุ ๑๐ปีส่วนใหญ่มีอาการข้ออักเสบที่รุนแรง

โรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดหลายข้อ ที่มีค่าอักเสบรูมาตอยด์ให้ผลลบ ชนิดนี้พบประมาณ ๑๕-๒๐% ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กทั้งหมด สามารถพบในเด็กทุกอายุ มีอาการที่ข้อไหนก็ได้ โดยทั่วไปมี การอักเสบได้ทั้งข้อใหญ่และข้อเล็ก สำหรับทั้งสองชนิด การรักษาควรวางแผนไว้ตั้งแต่ต้น หรือทันทีที่ให้การ

วินิจฉัย เนื่องจากการรักษาที่เร็วและเหมาะสมนำไปสู่ผลการรักษาที่ดี แต่อย่างไรก็ตาม การทำนายการตอบสนองต่อการรักษาในช่วงแรกทำได้ยาก การตอบสนองต่อการรักษาแตกต่างกันอย่างมากในเด็กแต่ละคน

- โรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดข้อน้อย (แบบคงที่หรือแบบเพิ่มขึ้น)

โรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดข้อน้อยเป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด พบประมาณ 50% ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กทั้งหมด โรคนี้มีลักษณะมีข้อน้อยกว่า 5 ข้อในช่วง 6 เดือนแรก และไม่มีอาการทางซิสเต็มิกพบการอักเสบบริเวณข้อขนาดใหญ่ (เช่น ข้อเข่าและข้อเท้า) มักเป็นไม่เหมือนกันทั้งสองข้าง บางครั้งมีอาการเพียงข้อเดียว ในผู้ป่วยบางรายมีจำนวนข้ออักเสบมากกว่า 5 ข้อหลังจาก 6 เดือน จะเรียกว่าโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดข้อน้อยแบบเพิ่มขึ้น ถ้าหากจำนวนข้ออักเสบน้อยกว่า 5 ข้อตลอดระยะเวลาการเป็นโรคเรียกว่าโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดข้อน้อยแบบคงที่

โรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดข้อน้อยมักเกิดในเด็กอายุก่อน 6 ปี ที่เป็นเพศหญิง ด้วยการรักษาที่เหมาะสม การพยากรณ์โรคมักจะดี ในผู้ป่วยที่มีจำนวนข้ออักเสบน้อยแบบคงที่ แต่ในผู้ป่วยที่มีจำนวนข้ออักเสบน้อยแบบเพิ่มขึ้นการพยากรณ์โรคจะแตกต่างออกไปเนื่องจากสามารถกลายเป็นข้ออักเสบแบบหลายข้อได้

ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา เช่นการอักเสบของลูกตาส่วนหน้า (ม่านตาส่วนหน้าอักเสบ) แผ่นเยื่ออักเสบปกคลุมบริเวณดวงตา เนื่องจากยูเวียส่วนหน้าประกอบไปด้วยม่านตาและซิเลียรีบอดี ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจึงเรียกว่าม่านตาอักเสบเรื้อรังหรือยูเวียส่วนหน้าอักเสบเรื้อรัง ในโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก การอักเสบของม่านตามักเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปและไม่มีอาการเจ็บหรือตาแดง หากไม่ตรวจและปล่อยไว้ไม่รักษา จะมีการดำเนินโรคจนกระทั่งเกิดความเสียหายที่รุนแรงต่อดวงตา การตรวจพบได้อย่างรวดเร็วเป็นสิ่งสำคัญ เพราะส่วนใหญ่มักไม่มีอาการตาแดง และไม่บ่นเรื่องตามัว ภาวะม่านตาอักเสบจึง ไม่เป็นที่สังเกตของผู้ปกครองหรือแพทย์ผู้ดูแล ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดม่านตาอักเสบคือเป็นโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กตั้งแต่อายุน้อยและมีผล ANA (Anti-NuclearAntibody)บวก ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีความเสี่ยงสูงควรตรวจตาเป็นประจำกับจักษุแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการใช้กล้อง slit lamp ควรตรวจทุก 3 เดือนและตรวจต่อเนื่องระยะยาว

- โรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน

โรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินคือโรคที่มีการอักเสบของข้อที่มีผื่นสะเก็ดเงินร่วมด้วย ผื่นสะเก็ดเงินเป็นการอักเสบของผิวหนังที่เป็นปื้นๆและมีขุยรอบๆมักเกิดบริเวณข้อศอกและข้อเข่า บางครั้งมีรอยโรคเฉพาะที่เล็บอย่างเดียว หรือมีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสะเก็ดเงิน อาจมีผื่นนำมาก่อนหรือเกิดตามหลังการมีข้ออักเสบ ลักษณะที่สำคัญที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคนี้คือมีอาการบวมของนิ้วมือหรือนิ้วเท้า(นิ้วบวมคล้ายกับไส้กรอกหรือ dactylitis) และการเปลี่ยนแปลงของเล็บ (เล็บบวม) อาจพบญาติสายตรงลำดับแรกเป็นโรคสะเก็ดเงิน ม่านตาอักเสบเรื้อรังอาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้นควรตรวจตาเป็นประจำ

ผลของการรักษาในโรคนี้แตกต่างกันได้มาก การตอบสนองต่อการรักษาอาจแตกต่างกันทั้งทางด้านผิวหนังและข้อ หากผู้ป่วยมีข้ออักเสบจำนวนน้อยกว่า 5 ข้อการรักษาจะเหมือนกับโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดข้อน้อย หากผู้ป่วยจำนวนข้ออักเสบมากกว่า 5 ข้อ การรักษาจะเหมือนกับการรักษาข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดหลายข้อ การตอบสนองต่อการรักษาในแต่ละคนอาจแตกต่างกันเนื่องจากต้องดูการตอบสนองต่อการรักษาทั้งข้ออักเสบและผื่นสะเก็ดเงิน

- โรคข้ออักเสบที่มีอาการอักเสบของจุดเกาะเส้นเอ็นร่วมด้วย

อาการแสดงที่พบบ่อยที่สุดคือข้ออักเสบบริเวณข้อใหญ่ของรยางค์ล่าง และบริเวณ "จุดเกาะของเส้นเอ็นอักเสบ" ซึ่งคือการอักเสบของจุดที่เส้นเอ็นยึดติดกับกระดูก (ยกตัวอย่างเช่น สันเท้า เป็นต้น) โดยการอักเสบบริเวณจุดเกาะของเส้นเอ็นกับกระดูกทำให้เกิดอาการปวดได้มาก โดยส่วนใหญ่พบบริเวณสันเท้าและ บริเวณจุดเกาะของเอ็นร้อยหวาย บางครั้งผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการม่านตาอักเสบเฉียบพลันร่วมด้วย โดยอาการแสดงของม่านตาอักเสบแตกต่างกับชนิดอื่นๆของโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก คือโรคนี้นี้เด็กมักมีอาการตาแดง น้ำตาไหล สู้แสงไม่ได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผล HLAB๒๗ เป็นบวก โดยการทดสอบนี้สำหรับครอบครัวที่มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคนี้นี้ โรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดนี้มักเกิดในเด็กผู้ชายอายุมากกว่า ๖ ปี การดำเนินโรคหลากหลาย ในผู้ป่วยบางรายโรคสงบหลังจากเวลาผ่านไป ในขณะที่บางรายอาการลุกลามไปที่กระดูกไขสันหลังส่วนล่าง ข้อสะโพก กระดูกเชิงกราน หลังแข็ง อาการปวดหลังในตอนเช้าที่มีข้อติดแข็งร่วมด้วยบ่งบอกถึงการอักเสบของกระดูกสันหลัง จริงๆแล้วโรคนี้อาจคล้ายคลึงกับโรคหลังแข็งในผู้ใหญ่ หรือโรค ankylosing spondylitis นั่นเอง

การวินิจฉัยและการรักษา

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการใดที่จำเป็น?

ในช่วงการวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการบางอย่างมีประโยชน์ รวมถึงการตรวจข้อ ตรวจตา เพื่อช่วยในการบอกชนิดของโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กและบ่งบอกถึงปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ม่านตาอักเสบเรื้อรัง ค่าอักเสบรูมาตอยด์ เป็นการทดสอบเพื่อติดตามค่าแอนติบอดีในร่างกาย หากมีผลบวก และมีค่าระดับสูงอยู่นานก็เป็นตัวบ่งชี้ชนิดของโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก

การทดสอบ ANA มักให้ผลบวกในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดข้อน้อย ที่มีอาการตั้งแต่อายุน้อย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงในการเกิดม่านตาอักเสบเรื้อรัง ดังนั้นควรตรวจตาคัดกรองเป็นประจำโดยใช้เครื่อง slit lamp(ทุกๆ๓เดือน)HLAB๒๗ เป็นการตรวจระดับเซลล์ซึ่งให้ผลบวกถึง ๘๐% ของผู้ป่วยที่มีข้ออักเสบที่มีจุดเกาะของเส้นเอ็นอักเสบร่วมด้วยส่วนในคนปกติให้ผลบวกเพียง๕-๘%การตรวจอื่นๆ เช่น erythrocyte sedimentation rate (ESR) หรือ C-reactive protein (CRP) ซึ่งมีประโยชน์ในการบ่งบอกถึงการอักเสบทั่วไปอย่างไรก็ตามการวินิจฉัยและการตัดสินใจในการรักษาขึ้นกับอาการแสดงมากกว่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ในระหว่างการรักษาผู้ป่วยอาจต้องการการตรวจเลือดเป็นระยะ (เช่น การตรวจเม็ดเลือด, การตรวจการทำงานของตับ, การตรวจปัสสาวะ) เพื่อดูผลข้างเคียงของการรักษาและยาที่ใช้รักษาซึ่งผู้ป่วยอาจไม่แสดงอาการผิดปกติให้เห็น การอักเสบของข้อส่วนใหญ่ประเมินโดยการตรวจร่างกาย และบางครั้งใช้การถ่ายภาพเช่น การตรวจจูลตราชาวนัม การเอ็กซเรย์หรือการถ่ายภาพด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าเป็นระยะมีประโยชน์ในการประเมินสภาวะของการดูและการเจริญเติบโตของกระดูก เพื่อเป็นประโยชน์ในการรักษาต่อไป

- การรักษาโรคนี้นี้

ไม่มีการรักษาที่จำเพาะเจาะจงเพื่อรักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กให้หายขาด จุดประสงค์ในการรักษาเพื่อลดอาการปวด อ่อนเพลีย ข้อติดและป้องกันไม่ให้กระดูกและข้อถูกทำลาย ลดการผิดรูป และเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น เพื่อให้สามารถเจริญเติบโตได้ สำหรับโรคข้ออักเสบทุกชนิด ในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมาความก้าวหน้าอย่างมากในการรักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กเนื่องจากการนำยาที่รู้จักกันในนามสารชีวภาพมาใช้ อย่างไรก็ตามใน

ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะที่ต้องการรักษาหมายถึงโรคยังคงมีอาการมากและมีข้ออักเสบต่างๆที่ได้รับการรักษา ปัจจุบันมีแนวทางในการรักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กถึงแม้ว่าการรักษาจะขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจเลือกการรักษาก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน

หลักการรักษาคือการใช้ยาเพื่อยับยั้งอาการทางซิสเต็มิกและ/หรือการอักเสบของข้อและการทำกายภาพเพื่อ ป้องกันการผิดรูปของข้อเพื่อให้ข้อต่างๆทำงานได้ตามปกติ

การรักษาค่อนข้างซับซ้อนและต้องการความร่วมมือของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลายฝ่าย (กุมารแพทย์โรคข้อและรูมาติส ซัม, ศัลยแพทย์กระดูก, นักกายภาพบำบัด, จักษุแพทย์)

ส่วนถัดไปจะกล่าวถึงการรักษาในปัจจุบันของโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก ข้อมูลจำเพาะเกี่ยวกับยาบางตัว สามารถดูได้ในส่วนของยาที่ใช้ในการรักษาข้างล่าง อย่างไรก็ตามการอนุมัติให้ใช้ยาในแต่ละประเทศมีความแตกต่าง กันดังนั้นไม่ใช่ยาทุกชนิดในรายการยาข้างล่างที่สามารถใช้ได้ในทุกประเทศ

ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์เป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กทุกชนิด และโรคทางรูมาติกในเด็กโรคอื่นๆด้วยเป็นยาที่ช่วยในการลดการอักเสบและลดไข้เป็นยาที่ช่วยลดอาการโดยไม่ สามารถทำให้โรคสงบได้แต่ช่วยให้ควบคุมอาการที่เกิดจากการอักเสบ ยาส่วนใหญ่ที่ใช้ได้แก่ นาพรอกเซน และ ไอบู โพรเฟน ส่วนแอสไพรินถึงแม้ว่ามีประสิทธิภาพและราคาถูกแต่ใช้น้อยลงในปัจจุบัน เนื่องจากผลข้างเคียงมาก (ผล ทางซิสเต็มิกหากกระดับยาในเลือดสูง, เป็นพิษต่อดับโดยเฉพาะในโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดซิสเต็มิก) ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ส่วนใหญ่ใช้ได้คือการข้างเคียงหลักในผู้ใหญ่คืออาการเกี่ยวกับระบบ ทางเดินอาหารซึ่งพบไม่บ่อยในเด็กในบางโอกาสยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดหนึ่งอาจให้ผลดีแต่ชนิด อื่นๆไม่ได้ผลการลดการอักเสบของข้อจะได้ผลดีที่สุดใช้เวลาหลายสัปดาห์หลังการใช้ยา

การฉีดยาเข้าข้อ

การฉีดยาเข้าข้อในกรณีที่มีข้ออักเสบมากกว่าหนึ่งข้อที่มีความเจ็บปวดมากหรือไม่สามารถขยับได้ ยาที่ใช้ฉีดคือยา คอร์ติโคสเตียรอยด์ที่มีฤทธิ์ยาว ไตรแอมซิโนโลน เฮกซะซีโตนด์ มักถูกเลือกใช้เนื่องจากมีฤทธิ์ยาว (ส่วนใหญ่หลาย เดือน) ถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดน้อย การฉีดยาเข้าข้อใช้เป็นการรักษาหลักสำหรับข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก ชนิดข้อน้อย และเป็นการรักษาที่เสริมกับยากดภูมิคุ้มกันอื่นๆ สำหรับข้ออักเสบชนิดอื่นๆ การฉีดยาเข้าข้อสามารถฉีด เข้าในข้อเดิมได้ และสามารถฉีดยาโดยใช้ยาเฉพาะที่หรือการดมยาสลบ (ส่วนใหญ่ในผู้ป่วยอายุน้อย) ทั้งนี้ขึ้นกับ อายุของผู้ป่วย ชนิดและจำนวนข้อที่ถูกฉีด ไม่แนะนำให้ฉีดยาเข้าในข้อเดิมมากกว่า ๓-๔ ครั้งต่อปี การฉีดยาเข้าข้อมักทำร่วมกับการรักษาอื่นๆ เพื่อช่วยลดอาการเจ็บปวดและลดข้อติดอย่างรวดเร็ว หรือระหว่างรอ ยาชนิดอื่นออกฤทธิ์เต็มที่

ยาดับเล็กระดับสอง

ยาดับเล็กระดับสองมีข้อบ่งชี้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้ออักเสบหลายข้อทั้งที่ได้รับยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์และการ ฉีดยาเข้าข้ออย่างเพียงพอแล้ว การใช้ยาดับเล็กระดับสองเพิ่มเข้าไปนอกจากการได้รับยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ อย่างไรก็ตามการออกฤทธิ์ของยาดับเล็กระดับสองอย่างเต็มที่ใช้เวลาหลายสัปดาห์หรือหลายเดือนหลัง

การรักษา

เมโธเทรกเซต

เมโธเทรกเซตเป็นยาตัวเลือกอันดับแรกในกลุ่มยาตัวเลือกอันดับสองที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในผู้ป่วยข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก หลายการศึกษารับรองประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการใช้ยามานานหลายปี การวิจัยทางการแพทย์ในปัจจุบันได้มีการกำหนดขนาดยาสูงสุดที่ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (๑๕ มิลลิกรัมต่อตารางเมตรทั้งทางการกินและการฉีดเข้าใต้ผิวหนัง) ดังนั้นการใช้ยาเมโธเทรกเซตทุกสัปดาห์เป็นยาตัวแรกที่เลือกใช้โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดหลายข้อ ยานี้มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยส่วนใหญ่ ยานี้มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ ลดการดำเนินของโรค หรือแม้แต่ทำให้โรคสงบได้ในผู้ป่วยบางรายแต่ไม่ทราบกลไกชัดเจน ยานี้ส่วนใหญ่สามารถใช้ได้ดี ผลข้างเคียงที่พบบ่อย คือ อาการทางระบบทางเดินอาหารและการเพิ่มขึ้นของระดับเอนไซม์ตับในช่วงระหว่างการรักษา ต้องมีการติดตามความเป็นพิษจากยา ดังนั้นจำเป็นต้องส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นระยะ

ในปัจจุบันเมโธเทรกเซตได้รับการอนุมัติให้สามารถใช้ในการรักษาในโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กในหลายประเทศทั่วโลก การให้วิตามินโฟลิกหรือโพลีนีกร่วมกับยาเมโธเทรกเซตสามารถลดผลข้างเคียงของยาโดยเฉพาะต่อการทำงานของตับดังนั้นจึงแนะนำให้ใช้ร่วมกัน

เลฟลูโนไมด์

เลฟลูโนไมด์ เป็นยาตัวเลือกต่อจากยาเมโธเทรกเซต โดยเฉพาะในเด็กที่ไม่สามารถทนต่อยาเมโธเทรกเซตได้ เลฟลูโนไมด์เป็นยาในรูปแบบยาเม็ดมีการศึกษาถึงการใช้อยู่ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กและรับรองประสิทธิภาพของยาต่อโรคนี้ อย่างไรก็ตามการใช้ยานี้ในการรักษามีค่าใช้จ่ายมากกว่ายาเมโธเทรกเซต

ซาลาโซไพรีนและไซโคลสปอริน

ยาอื่นที่ไม่ใช่ยาชีวภาพ เช่น ซาลาโซไพรีนซึ่งมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก แต่ผู้ป่วยมักทนต่อยาได้น้อยกว่ายาเมโธเทรกเซต ประสิทธิภาพในการใช้ยาซาลาโซไพรีนมีข้อมูลจำกัดเมื่อเทียบกับยาเมโธเทรกเซต ทุกวันนี้ยังไม่มีการศึกษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กเพื่อศึกษาถึงประสิทธิภาพของยาอื่นๆ ที่น่าจะมีประโยชน์เช่น ไซโคลสปอริน ปัจจุบันมีการใช้ยาซาลาโซไพรีนและไซโคลสปอรินน้อยลง โดยเฉพาะในประเทศที่มีสารชีวภาพใช้อย่างแพร่หลาย ไซโคลสปอรินเป็นยาที่มีประโยชน์อย่างมากเมื่อใช้ร่วมกับยากอร์ติโคสเตียรอยด์ในการรักษาภาวะ macrophage activation syndrome ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดซิสเต็มิก ภาวะนี้เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายถึงชีวิตซึ่งเกิดภายหลังจากการกระตุ้นให้เกิดการอักเสบทั่วไปอย่างมาก

คอร์ติโคสเตียรอยด์

คอร์ติโคสเตียรอยด์ เป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการต้านการอักเสบ แต่มีการใช้อย่างจำกัดเพราะมีผลข้างเคียงระยะยาวหลายด้าน ได้แก่ ภาวะกระดูกพรุน ตัวเตี้ย แต่อย่างไรก็ตาม คอร์ติโคสเตียรอยด์มีประโยชน์ในการรักษาอาการ

ทางซิสเต็มิกที่ต่อการรักษาอื่นๆ หรือสำหรับภาวะแทรกซ้อนทางซิสเต็มิกที่มีผลต่อชีวิต และรวมถึงในการรักษาที่รยาตัวเลือกที่สองออกฤทธิ์เต็มที่

ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่ (ยาหยอดตา) ที่ใช้ในการรักษาม่านตาอักเสบ ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง การฉีดยาสเตียรอยด์รอบดวงตาบริเวณขั้วตา (ภายในกระบอกตา) หรืออาจจำเป็นต้องให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์แบบกินหรือฉีด

สารชีวภาพ

การรักษาแบบใหม่ในช่วงสองสามปีที่ผ่านมารู้จักกันในนามสารชีวภาพ แพทย์ใช้คำว่าสารชีวภาพสำหรับยาที่มีการใช้วิศวกรรมชีวภาพ ซึ่งไม่เหมือนกับเมโรเทรกเซตหรือเลฟลูโนไมด์ ที่ออกฤทธิ์โดยตรงต่อโมเลกุลที่จำเพาะ (tumor necrosis factor หรือTNF, interleukin ๑, interleukin ๒ หรือ a T cell stimulatory molecule) สารชีวภาพถูกใช้เพื่อยับยั้งกระบวนการอักเสบในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก ในปัจจุบันมีสารชีวภาพหลายตัวที่ได้รับการรับรองให้ใช้ได้โรคนี (สามารถดูได้ในรายชื่อยาที่ใช้ได้ถูกต้องตามกฎหมาย ตามรายชื่อข้างล่าง)

ยาด้าน

ยาด้าน TNF เป็นยาที่มีฤทธิ์ในการยับยั้งสาร TNF ซึ่งเป็นตัวการสำคัญในการเกิดการอักเสบ สามารถใช้เป็นยาตัวเดียวในการรักษาหรือใช้ร่วมกับยาเมโรเทรกเซตและมีประสิทธิภาพดีได้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นยาที่ออกฤทธิ์เร็วและมีความปลอดภัยดีในการรักษาต่อเนื่องหากใช้เพียงไม่กี่ปี (ดูรายละเอียดในหัวข้อความปลอดภัยด้านล่าง) อย่างไรก็ตามการติดตามระยะยาวเพื่อดูผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาวมีความจำเป็น ปัจจุบันสารชีวภาพสำหรับโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กมีด้วยกันหลายรูปแบบ ซึ่งรวมถึงสารต้าน TNF แต่ละตัวมีความแตกต่างกันในเรื่องของวิธีการและความถี่ในการให้ เช่น อีทานอร์เซป เป็นยาที่ฉีดทางใต้ผิวหนังอาทิตย์ละครั้งหรืออาทิตย์ละ ๒ ครั้ง ส่วนอดาลิซูแมบ เป็นยาที่ฉีดให้ทางใต้ผิวหนังทุก ๒ สัปดาห์ และ อินฟลิซิแมบ เป็นยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำทุกเดือน ยาอื่นๆที่ยังอยู่ในระหว่างการวิจัย(เช่น โกลิมูแมบ และ เซอร์โตลิซูแมบ เพกอล) ในผู้ป่วยเด็ก และยังมีโมเลกุลอื่นๆที่ยังอยู่ในระหว่างการศึกษาในผู้ใหญ่ที่อาจจะนำมาใช้กับผู้ป่วยเด็กในอนาคต

ส่วนใหญ่การรักษาด้วยยาด้าน TNF ใช้ได้กับโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กได้เกือบทุกชนิดยกเว้นชนิดที่มีจำนวนข้อน้อยแบบคงที่ซึ่งส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยสารชีวภาพ สารต้าน TNF มีข้อจำกัดในการใช้ในการรักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดซิสเต็มิก ในขณะที่สารชีวภาพอื่นๆ นิยมใช้มากกว่าเช่น สารต้าน IL-๑ (อะนาคินรา และ คานาคินูแมบ) หรือสารต้าน IL-๒ (โทซิลิซูแมบ) สารต้าน TNF มักใช้เป็นยาตัวเดียวหรือใช้ร่วมกับยาเมโรเทรกเซต เหมือนกับยาตัวเลือกที่สองตัวอื่นๆการให้ยาชนิดนี้ต้องใช้ภายใต้การควบคุมอย่างเคร่งครัด

AntiCTLA๔lg(อะบาทาเซป)

อะบาทาเซป เป็นยาที่มีกลไกการออกฤทธิ์ที่แตกต่างไปต่อเซลล์เม็ดเลือดขาวที่เรียกว่า ที ลิมโฟไซด์ เมื่อไม่นานมานี้ได้มีการนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีจำนวนข้ออักเสบหลายข้อที่ไม่ตอบสนองต่อยาเมโรเทรกเซตหรือสารชีวภาพตัวอื่นๆ

สารต้านอินเตอร์ลิวคินวัน(อะนาคินรา และ คานาคินูแมบ)และสารต้านอินเตอร์ลิวคิน๒(โทซิลิซูแมบ)

ยาเหล่านี้มีประโยชน์จำเพาะในการรักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดซิสเต็มมิก โดยปกติการรักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดซิสเต็มมิกเริ่มต้นด้วยคอร์ติโคสเตียรอยด์ ถึงแม้จะมีประสิทธิภาพแต่คอร์ติโคสเตียรอยด์มีผลข้างเคียงมากโดยเฉพาะต่อการเจริญเติบโต ดังนั้นเมื่อยานี้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคภายในเวลาอันสั้น (โดยส่วนใหญ่ภายในไม่กี่เดือน) แพทย์ผู้รักษาจะเพิ่มสารต้าน IL-๑(อะนาคินราหรือคานาคินูแมบ) หรือสารต้าน IL-๖ (โทซิลิซูแมบ) เพื่อใช้รักษาอาการทั้งทางซิสเต็มมิก (ไข) และข้ออักเสบ ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดซิสเต็มมิกบางครั้งอาการทางซิสเต็มมิกสามารถหายไปตัวเองแต่อาการข้ออักเสบคงอยู่ในกรณีนี้สามารถใช้เมโทเทรกเซตรักษาเพียงตัวเดียวหรือใช้ร่วมกับสารต้าน TNF หรืออะบาทาเซบ โทซิลิซูแมบสามารถใช้ในโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กชนิดซิสเต็มมิกและข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุชนิดหลายข้อ โดยได้รับการรับรองสำหรับชนิดซิสเต็มมิกก่อนและตามมาด้วยชนิดหลายข้อ และยังสามารถใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อเมโทเทรกเซตหรือสารชีวภาพชนิดอื่นๆ

การรักษาอื่น ๆ

การฟื้นฟูสมรรถภาพ

การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นส่วนสำคัญในการรักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก การฟื้นฟูสมรรถภาพนี้รวมถึงการออกกำลังกายที่เหมาะสม และเมื่อมีข้อบ่งชี้ สามารถใช้เฝือกเพื่อช่วยให้ตำแหน่งของข้ออยู่ในท่าที่เหมาะสม เพื่อป้องกันความเจ็บปวด ข้อติด กล้ามเนื้อหดตัว และข้อผิดรูป ควรเริ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่อันและทำเป็นประจำเพื่อทำให้กล้ามเนื้อและข้อทำงานเป็นปกติ

การผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก

ข้อบ่งชี้หลักสำหรับการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกคือการใส่ข้อเทียม (ส่วนใหญ่เป็นข้อสะโพกและข้อเข่า) ในกรณีที่มีข้อถูกทำลาย และการผ่าตัดเนื้อเยื่อในกรณีที่มีข้อยึดติดถาวร

โรคทางพันธุกรรมในเด็ก

โรคทางพันธุกรรม (Genetic Disorders) คือ โรคที่เกิดจากความผิดปกติในยีนหรือในโครโมโซม ซึ่งสามารถถ่ายทอดภายในครอบครัวจากรุ่นสู่รุ่นได้ และก่อให้เกิดความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีรักษาให้หายได้ ทำได้เพียงรักษาตามอาการและติดตามผลเป็นระยะเท่านั้น

โรคทางพันธุกรรมมีหลายประเภท โดยอาจเกิดจากเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของยีนเพียงตัวเดียว จำนวนยีนบางตัวหรือโครโมโซมบางคู่มากกว่าหรือน้อยกว่าปกติ หรืออาจเกิดจากลักษณะของโครโมโซมที่ผิดปกติ จึงทำให้เกิดอาการของโรคทางพันธุกรรม ซึ่งอาจมีอาการผิดปกติตั้งแต่กำเนิด หรือบางคนอาจมีอาการภายหลังเมื่อโตขึ้น

สาเหตุของโรคทางพันธุกรรม

ยีน (Gene) คือ หน่วยพื้นฐานทางพันธุกรรมซึ่งเป็นส่วนประกอบของดีเอ็นเอ (Deoxyribonucleic Acid: DNA) รวมกันตั้งแต่ไม่กี่ร้อยยีนไปจนถึงหลายล้านรวมกัน ในร่างกายมนุษย์มียีนอยู่ที่ประมาณ ๒๐,๐๐๐-๒๕,๐๐๐ ยีน และเมื่อยีนหลาย ๆ ยีนรวมกันก็จะกลายเป็นสายดีเอ็นเอ ที่มีลักษณะเป็นแท่งเกลียว และเมื่อสายดีเอ็นเออยู่รวมกันมาก ๆ ก็จะกลายเป็นโครโมโซม

โครโมโซม เป็นสารพันธุกรรมที่อยู่ภายในนิวเคลียสของเซลล์ในแต่ละเซลล์ ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า โดยในแต่ละนิวเคลียสจะมีโครโมโซมทั้งหมด ๒๓ คู่ หรือทั้งหมด ๔๖ แท่ง โครโมโซม ๒๒ คู่แรกจะทำหน้าที่ควบคุมลักษณะต่าง ๆ ในร่างกายยกเว้นเรื่องเพศ ส่วนโครโมโซมคู่ที่ ๒๓ จะควบคุมลักษณะความแตกต่างกันในเรื่องเพศ ทำให้เกิดเป็นเพศชายและหญิง

หากเป็นเพศหญิง จะมีโครโมโซม X ๒ ตัว ส่วนเพศชายจะมีโครโมโซม X และ Y อย่างละ ๑ ตัว ทั้งนี้การถ่ายทอดทางพันธุกรรมจะถูกส่งต่อกันจากรุ่นสู่รุ่นผ่านการปฏิสนธิ ซึ่งโครโมโซมจะถูกถ่ายทอดมาจากทางอสุจิของเพศชาย ๒๓ แท่ง และทางไข่ของเพศหญิง ๒๓ แท่ง รวมกันเป็น ๔๖ แท่ง

ซึ่งแบ่งออกเป็นหลายประเภทตามการเกิดโรคและลักษณะทางพันธุกรรม ดังนี้

๑. โรคที่เกิดจากความผิดปกติของยีนเดี่ยว (Single Gene Disorder)

คือโรคทางพันธุกรรมที่เกิดจากการผ่าเหล่าของยีน โดยการผ่าเหล่านี้อาจเกิดขึ้นที่โครโมโซมเพียงแท่งเดียว หรือที่โครโมโซมหลายแท่งก็ได้ ความผิดปกติอาจเกิดจากการถ่ายทอดกันทางพันธุกรรมของยีน ๒ ชนิด คือ ยีนเด่น (Dominant) และยีนด้อย (Recessive) ดังนี้

๑. โรคที่เกิดจากยีนเด่น (Autosomal Dominant)

เกิดจากการที่ทารกได้รับยีนเด่นมาจากพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่ง ซึ่งการได้รับยีนเด่นที่มีพันธุกรรมผิดปกติเพียง ๑ ยีนทำให้มีโอกาสที่จะเกิดโรคทางพันธุกรรมได้ถึง ๕๐% ต่างโรคจากยีนด้อยที่ต้องมียีนด้อย ๒ ยีนขึ้นไปจึงจะทำให้มีโอกาสเกิดโรคทางพันธุกรรมได้ โดยโรคที่เกิดจากยีนเด่น ได้แก่

- โรคประสาทซึกกระตุก (Huntington's Disease)
- โรคท้าวแสนปม (Neurofibromatosis)
- โรคถุงน้ำในไต (Polycystic Kidney Disease)

๒. โรคที่เกิดจากยีนด้อย (Autosomal Recessive)

เป็นโรคที่เกิดจากการได้รับยีนด้อยจากพ่อและแม่ โดยจะแสดงอาการก็ต่อเมื่อพ่อและแม่อยู่ในสถานะเป็นพาหะทั้งคู่ เด็กที่เกิดจึงจะมีโอกาสเป็นโรคที่เกิดจากยีนด้อย หากมีเพียงพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งเป็นพาหะ หรือมีอาการป่วยเพียงคนเดียว โอกาสที่เด็กจะได้รับยีนที่แสดงโรคก็จะน้อยลง

โรคที่เกิดจากยีนด้อย ได้แก่

- โรคเม็ดเลือดแดงรูปเคียว (Sickle Cell Disease)
- โรคซิสติก ไฟโบรซิส (Cystic Fibrosis)
- โรคฟีนิลคีโตนูเรีย (Phenylketonuria)
- โรคถุงน้ำในไตในยีนด้อย (Autosomal Recessive Polycystic Kidney Disease)

๔. โรคที่เกิดจากโครโมโซมเพศ (X-linked)

เป็นโรคทางพันธุกรรมที่เกิดได้น้อย โดยมีสาเหตุเกิดจากความผิดปกติของยีนเด่น (Sex-linked Dominant) และยีนด้อย (Sex-linked Recessive) ที่อยู่ภายในโครโมโซมเพศ ส่งผลให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) เป็นต้น

๕. โรคที่เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซม (Chromosomal Abnormalities Disorder)

มีสาเหตุเกิดจากลักษณะโครโมโซม หรือจำนวนของโครโมโซมผิดปกติ ซึ่งสามารถแบ่งความผิดปกติของโครโมโซมได้เป็น ๒ แบบได้แก่

ความผิดปกติที่จำนวน (Numerical Abnormalities)

โรคทางพันธุกรรมกลุ่มนี้เกิดจากการที่โครโมโซมมีจำนวนเกินหรือขาดไป โรคทางพันธุกรรมที่เกิดในกลุ่มนี้ได้แก่ ดาวน์ซินโดรม (Down Syndrome) และโรคเทอร์เนอร์ (Turner's Syndrome) เป็นต้น

ความผิดปกติของลักษณะโครโมโซม (Structural Abnormalities)

ลักษณะของโครโมโซมผิดเพี้ยนไปจากที่ควรจะเป็น เช่น ขาดหายไป หรือมีโครโมโซมซ้ำกัน อยู่ผิดตำแหน่ง ขาดออกจากกัน กลับหัวกลับหาง หรือมีลักษณะคล้ายแหวนหรือเป็นวงกลม โรคทางพันธุกรรมที่เกิดจากความผิดปกติเหล่านี้ได้แก่ โรคมนุชย์หมาป่า (Wolf-Hirschhorn Syndrome) หรือโรคจาคอบเซน (Jacobsen Syndrome)

๖. โรคที่เกิดจากการกลายพันธุ์ของพันธุกรรม (Complex Disorders หรือ Multifactorial Inheritance)

เป็นโรคที่เกิดจากการกลายพันธุ์ของยีน โดยมีปัจจัยมาจากวิถีการใช้ชีวิต หรือสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งโรคในกลุ่มที่พบได้บ่อยคือ โรคหัวใจ โรคอัลไซเมอร์ โรคเบาหวาน โรคอ้วน หรือโรคมะเร็ง เป็นต้น

นอกจากนี้ โรคทางพันธุกรรมอื่น ๆ ที่พบบ่อย เช่น โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia) และโรคตาบอดสี

อาการของโรคทางพันธุกรรม

อาการของผู้ที่เป็นโรคทางพันธุกรรมอาจแตกต่างกันตามประเภทของโรค ความรุนแรง และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับผลกระทบ โดยทั่วไป ผู้ป่วยมักมีอาการผิดปกติในหลายระบบของร่างกาย เช่น

- ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์
- ปัญหาเกี่ยวกับสมอง ระดับสติปัญญา และการเรียนรู้
- ปัญหาด้านพัฒนาการ เช่น การสื่อสาร และการเข้าสังคม
- ปัญหาด้านการหายใจ การมองเห็น และการได้ยิน
- ปัญหาเกี่ยวกับการย่อยและดูดซึมอาหาร การเคี้ยวและกลืนอาหารที่ทำได้ลำบาก
- ความผิดปกติของใบหน้าหรืออวัยวะแต่กำเนิด เช่น ปากแหว่งเพดานโหว่ จำนวนนิ้วมือเกิน
- การเจริญเติบโตไม่เป็นไปตามวัย มีภาวะตัวเตี้ย (Short Stature)
- การเคลื่อนไหวผิดปกติ เนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือติดขัด
- ชัก และโรคหลอดเลือดสมอง

โรคทางต่อมไร้ท่อในเด็ก

- ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrotoxicosis)

อาการ คอโต เหนื่อยง่าย ใจสั่น กินจุแต่น้ำหนักลด บางรายท้องเสีย ถ่ายบ่อย หงุดหงิดง่าย ชี้อ่อน ใจสั่น เหงื่อออกง่าย ตาโปน ประจำเดือนมาผิดปกติ พบบ่อยช่วงวัยรุ่น เด็กผู้หญิงเจอบ่อยกว่าเด็กผู้ชาย

สาเหตุที่พบได้บ่อย คือโรค Graves disease

การรักษาลำดับแรกคือการรักษาด้วยยา กิน บางรายใช้ยาแล้วไม่ตอบสนองหรือมีอาการแพ้ยา อาจต้องเลือกการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น การกลืนแร่ หรือการผ่าตัด

ภาวะนี้หากไม่ได้รับการรักษา หรือรับการรักษาช้า อาจทำให้มีอาการรุนแรง ถึงขั้นหัวใจวาย หัวใจเต้นผิดปกติ ต้องเข้ารับการรักษาใน ICU ได้

- ภาวะขาดไทรอยด์ฮอร์โมน (Hypothyroidism)

เป็นภาวะที่พบได้ตั้งแต่เด็กแรกเกิด ทำให้เด็กเป็นโรคเอ๋อ หรือเป็นภาวะที่เกิดขึ้นในภายหลังก็ได้ คือพบได้ทุกวัย ในเด็กแรกเกิด อาจพบมีอาการตัวเหลือง บวม ดูคนไม่ได้ไม่ตี ท้องผูก ถ่ายขี้เทาช้ากว่าปกติ กระหม่อมปิดช้า สะดือหลุดช้า พัฒนาการล่าช้าทั้งสติปัญญาความสูง และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

ในเด็กโต จะพบอาการ ส่วนสูงตกเกณฑ์ ท้องผูก คอโต สติปัญญาไม่ดี เรียนหนังสือไม่ทันเพื่อน

การรักษา รักษาได้ด้วยการกินยาไทรอยด์ฮอร์โมน ก็จะช่วยอาการดีขึ้น ส่วนสูงดีขึ้น

- เป็นหนุ่มสาวก่อนวัย (Precocious puberty)

เด็กผู้หญิง ที่เป็นสาวเร็ว จะพบมีอาการดังต่อไปนี้ก่อนอายุ ๘ ปี มีเต้านมขึ้น มีสิว มีกลิ่นตัว มีขนรักแร้ มีขนบริเวณหัวหน่าวหรืออวัยวะเพศ ตัวสูงเร็วกว่าเพื่อนในวัยเดียวกัน หรือบางคนมีประจำเดือนก่อนอายุ ๘๑/๒ ปี

สาเหตุ ที่พบบ่อยในเด็กผู้หญิงคือไม่มีสาเหตุที่แน่ชัด หรือบางรายได้รับฮอร์โมนปนเปื้อนจากสิ่งแวดล้อมหรืออาหาร บางรายเกิดจากภาวะเนื้องอกบางชนิด

เด็กผู้ชาย ที่เป็นหนุ่มเร็ว จะพบมีอาการดังต่อไปนี้ก่อนอายุ ๙ ปี มีวัยาะเพศขยายขนาด มีสิ่ว มีขนรักแร้ มีขน บริเวณหัวหน่าวหรือวัยาะเพศ เสียงแตก

สาเหตุ ที่พบบ่อยในเด็กผู้ชาย คือ เนื้องอกในต่อมใต้สมอง

ผลกระทบหรือผลเสียของการหนุ่มสาวก่อนวัย

- ผลต่อร่างกาย จะทำให้หยุดสูงเร็ว หรือตัวเตี้ยเมื่อเป็นผู้ใหญ่
- ผลต่อจิตใจ โดยเฉพาะในเด็กผู้หญิงที่ยังไม่มีความพร้อม ในการดูแลตนเองเมื่อมีประจำเดือน

การรักษา สามารถรักษาได้โดยการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ แบบเดือนละ ๑ ครั้ง หรือ สามเดือนฉีด ๑ ครั้ง เพื่อชะลอไม่ให้กระดูกล้ำหน้าไปกว่าอายุกระดูกจริง และไม่หยุดสูงเร็ว หรือป้องกันไม่ให้กระดูกปิดเร็ว หยุดการมีประจำเดือนได้

- เบาหวานชนิดที่ ๑

เป็นโรคเบาหวานที่พบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่น และพบได้มากกว่าเบาหวานชนิดที่ ๒

เบาหวานชนิดที่ ๑ เกิดจากร่างกายมีสารภูมิกำกันของตนเองไปทำลายเซลล์ที่สร้างอินซูลินในตับอ่อน เด็กที่เป็นเบาหวานชนิดที่ ๑ จะพบมีอาการ ปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อย น้ำหนักตัวลด ถ้ามารักษาช้า ป่วยจนอาการหนัก เด็กจะเริ่มอ่อนเพลีย ซึมลง หายใจหอบลึก ปวดท้อง หากไม่ได้รับการรักษา อาจเกิดภาวะช็อค และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้

การรักษา เบาหวานชนิดนี้ต้องรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เด็กและครอบครัวจะต้องได้รับความรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในการเลือกกินอาหารที่ถูกต้อง การนับสัดส่วนอาหาร การฉีดอินซูลิน การตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเอง และ การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่จะนำไปสู่ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป

- เบาหวานชนิดที่ ๒

เด็กที่เป็นเบาหวานชนิดที่ ๒ ส่วนใหญ่ จะมีลักษณะอ้วน คอดำ ปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อย พบได้บ่อยในช่วงที่เข้าสู่วัยรุ่น บางรายอาจมีประวัติเสี่ยงตั้งแต่แรกเกิด คือ น้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยกว่า ๒๕๐๐ กรัม หรือมากกว่า ๔๐๐๐ กรัม มารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน

เบาหวานชนิดนี้เกิดจากร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน รักษาได้ด้วยการกินยาร่วมกับควบคุมอาหารและออกกำลังกาย บางรายมารักษาช้า หรือมีอาการเป็นมาก อาจต้องรักษาด้วยวิธีการฉีดยาคาบกัวไปด้วย

- ภาวะตัวเตี้ยในเด็กหมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงน้อยกว่า เปอร์เซ็นไทล์ที่ ๓ ตามเกณฑ์ของเพศและอายุ

เกิดได้จากหลายสาเหตุ

- ตัวเตี้ยที่ไม่มีโรคเป็นสาเหตุ ได้แก่ ตัวเตี้ยตามกรรมพันธุ์ หรือ เป็นมาตั้งแต่กำเนิด
- ตัวเตี้ยที่มีโรคเป็นสาเหตุ ได้แก่ ขาดสารอาหาร เป็นโรคเรื้อรังต่างๆ ขาดฮอร์โมนไทรอยด์ หรือขาดฮอร์โมนการเจริญเติบโต โรคกระดูกอ่อน โรคทางพันธุกรรม และอื่นๆ

โรคทางเดินหายใจเด็ก

๑) หลอดลมอักเสบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง

การอักเสบทำให้อุณหภูมิของเยื่อเมือกและเยื่อเมือก ไอได้ทั้งกลางวันและกลางคืน กรณีเฉียบพลันอาจเริ่มด้วยอาการแบบไข้หวัดก่อนได้ แต่มักไอบ่อยและนานกว่าหวัดทั่วไป เชื้อที่ก่อโรคได้บ่อยคือ เชื้อไวรัสและแบคทีเรีย แต่เชื้อไวรัสที่ระบาดในฤดูฝน เช่น RSV, Rhinovirus มักทำให้เด็กเล็กป่วยเป็นหลอดลมอักเสบ ซึ่งอาจรุนแรงขึ้นเป็นปอดอักเสบได้ โดยจะหอบเหนื่อย หายใจเร็ว ซึม กินน้อย ไข้ หากมีอาการเหล่านี้ต้องรีบพาไปพบแพทย์ หากไอแห้งเรื้อรังให้ระวังโรคหืด

๒) จมูกอักเสบจากภูมิแพ้หรือแพ้อากาศ

เนื่องจากปัจจุบันโรคเรื้อรังขึ้น มีสิ่งแวดล้อมที่อากาศแปรปรวนบ่อย ผู้คนอยู่ในเขตเมืองมากขึ้น จึงพบบ่อย ๆ ที่เด็กจะมีน้ำมูก คันจมูก จาม คัดแน่นจมูก เป็น ๆ หาย ๆ บางคนอาจร่วมกับมีคันตา เลือดกำเดาไหลเป็น ๆ หาย ๆ เจ็บหู หูอื้อ หูอักเสบบ่อย ๆ อาจมีญาติที่มีอาการคล้ายกัน หากอาการรบกวนชีวิตประจำวัน การเรียนรู้ และการนอน ควรพบแพทย์เพื่อทำการรักษา เด็กกลุ่มนี้ควรหลีกเลี่ยงฝุ่นควันจากพื้นที่จราจรคับคั่ง ฝุ่น PM_{2.5} ควันจากการเผาไหม้ต่าง ๆ ควันบุหรี่ ควันธูป กลิ่นสารเคมี เป็นต้น และควรสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในพื้นที่ที่อากาศไม่ดีและหมั่นล้างจมูก

๓) โพรงจมูกและไซนัสอักเสบ

มีสาเหตุได้ทั้งการติดเชื้อและภูมิแพ้ เป็นได้ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง เชื้อก่อโรคมักทั้งไวรัส แบคทีเรีย และเชื้อรา หากสังเกตว่ามีน้ำมูกข้น น้ำมูกไหลลงคอ คัดจมูก ไอ ปวดที่ใบหน้า ไข้ มีกลิ่นเหม็นของลมหายใจและกลิ่นปากมานานเกิน ๑ - ๒ สัปดาห์ หรือเป็น ๆ หาย ๆ ควรสงสัยว่าอาจเป็นโรคนี้นี้ได้

๔) ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน

ตอนนอนจะมีอาการที่สำคัญคือ นอนกรน มีลักษณะหายใจแรง นอนดิ้น มักชอบนอนคว่ำหรือหัวสูง หากรุนแรงจะหายใจสะดุด หยุดหายใจจนต้องนั่งหลับ หากรุนแรงมาก ๆ ทำให้เด็กไม่ได้นอนเป็นปกติ รู้สึกนอนไม่พอ อารมณ์หงุดหงิด ง่วงหลับระหว่างวัน เรียนรู้ลดลง สมาธิลดลงได้ สาเหตุในเด็กส่วนใหญ่เกิดจากต่อมอะดีนอยด์และต่อมทอนซิลโต ภาวะอ้วน โครงสร้างใบหน้าผิดปกติ โพรงจมูกและโพรงไซนัสอักเสบเรื้อรัง เป็นต้น หากเป็นเรื้อรังอาจส่งผลต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการ การเรียนรู้ และอารมณ์ของเด็กได้

๕) หลอดลมไวหรือหืด

ถ้าสังเกตว่าลูกหลานมีอาการหอบ ไอ หายใจมีเสียงวี๊ด ๆ เป็น ๆ หาย ๆ บางครั้งเป็นตอนออกกำลังกายวิ่งเล่น บางครั้งเป็นตอนค่ำ ๆ หรือมีหวัดแล้วหอบไอบ่อย เมื่อได้ยาขยายหลอดลมแล้วอาการจะดีขึ้น เด็กบางคนมีประวัติภูมิแพ้

ผิวหนัง โพรงจุมก แพ้อาหารอยู่เดิม เด็กบางคนมีประวัติสัมผัสควันบุหรี่ หากสงสัยควรพาไปตรวจเพิ่มเติมโดยแพทย์เฉพาะทางด้านภูมิแพ้และด้านทางเดินหายใจ

๖) ภาวะมีสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจ

เด็ก ๆ มักซุกขนแล้วนำเอาสิ่งแปลกปลอม เช่น ลูกบิด เศษวัสดุใส่ในรูจุมก แล้วค้างอยู่นานจนทำให้เกิดการติดเชื้อเกิดขึ้น หากสำลักสิ่งแปลกปลอมเข้าหลอดลมจะทำให้ปอดอักเสบและอาจเป็นซ้ำ ๆ ที่บริเวณเดิมที่สิ่งแปลกปลอมอุดอยู่ ควรป้องกันโดยบอกเด็กไม่ให้กระทำสิ่งอันตรายและกินอาหารให้มีความเรียบร้อย

โรคทางระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือดในเด็ก

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital Heart Defects) คือ ความผิดปกติของการพัฒนาโครงสร้างหัวใจของทารก ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา โดยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในเด็กมี ๒ ชนิด คือ

๑. ชนิดที่มีอาการเขียว (Cyanotic Type) ภาวะที่เด็กมีออกซิเจนในเลือดต่ำ เนื่องจากมีโครงสร้างหัวใจผิดปกติ เลือดดำปนอยู่กับเลือดแดงที่ไปเลี้ยงร่างกาย การเจริญเติบโตของเด็กกลุ่มนี้จะน้อยกว่าปกติ โดยโรคหัวใจชนิดที่พบได้บ่อยในกลุ่มนี้ เช่น

- Tetralogy of Fallot (TOF) เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่พบบ่อยที่สุด
- Transposition of the Great Arteries (TGA) การสลับที่ของหลอดเลือดแดงใหญ่

๒. ชนิดไม่มีอาการเขียว (Acyanotic Type) เด็กกลุ่มนี้จะไม่มีอาการเขียว เนื่องจากร่างกายได้รับเลือดแดงที่มีความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงมีปริมาณสูง อาจมีความผิดปกติที่เกิดจากผนังกันหัวใจมีรู ลิ้นหัวใจรั่ว หรือตีบ หรือหลอดเลือดตีบหรือเกิน ซึ่งพบเด็กที่ป่วยเป็นโรคหัวใจชนิดไม่มีอาการเขียว ประมาณร้อยละ ๘๕ ของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยโรคหัวใจชนิดที่พบได้บ่อยในกลุ่มนี้ เช่น

- Ventricular Septal Defect (VSD) ภาวะที่ผนังกันหัวใจห้องล่างมีรูรั่ว
- Patent Ductus Arteriosus (PDA) การคงอยู่ของหลอดเลือดแดงเชื่อมระหว่างหลอดเลือดแดงใหญ่ของร่างกายและปอด
- Atrial Septal Defect (ASD) ภาวะที่ผนังกันหัวใจห้องบนมีรูรั่ว

โรคเลือดและมะเร็งในเด็ก

๑. มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน เป็นโรคมะเร็งในเด็กที่พบบ่อยที่สุด ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเด็กที่เป็นมะเร็งทั้งหมด แบ่งเป็น ๒ ชนิด คือ

- Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL) ซึ่งพบบ่อยกว่า AML ๓ เท่า
- Acute Myeloid Leukemia (AML)

อาการมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน ที่พบได้บ่อย

คือ มีไข้ มีอาการซีด และมีจุดเลือดออกตามตัว นอกจากนี้อาจพบว่ามีตับม้ามโต ปวดตามร่างกาย ต่อมน้ำเหลืองโต ในเด็กชายอาจมีอัมพาตขาข้างใดข้างหนึ่งโตหรือโตทั้งสองข้าง ร่วมกับตรวจเลือด (Complete Blood Count -CBC) พบเซลล์เม็ดเลือดตัวอ่อน เป็นต้น

การวินิจฉัย

วินิจฉัยโรค ALL และ AML ทำได้โดยเจาะตรวจไขกระดูกเพื่อดูความผิดปกติของชนิดเม็ดเลือดขาวตัวอ่อน นอกจากนี้ยังมีการตรวจน้ำไขสันหลังเพื่อหาการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาว เพื่อใช้ในการวางแผนการรักษาและการพยากรณ์โรค

การรักษา มะเร็งในเด็ก

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน ปัจจุบันใช้การให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งจะให้เป็นชุด ๆ ต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลาานพอสมควร ขึ้นกับชนิดโดยที่ชนิด ALL ใช้เวลารักษาประมาณ ๒ ปีครึ่ง -๓ ปี ส่วน AML ใช้เวลาในการรักษาประมาณ ๖ เดือน สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำให้โรคสงบได้หรือมีการกลับเป็นซ้ำ โดยปัจจุบันมีการรักษาแบบใหม่ ได้แก่

๑. การรักษาด้วยยามุ่งเป้า (Targeted therapy)

๒. Chimeric antigen receptor (CAR) T-cell therapy (CAR T- cell)

๓. Bone marrow transplantation การรักษาด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูก ซึ่ง ณ ปัจจุบันการปลูกถ่ายไขกระดูกไม่จำเป็นต้องรอเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดขาวที่ตรงกัน ๑๐๐% อีกต่อไป โดยสามารถใช้ไขกระดูกจากพ่อแม่ได้ หรือที่เรียกว่า Haploidentical Hematopoietic Transplantation

ส่วนการรักษาโรค AML มีโอกาสหายขาดประมาณ ๕๕-๗๐% และมีอัตราการรอดชีวิตประมาณ ๕๐% จากการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด แต่ถ้าได้รับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูกตั้งแต่ระยะแรกจะมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น ๘๐% เช่นเดียวกัน

ปัจจุบันการรักษาโรค ALL มีผลการรักษาที่ดี โอกาสหายขาด ๘๐-๘๕%

ส่วนการรักษาโรค AML มีโอกาสหายขาดประมาณ ๕๕%

ส่วน AML มีอัตราการรอดชีวิตประมาณ ๕๐% จากการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด แต่ถ้าได้รับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูกตั้งแต่ระยะแรกจะมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น ๘๐% เช่นเดียวกัน

๒. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง

พบมะเร็งชนิดนี้รองลงมาจากมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน แบ่งเป็น ๒ ชนิดคือ

มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Hodgkin

มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Non Hodgkin

ผู้ป่วยโรคนี้นักมีอาการไข้เรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เหงื่อออกมากเวลากลางคืน ต่อมน้ำเหลืองโตตามร่างกาย อาจพบก้อนที่ช่องทรวงอก ก้อนในช่องท้อง ตับและม้ามโต

การวินิจฉัยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในเด็ก

โรคนี้น่าจำเป็นต้องนำชิ้นเนื้อจากก้อนหรือต่อมน้ำเหลืองมาตรวจเพิ่มเติมอย่างละเอียดทางพยาธิวิทยา รวมถึงต้องทำการตรวจเพิ่มเติม เพื่อดูการกระจายของตัวโรค เช่น การตรวจทางรังสีวินิจฉัย (CT scan, Gallium scan/PET scan และ Bone scan) และเจาะตรวจไขกระดูก

การรักษา มะเร็งต่อมน้ำเหลืองในเด็ก

การรักษาหลักๆ ประกอบไปด้วยการใช้ยาเคมีบำบัด และการฉายรังสี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของโรค ปัจจุบันการรักษาค่อนข้างดี มีอัตราการรอดชีวิต ๗๐-๙๕% ซึ่งขึ้นกับชนิดของโรคและระยะของโรค

ปัจจุบันมีการใช้ยาในกลุ่มยามุ่งเป้า (Targeted therapy)

และ Chimeric antigen receptor (CAR) T-cell therapy (CAR T- cell)

ในกลุ่มคนไข้ที่ตอบสนองไม่ดีหรือกลับเป็นซ้ำ

๓. มะเร็งในเด็ก ส่วนระบบประสาทส่วนกลาง

ผู้ป่วยมาด้วยอาการเดินเซ อาเจียนรุนแรง การมองเห็นผิดปกติ ชัก ปวดศีรษะ ศีรษะโตมากกว่าปกติ ซึ่งอาการดังกล่าวขึ้นอยู่กับตำแหน่งของตัวโรค หรือชนิดของเซลล์มะเร็ง ว่ามีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วหรือไม่

การวินิจฉัยมะเร็งระบบประสาทส่วนกลาง

จำเป็นต้องได้รับการตรวจทางรังสี CT scan หรือ MRI เพื่อดูตำแหน่งและขนาดของก้อนมะเร็ง และอาจต้องมีการผ่าตัดเพื่อให้ได้ชิ้นเนื้อจากก้อนเพื่อส่งตรวจเพิ่มเติมทางพยาธิวิทยา

การรักษา มะเร็งในเด็ก

การรักษาหลักสำหรับโรคนี้นี้ คือ การผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัด และการฉายรังสี ซึ่งขึ้นกับชนิดและตำแหน่งของเซลล์มะเร็ง

๔. มะเร็งต่อมหมวกไตและปมประสาทซิมพาเทติก

พบมะเร็งในเด็กชนิดนี้ได้ตั้งแต่ ในเด็กแรกเกิดจนถึงอายุ ๖ ปี

ลักษณะอาการของมะเร็งชนิดนี้จะแสดงเป็นก้อน และตำแหน่งของก้อน โดยอาการที่พบบ่อย คือ มีก้อนในช่องท้อง ร่วมกับมีอาการแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เกิดจากการแพร่กระจายของตัวโรค เช่น มีไข้ ชีต อ่อนแรง ปวดตามร่างกายหรือกระดูก เบื่ออาหาร น้ำหนักลด บางรายอาจมีอาการแขนขาอ่อนแรงจากการที่ก้อนมะเร็งกดทับเส้นประสาทไขสันหลัง

การวินิจฉัย มะเร็งต่อมหมวกไตและปมประสาทซิมพาเทติก

การวินิจฉัยและจำแนกระยะของโรค อาศัยการตรวจเลือด ตรวจไขกระดูก ตรวจระดับของสารที่สร้างจากเนื้องอกในเลือดหรือปัสสาวะ การตรวจทางรังสีวินิจฉัย เช่น CT scan, bone scan, MIBG scan และการตัดชิ้นเนื้อจากก้อนส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

การรักษา

ประกอบไปด้วยการใช้ยาเคมีบำบัด การผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก การฉายรังสีรักษาในบางกรณี

ประสิทธิภาพในการรักษา

ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วย ระยะเวลาของโรคที่พบ ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ซึ่งผู้ป่วยที่ตรวจพบโรคตั้งแต่วัยต้นจะได้ผลการรักษาที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของโรคไปอวัยวะอื่นแล้ว

๕. มะเร็งในเด็ก ที่เกิดจากเซลล์สืบพันธุ์

ช่วงอายุของเด็กที่สามารถพบมะเร็งชนิดนี้ได้บ่อยคือช่วงอายุ ๑ - ๔ ปี และ ๑๕ - ๑๙ ปี

อาการมะเร็งที่เกิดจากเซลล์สืบพันธุ์

มะเร็งชนิดนี้ ในเด็กเล็กมักมาด้วยอาการลักษณะมีก้อนที่บริเวณช่องท้องและก้นกบ ส่วนวัยรุ่นมาด้วยอาการมีก้อนที่ต่อมเพศ เช่น อัณฑะ รังไข่ นอกจากนี้ยังอาจมาด้วยอาการที่เรียกว่าเป็นหนุ่มเป็นสาวก่อนวัย เมื่อโรคเกิดที่ต่อม

ไฟเนียร์ในสมองที่เป็นต่อมควบคุมภาวะความเป็นหนุ่มสาว หรืออาจมาด้วยอาการเจ็บหน้าอก ไอเรื้อรัง แน่นหน้าอก เมื่อโรคเกิดในช่องอก

การวินิจฉัยมะเร็งที่เกิดจากเซลล์สืบพันธุ์

การวินิจฉัยและจำแนกระยะของโรค วินิจฉัยโดยวิธีการตรวจเลือดเพื่อวัดระดับฮอร์โมนที่ก่อนมีการหลั่งออกมา การตรวจทางรังสีวินิจฉัย เช่น CT scan, bone scan และการตัดชิ้นเนื้อจากก้อนส่งตรวจทางพยาธิวิทยา กรณีที่เป็นก้อนชนิดที่ไม่มีมีการหลั่งฮอร์โมน การรักษาประกอบไปด้วยการให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสีรักษา และการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก

โรคทางระบบติดเชื้อในเด็ก

โรคไตและเกลือแร่ในเด็ก

The image shows two educational posters from the Thai Ministry of Health. The left poster, titled 'โรคไตเรื้อรังในเด็ก' (Chronic Kidney Disease in Children), describes the condition where the kidneys gradually lose their ability to filter waste from the blood. It lists symptoms like fatigue, swelling, and changes in urination, and mentions that it can be caused by various infections and autoimmune diseases. The right poster, titled 'กลุ่มอาการเนฟรติกในเด็ก' (Nephrotic Syndrome in Children), describes a condition where the kidneys leak protein into the urine, leading to swelling and other symptoms. It notes that it is most common in children aged 1-6 years and can be caused by infections or autoimmune diseases. Both posters include diagrams of the kidney and contact information for the Thai Ministry of Health.

โรคภูมิแพ้ในเด็ก

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคภูมิแพ้

1. พันธุกรรม ถ้าพ่อแม่เป็นโรคภูมิแพ้จะทำให้ลูกมีโอกาสเป็นโรคภูมิแพ้ได้มากกว่าคนอื่นหลายเท่า
2. สิ่งแวดล้อม เช่น ไรฝุ่น แมลงสาบ การเลี้ยงสัตว์ที่มีขนในบ้าน ตลอดจนได้รับมลพิษทางอากาศเช่น คาร์บอนหรือควันจากท่อไอเสียรถ

โรคภูมิแพ้ในเด็กที่พบบ่อย

1. โรคผื่นแพ้ทางผิวหนัง

มีผื่นขึ้น บริเวณรอบคอ ข้อพับ แขน ขาและมีอาการคัน จนผิวหนังแดง เกิดจากอาการร้อนเหงื่อออก จะพบในเด็กเล็กจนทำให้เด็กรู้สึกไม่สบายตัว

สึ้นนอก

2. โรคแพ้อาหาร

เกิดจากแพ้โปรตีนในอาหารทำให้ปวดท้อง อาเจียน ท้องเสีย มีผื่นขึ้น หอบ มักจะพบได้ในนมวัว นมถั่วเหลือง ไข่ และแป้งสาลี

3. โรคหืด

มีอาการไอ เหนื่อย แน่นคอ หายใจเสียงดังวี๊ด หายใจลำบาก โดยเฉพาะช่วงกลางคืน หรือขณะออกกำลังกาย อาการจะดีขึ้นหลังจากพ่นยา

4. โรคภูมิแพ้จมูก

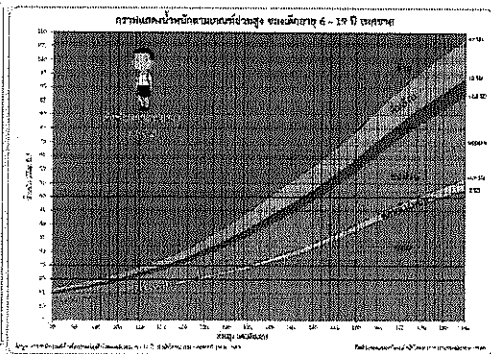
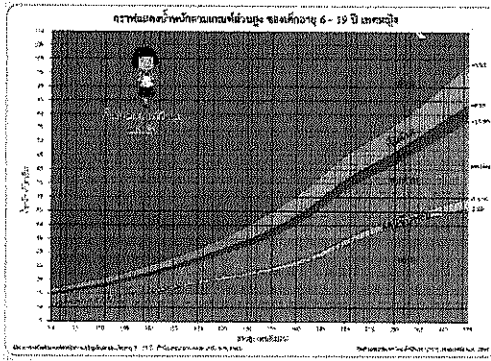
มีอาการคัดจมูก จาม น้ำมูกไหล หรือไอ บางรายอาการ คันตา ตาแดง อาการจะเป็นๆหายๆ เนื่องจากอุณหภูมิ

เปลี่ยน ความชื้น คิวบิกหรือ หรือสารก่อภูมิแพ้

วิธีป้องกันอาการภูมิแพ้กำเริบ

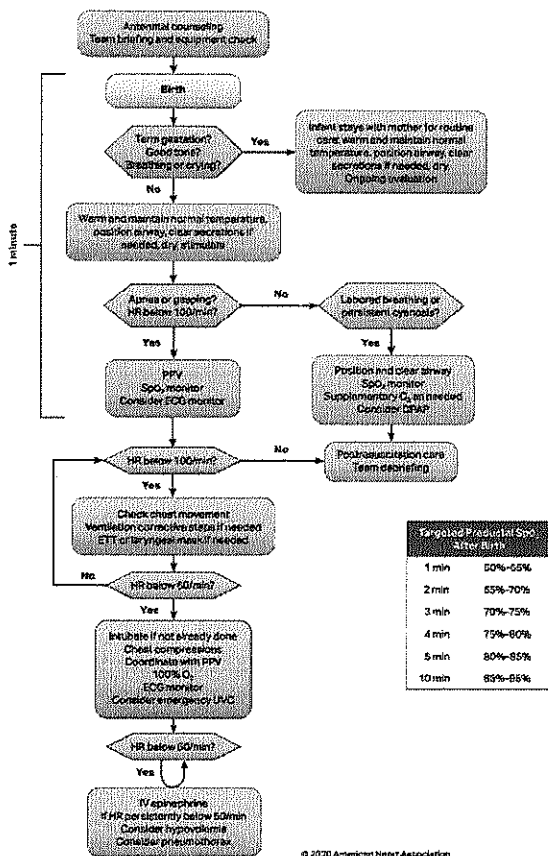
หากรู้ว่าลูกแพ้สิ่งไหน ควรหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ ซึ่งภูมิแพ้จะเริ่มดีเมื่อเด็กโตขึ้น การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นนอกจากจะป้องกันอาการภูมิแพ้กำเริบแล้วยังช่วยป้องกันอาการแทรกซ้อนได้อีกด้วย

โรคโภชนาการในเด็ก



โรคในเด็กแรกเกิด

Neonatal Resuscitation Algorithm



Time	Targeted Preductal SpO ₂ After Birth
1 min	60%-65%
2 min	65%-70%
3 min	70%-75%
4 min	75%-80%
5 min	80%-85%
10 min	85%-88%

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

ต่อตนเอง

๑.เพิ่มพูนความรู้ ความสามารถในการดูแล รักษา วินิจฉัยโรคในเด็ก

๒.สามารถนำความรู้ มาดูแลตนเองและคนในครอบครัว

ต่อหน่วยงาน

๑.สามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็ก

๒.สามารถให้คำปรึกษา แนะนำต่อเพื่อนร่วมงาน เพื่อเป็นประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

อื่นๆ

สามารถนำความรู้ ความสามารถ เพื่อให้ความรู้แก่ผู้อื่นที่สนใจ

ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรค

เนื่องจากการศึกษาต่อใช้เวลานาน ๓ ปี

ส่วนที่ 4 ข้อความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

เนื้อหาและหลักสูตรในการอบรมมีความครอบคลุมและทันสมัย สามารถนำความรู้และวิทยาการมาใช้ในการวางแผนการรักษาได้อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้ได้ผลการรักษาตามความคาดหวัง, วิทยากรมีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง อีกทั้งยังมีเทคนิคต่าง ๆ สามารถนำมาใช้ในการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ลงชื่อ.....

(นางณัชชา เตชะสมบุญ)

นายแพทย์ชำนาญการ

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

ผู้บังคับบัญชาได้ให้การสนับสนุน ส่งเสริม และอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานของผู้เรียนเป็นอย่างดี

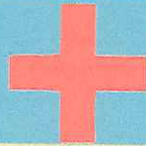
ลงชื่อ.....

(นายเอกชัย ผดุงภักดีวงศ์)

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฝ่ายการแพทย์ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครราชสีมา

การศึกษาต่อหลักสูตร
แพทย์ประจำบ้านกุมารเวชศาสตร์
ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2563 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2566
โดย พญ.ณัชชา เตชะสมบุรณ์
นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลนครภิบาล



1

Patient care

- การประเมินและตัดสินใจ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กในด้านต่างๆ
- การดูแลซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อทำการวินิจฉัยโรค และเลือกการรักษาในผู้ป่วยเด็ก
- หัตถการที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็ก



System-based practice

- ระบบการดูแลผู้ป่วยเด็ก ทั้งในภาวะฉุกเฉินและภาวะทั่วไป
- ระบบประกันคุณภาพต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก
- ระบบการจัดการและระบบส่งต่อในผู้ป่วยเด็กที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาล

2

3

Medical knowledge

- Practice-based learning and improvement
- Professionalism
- Interpersonal skills and communication skill



ประโยชน์ที่ได้รับ

- ได้รับประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก
- ได้พัฒนาองค์ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็ก
- นำความรู้ใช้ในการวินิจฉัยโรคและเลือกการรักษาผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาล

4

