

การศึกษาระบาดวิทยาผู้ป่วยเด็กสมองพิการ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี Epidemiology of Cerebral Palsy Pediatric Patients in Sanprasitthiprasong Hospital Ubonratchatani

สุรางคนา อินทร์สุข
Surangkha Insook

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาระบาดวิทยาของผู้ป่วยเด็กสมองพิการที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เพื่อนำข้อมูลไปสู่การพัฒนาการบริการและงานวิจัย

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง

สถานที่ทำการวิจัย : แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

กลุ่มประชากร : ผู้ป่วยเด็กสมองพิการที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยโรคสมองพิการ แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2553 – ธันวาคม 2558

วิธีการศึกษา : สืบค้นข้อมูลย้อนหลังจากแฟ้มเอกสารเฉพาะของผู้ป่วยโรคสมองพิการ

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยทั้งหมด 297 ราย มีรายงานบันทึกในแฟ้มข้อมูลเด็กสมองพิการ 246 ราย เป็นหญิง 107 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.5 และชาย 139 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.5 ช่วงอายุที่พบบ่อยได้แก่ อายุ 3-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.7 การแบ่งประเภทของสมองพิการพบประเภทเกร็ง (Spastic) มากที่สุดร้อยละ 92.7 โดยพบว่าเกร็งขามากกว่าแขนร้อยละ 40.7 เกร็งทั้งตัวร้อยละ 32.5 เกร็งครึ่งซีกร้อยละ 18.3 แขนหรือขาข้างเดียวร้อยละ 1.2 และ Athetoid ร้อยละ 7.3 การแบ่งระดับความรุนแรงตามระบบ GMFCS E&R พบระดับ 1, 2, 3, 4, 5 ร้อยละ 7.7, 22.8, 32.9, 20.3 และ 16 ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองพิการได้แก่ น้ำหนักตัวแรกคลอดต่ำกว่ากำหนดร้อยละ 24.19 คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 23.8 ขาดออกซิเจนตอนคลอดร้อยละ 8.7 ปัญหาหัวมพบเกร็ง (Spastic) ร้อยละ 84.1 การพูดร้อยละ 59.3 ทูโฟกษณาการร้อยละ 38.6 น้ำลายยืดร้อยละ 35.7 การรับรู้ร้อยละ 28 ปากและฟันร้อยละ 21.5 การขับถ่ายร้อยละ 21.1 และตาเขร้อยละ 16.7 ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่ข้อยึดติดร้อยละ 18.3 ข้อสะโพกเคลื่อนหรือหลุดร้อยละ 2.4 และหลังคดร้อยละ 2

สรุป : ผู้ป่วยเด็กสมองพิการที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยโรคสมองพิการ แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2553 – ธันวาคม 2558 ปัญหาเกร็ง (Spastic) เป็นปัญหาที่พบมากที่สุดตามด้วยการพูดและภาวะทูโฟกษณาการ ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดได้แก่ ข้อยึดติด

คำสำคัญ : เด็กสมองพิการ, ภาวะเกร็ง, GMFCS E&R

ABSTRACT

Objective : To study the epidemiology of cerebral palsy patients in cerebral palsy clinic at rehabilitation department, Sanprasitthiprasong hospital between January 2010 - December 2015.

Study design : Descriptive study

Setting : Rehabilitation department of Sanprasitthiprasong hospital

Subjects : Cerebral palsy patients in cerebral palsy clinic at rehabilitation department, Sanprasitthiprasong hospital between January 2010 - December 2015.

Method : A retrospectively chart reviews from the medical record form of cerebral palsy in cerebral palsy clinic Sanprasitthiprasong hospital between January 2010- December 2015

Results : There were 297 cases of cerebral palsy, only 246 were recorded in medical record form of cerebral palsy , 139 males (56.5%) and 107 females (43.5%). The physiologic form of cerebral palsy observed included spastic 92.7% and dyskinetic 7.3%. Distribution in Gross Motor Function Classification System Expanded and Revised (GMFCS E&R) level was I 7.7%, II 22.8%, III 32.9%, IV 20.3% and V 16.2%. Low birth weight was leading cause of cerebral palsy 24.19% followed by prematurity 23.8% and birth asphyxia 8.7%. The co-morbid conditions included spasticity 84.1%, speech impairment 59.4%, malnutrition 38.6%, sialorrhea 35.8%, cognition 28%, dental problem 21.5%, constipation 21.1% and strabismus 16.7%. The complication was found joint contracture 18.3%, hip dislocation 2.4% and scoliosis 2%

Conclusion : The cerebral palsy in cerebral palsy clinic at Sanprasitthiprasong hospital between January 2010 – December 2015 found the spasticity was common problem followed by speech and malnutrition. The most common complication was joint contracture.

Keywords : Cerebral palsy, Spasticity, GMFCS E&R

บทนำ

ภาวะสมองพิการ (Cerebral Palsy) เป็นความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวและท่าทางที่เกิดจากการบาดเจ็บซึ่งเป็นรอยโรคที่คงที่ในสมองเกิดในสมองที่ยังพัฒนาได้ไม่เต็มที่¹ โดยมีความชุก 2-3/1000 คน² โดยสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดคือ ไม่ทราบสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่พบได้บ่อยที่สุดคือการคลอดก่อนกำหนด³ ปัญหาที่พบได้แก่ ความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว และอาการเกร็ง โรคร่วมที่พบได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจ⁴ ปัญหาการมองเห็น การได้ยิน การรับรู้ การนอน ความปวด ปัญหาระบบทางเดินอาหาร ท้องผูก การกลืน ภาวะทุพโภชนาการ น้ำลายไหลยืด ปัญหาช่องปากและฟัน การหายใจ ระบบต่อมไร้ท่อ และปัญหาทางระบบสืบสาวะ⁵ ส่วนปัญหาเกี่ยวกับกระดูกข้อและกล้ามเนื้อ

มักจะเกิดตามมาภายหลัง เช่น ข้อติด ข้อผิดรูป ข้อต่อขาด ความมั่นคง ข้อหลุดหรือเคลื่อน กระดูกสันหลังคดทำให้มีการเดินที่ผิดปกติ⁶ ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะส่งผลต่อการใช้ชีวิต คุณภาพชีวิตและอายุขัยของผู้ป่วย

ภาวะสมองพิการมีความผิดปกติและความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน สามารถแบ่งประเภทได้หลายแบบ เช่น แบ่งตามความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ได้แก่ spastic, dystonic, mixed, ataxia⁷ หรือแบ่งตามส่วนของร่างกายที่แสดงอาการได้แก่ แขนหรือขาเดียว, ครึ่งซีก, ขามากกว่าแขน, ทั้งตัว⁸ แต่การแบ่งประเภทแบบนี้จะไม่บอกการพยากรณ์ของโรค ปัจจุบันจึงใช้ Gross Motor Function Classification System^{9,10,11} และ Gross Motor Function Classification System Expanded and Revised^{12,13} ซึ่งเป็นมาตรฐาน

ระดับสากลสำหรับแบ่งประเภทของภาวะสมองพิการโดยดูตามความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางการเคลื่อนไหว¹⁴ ซึ่งมี reliability และ validity ที่ดี¹⁵ และมีประโยชน์ในแง่ของการรักษาและติดตามผล

ถึงแม้ภาวะสมองพิการจะเป็นความผิดปกติที่เกิดจากการรบกวนของเซลล์ที่ในสมอง แต่ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยมีการเจริญเติบโตขึ้น ดังนั้นภาวะบกพร่องและความพิการของระบบต่างๆจึงไม่คงที่ ปัญหาต่างๆจำเป็นต้องได้รับการดูแลและรักษาอย่างต่อเนื่อง การดูแลเด็กภาวะสมองพิการที่ดี คือการวางแผนในการรักษาของทีมผู้รักษาและผู้ดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกัน ซึ่งต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ปกครองร่วมกันประเมินและวางแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง^{16,17}

คลินิกโรคสมองพิการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จัดตั้งขึ้นมาตั้งแต่ปี 2553 โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเพื่อทราบข้อมูลในภาพรวมของผู้ป่วยเด็กสมองพิการ ได้แก่ ภูมิสำเนา ประเภท สาเหตุ การรักษาและภาวะแทรกซ้อน เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนในการรักษา ป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โรงเรียนและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง ประชากรศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยโรคสมองพิการที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยโรคสมองพิการ แผนกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตั้งแต่มกราคม 2553 – ธันวาคม 2558

เกณฑ์การคัดเข้า

ผู้ป่วยเด็กสมองพิการที่มารับบริการ ณ คลินิกผู้ป่วยสมองพิการ แผนกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และมีการบันทึกข้อมูลลงในแฟ้มเอกสารเฉพาะของผู้ป่วยโรคสมองพิการ

เกณฑ์การคัดออก

ไม่มีการบันทึกข้อมูลลงในแฟ้มเอกสารเฉพาะของผู้ป่วยโรคสมองพิการ

ขั้นตอนการศึกษา

สืบค้นข้อมูลย้อนหลังจากแฟ้มเอกสารเฉพาะของผู้ป่วยโรคสมองพิการโดยศึกษา

- ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคสมองพิการ
- สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคสมองพิการ
- แบ่งชนิดของผู้ป่วยโรคสมองพิการโดยแบ่งตาม

ความผิดปกติการตั้งตัวของกล้ามเนื้อ

• จำแนกระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหวสำหรับเด็กสมองพิการโดยใช้ Gross Motor Functional Classification System Expanded and Revised 2007 (GMFCS-E&R)

• ประเมินภาวะทุพโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักและประเมินโดยใช้กราฟความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักและอายุของ National Growth References สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี โดยค่าน้ำหนักตัวที่น้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 3 ตามเกณฑ์อายุถือว่ามีความทุพโภชนาการ

- ความผิดปกติร่วม
- ภาวะแทรกซ้อน
- การรักษาที่ได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา รายงานเป็นค่าเฉลี่ยโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ รายงานสาเหตุ ความผิดปกติร่วม การรักษาที่ได้รับ และภาวะแทรกซ้อนเป็นความถี่

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยโรคสมองพิการ จำนวน 246 คน เป็นหญิง 107 คน (ร้อยละ 43.5) ชาย 139 คน (ร้อยละ 56.5) มีช่วงอายุ 0-2 ปี 10 คน (ร้อยละ 4) อายุ 3-6 ปี 105 คน (ร้อยละ 42.7) อายุ 7-12 ปี 100 คน (ร้อยละ 40.7) อายุมากกว่า 12 ปี 31 คน (ร้อยละ 12.6)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัดอุบลราชธานีร้อยละ 68.3 รองลงมาคือจังหวัดศรีสะเกษร้อยละ 13 และจังหวัดอำนาจเจริญร้อยละ 4.9 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดสมองพิการที่พบมากที่สุดคือน้ำหนักตัวแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 24.19 คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 23.87 ภาวะขาดออกซิเจนตอนคลอดร้อยละ 8.71 และพบว่าร้อยละ 12.58 ของผู้ป่วยไม่พบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองพิการ

ประเภทของสมองพิการพบชนิดเกร็ง (spastic) มากที่สุดร้อยละ 92.7 แบ่งตามส่วนของร่างกายที่เกี่ยวข้องร้อยละ 40.7 เป็นประเภทเกร็งขามากกว่าแขน (diplegia) ร้อยละ 32.5 เป็นประเภททั้งตัว (quadriplegia) ร้อยละ 18.3 เป็นประเภทครึ่งซีก (hemiplegia) ร้อยละ 1.2 เป็นประเภทเกร็งขาหรือแขนเดียว (monoplegia) และร้อยละ 7.3 เป็นประเภท athetoid

ตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	107	43.5
ชาย	139	56.5
รวม	246	100
อายุ		
0-2 ปี	10	4
3-6 ปี	105	42.7
7-12 ปี	100	40.7
>12 ปี	31	12.6
รวม	246	100
ชนิดของโรค		
เกร็งขาหรือแขนเดียว (Spastic monoplegia)	3	1.2
เกร็งครึ่งซีก (Spastic hemiplegia)	45	18.3
เกร็งขามากกว่าแขน (Spastic diplegia)	100	40.7
เกร็งทั้งตัว (Spastic quadriplegia)	80	32.5
Athetoid	18	7.3
รวม	246	100

ตาราง 2 สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองพิการ

สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้ำหนักตัวแรกคลอดต่ำกว่า 2500 กรัม	75	24.2
คลอดก่อนกำหนด	73	23.8
ขาดออกซิเจนขณะคลอด	27	8.7
ความผิดปกติของสมอง	22	7.1
ภาวะตัวเหลืองหลังคลอด	20	6.5

(ตารางต่อ) ตาราง 2 สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองพิการ

สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ครรภ์แฝด	8	2.5
ลมชัก	10	3.2
ใช้สมองอักเสบ	15	4.8
อุบัติเหตุ	6	1.9
คลอดติดไหล่	3	0.9
โรคทางพันธุกรรม	1	0.3
ภาวะหัวใจหยุดเต้น	2	0.6
จมน้ำ	1	0.3
ปัญหาจากการดา	6	1.9
ไม่ทราบสาเหตุ	39	12.6

การแบ่งระดับความรุนแรงแบ่งตาม Growth Motor Function Classification System Expanded and Revised (GMFCS-E&R) แบ่งได้เป็นระดับ 1 ร้อยละ 7.7 ระดับ 2 ร้อยละ 22.8 ระดับ 3 ร้อยละ 32.9 ระดับ 4 ร้อยละ 20.3 และระดับ 5 ร้อยละ 16

ข้อมูลด้านโภชนาการโดยเทียบน้ำหนักกับอายุพบว่าร้อยละ 38.6 มีเปอร์เซ็นต์ไทล์น้อยกว่า 3 ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะทุพโภชนาการ ปัญหาทางอายุรกรรม ร้อยละ 10.16 มีภาวะลมชักและต้องได้รับยากันชัก ความสามารถด้าน

เชาวน์ปัญญามี 10 รายคิดเป็นร้อยละ 4.0 ที่ได้รับการส่งตรวจเชาว์ปัญญา (IQ test) พบรายงานผลเป็น intellectual disability การตรวจทางสายตาพบมีปัญหาด้านการมองเห็น ร้อยละ 5.3 มีปัญหาด้านการได้ยินร้อยละ 1.2 และพบว่าร้อยละ 0.8 มีปัญหาเรื่องกระเพาะปัสสาวะพิการ

ปัญหาทางด้านกระดูกข้อและกล้ามเนื้อ แบ่งตามความผิดปกติที่พบบ่อย ร้อยละ 18.3 มีปัญหาข้อยึดติด ร้อยละ 2.4 มีปัญหาข้อสะโพกเคลื่อนหรือหลุดและร้อยละ 2.0 มีปัญหาหลังคด

ตาราง 3 ระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหว GMFCS-E&R

GMFCS-E&R	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ 1	19	7.7
เกร็งขาหรือแขนเดียว (Spastic monoplegia)	3	1.2
เกร็งครึ่งซีก (Spastic hemiplegia)	14	5.7
Athetoid	2	0.8
ระดับ 2	56	22.8
เกร็งครึ่งซีก (Spastic hemiplegia)	28	11.4
เกร็งขามากกว่าแขน (Spastic diplegia)	19	7.7
Athetoid	9	3.7
ระดับ 3	81	32.9
เกร็งครึ่งซีก (Spastic hemiplegia)	3	1.2

GMFCS-E&R	จำนวน	ร้อยละ
เกร็งขามากกว่าแขน (Spastic diplegia)	71	30.1
เกร็งทั้งตัว (Spastic quadriplegia)	3	1.2
Athetoid	4	1.6
ระดับ 4	50	20.3
เกร็งขามากกว่าแขน (Spastic diplegia)	10	40.1
เกร็งทั้งตัว (Spastic quadriplegia)	38	15.4
Athetoid	2	0.8
ระดับ 5	40	16.2
เกร็งทั้งตัว (Spastic quadriplegia)	39	15.8
Athetoid	1	0.4

การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่ได้รับร้อยละ 90.7 ได้รับการรักษาทางกิจกรรมบำบัด ร้อยละ 89.4 ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด ร้อยละ 34.9 ได้รับกายอุปกรณ์เสริม ร้อยละ 21.1 ได้รับอุปกรณ์ในการช่วยพยุงเดิน ร้อยละ 18.3 ได้รับรถเข็นนั่งคนพิการและร้อยละ 20.3 ได้

รับการฝึกพูด การรักษาอาการเกร็งของกล้ามเนื้อนอกจากการทำกายภาพบำบัดและการใช้กายอุปกรณ์เสริมโดยพบว่าร้อยละ 73.5 ได้รับยาเกิน ร้อยละ 34.5 ได้รับการฉีดยาลดเกร็งและร้อยละ 8.9 ได้รับการผ่าตัด

ตาราง 4 ปัญหาที่พบร่วม

ปัญหาร่วม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เกร็ง	207	84.1
การพูด	146	59.3
ทพโภชนาการ	95	38.6
น้ำลายยืด	88	35.8
การรับรู้	69	28
ปากและฟัน	53	21.5
การขับถ่าย	52	16.7
ตาเข	41	10.2
ชัก	25	10.2
การมองเห็น	13	5.3
ปัญญาอ่อน	10	4.1
การได้ยิน	3	1.2
กระเพาะปัสสาวะพิการ	2	0.8

ตาราง 5 ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน	ร้อยละ
ข้อติด	45	18.3
ข้อสะโพกเคลื่อน	6	2.4
หลังคด	5	2

บทวิจารณ์

การศึกษาระบาดวิทยาของงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาข้อมูลที่บันทึกในแฟ้มเอกสารเฉพาะของผู้ป่วยโรคสมองพิการที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2553-2558 ซึ่งอาจมีความจำเพาะในข้อมูลหลายด้านในการนำไปเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น

การศึกษาค้นพบว่าเด็กสมองพิการที่มารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นชนิดเกร็งมากที่สุด (Spastic) คิดเป็นร้อยละ 92.7 ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยในอดีตของ Pongursorn และคณะพบว่ามีความเกร็ง (Spastic) ร้อยละ 86 ส่วนการแบ่งตามส่วนของร่างกายพบว่า Spastic diplegia มีมากที่สุด¹⁸ ซึ่งผู้ศึกษาคาดว่าเนื่องจากความก้าวหน้าทางด้านวิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ อัตราการรอดชีวิตของเด็กคลอดก่อนกำหนดในปัจจุบันเพิ่มมากขึ้นกลุ่มนี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ diplegia ดังนั้นจึงควรให้ความตระหนักเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยทางโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ก็ให้ความสำคัญและพัฒนาระบบคัดกรองเพื่อจะได้รับการดูแลรักษาที่เร็วขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้

การประเมินความรุนแรงของโรค การศึกษาค้นพบว่าใช้ Gross Motor Function Classification System Expanded and Revised (GMFCS E&R) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่เป็นมาตรฐานระดับสากลพบว่าผู้ป่วยอยู่ในระดับ 3 มากที่สุดซึ่งสัมพันธ์กับภาวะ Spastic diplegia รองลงมาคือระดับ 4 และ 5 ตามลำดับซึ่งสัมพันธ์กับภาวะ Spastic quadriplegia แต่ก็ยังมีถึง 10 รายของภาวะ Spastic diplegia ที่อยู่ในระดับ 4 ซึ่งหากมีการดูแลที่ดีและรวดเร็วระดับ 4,5 อาจลดลงกว่านี้ได้

ภาวะทุพโภชนาการ การศึกษาภาวะทุพโภชนาการในเด็กสมองพิการของ Dahl และคณะได้ทำการศึกษานาน 35 คน พบเป็นโรคขาดสารอาหารร้อยละ 43¹⁹ สำหรับคนไทยมีการศึกษาความชุกของภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยเด็กสมองใหญ่พิการโรงพยาบาลศิริราชโดย นันท ชญาน์ ฉายะโอกาส และคณะพบว่า เด็กมีภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 34.6²⁰ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้คือร้อยละ 38.6 แต่การศึกษาค้นครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะทุพโภชนาการและปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น รายได้ของผู้ปกครอง ความสามารถในการเคลื่อนไหว การสื่อสาร ความรุนแรงของโรคเป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีส่วนสำคัญในการวางแผนการรักษา ซึ่งอาจจะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ปัญหาทางสติปัญญา Belonwu และคณะได้ศึกษาภาวะเด็กสมองพิการในประเทศไนจีเรียพบว่ามีปัญหาทางสติปัญญาร้อยละ 13.2²¹ ต่างจากการศึกษาค้นพบว่าเด็กที่ได้รับการส่งตรวจระดับ IQ และได้รับการวินิจฉัย intellectual disability เพียง ร้อยละ 4 ผู้ศึกษาคิดว่าอาจเกิดจากการไม่ตระหนักถึงภาวะนี้ ข้อจำกัดทางด้านเวลาและบุคลากรทำให้มีการส่งตรวจน้อย ซึ่งควรมีการกำหนดแนวทางการส่งตรวจที่ชัดเจนเนื่องจากภาวะนี้มีผลต่อการประเมินและวางแผนการรักษาผู้ป่วย

ปัญหาทางกระดูกข้อและกล้ามเนื้อ มีการศึกษาภาวะข้อสะโพกเคลื่อนหรือหลุดในเด็กสมองพิการ Terjesen ศึกษาผู้ป่วยสมองพิการจำนวน 335 คน พบร้อยละ 26 มีข้อสะโพกเคลื่อนหลุด โดยแปรผันกับระดับ GMFCS ที่เพิ่มขึ้น และพบในผู้ป่วยสมองพิการชนิด Spastic quadriplegia มากที่สุด²² ในการศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วย Spastic quadriplegia 80 รายพบภาวะข้อสะโพกเคลื่อนหรือหลุด

เพียง 6 รายคิดเป็นร้อยละ 2.4 ซึ่งน้อยมาก ผู้ศึกษาคิดว่าเกิดจากการไม่ตระหนักหรือติดตามปัญหานี้ จึงเป็นอีกประเด็นหนึ่ง ที่ควรทำการศึกษาต่อเนื่อง เพราะการวินิจฉัยที่ล่าช้าจะทำให้มีปัญหาลูกหลานตามมาได้ เช่น ภาวะปวดหรือข้อติดข้อผิดรูป ปัญหาการเคลื่อนไหว เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปผู้ป่วยเด็กโรคสมองพิการ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 3-6 ปี ปัญหาที่พบมากที่สุดคือภาวะเกร็ง การพูด ภาวะทุพโภชนาการตามลำดับ ระดับความรุนแรงของโรค GMFCS E&R ระดับ 3 มากที่สุด และระดับ 4,5 รองลงมา ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดอุบลราชธานี แต่การศึกษครั้งนี้ไม่ได้แยกว่าอำเภอใดมีจำนวนผู้ป่วยสมองพิการมากที่สุดซึ่งอาจจะต้องเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อวางแผนการดูแลรักษา เช่น การจัดทีมสหสาขาวิชาชีพลงพื้นที่ที่มีผู้ป่วยจำนวนมากเพื่อช่วยลดความลำบากของผู้ป่วยในการมารับรักษาที่โรงพยาบาล ลดอัตราการขาดนัดของผู้ป่วย และให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและช่วยกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป

REFERENCES

1. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, et al. **A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006.** Developmental Medicine&Child Neurology Suppl. 2007 ;109:8-14.
2. Johnson null. **Cerebral palsies: epidemiology and causal pathways.** Archives of Disease in Childhood. 2000 ;83(3):279A.
3. Pruitt DW, Tsai T. **Common medical comorbidities associated with cerebral palsy.** Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America. 2009 ;20(3):453-67.
4. Surveillance of Cerebral Palsy in Europe. **Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers.** Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE). Developmental Medicine&Child Neurology. 2000 ;42(12):816-24.
5. Pruitt DW, Tsai T. **Common medical comorbidities associated with cerebral palsy.** Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America. 2009 ;20(3):453-67.
6. Ziv I, Blackburn N, Rang M, Koreska J. **Muscle growth in normal and spastic mice.** Developmental Medicine&Child Neurology. 1984 ;26(1):94-9.
7. Reid SM, Carlin JB, Reddiough DS. **Distribution of motor types in cerebral palsy: how do registry data compare?.** Developmental Medicine&Child Neurology. 2011 ;53(3):233-8.
8. Reid SM, Carlin JB, Reddiough DS. **Classification of topographical pattern of spasticity in cerebral palsy: a registry perspective.** Research in Developmental Disability. 2011 ;32(6):2909-15.
9. Alliance CP. **Gross Motor Function Classification System (GMFCS) | Cerebral Palsy Alliance.** [cited 2016 Apr 20]. Available from: <https://www.cerebralpalsy.org.au/what-is-cerebral-palsy/severity-of-cerebral-palsy/gross-motor-function-classification-system/>

10. Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, Wood E, Galuppi B. **Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy.** *Developmental Medicine & Child Neurology.* 1997 ;39(4):214–23.
11. ศิริินาถ เลียบศิริินนท, พินัยลัค ตันตีสปีกร, น้าฝน มหาทรรพ์. **GMFCS © 1977 ฉบับภาษาไทย.** วารสารกายภาพบำบัด 2551;30(1):26-36.
12. Palisano R, Rosenbaum P, Bartlett D, Livingston M, GMFCS E&R ©2007.[cited 2013 Jan 10]. Available from: https://www.cpqcc.org/sites/default/files/documents/HRIF_QCI_Docs/GMFCS-ER.pdf
13. วันทนา ศิริธราธิวัตร, Ian Thomas, GMFCS E&R Thai Translation.[cited 2013 Jan 10]. Available from : https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/081/original/GMFCS-ER_Translation-Thai.pdf
14. Wood E, Rosenbaum P. **The gross motor function classification system for cerebral palsy: a study of reliability and stability over time.** *Developmental Medicine & Child Neurology.* 2000 ;42(5):292–6.
15. Cooley WC, American Academy of Pediatrics Committee on Children With Disabilities. **Providing a primary care medical home for children and youth with cerebral palsy.** *Pediatrics.* 2004 ;114(4):1106–13.
16. Pellegrino L. Cerebral palsy. In: Batshaw ML, Pellegrino L, Roizen NJ, editors. **Children with disabilities.** 6th edition. Baltimore (MD): Paul H. Brookes Publishing Co. 2007; p.387-408
17. Cooley WC, American Academy of Pediatrics Committee on Children With Disabilities. **Providing a primary care medical home for children and youth with cerebral palsy.** *Pediatrics.* 2004 ;114(4):1106–13.
18. Pongurgorn C, Tosayanonda O. **Clinical study in cerebral palsy.** *Journal of Thai Rehabilitation Medicine.* 1992;2:14-9.
19. Dahl M, Thommessen M, Rasmussen M, Selberg T. **Feeding and nutritional characteristics in children with moderate or severe cerebral palsy.** *Acta Paediatrica.* 1996 ;85(6):697–701.
20. นันท์ชญาณ์ ฉายะโอกาส, ศรีินวล ขวศิริิม กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. **ความชุกของภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยเด็กพิการสมองใหญ่ที่ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลศิริราช.** *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร* 2557;24(2):55-59
21. Belonwu RO, Gwarzo GD, Adeleke SI. **Cerebral palsy in Kano, Nigeria--a review.** *Nigerian Journal of Medicine.* 2009 ;18(2):186–9.
22. Terjesen T. **The natural history of hip development in cerebral palsy.** *Developmental Medicine Child Neurology.* 2012 ;54(10):951–7.
23. พรชัย งามธนวัฒน์, ศรีินวล ขวศิริ. **การศึกษาระบาดวิทยาในผู้ป่วยเด็กที่มารับการรักษาที่ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.** *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร* 2559;26(1):31-38