

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง บทความทางวิชาการเรื่อง แนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ชักครั้งแรกจากไข้
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในคลินิกสุขภาพเด็กดี

เสนอโดย

นางสาวสุพรรณิ อุเทนสุด

ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพว. ๕๘) หัวหน้ากลุ่มงาน

กลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิระดับสูง กลุ่มงานกุมารเวชกรรม

โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน บทความทางวิชาการเรื่องแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ชักครั้งแรกจากไข้

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 เมษายน 2554 - 31 พฤษภาคม 2554

3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักจากไข้ (febrile seizure) เป็นอาการที่พบบ่อยใน 5 อันดับแรกของผู้ป่วยในแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี อาการนี้พบได้ในเด็กปกติอายุตั้งแต่ 6 เดือนถึง 5 ปีโดยเป็นกลุ่มอาการที่ไม่รุนแรงและไม่มีการพัฒนาสมองของเด็กเปรียบเทียบกับเด็กทั่วไป แต่มักสร้างความวิตกกังวลแก่ผู้ปกครองเป็นอย่างมาก การดูแลรักษาผู้ป่วย febrile seizure มีเพียงการดูแลผู้ป่วยในขณะที่ชักให้ถูกต้องให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในเรื่องการเช็ดตัวลดไข้ การให้ยาลดไข้ เป็นต้น ส่วนสาเหตุพบว่าเป็นจากการติดเชื้อไวรัสหรือไข้หวัดเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นการรักษาจึงเป็นเพียงการรักษาตามอาการ อย่างไรก็ตามแม้จะพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมาด้วยมีสาเหตุชัดเจนที่ทำให้เกิดไข้แล้วชกอยู่แล้ว แต่การส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยหาสาเหตุ ยังคงมีความหลากหลายและมักพุ่มเพี้ยนเกินความจำเป็น รวมทั้งการดูแลรักษาภาวะดังกล่าว ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน บทความนี้ จึงได้จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมหลักฐานจากบทความทางวิชาการต่าง ๆ และนำมาสรุปรวมกันเพื่อให้แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขได้ใช้เป็นแนวทางในการดูแลและรักษาผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ต่อไป

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ชักครั้งแรกจากไข้นั้นอันดับแรกควรพิจารณาว่าผู้ป่วยมีอาการของเชื้อหุ้มสมองอักเสบหรือสมองอักเสบหรือไม่ เพื่อทำการรักษา แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการชักจากไข้ (febrile seizure) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากการติดเชื้อของทางเดินหายใจ หรือการติดเชื้อของลำไส้ร่วมด้วย ซึ่งเป็นการติดเชื้อหรือชักที่พยากรณ์โรคดีส่วนใหญ่ใช้การรักษาตามอาการเท่านั้น การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ควรส่งเพียงเพื่อหาสาเหตุของไข้ที่ไม่ชัดเจน ตามอาการทางคลินิกของผู้ป่วย การดูแลรักษาเน้นการดูแลผู้ป่วยในขณะที่ชัก การลดไข้ การให้คำแนะนำและความรู้แก่ผู้ปกครองเพื่อลดความวิตกกังวล

การเขียนบทความทางวิชาการและการค้นคว้าข้อมูลดังกล่าวมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

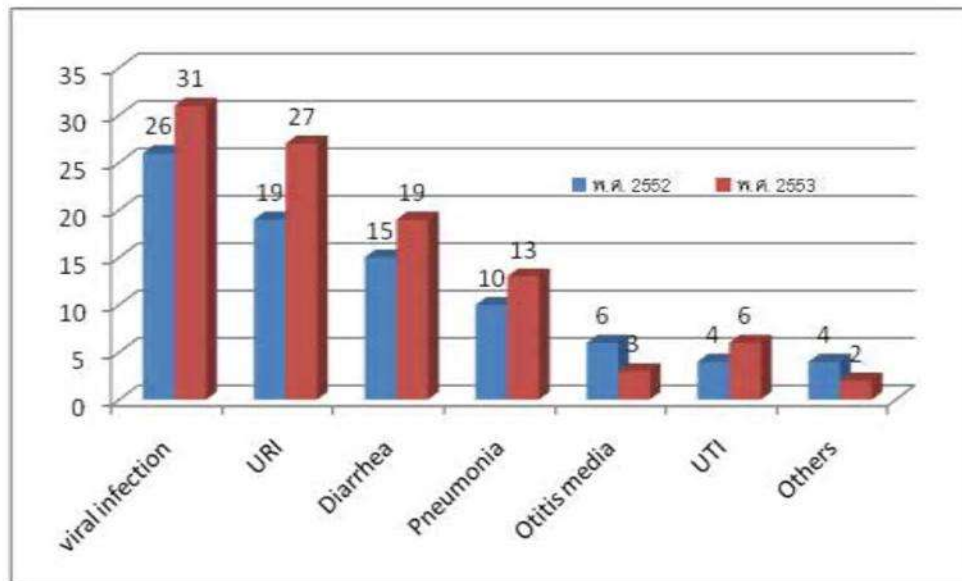
1. กำหนดชื่อเรื่องและวัตถุประสงค์ในการเขียนบทความวิชาการ
2. รวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยในวารสารทางการแพทย์ต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ (review article)
3. ปรับปรุงแก้ไขก่อนรวบรวมเป็นรูปแบบรายงานเข้าเล่ม
4. เผยแพร่บทความเพื่อให้แพทย์สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

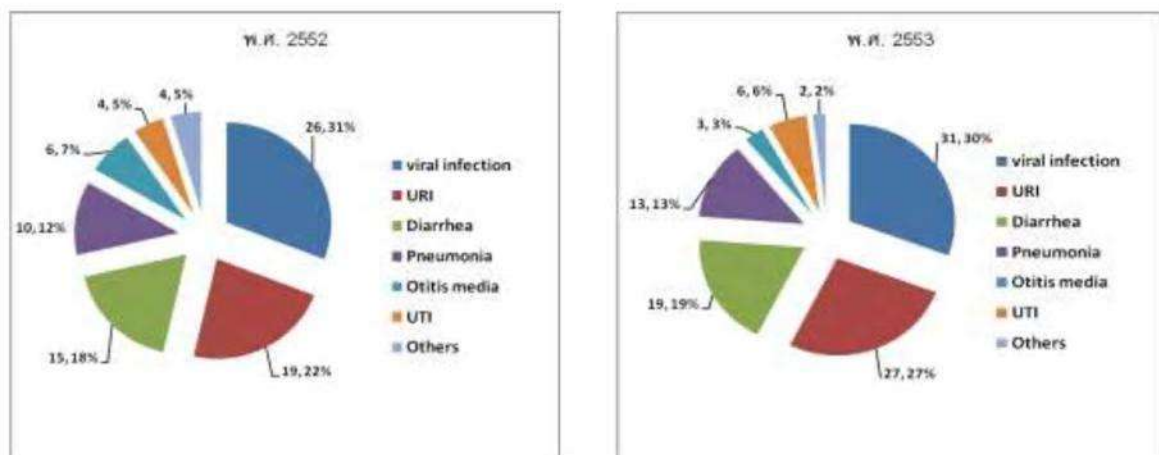
-ไม่มี-

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

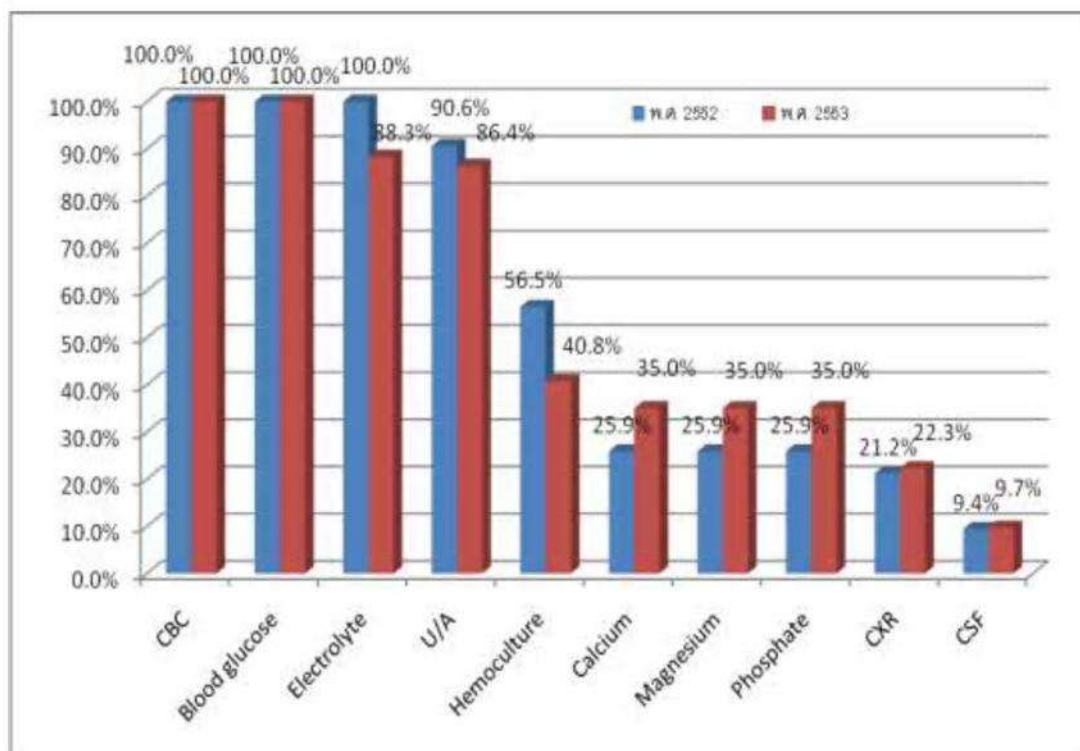
จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยในแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นชักครั้งแรกจากไข้ (1st episode febrile seizure) ตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ. 2552 - ธันวาคม พ.ศ. 2553 นั้นพบว่า มีผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นชักครั้งแรกจากไข้ จำนวน 85 คน ในปี พ.ศ. 2552 และ 103 คน ในปี พ.ศ. 2553 โดยสาเหตุของอาการชักจากไข้ได้แสดงในแผนภูมิด้านล่าง ดังนี้



รูปที่ 1 กราฟแท่งแสดงสาเหตุของอาการชักจากไข้ เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2552 และปี พ.ศ. 2553
หน่วยเป็นจำนวนคน
หมายเหตุ สาเหตุอื่นๆ (Others) เช่น แผลติดเชื้อบริเวณผิวหนัง โพรงไขสันหลัง เป็นต้น



รูปที่ 2 แผนภูมิแสดงสาเหตุของอาการชักจากไข้ เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2552 และปี พ.ศ. 2553
หน่วยเป็นร้อยละ



รูปที่ 3 กราฟแท่งแสดงจำนวนการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2552 และปี พ.ศ. 2553 หน่วยเป็นร้อยละ

จากข้อมูลที่น่าสนใจ จะเห็นได้ว่าสาเหตุหลักของชักจากไข้ใน 3 อันดับแรก ของโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี พบว่าเกิดจากการติดเชื้อไวรัส ไข้หวัด และอุจจาระร่วง ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ไม่แตกต่างกับสาเหตุของชักจากไข้ที่มีการศึกษามาก่อนหน้านี้^{1,2} นอกจากนี้ จากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 85 ได้รับการส่งตรวจ CBC, blood glucose, electrolyte และ UA แต่จะเห็นว่า การตรวจดังกล่าว ไม่สามารถระบุสาเหตุของอาการชักจากไข้ เพราะสาเหตุส่วนใหญ่ที่พบสามารถวินิจฉัยได้จากอาการและอาการแสดง โดยไม่จำเป็นต้องส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ แต่อย่างไรก็ตาม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการดังกล่าว อาจมีส่วนช่วยให้แพทย์ตัดสินใจให้การรักษาได้ดีขึ้น เช่น ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ (urine specific gravity) ที่สูง ช่วยบ่งบอกถึงภาวะการขาดน้ำ หรือจำนวนเม็ดเลือดขาวในเลือดที่สูงหรือต่ำ ไข้ช่วยในการแยกว่าการติดเชื้อเกิดจากเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้อไวรัส เป็นต้น จากข้อมูลที่รวบรวมได้ แสดงให้เห็นว่าการส่งตรวจบางอย่าง อาจมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น เช่น แพทย์ส่วนใหญ่มักส่งตรวจเพื่อหาเกลือแร่ในเลือด ถึงแม้ว่าผู้ป่วยเด็กจะรู้สึกตัวดี ทานได้ปกติ ซึ่งไม่น่ามีความผิดปกติของระดับเกลือแร่ในเลือดก็ตาม บทความนี้ จึงเป็นการทบทวน ศึกษาวิเคราะห์และสรุปเป็นแนวทาง เพื่อใช้ในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การดูแล การรักษา และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการชักจากไข้

คำจำกัดความ

อาการชักที่เกิดจากไข้ (febrile seizure) คืออาการชักที่เกิดเมื่อมีการเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิร่างกาย เกิดในเด็กปกติอายุตั้งแต่ 6 เดือนถึง 5 ปี และต้องไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อของระบบประสาทส่วนกลาง หรือจากความผิดปกติของสมดุกลีอแรด ๆ หรือสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดอาการชักได้ และมักมีอาการชักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกของไข้¹

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เชื่อว่าส่วนหนึ่งเกิดจากภาวะสมองส่วน hypothalamus ที่ทำหน้าที่ควบคุมอุณหภูมิในร่างกายยังเจริญไม่เต็มที่ ทำให้เซลล์สมองไวต่อสิ่งเร้า จึงเกิดอาการชักได้ง่าย³

อุบัติการณ์

อุบัติการณ์ในประเทศไทยพบประมาณ 2-5% เพศชายพบได้บ่อยกว่าเพศหญิง 2 เท่า¹

พยาธิกำเนิดและพยาธิสภาพ

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด เกี่ยวกับการเกิดอาการชักจากไข้ในเด็กปกติ แต่มีข้อมูลสนับสนุนว่ามีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม โดยพบว่าเด็กที่เกิดในครอบครัวที่มีประวัติมีอาการชักจากไข้ จะมีโอกาสชักจากไข้มากกว่าเด็กที่ไม่มีประวัติครอบครัว¹

ชนิดของ Febrile seizure

จำแนกออกได้เป็น simple febrile seizure ซึ่งมีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ ชักแบบเกร็งทั้งตัว (generalized tonic seizure) ระยะเวลาที่ชักน้อยกว่า 15 นาที หลังชักผู้ป่วยปกติดี ไม่มีความผิดปกติทางระบบประสาท และชักเพียงครั้งเดียวในช่วงที่มีไข้คราวนั้น ส่วนผู้ป่วยเด็กบางคนที่มีอาการชักต่างไปจากนี้ จัดว่าเป็น complex febrile seizure ซึ่งประกอบด้วย ชักแบบเฉพาะที่ (focal seizure) ชักนานกว่า 15 นาที หลังชักมีความผิดปกติทางระบบประสาท เช่น ชิม แขนขาอ่อนแรง และชักหลายครั้งในช่วงเวลาของไข้คราวนั้น

การวินิจฉัย

เมื่อผู้ป่วยมาด้วยอาการชักร่วมกับมีไข้ด้วยนั้น ต้องตัดสาเหตุอื่นที่มีความรุนแรงออกไปก่อน เช่น โรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบ (bacterial meningitis) โรคสมองอักเสบ (encephalitis) เป็นต้น โดยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นชักจากไข้นั้น (febrile seizure) หลังจากอาการชักหายไป ผู้ป่วยจะกลับมามีอาการปกติ ไม่มีอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลงเหลืออยู่

การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผู้ป่วยเด็กที่ชักครั้งแรกจากไข้ ส่วนใหญ่มีสาเหตุที่ทำให้เกิดไข้ชัดเจนนำมาก่อน ซึ่งมักพบเป็นการติดเชื้อไวรัส หรือโรคหัด ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะไม่มีอาการรุนแรง หลายคนรับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการชักและรักษาตามอาการเท่านั้น ดังนั้นการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการจึงมุ่งเน้นเพื่อหาสาเหตุของไข้ที่ไม่ทราบสาเหตุชัดเจน แต่แพทย์ส่วนใหญ่ก็ยังคงมีการส่งตรวจเลือด โดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงแรกของไข้ ซึ่งมีหลาย ๆ การศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่ได้ทำการรวบรวม วิเคราะห์ถึงความจำเป็นและประโยชน์

จากการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่ว่าจะเป็นการเจาะเลือด CBC, blood chemistry เช่น electrolyte, blood sugar, phosphate, magnesium การเจาะน้ำไขสันหลัง (lumbar puncture) การส่งตรวจทาง neuroimaging (CT, MRI) หรือแม้แต่การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) พบว่าไม่มีความจำเป็นในการส่งตรวจ เพราะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรักษาน้อย หรือไม่สัมพันธ์กัน ความคุ้มค่าของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ภาระงานของพยาบาลและความกลัวต่อการเจาะเลือดของผู้ป่วยเด็ก การศึกษาในประเทศไทย จากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกือบทั้งหมดจะถูกตรวจเลือด โดยมีข้อบ่งชี้หรือความเหมาะสมเพียงร้อยละ 19 เท่านั้น และยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่าผลเลือดที่ตรวจเป็นปกติ และไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรักษาใน 24 ชั่วโมงแรก เช่น electrolyte, hemoculture² เป็นต้น

ยังมีหลาย ๆ การศึกษาที่พยายามรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม ซึ่งรวบรวมใจความสำคัญได้ดังนี้^{4,5,6,7,8}

การเจาะน้ำไขสันหลัง (lumbar puncture)

โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบเฉียบพลัน (acute bacterial meningitis) แม้เป็นโรคที่พบได้น้อย แต่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการตามมาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาช้า หรือไม่ได้รับการรักษา ดังนั้นในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้าม จึงควรพิจารณาเจาะน้ำไขสันหลัง จากหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการไข้และชักต่อเนื่อง (febrile status epilepticus) หรือ อาการชักชนิด complex febrile seizure
2. อายุ
 - อายุน้อยกว่า 12 เดือน ควรเจาะน้ำไขสันหลังทุกรายเนื่องจากอาจตรวจร่างกายไม่พบอาการหรืออาการแสดงของเยื่อหุ้มสมองอักเสบ
 - อายุ 12-18 เดือน ควรพิจารณาเจาะน้ำไขสันหลัง เพราะอาการและอาการแสดงอาจมีน้อยมาก
 - อายุมากกว่า 18 เดือน ที่มีอาการและอาการแสดงของเยื่อหุ้มสมองอักเสบ
3. เมื่อมีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ เช่น ซึม อาเจียน ไม่ดูคน มงแง ไม่เล่นเป็นปกติ ตรวจร่างกายมีความผิดปกติของระบบประสาทเกิดขึ้นเพิ่มเติมจากเดิมหรือมี anterior fontanel โป่ง
4. ผู้ป่วยเด็กทุกรายที่ได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำมาก่อน⁹ เนื่องจากผลจากยาปฏิชีวนะจะบดบังอาการของเยื่อหุ้มสมองอักเสบได้

การตรวจ complete blood count (CBC)

ไม่แนะนำให้ส่งตรวจในผู้ป่วยเด็กกลุ่ม simple febrile seizure พิจารณาส่งในผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อแบคทีเรีย หรือไม่พบการติดเชื้อที่ชัดเจนจากการตรวจร่างกาย เนื่องจากจำนวนเม็ดเลือดขาว ไม่ได้มีผลต่อการพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วย⁶ ยกตัวอย่างการศึกษาในประเทศไทย จากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบว่า CBC เป็นชนิดของเลือดที่จะถูกส่งมากที่สุด โดยถูกคาดหวังว่าจะเป็น diagnostic test เพื่อวินิจฉัยภาวะ bacterial infection ใน 24 ชั่วโมงแรกของไข้ได้มากขึ้น โดยพบว่าในสถานการณ์จริงแล้ว ไม่มีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยแยกภาวะ bacterial infection การใช้ CBC คงเป็นเพียงการช่วยเสริมหรือสนับสนุนการวินิจฉัยหลักเท่านั้น²

การตรวจเลือด (Blood chemistry analysis)

ประกอบด้วย blood glucose, serum calcium, serum phosphorus, serum electrolyte ไม่แนะนำให้ส่งในผู้ป่วยเด็กกลุ่ม simple febrile seizure เช่นกัน ควรส่งตรวจเมื่อมีข้อบ่งชี้ เช่น ผู้ป่วยที่ชักนานเกินกว่า 15 นาที ควรส่งตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (electroencephalography)

การส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง ไม่แนะนำให้ทำเมื่อผู้ป่วยมาด้วย simple febrile seizure เพราะถึงแม้จะผิดปกติ ก็ไม่สามารถพยากรณ์ถึงการเกิดชักซ้ำจากไข้หรือการเป็น โรคลมชักในอนาคตได้

การตรวจสมองทางรังสีวิทยา (neuroimaging)

ข้อบ่งชี้เพื่อพิจารณาการส่งตรวจทางรังสีวิทยานั้น แนะนำให้ส่งตรวจถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติของระบบประสาท เช่น ศีรษะโต/ศีรษะเล็ก มีความผิดปกติทางผิวหนังที่บ่งถึงกลุ่มโรค Neurocutaneous abnormalities, มีอาการผิดปกติหลังจากชัก เช่น อ่อนแรง ชีม โดยไม่แนะนำให้ส่งตรวจในผู้ป่วยชักจากไข้ที่มีอาการทางระบบประสาทปกติ

สรุปแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ดังตารางต่อไปนี้

แนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยที่ชักจากไข้⁵

Features	Lumbar puncture	Electroencephalography	Neuroimaging	Biochemistry
Febrile status epilepticus	Yes	No	No	None
Age <18 months	Consider	No	No	None
Complex febrile seizure, otherwise normal	Consider	No	No	None
Simple febrile seizure, otherwise normal	No	No	No	None
Neurodevelopmental abnormality and complex febrile seizure	No	No	Possibly non-urgently	None
Symptoms and signs suggestive of meningitis	Yes	No	No	None

พยากรณ์โรค

อันตรายที่เกิดจากการชักจากไข้น้อยมาก และไม่ทำให้เกิดสมองพิการหรือเสีย cognitive function ภายหลังจากชัก ถึงแม้จะเป็น febrile status epilepticus ความสามารถในการเรียน พฤติกรรมและเชาว์ปัญญา (IQ) ไม่แตกต่างจากเด็กที่ไม่เคยมีอาการชักจากไข่มาก่อน และพัฒนาการของเด็กก็ไม่แตกต่างจากพี่น้องที่ไม่มีอาการชักจากไข้

ปัจจัยเสี่ยงที่พบว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการชักซ้ำจากไข้

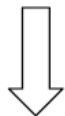
1. มีประวัติอาการชักจากไข้ในครอบครัว
2. อาการชักจากไข้ครั้งแรกเกิดก่อนอายุ 18 เดือน จะมีความเสี่ยงเรื่องการชักซ้ำเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 50

3. อาการชักเกิดหลังจากเริ่มมีไข้ในระยะที่สั้นมาก เช่น ชักภายในชั่วโมงแรกของไข้ จะเกิดชักซ้ำได้บ่อยกว่ากลุ่มที่มีไข้ยาวนานแล้วจึงชัก
4. อาการชักที่ไข้ไม่สูงมาก หรือการมีไข้บ่อย ๆ หลังจากที่มีอาการชักจากไข้ครั้งแรก ก็จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดชักซ้ำมากขึ้น

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่ชักจากไข้²

ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชักซึ่งสัมพันธ์กับไข้ภายใน 24 ชั่วโมงแรก

อายุ < 12 เดือน	อายุ < 12 เดือน	อายุ ≥ 12 เดือน	อายุ ≥ 12 เดือน
ชักจากไข้ครั้งแรก - รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และตรวจน้ำไขสันหลัง เพื่อแยกโรคการติดเชื้อในระบบประสาท - ให้การรักษาแบบประคับประคอง	เคยมีประวัติชักจากไข้มาก่อน - ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก - ให้การรักษาแบบประคับประคอง	อายุ ≥ 12 เดือน ผลการตรวจร่างกายปกติ - ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก - ให้การรักษาแบบประคับประคอง	อายุ ≥ 12 เดือน ผลการตรวจร่างกายพบความผิดปกติที่สงสัยเป็นการติดเชื้อของระบบประสาท หรือการติดเชื้อที่รุนแรง -รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และส่งตรวจเพิ่มเติมตามความเหมาะสม



การให้การรักษาแบบประคับประคองในอาการชักจากไข้

- ให้ยาพาราเซตามอล ขนาด 10-15 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อครั้ง ทุก 4 ชั่วโมงและเช็ดตัวลดไข้
- ไม่จำเป็นต้องให้ยากันชักในรายที่มีประวัติเคยชักจากไข้มาก่อน
- ไม่จำเป็นต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วยทุกราย ยกเว้นมีข้อบ่งชี้ เช่น อาเจียนอย่างรุนแรง ถ่ายเหลวร่วมกับมีภาวะขาดน้ำในระดับปานกลางขึ้นไป เป็นต้น
- ให้ยา Diazepam 0.3 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อครั้ง ทางหลอดเลือดดำ หรือ 0.5 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อครั้ง ทางทวารหนัก ในกรณีที่ชักนานตั้งแต่ 5 นาทีขึ้นไป
- ไม่จำเป็นต้องเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วง 24 ชั่วโมงแรกของไข้ ยกเว้นมีข้อบ่งชี้
- ให้การรักษาสาเหตุของไข้ตามความเหมาะสม
- ให้ความรู้หรือแผ่นพับเกี่ยวกับอาการชักจากไข้แก่ผู้ป่วย หรือผู้ปกครองทุกราย
- กรณีให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก ควรนัดติดตามอาการใน 1-2 วัน ถ้าอาการไม่ดีขึ้น
- รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ถ้ามีข้อบ่งชี้ เช่น ผู้ปกครองที่วิตกกังวลมาก เป็นต้น

American Academy of Pediatrics แนะนำไม่ให้ยาป้องกันการชักทั้งชนิดต่อเนื่อง (continuous) หรือ ชั่วคราว (intermittent) กับเด็กที่ชักชนิด simple febrile seizures ครั้งเดียวหรือมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป โดยพบว่า เด็กจะมีผลเสียจากการรับประทานยามากกว่าผลดีในการป้องกันการชักซ้ำ โดยพยายามอธิบายให้ผู้ปกครอง เข้าใจถึงผลดี-ผลเสียในการใช้ยาและช่วยลดความกังวลใจด้วย

แต่มีหมายเหตุว่า อาจพิจารณาให้ยากันชักแบบต่อเนื่องได้ในกรณีผู้ปกครองมีความกังวลใจสูงจาก เด็กเคยชักจากไข้มาแล้วหลายครั้ง หรือมีประวัติครอบครัวที่มีบุคคลในครอบครัวสายตรง เคยมีอาการชัก จากมีไข้หรือไม่ไข้วร่วมด้วย¹⁰

7. ผลสำเร็จของงาน

1. ได้รวบรวมและเขียนบทความทางวิชาการ เรื่องแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ชักครั้งแรกจากไข้
2. ได้ศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าชักครั้งแรกจากไข้โดยผลสำเร็จของการศึกษาเปรียบเทียบกับบทความทางวิชาการ พบว่าการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่วนใหญ่ไม่สามารถบอกสาเหตุของอาการชักจากไข้ได้ และผลการส่งตรวจดังกล่าวก็ไม่ได้เปลี่ยนแปลงการรักษา ของแพทย์แต่อย่างใด ซึ่งไม่แตกต่างกับบทความทางวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ
3. จากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด จึงได้นำเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ชักจากไข้ ดังที่ได้แสดงไว้ในหน้าที่ 8

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. นำข้อมูลที่ได้รับ มาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ชักครั้งแรกจากไข้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และผลสำเร็จของการรักษา
2. เพื่อลดการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น เป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายของการ รักษาพยาบาลของผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้
3. เพื่อให้กุมารแพทย์ แพทย์ทั่วไป นำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการรักษาผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ได้เหมาะสม

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. เนื่องจากการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลัง ทำให้ไม่ได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน
2. ความยากลำบากในการเข้าถึงข้อมูลวารสารจากต่างประเทศในรูปแบบวารสารฉบับเต็ม

10. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินความถูกต้องและความคุ้มค่าของการส่งตรวจ หลังจากนำแนวทางดังกล่าวมาใช้
2. ควรมีการประชุมร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล เพื่อสรุปถึงข้อดี และข้อเสียของการ นำแนวทางดังกล่าวมาใช้และร่วมกันปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลต่อไป

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ศุภรณี อุเทนสุด
 (นางสาวศุภรณี อุเทนสุด)
 ผู้ขอรับการประเมิน
 วันที่ 24 ก.ย. 2555

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ Amass
 (นายชาติชาย วงษ์อารี)

ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ฝ่ายการแพทย์
 โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี

วันที่ 24 ก.ย. 2555

ลงชื่อ Jim
 (นายสมชาย จิรมิโชค)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี

วันที่ 24 ก.ย. 2555

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย . แนวทางการรักษาโรคลมชัก : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร ; 2548 น.38-40
2. ไพโรจน์ บุญลักษณะศิริ. ประโยชน์คุ้มค่าของการตรวจเลือดในผู้ป่วยเด็กที่มีไข้และชักใน 24 ชั่วโมงแรก : วารสารกุมารเวชศาสตร์.Vol.49 No.2 April- June 2010
3. Current Management in Child Neurology, Third Edition 2005 Bernard L. Maria ;BC Decker Inc Pages 83–88
4. American Academy of Pediatrics, Provisional Committee on Quality improvement, Subcommittee on Febrile Seizures. Practice Parameter : the neurodiagnostic evaluation of the child with a first simple febrile seizure. *Pediatrics* 1996 ; 97: 769-72 , discussion 73-5.
5. Lynette G Sadleir, Ingrid E Scheffer. Febrile Seizures. *BMJ* 2007 : 334; 307-11.
6. N. RUTTER and O.R.C. SMALES. Role of routine investigations in children presenting with their first febrile convulsion. *Archives of Disease in Childhood*, 1977, 52, 188-191.
7. Lai N M, Tan M L, Quah S Y, Tan E L, Foong K W. Over –investigated and under-treated : children with febrile convulsion in a Malaysian district hospital. *Singapore Med J* 2010 ; 51(9) : 724.
8. British Columbia Medical Association, Advisory Committee on Guideline and Protocols of Febrile Seizures. September 1, 2010.
9. V Wong, MHK Ho, NP Rosman, Y Fukuyama, CY Yeung, KH Chan, MSC Wong, CM Verity, CF Cheng. Clinical Guideline on Management of Febrile Convulsion. *HK J Paediatr (new series)* 2002 ;7:143-151.
10. Febrile Seizures: Clinical Practice Guideline for the Long-term Management of the Child with Simple Febrile Seizures. *Pediatrics* 2008 ; 121: 1281-1286
11. Robert D.Baker : Diagnosis and Prevention of Iron Deficiency and Iron-Deficiency Anemia in Infants and Young Children (0–3 Years of Age). *Pediatrics* 2010 ; 126: 1040-1050
12. Chessa K.Lutter : Iron Deficiency in Young Children in Low-Income Countries and New Approaches for Its Prevention. *J. Nutr.* 138: 2523–2528, 2008.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวสุพรรณิ อุเทนสุด

เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่งชำนาญการ (ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม)
(ตำแหน่งเลขที่ รพว.58) หัวหน้ากลุ่มงาน สังกัดกลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิระดับสูง กลุ่มงานกุมารเวชกรรม
โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี สำนักงานแพทย์

เรื่อง การคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในคลินิกสุขภาพเด็กดี

หลักการและเหตุผล

นิยาม ภาวะโลหิตจาง (Anemia) คือ ภาวะที่มีปริมาณของ red cell mass หรือระดับ hemoglobin ที่เท่ากับหรือน้อยกว่า -2 SD เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของเด็กปกติที่อายุเดียวกัน (อายุ 6 เดือน- 2 ปี ใช้ค่า Hb < 11 g/dl หรือ Hct < 33%)¹

ภาวะโลหิตจาง เป็นภาวะที่พบได้บ่อยและเกิดได้จากหลายสาเหตุ โดยสาเหตุที่พบได้บ่อยคือ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (iron deficiency anemia) เป็นอาการของการขาดธาตุเหล็กที่รุนแรงที่สุดและพบบ่อยในประเทศที่กำลังพัฒนา ประมาณ 40% ถึง 60% ของประชากรเด็กอายุระหว่าง 6 เดือน ถึง 2 ปี² ในประเทศที่กำลังพัฒนามีปัญหาขาดธาตุเหล็ก ข้อมูลการศึกษาในประเทศไทยปี พ.ศ. 2532 พบว่าทารกอายุ 1-6 เดือน มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 26 ในขณะที่เด็กอ่อนอายุ 6-24 เดือน พบภาวะนี้ประมาณร้อยละ 21 ซึ่งภาวะขาดธาตุเหล็กไม่ได้เป็นปัญหาแต่เพียงระบบโลหิตวิทยาเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบต่ออวัยวะและหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย พบว่าในเด็กและทารกที่ขาดธาตุเหล็ก จะมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ไม่เจริญอาหาร อ่อนเพลีย ตกใจง่าย หงุดหงิด ไม่เอาใจใส่สิ่งแวดล้อม มีความบกพร่องในการเจริญและพัฒนาความสามารถของกล้ามเนื้อในด้าน motor และการพัฒนาเกี่ยวกับ co-ordination บกพร่องในการใช้ภาษาและการเรียนรู้ ขาดความสนใจและสมาธิในการเรียนการรับรู้เรื่องราวต่าง ๆ ออกกำลังได้ไม่เต็มที่และไม่คล่องแคล่วว่องไว

ในเด็กอายุขวบปีแรก ภาวะขาดธาตุเหล็กมักเกิดจากการดื่มนมวัวปริมาณมาก หรือการให้นมแม่นานกว่า 6 เดือน โดยไม่ให้อาหารเสริมที่มีธาตุเหล็กเพียงพอ

ดังนั้นแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี จึงเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในคลินิกสุขภาพเด็กดี ในช่วงอายุ 1 ปี – 2 ปีทุกราย ตามคำแนะนำการตรวจหาภาวะซีดในเด็กของ American Academy of Pediatrics¹ เนื่องจากเป็นช่วงอายุที่เริ่มรับประทานอาหารหลากหลาย และมีการเจริญเติบโตของร่างกายเพิ่มมากขึ้น เพื่อสืบหาผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทันเวลาที่

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้เด็ก ช่วงอายุ 1 ปี – 2 ปี ที่มารับการตรวจสุขภาพ ฉีดวัคซีนในคลินิกสุขภาพเด็กดี ได้รับการตรวจหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กอย่างน้อย 1 ครั้ง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทันต่วงที่
3. เพื่อลดอุบัติการณ์และผลเสียจากการไม่ได้รับการรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
4. เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุของภาวะ โลหิตจางอื่น ๆ นอกเหนือจากการขาดธาตุเหล็ก

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การให้บริการของคลินิกสุขภาพเด็กดี ของโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมีนั้น นอกจากการให้วัคซีนตามวัยแล้ว ยังมีเรื่องการตรวจพัฒนาการ การตรวจร่างกายและการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองด้วย ที่ผ่านมามีปัญหาที่พบได้บ่อย คือ การพบภาวะซีดจากการตรวจร่างกาย น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน สาเหตุหลักคือ เด็กรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบน้อย เนื่องจากผู้เลี้ยงดูเด็กมีความเข้าใจในเรื่องการให้อาหารแก่เด็กผิด เช่น ในเด็กอายุมากกว่า 1 ปี ยังให้เด็กรับประทานแต่นมเป็นหลัก มารดาที่ให้นมบุตรมากกว่า 6 เดือน ก็ไม่ได้เสริมอาหารให้เหมาะกับวัย ทำให้ปัญหาโลหิตจางจึงเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในคลินิกสุขภาพเด็กดี

การคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในคลินิกสุขภาพเด็กดี จึงมีการดำเนินการดังนี้

1. กำหนดกลุ่มเป้าหมายได้แก่ เด็กช่วงอายุ 1 ปี – 2 ปี ที่มารับการตรวจสุขภาพ ฉีดวัคซีนในคลินิกสุขภาพเด็กดีทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
2. กำหนดเวลาคลินิกเปิดให้บริการพร้อมกับฉีดวัคซีน ได้แก่ ทุกวันอังคารและพฤหัสบดีในเวลา 13:00 น.-16:00 น.
3. ผู้ป่วยเด็กทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะโลหิตจาง จะได้รับยาธาตุเหล็กเสริม พร้อมกับนัดติดตามผลเลือด CBC ร่วมกับติดตามน้ำหนักที่ 1 เดือนหลังการรักษา
4. ส่งพบนักโภชนาการเพื่อรับคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารตามวัยและอาหารที่เพิ่มธาตุเหล็ก
5. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมได้ตามมาตรฐานเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มการคัดกรองในเด็กกลุ่มเสี่ยง เช่น มีประวัติคลอดก่อนกำหนด คลอดน้ำหนักน้อย หรือมีประวัติธาลัสซีเมียในครอบครัว ก่อนอายุ 1 ปี เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง
2. จัดทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และเภสัชกร เพื่อให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ปกครอง ในการดูแลรักษาและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

3. ขยายการคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ให้เข้าสู่ชุมชนมากที่สุด โดยผ่านทาง ศูนย์บริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เด็กทุกคนที่มารับการตรวจสุขภาพ นีตวัดซีเอ็นในคลินิกสุขภาพเด็กดี ได้รับการตรวจคัดกรองหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
2. ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ได้รับการรักษาอย่างทันต่วงที และได้รับการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง
3. เพื่อให้ผู้ปกครอง ได้ทราบถึงอาหารตามวัยที่เหมาะสม เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
4. เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครอบครัวผู้ป่วย กุมารแพทย์ พยาบาลประจำคลินิกสุขภาพเด็กดี และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและเป็นกำลังสำคัญในการส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็ก

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. เด็กที่อายุระหว่าง 1-2 ปี ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี ได้รับการคัดกรอง Hct อย่างน้อย 1 ครั้ง มีจำนวนไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ของผู้มาใช้บริการ
2. อัตราร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจากกุมารแพทย์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100

ลงชื่อ สุพรรณิ อุเทนสุด
(นางสาวสุพรรณิ อุเทนสุด)
ผู้ขอรับการประเมิน
วันที่ 24 ก.ย. 2555

เอกสารอ้างอิง

1. Robert D.Baker : Diagnosis and Prevention of Iron Deficiency and Iron-Deficiency Anemia in Infants and Young Children (0–3 Years of Age). *Pediatrics* 2010 ; 126: 1040-1050
2. Chessa K.Lutter : Iron Deficiency in Young Children in Low-Income Countries and New Approaches for Its Prevention. *J. Nutr.* 138: 2523–2528, 2008.