รายงานผู้ป่วย

วัณโรคตั้งแต่กำเนิด

จริยา ตั้งรักษาสัตย์ พ.บ.*
กมล รัศมีหิรัญ พ.บ.**
กรัณย์ พรหมมี พ.บ.**

Abstract **Congenital tuberculosis**

Jariya Tangragsasat M.D.*
Kamont Rasmehirun M.D.**
Garan Phrommee M.D.**

* Board of Pediatrics, Board of Forensics., Board of General Pathology. Chaophya Abhaibhubejhr Hospital, Prachinburi Province, Thailand

J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2009;26:28-34

A Case report of newborn with history preterm 35 weeks SGA whose diagnosed with pneumonia in both lower lungs after birth. He improved with antibiotics and was discharged when his body weight was 2000 gram at 23 days old. He came to hospital again for follow up at age 38 days, it was then found he'd had one day history of high grade fever, cough and abdominal distention. The diagnosis was bronchopneumonia with sepsis. After getting antibiotics for 2 days, he had no fever. On day 5th of admission he developed more dyspnea and progressive pneumonia. He needed ventilator support and developed shock, DIC, acute renal failure and finally dead. His sputum from trachea via endotracheal tube showed AFB3+. Liver and lungs necropsy showed casious necrosis and AFB+. His cause of dead was congenital tuberculosis. Review of his mother history showed she had fever and cough on and off during her pregnancy. After 8 days of delivery, she had high fever and started to cough, her sputum AFB smear was negative and symptoms was not improved by antibiotics. She was finally diagnosed with Miliary tuberculosis and clinically improved by antituberculous drugs.

---

* *กลุ่มงานกุมารเวชกรรม*
** *กลุ่มพยาธิวิทยากายวิภาค โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี*

บทนำ

เด็กที่เป็นวัณโรคตั้งแต่กำเนิดรับเชื้อจากมารดาได้ 3 ทาง[1-4] คือ ทางกระแสโลหิต มักเป็นในมารดาที่เป็นวัณโรคกระจายทั้งปอด หรือวัณโรคเยื่อบุมดลูก โดยเชื้อเข้าทางสายสะดือไปยังตับเป็นแห่งแรก เกิดเป็นแผลวัณโรคปฐมภูมิในตับ มีการอักเสบของต่อมน้ำเหลือง แล้วจึงแพร่ไปอวัยวะอื่นๆ ทางที่สอง คือ จากการสูดสำลักน้ำคร่ำที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไปมีแผลวัณโรคในปอด ทางสุดท้าย คือ เด็กกลืนกินน้ำคร่ำที่มีเชื้อวัณโรคเข้าสู่ทางเดินอาหาร ก็จะเป็นแผลวัณโรคในทางเดินอาหาร

อาการและอาการแสดงของวัณโรคตั้งแต่กำเนิด จะไม่เกิดทันทีหลังคลอด ใช้เวลาหลายวันถึงหลายสัปดาห์[5] มักเป็นอาการไม่จำเพาะ เช่น ไข้ ดูดนมไม่ดี น้ำหนักไม่ขึ้น ไอหรือหอบ ตับโต จนถึงอาการรุนแรงแบบ Sepsis การตรวจเพิ่มเติม โดยทำทดสอบทูเบอร์คูลิน ซึ่งสนับสนุนถึงการติดเชื้อ พบว่ามีประโยชน์น้อย เพราะส่วนใหญ่เป็นผลลบ[3,6] เอ็กซเรย์ปอด มักพบเป็น bronchopneumonia หรือ Miliary infiltration ส่วนการตรวจหาเชื้อ ที่ทำได้ง่ายและใช้บ่อย คือดูดน้ำจากกระเพาะอาหาร (gastric aspirate) ย้อมเชื้อ นอกจากนี้ เป็นการตรวจหาเชื้อจาก ตรวจชิ้นเนื้อตับ ตรวจชิ้นเนื้อต่อมน้ำเหลือง ดูดเสมหะทางท่อหลอดลมคอ เจาะดูดไขกระดูก ซึ่งการทำตรวจชิ้นเนื้อตับ พบเชื้อได้บ่อย แต่เป็นหัตถการถูกรุกราน (invasive) และไม่สามารถทำได้ในทุกคน[3]

ปัจจุบันการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคพบว่าได้ผลดี การได้ประวัติเป็นวัณโรคในมารดา ช่วยให้วินิจฉัยได้เร็วขึ้น ส่งผลดีต่อผู้ป่วย และจำเป็นต้องค้นหาผู้ติดเชื้ออื่นในครอบครัว เพื่อให้การรักษาและป้องกัน จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราตายอีก ทั้งยังเป็นการป้องกันการแพร่กระจายสู่ชุมชน เพื่อการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ

รายงานผู้ป่วย

Admit ครั้งแรก หลังเกิด

ประวัติมารดา อายุ 22 ปี G2P1 อายุครรภ์ 30+ สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่คลินิกรวม 3 ครั้ง ผลเลือดปกติ ก่อนคลอดสูติแพทย์ให้ Dexamethasone 1 dose แก่มารดา เพื่อป้องกันการเกิด Respiratory Distress syndrome ในเด็กคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ มารดาคลอดปกติ เป็นเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 1,730 กรัม Apgar score ที่ 1 นาที และ 5 นาที เท่ากับ 8 และ 9 ตามลำดับ ประเมินจากการตรวจร่างกายเด็ก (Ballard score) ได้อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ และตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ (Preterm 35 week , SGA) ตรวจร่างกาย สัญญาณชีพปกติ หายใจดี ขณะได้ออกซิเจน Box 6 ลิตรต่อนาที ได้ความอิ่มตัวของออกซิเจน 100% ผลเอ็กซเรย์ปอด (รูปที่ 1) พบ hyperaeration, haziness



รูปที่ 1 แสดงภาพรังสีปอดของผู้ป่วย ซึ่งได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หลังเกิดวันแรก

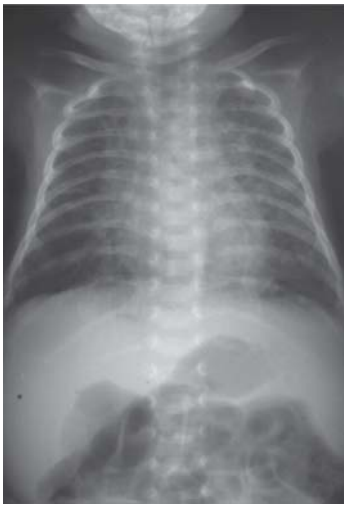
ที่ปอดด้านล่างทั้ง 2 ข้าง วินิจฉัยเป็นปอดอักเสบ รักษาโดยให้ยาปฏิชีวนะ Cefotaxime ทางเส้นเลือด 7 วัน หลัง อายุ 2 วัน เด็กอาการดี หยุดการให้ออกซิเจน ดูดนมดี ให้เด็กกลับบ้านได้เมื่อน้ำหนักครบ 2,000 กรัม ขณะนั้น อายุได้ 23 วัน บิดามารับเด็กและให้ประวัติว่า หลังจากมารดาคลอดบุตร กลับบ้านไป 8 วัน เริ่มมีไข้สูงและไอ มารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ที่ตึกอายุรกรรม ให้การรักษาปอดอักเสบ จึงให้เด็กงดนมมารดา และแยกกับมารดาไว้ก่อน และนัด

ติดตามอาการ

Admit ครั้งที่ 2

เด็กอายุ 38 วัน ได้มาตรวจตามนัด ให้ประวัติว่าเด็กมีไข้สูงมา 1 วัน ไอ จาม คัดจมูก น้ำหนัก 2,400 กรัม ตรวจพบว่า ไข้สูง อุณหภูมิกาย 38.9 องศาเซลเซียส ดูซึมและท้องอืด สงสัยมีภาวะ Sepsis จึงให้อยู่โรงพยาบาล

admit day 1 : มีไข้ อุณหภูมิกาย 38-39 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจปกติ 40 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 94/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 160 ครั้ง/นาที ตรวจเสียงปอดปกติ พบมีท้องอืด ตรวจตับม้ามไม่ได้ชัดเจนเพราะท้องอืด ระบบอื่นๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลเลือด ฮีมาโตคริต 28% เม็ดเลือดขาว 21,420 เซล/ลูกบาศก์มิลลิเมตร นิวโทรฟิล 62% ลิมโฟไซต์ 27% เกร็ดเลือด 42,000 เซล/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ตรวจปัสสาวะปกติ ผลเอ็กซเรย์ปอด (รูปที่ 2) มี interstitial infiltration 2 ข้าง วินิจฉัยเป็น 1) Bronchopneumonia with Sepsis 2) Physiologic Anemia ได้ให้การรักษาด้วย ออกซิเจน ยาปฏิชีวนะ



รูปที่ 2 แสดงภาพรังสีปอดของผู้ป่วย ขณะอายุ 38 วัน เป็นวันแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ครั้งที่ 2

ให้เป็น Cefotaxime ทางเส้นเลือด รักษาภาวะซีดโดยการให้เลือด 10 ซีซี/กิโลกรัม 1 ครั้ง ฮีมาโตคริตจาก 28% เพิ่มเป็น 42%

admit day 2 : ยังคงมีไข้เป็นช่วงๆ ระหว่าง 37.5-39.2 องศาเซลเซียส ยังท้องอืด เริ่มมีหยุดหายใจ 2 ครั้ง จึงย้ายเข้า ICU เพื่อสังเกตอาการการหายใจ และเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น Cefazolin ร่วมกับ Ceftazidime ทางเส้นเลือด เพื่อครอบคลุมเชื้อได้มากขึ้น ผลเพาะเชื้อในเลือดที่ 24 ชั่วโมง ยังไม่ขึ้นเชื้อ

admit day 3 : ไม่มีไข้ อุณหภูมิอยู่ช่วง 36.7-37.6 องศาเซลเซียส ไม่มีภาวะหยุดหายใจ ขณะร้องจะมีหายใจเร็วตื้นเป็นบางช่วง ให้ ออกซิเจน Box 5 ลิตรต่อนาที ได้ ออกซิเจน Saturation 100% ฮีมาโตคริต จาก 42% ลดลงเป็น 33% จึงรักษาโดยให้เลือดอีก 1 ครั้ง หลังให้เลือดฮีมาโตคริต ขึ้นมาเป็น 42% เนื่องจากไข้ลดลงดี อาการทั่วไปคงที่ จึงคิดว่ายาปฏิชีวนะน่าจะเหมาะสม

admit day 4 : ไม่มีไข้ เวลาดูดนมจะมีท้องอืดมากขึ้นเป็นบางครั้ง หายใจเร็วคล้ายเดิม ให้ออกซิเจน Box 5 ลิตรต่อนาที ได้ออกซิเจน Saturation 99% เครื่องตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดเสีย จึงไม่สามารถดูค่าก๊าซในเลือดได้

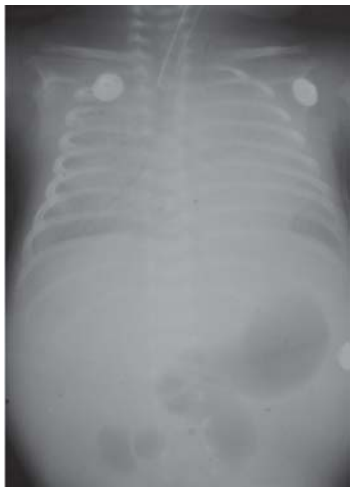
admit day 5 : อาการในช่วงเช้าคล้ายเดิม ตรวจเลือดซ้ำ ฮีมาโตคริต 37% เม็ดเลือดขาว 10,600 เซล/ลูกบาศก์มิลลิเมตร นิวโทรฟิล 39% ลิมโฟไซต์ 23% โมโนไซต์ 2% เกร็ดเลือด 21,000 เซล/ลูกบาศก์มิลลิเมตร พบว่าเม็ดเลือดขาวลดลงกว่าเดิม แต่เกร็ดเลือดยังคงต่ำ ซึ่งน่าจะมีภาวะ Disseminated intravascular coagulation (DIC) ร่วมด้วย ผลเอ็กซเรย์ปอดซ้ำ (รูปที่ 3) พบว่ามี Reticulonodular infiltration มากขึ้นทั้ง 2 ข้าง จึงเปลี่ยนยาปฏิชีวนะจาก Cefazolin ร่วมกับ Ceftazidime เป็น Cefoplrazone/ Sulbactam ทางเส้นเลือดเพื่อคลุมเชื้อในโรงพยาบาล และให้ Erythromycin เพื่อคลุมเชื้อในกลุ่ม Atypical pneumonia

ช่วงบ่าย 13.00 น. ผู้ป่วยซึมลงมาก หายใจหอบขึ้นและเขียว ออกซิเจน Saturation 90% ขณะได้ออกซิเจน Box 10 ลิตรต่อนาที หายใจมีอกบุ๋ม (retraction) มากขึ้น จึงใส่ Endotracheal tube (ET) และใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูดเสมหะจาก ET ได้



รูปที่ 3 แสดงภาพรังสีปอดของผู้ป่วย วันที่ 5 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งที่ 2

เสมหะปริมาณมาก มีสีขาวข้นปนสีเหลืองเล็กน้อย ได้ส่งตรวจ ย้อม AFB และ Gram stain และเพาะเชื้อไว้ เอ็กซเรย์ปอดซ้ำหลังใส่ ET (รูปที่ 4) พบว่า



รูปที่ 4 แสดงภาพรังสีปอดของผู้ป่วย วันที่ 5 หลังจากใส่ท่อหลอดลมคอ

haziness มากขึ้น ทั้ง 2 ข้าง สงสัยว่า อาจมี pleural effusion ร่วมด้วย จึงเจาะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural tap) ได้น้ำสีเหลืองอ่อนปนแดงจาง 0.5 ซีซี ซึ่งมีปริมาณน้อย จึงส่งตรวจ Gram stain และ AFB และผู้ป่วยมีอาการซึมลงมาก คิดว่าอาจมีการติดเชื้อในสมอง หรือเยื่อหุ้มสมองร่วมด้วย จึงเจาะน้ำไขสันหลัง (Lumbar puncture) พบน้ำไขสันหลังอยู่ในเกณฑ์ปกติ หลังจากนั้นผู้ป่วยมีอาการเลวลง มีภาวะ shock ไตวายเฉียบพลัน มี cardiac arrest 2 ครั้ง ได้ CPR และให้ยากระตุ้นหัวใจไม่ดีขึ้น ในที่สุดผู้ป่วยเสียชีวิต

หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตผลเสมหะจากท่อหลอดลมมี AFB 3+ แพทย์ได้ทำการชันสูตรศพ พบลักษณะของปอดและตับ มีรอยโรคดังรูปที่ 6 และ 7 หลังจาก

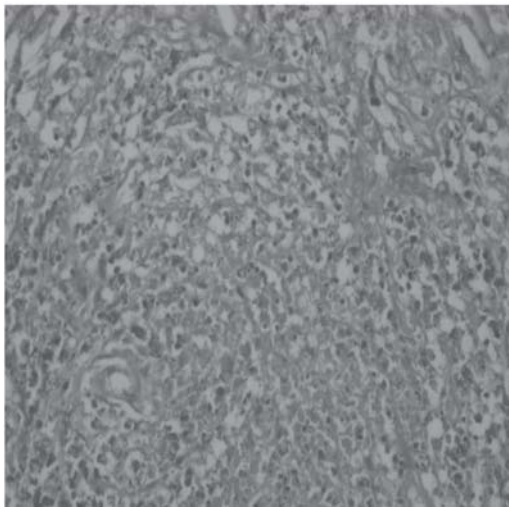


รูปที่ 6 ภาพปอดของผู้ป่วยมีจุดสีเหลืองกระจายทุกกลีบปอด ลักษณะคล้ายฝีขนาดเล็ก (microabscess)

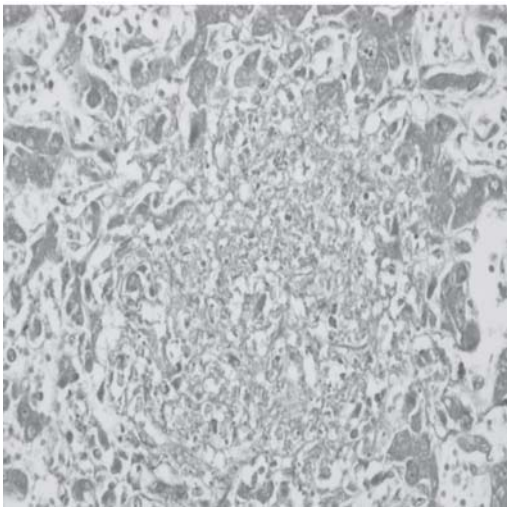


รูปที่ 7 ภาพตับของผู้ป่วยมีจุดสีเหลืองกระจายทั่วตับ ลักษณะรอยโรคคล้ายกับรอยโรคที่ปอด

นั้นได้ทำการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา พบรอยโรคของปอดและตับ เป็นลักษณะ granulomatous with casious necrosis จึงได้ทำการย้อม AFB พบว่ามีแบคทีเรียเข้าได้กับ Mycobacterium tuberculosis ดังรูปที่ 8A และ 8B



รูปที่ 8A



รูปที่ 8B

รูปที่ 8 ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ของปอด (8A) และตับ (8B) หลังย้อมสี Acid fast stain พบแบคทีเรียที่เข้าได้กับ Mycobacterium tuberculosis (400x)

วิจารณ์

วัณโรคตั้งแต่กำเนิด เป็นโรคที่พบน้อย แต่มีความรุนแรงมาก ปัจจุบันมารดาตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเอดส์ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคมากขึ้น ทำให้เด็กในครรภ์เสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคตั้งแต่กำเนิดมากขึ้นด้วย การศึกษาเกี่ยวกับวัณโรคตั้งแต่กำเนิดยังมีค่อนข้างน้อย ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ นายแพทย์ทวี โชติพิทยสุนนท์ [3] ได้ศึกษาโรคนี้ที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชินี ตั้งแต่ พ.ศ.2522-2541 พบผู้ป่วย 9 ราย ซึ่งในกลุ่มนี้ 3 ราย เสียชีวิต คิดเป็นอัตราตายร้อยละ 33 เมื่อเด็กทารกมีการติดเชื้อวัณโรค ควรแยกระหว่างการติดเชื้อวัณโรคตั้งแต่ในครรภ์ กับการติดเชื้อวัณโรคหลังเกิดซึ่งพบบ่อยกว่า

ในปี พ.ศ.2478 Beitzke[7] ได้ตั้ง Criteria ในการวินิจฉัยวัณโรคตั้งแต่กำเนิด คือ

1) ต้องแยกเชื้อวัณโรคได้จากผู้ป่วย
2) พบแผลวัณโรคปฐมภูมิในตับ
3) กรณีไม่มีแผลวัณโรคในตับ ต้องพบหลักฐานของการติดเชื้อ ภายในไม่กี่วันหลังเด็กเกิด โดยที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค

และในปี พ.ศ.2537 Cantwell[8] ได้มีการปรับปรุง Criteria ในการวินิจฉัยขึ้นใหม่ คือ ต้องพบว่ามีเชื้อวัณโรคในผู้ป่วย ร่วมกับ 1 ข้อใน 4 ข้อ ต่อไปนี้

1) มีการติดเชื้อวัณโรคในสัปดาห์แรกหลังเด็กเกิด
2) มีแผลวัณโรคปฐมภูมิที่ตับ
3) มารดามีเชื้อวัณโรคใน genital tract หรือรก
4) ต้องไม่มีการสัมผัสกับผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคอื่นๆ ภายหลังเกิด

ในผู้ป่วยรายนี้ บิดามาให้ประวัติเพิ่มเติมช่วงที่เด็กมีอาการหนักว่าขณะตั้งครรภ์ประมาณ 3-4 เดือน มารดามีไข้ ไอ เป็นๆ หายๆ ตลอด ไปรักษาตามคลินิก บอกเป็นไข้หวัด จนหลังคลอดกลับไปบ้านได้ 8 วัน เริ่มมีไข้สูง ไอมาก และมาอยู่ป่วยที่ตึก

อายุรกรรม ส่งตรวจเสมหะและได้รับการเจาะน้ำจากช่องเยื่อหุ้มปอด ไม่พบเชื้อวัณโรค แพทย์ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะไม่ดีขึ้น ในที่สุดหลังจากอยู่โรงพยาบาล 8 วัน อายุรแพทย์ จึงให้การวินิจฉัยว่าเป็น Miliary tuberculosis with loculated effusion left lung หลังให้การรักษาด้วยยาต้านวัณโรค มารดามีอาการดีขึ้นและกลับบ้าน โดยมารดาแยกกันอยู่คนละบ้านกับผู้ป่วย และไม่ได้เข้ามาสัมผัสกับผู้ป่วย จากประวัติของมารดาน่าจะมีอาการของวัณโรค ตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์ และการที่มารดาได้รับ Dexamethasone ก่อนคลอด เพื่อป้องกัน RDS ในเด็กคลอดก่อนกำหนด และยานี้มีฤทธิ์กดภูมิคุ้มกัน อาจมีผลให้เชื้อวัณโรคเพิ่มจำนวนมากขึ้น และมีอาการชัดเจนขึ้นในช่วงหลังคลอด จนกระทั่งวินิจฉัยได้

มารดาที่เป็นวัณโรคระหว่างตั้งครรภ์ พบได้บ่อยว่า มักดูสุขภาพดี ในการศึกษาของ Abughali N. และคณะ[9] พบว่ามารดาที่เป็นวัณโรค 24 ใน 32 รายไม่มีอาการ (ร้อยละ 75) และการศึกษาของ นายแพทย์ทวี โชติพิทยสุนนท์ ก็พบว่ามารดาของผู้ป่วยทั้งหมด 9 รายได้รับการวินิจฉัยวัณโรค หลังจากคลอดแล้วทั้งสิ้น

เมื่อพิจารณาจาก Criteria ของ Beitzke และ Cantwell ผู้ป่วยรายนี้ วินิจฉัย เป็นวัณโรคตั้งแต่กำเนิดได้ เนื่องจากแยกเชื้อวัณโรคจากเสมหะได้ มีแผลวัณโรคปฐมภูมิในตับและปอด และไม่มีประวัติสัมผัสวัณโรคจากผู้อื่นหลังคลอด จากประวัติหลังเกิดช่วงแรกพบมีปอดอักเสบเล็กน้อย เมื่อให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ เด็กมีอาการปกติและกลับบ้านได้เมื่ออายุ 37 วัน จึงเริ่มมีอาการของวัณโรคขึ้นมาใหม่ โดยทั่วไปอาการและอาการแสดงของวัณโรคแต่กำเนิด จะไม่มีอาการทันทีหลังเกิด ต้องใช้เวลาหลายวันถึงหลายสัปดาห์ อธิบายได้จาก ปอดของเด็กในครรภ์ที่ติดเชื้อวัณโรคมีความเข้มข้นของออกซิเจนต่ำไม่เหมาะแก่การเจริญเติบโตของเชื้อวัณโรคจึงยังไม่พบรอยแผล หลังเด็กเกิดปอดและกระแสโลหิตมีออกซิเจนสูงขึ้น เชื้อจึงเจริญได้ดีขึ้น ทำให้มีอาการของโรคชัดเจน หลังจาก 2-4 สัปดาห์ [6]

จากระยะเวลาของอาการที่เริ่มช้า ยิ่งถ้าไม่ได้ประวัติของมารดาที่เป็นวัณโรค จะทำให้การวินิจฉัยยากขึ้นและผิดพลาดได้ ในผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากเข้าใจผิดว่ามารดาเริ่มมีวัณโรคปอดหลังคลอด และไม่ทราบประวัติระหว่างตั้งครรภ์ ที่บิดาบอกในช่วงหลังร่วมกับการที่เด็กได้ยาปฏิชีวนะ แล้วไข้ลงดีใน 48 ชั่วโมง จึงคิดว่าเป็นปอดอักเสบจากแบคทีเรียตัวอื่น ซึ่งถ้าคิดถึงวัณโรคตั้งแต่ช่วงแรก ควรจะดูดน้ำจากกระเพาะอาหาร ตรวจ AFB หรือใส่ Endotracheal tube เอาเสมหะจากปอดมาตรวจ AFB ซึ่งน่าจะตรวจพบเชื้อได้เร็วขึ้น และให้การรักษาวัณโรคได้เร็วกว่านี้

ส่วนการทดสอบทูเบอร์คูลินที่ผิวหนัง (PPD) มีประโยชน์น้อย การศึกษาของไทย[3] พบผลบวกเพียง 2 ใน 9 ราย (ร้อยละ 22) และ 2 รายนี้ ขณะตรวจทูเบอร์คูลิน เด็กมีอายุมากกว่า 2 เดือน ขณะที่ดูดน้ำจากกระเพาะย้อม AFB พบได้ถึงร้อยละ 62.5 Hageman และคณะ[10] พบ PPD test ได้ผลบวก เพียง 2 ใน 14 ราย (ร้อยละ 14) ดังนั้นการตรวจ PPD test ถ้าได้ผลบวก ช่วยสนับสนุนเป็นวัณโรค แต่ถ้าผลลบไม่สามารถตัดโรคนี้ออกได้ เหตุที่ PPD test เป็นผลลบทั้งที่เป็นวัณโรค อาจเพราะอาการของโรครุนแรง และในเด็กคลอดก่อนกำหนดระบบภูมิต้านทานของร่างกายยังไม่มีประสิทธิภาพพอ

ส่วนการรักษาวัณโรคตั้งแต่กำเนิด พบว่า ยาต้านวัณโรคมีประสิทธิภาพดีในการรักษาเด็กทารก โดยเฉพาะการเริ่มให้ยาตั้งแต่ช่วงแรกๆ แนะนำให้ใช้ยาต้านวัณโรคหลายขนานแบบเดียวกับวัณโรคเยื่อหุ้มสมอง ซึ่งมีหลายสูตร[3,4] เช่น ให้ HRZS เป็นเวลา 2 เดือน ตามด้วย 4-10 HR การให้ยา 6 เดือน, 9 เดือน หรือ 12 เดือน ไม่มีตัวเลขบอกที่ชัดเจน เพราะไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบเป็น randomized ควรเลือกใช้ตามความเหมาะสม และประสบการณ์ของแพทย์ รวมทั้งการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย

สรุป

วัณโรคตั้งแต่กำเนิดเป็นโรคที่พบน้อยแต่มีความรุนแรงและอัตราตายสูง การซักประวัติที่ละเอียด โดยเฉพาะมารดาที่เป็นวัณโรค จะช่วยให้วินิจฉัยได้เร็ว การตรวจน้ำจากกระเพาะอาหาร หรือดูดเสมหะจากท่อหลอดลมคอ เพื่อมาย้อมดูเชื้อจะช่วยในการวินิจฉัยได้มาก ขณะที่การทดสอบทูเบอร์คูลินมีประโยชน์น้อย แพทย์ควรเพิ่มความสงสัยในทารกอายุน้อย ที่มีอาการของปอดอักเสบ ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ หรือหาสาเหตุไม่ได้ การค้นหาประวัติความเจ็บป่วยในมารดา หรือถ่ายภาพรังสีทรวงอกในมารดา จะทำให้สามารถวินิจฉัยและรักษาด้วยยาต้านวัณโรคได้เร็วขึ้น ส่งผลดีต่อผู้ป่วยอย่างมาก

เอกสารอ้างอิง

1. ทวี โชติพิทยสุนนท์. วัณโรคเด็ก ปัญหาในการวินิจฉัย. ใน อังกูร เกิดพานิช, รังสิมา โล่ห์เลขา, วีระชัย วัฒนวีระเดช, ทวี โชติพิทยสุนนท์ บรรณาธิการ. Update on Pediatric Infectious Disease 2007. กรุงเทพมหานคร : บริษัทรุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977) จำกัด ; 2550 :131-41.
2. Kochi A. The global tuberculosis situation and the new control strategy of the World Health Organization. 1991. Bull World Health Organ 2001 ; 79 : 71-5.
3. Chotpitayasunondh T, Sangtawesin V. Congenital tuberculosis. J Med Assoc Thai 2003 ; 86:689-95.
4. American Academy of Pediatrics. 1994 Red Book Report of the Committee on Infectious Diseases 23rd ed. Elk Groove village, IL, American Academy of Pediatrics ; 1994 : 480-500.
5. Snider DE , Bloch AB. Congenital tuberculosis. Tubercle 1984 ; 65 : 81-2.
6. ประมวญ สุนากร. วัณโรคในเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : บริษัทดีไซร์ จำกัด ; 2535 : 38-9.
7. Beitzke H. Uber die angeborene tuberculose Infektion. Ergeb Ges Tuberk Forsch 1935 ; 7 : 1-30.
8. Cantwell MF, Shehab ZM, Costello AM. Brief report : congenital tuberculosis. N Eng J Med 1994 ; 330 : 1051-4.
9. Abughali N, Van Der Kuyp F, Annable W, et al. Congenital tuberculosis. Pediatr Infect Dis J 1994 ; 13 : 738-41.
10. Hageman J, Shulman S, Schreiber M, Luck S, Yogev R. Congenital tuberculosis : critical reappraisal of Clinical finding and diagnostic procedures. Pediatrics 1980 ; 66 : 980-84.