๒. ภาวะฉุกเฉินในทารกแรกเกิดเนื่องจากสาเหตุทางสมอง*

ภาวะฉุกเฉินในทารกแรกเกิดเนื่องจากสาเหตุทางสมอง จำแนกออกได้เป็น (ก) ความบกพร่องในด้านความเจริญ, (ข) ภยันตราย, (ค) การชัก, และ (ง) การติดเชื้อ.

ก. ความบกพร่องในด้านการเจริญของสมอง ที่จัดอยู่ในภาวะฉุกเฉินในทารก ได้แก่.

๑. เอนเซฟาโลซีล คือสมองโป่งเป็นถุงยื่นออกมานอกกะโหลกศีรษะ. ตามธรรมดาจะยื่นออกมาในแนวกลาง. อาจพบได้ตั้งแต่ทางด้านหน้าบริเวณดั้งจมูกหรือถัดไปทางด้านหลังจนกระทั่งบริเวณท้ายทอย. ต้องพบช่องโหว่ที่กะโหลกศีรษะด้วยเสมอ อันตรายจะมีได้ในรายที่ถุงบางมาก, มีแผล, มีสารน้ำหล่อสมอง—ไขสันหลังรั่วไหลออกมา, หรือถุงนั้นแตก. ในรายเช่นนี้ต้องรีบให้การรักษาโดยการผ่าตัดและเย็บปิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ. นอกจากลักษณะที่กล่าวมาแล้วนี้โดยมากเรารอไว้ก่อนได้, รอให้ผิวหนังเจริญดีขึ้น, หนาขึ้น, แข็งแรงขึ้นเสียก่อน แล้วค่อยทำผ่าตัดภายหลัง.

ภาวะทำนองเดียวกันนี้อาจพบได้ในไขสันหลัง เรียกว่า มัยอิโลซีล. มีลักษณะเป็นถุงยื่นออกมาในแนวสันหลัง. มักมีความพิการรุนแรงมากร่วมด้วย, ได้แก่ อัมพาตของขา, เท้าปุก, ผิวหนังของขาปราศจากความรู้สึก, และหูรูดของทวารหนักและทวารเบาไม่ทำงาน, กลั้นอุจจาระปัสสาวะไม่อยู่, เกิดโรคติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะได้ง่าย. ในรายเป็น มัยอิโลซีลนี้เมื่อแรกคลอดเด็กอาจยังพอเคลื่อนไหวขาได้, แต่ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมงจะมีอัมพาตเกิดขึ้นโดยรวดเร็วเพราะไขสันหลังที่ยื่นออกมาโดยไม่มีผิวหนังคลุมนั้นจะแห้งและเสียหน้าที่ไป.

๒. ฮัยโดรเซฟาลัส คือภาวะที่มีสารน้ำหล่อสมอง—ไขสันหลังอยู่ภายในกะโหลกศีรษะมากผิดปรกติ และมีความดันของสารน้ำหล่อสมอง—ไขสันหลังสูงกว่าปรกติด้วย. ในทารกแรกเกิดเหตุเนื่องจากทางเดินของสารน้ำหล่อสมอง—ไขสันหลังอุดกั้นมาแต่กำเนิด. อาการที่เห็นคือขนาดศีรษะโตผิดปรกติ และโตขึ้นเร็ว, ขม่อมอันหน้าตึงมากหรือโป่ง, หลอดเลือด

* บรรยายในการประชุมฟื้นฟูวิชาการครั้งที่ ๑๔ ของคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, ๒๐ มีนาคม ๒๕๑๑.

ตำที่หนังศีรษะขยายใหญ่ และตาเหลือกลงล่าง. การรักษาในปัจจุบันนิยมทำทางลัดจากห้องสมองเข้าหลอดเลือดดำ เพื่อให้สาร น้ำ หล่อสมอง — ไขสันหลังไหลออก. ถ้า รีบ รักษา จะ ช่วยเด็กได้ มาก เพราะ ถ้าปล่อยไว้นานเกินไปจนห้องสมองขยายใหญ่มาก และเนื้อสมองส่วน คอร์เท็กซ บางมากแล้วสมองจะพิการ คือ ฝ่อเหี่ยว ใช้การไม่ได้.

ข. **ภยันตราย** การบาดเจ็บหรือกระทบกระเทือนของสมองที่สำคัญ คือ

๑. **กะโหลกศีรษะแตก** อาจเนื่องมา จาก การ คลอด ที่ใช้ เครื่องมือ และใช้กำลังภายนอกเข้าช่วย เช่น ใช้คีม, หรือการคลอดที่ยาก หัวเด็กมากดกับกระดูกเชิงกรานอยู่นาน, โดยเฉพาะที่ โปรมอนตารีย์ ของกระดูก สาครัม. สาเหตุที่พบได้ในทารกแต่ไม่เกี่ยวกับการคลอดก็มีได้ เช่นอุบัติเหตุ เช่น เด็กตกเปล, ตกเตียง หรือหลุดมือหัวกระแทกพื้น หรือไปในรถแล้วรถคว่ำหรือชนกัน. **กระดูกหักยุบ** มองดูจะเห็นกะโหลกศีรษะยุบลงไป. การถ่ายภาพเอ็กซเรย์จะช่วยยืนยันการวินิจฉัย. ถ้าเป็นมาก อาจจะต้องผ่าตัดดึงกระดูกที่ยุบลงไปให้คืนกลับที่. ถ้าเป็นน้อยอาจจะคืนตัวได้เอง. **กระดูกหักร่วมกับมีแผล** คือ กะโหลกศีรษะแตก ร่วมกับ มีบาดแผลหนังศีรษะ. อันตรายเกิดจากการติดเชื้อเข้าสู่สมองทางบาดแผล หรือมีวัตถุต่างที่ติดอยู่ภายใน. ประสาทศัลยแพทย์อาจจะต้องผ่าสำรวจดู และจำเป็นต้องให้ แอนติไบโอติคในขนาดสูงไว้ด้วยเสมอ.

๒. **การ ตกเลือด ภายใน กะโหลกศีรษะ** มีหลายประเภท

การตกเลือดเหนือเยื่อ ดูรา พบได้น้อยมากในทารกแรกเกิด. โดยปรกติเกิดจาก กระดูกหัก บริเวณ แอ่ง กะโหลกศีรษะอันกลาง, ทำให้เกิดอันตรายต่อหลอดเลือดแดง เมนิงเจียล แขนงกลาง หรือจากการ แยก อย่าง แรง ของ ตะเข็บ กะโหลก. เด็ก จะ มี อาการ ของ แรงดันใน กระโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นเร็ว, มีรูม่านตาซึ่งขยายตาย ตัว, ร่างกายอ่อนแรงครึ่งซีก, ชัก. การรักษาทำโดยผ่าตัดเอาเลือดออก, ถือเป็นเหตุฉุกเฉิน ปัจจุบัน ทาง ประสาทศัลยศาสตร์.

การตกเลือดใต้เยื่อ ดูรา ก็พบยากในทารกแรกเกิด. มักเกิดจากการฉีกขาดของ เท็นทอเรียม และมีการฉีกขาดของหลอดเลือดดำ หรือจากการตกเลือดจากหลอดเลือดแดง เมนิงเจียล แขนงกลาง. มักพบในรายคลอดยาก หรือ คลอด ต้องใช้ เครื่องมือ และใช้กำลังช่วยดึงมาก. อาการคล้ายการตกเลือดเหนือเยื่อ ดูรา แต่ช้ากว่า. อาจเริ่มมีอาการหลัง ๒๔ ชั่วโมง หรือนานกว่านั้น. การวินิจฉัยแน่นอนทำได้โดยเจาะเข้าใต้ดูรา ผ่านตะเข็บ โคโรนัล จะได้เลือดหรือสารน้ำปนเลือดออกมา. การรักษาใช้วิธี เจาะ ออกโดย เจาะ เข้าโพรงใต้ ดูรา, ครั้งละไม่เกิน ๑๐—๑๕ มล., เจาะทุกวัน. ถ้าถึง ๒—๓ สัปดาห์แล้วยังได้สารน้ำอยู่เรื่อย ๆ ก็ต้องทำการผ่าตัด, เพราะแสดงว่ามีเปลือกพังผืดเกิดขึ้นและไม่สามารถจะแฟบได้, จึงต้องผ่าออก.

การตกเลือดใต้ อะแร็ฆนอยด์ มักพบร่วมกับภาวะ แอสฟิกเซีย และการคลอดที่มีภยันตราย. ส่วนใหญ่เกิดจากการฉีกขาดของ เทนทอเรียม และ ฟัลก์ซ. เด็กจะหายใจช้า, หยุดหายใจเป็นพัก ๆ, ผิวเขียว. มักไม่ค่อยมีชัก, อัมพาต หรือการเปลี่ยนแปลงของรูม่านตา. เจาะหลังจะพบสารน้ำหล่อสมอง — ไขสันหลังปนเลือดหรือมีเม็ดเลือดแดงขอบหยัก เมื่อดูด้วยกล้องจุลทรรศน์, ปริมาณ โปรเทอิน มาก. การรักษาเป็นแบบ คอนเสอร์เวทีฟว์ เช่นให้ อ็อกซิย์เจน, จัดให้ทางลมหายใจสะดวกอยู่เสมอ, ให้ความอบอุ่น, ให้ วิตะมิน เค, ให้อาหารทางท่อผ่านจมูก, และพยายามจับต้องกระทบกระเทือนเด็กให้น้อยที่สุด.

การตกเลือดในเนื้อสมอง พบน้อยที่สุดและมักไม่รอด. สาเหตุจากภยันตรายและร่างกายขาด อ็อกซิย์เจน. ส่วนใหญ่มักพบเลือดออกในซีกสมองใหญ่. อาการมีร้องมากผิดปรกติ, ตัวแข็งเกร็งและมีชักกะตุก, หมดสติ, ขม่อมอันหน้าตึง. ให้การรักษาแบบ คอนเสอร์เวทีฟว์.

การตกเลือดในห้องสมอง พบบ่อยเป็นพิเศษในรายคลอดก่อนกำหนด. ส่วนมากมักไม่รอด. เชื่อว่าสาเหตุเนื่องจากความอ่อนแอของผนังหลอดเลือดใต้ เอเปนดัยมา. อาการมีตัวเขียวและหยุดหายใจ

เป็นพัก ๆ, ขม่อมอันหน้าตึงโป่ง, แขนขาดิ้นกระสับกระส่าย, ผิวหนังสีซีดแกมเทา. การรักษาก็เป็นแบบ คอนเสอร์เวทีฟว์เช่นกัน.

ค. การชัก การชักในทารกแรกเกิดเป็นอาการที่สำคัญอย่างหนึ่ง ซึ่งมีสาเหตุได้หลายประการ และต้องการการรักษาโดยรีบด่วน. สาเหตุที่สำคัญควรทราบคือ.

๑. การตกเลือดภายในกะโหลกศีรษะ ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น.

๒. สมองขาดออกซีย์เจน เด็กพวกนี้มีประวัติคลอดยากหรือคลอดมีเหตุแทรกซ้อน. หลังคลอดทำการช่วยแก้ให้ฟื้นช้าเกินไป หรือมีอาการของความอ่อนอัดของเด็กในครรภ์ให้ประจักษ์เช่นน้ำคร่ำมีสีของ เมโคเนียม. อาการของเด็กจะมีภาวะกล้ามเนื้อตึงหรือภาวะกล้ามเนื้อหย่อนก็ได้. การเคลื่อนไหวเองอาจมากขึ้นหรือลดลงกว่าปรกติก็ได้, มี รีเฟล็กซ แรกเกิดน้อยไป, ชัก, การหายใจและอัตราหัวใจเต้นเปลี่ยนแปลง. รายละเอียดการรักษาดูได้จากเรื่องการช่วยแก้ทารกแรกเกิดให้ฟื้น.

๓. ภาวะน้ำตาลน้อยในเลือด รายละเอียดหาอ่านได้จากเรื่อง ภาวะน้ำตาลน้อยในเลือดในทารกแรกเกิด.

๔. โรคเม็ดเลือดสลายในทารกแรกเกิด รายละเอียดหาอ่านได้จากเรื่องการให้เลือดแลกเปลี่ยน ในทารกแรกเกิด.

๕. เตตะนีย์ ในทารกแรกเกิด ไม่ใช่ภาวะผิดปรกติทางสมอง แต่เป็นการเพิ่มการระคายเคืองต่อประสาทและกล้ามเนื้อ. มักเกิดภายในสัปดาห์แรก. เด็กมีอาการหงุดหงิด, สั่น, กล้ามเนื้อกระตุก, และชัก. ระดับ แคลเซียมในสิรั่ม ต่ำ (ต่ำกว่า ๗—๘ มก. ปซ.), ฟอสเฟต สูง, แอลคะไลน ฟอสฟาเทส ปรกติ ปัจจัยที่อาจมีส่วนทำให้เกิด เตตะนีย์ คือ (๑) ฮัยโปพาราธัยรอยดิสม ทางสรีรวิทยาที่เกิดชั่วคราว. (๒) ไตของเด็กขับถ่ายฟอสเฟต ได้น้อย. (๓) เด็กได้รับ ฟอสเฟต มากจากนมวัวผสมที่กินเข้าไป. การรักษาให้ฉีดน้ำยา แคลเซียม กลูโคเนท ๑๐ ปซ., ๕—๑๐ มล. เข้าหลอดเลือด. อาการจะหายไปในทันที. หลังจากนั้นก็ให้เด็กกิน แคลเซียม ต่อไปอีกประมาณ ๑ สัปดาห์ โดยให้ แคลเซียม ฒลอไรด ๑

กรัม/วัน หรือน้ำยา แคลเคียม แลคเตท ๑๐ ปซ., ๒—๓ กรัม/วัน, แบ่งกินวันละ ๓ ครั้ง. การพยากรณ์โรคนี้ดีมาก.

๖. การขาด และ ความต้องการ พีย์ริด็อกซีน ภาวะนี้พบน้อยมาก. เด็กจะมีอาการชักในวันที่ ๑—๕. สาเหตุเนื่องจากเด็กขาด พีย์ริด็อกซีน (ไวตามิน บี ๖) เพราะกินนมที่ต้มนานเกินไป หรือเนื่องจากร่างกายเด็กมีความต้องการ พีย์ริด็อกซีน มากกว่าปรกติ เพราะแม่ได้รับ ไวตามิน บี ๖ มากในขณะตั้งครรภ์. การวินิจฉัยโรคทำโดยการแยกสาเหตุอื่น ของการชักออกไป และ ทดลองฉีด ไวตามิน บี ๖ เข้ากล้าม ๑๐๐ มก. จะหยุดชัก. การรักษาให้ ไวตามิน บี ๖ ๑๐๐ มก. ฉีดเข้ากล้ามครั้งเดียวก็พอ, แล้วต่อไปจัดการเปลี่ยนแปลงเรื่องนมเด็กให้ถูกต้อง. ในรายที่ต้องการ พีย์ริด็อกซีน มากกว่าปรกติอาจต้องให้ ไวตามิน บี ๖ ต่อไปอีก วันละ ๑๐—๑๐๐ มก.

ยาระงับชักที่ใช้ในทารกแรกเกิดมีดังนี้

ฟีโนบาร์บิโทน ฉีดเข้าใต้หนัง ๘—๑๕ มก. ให้ได้ถึงวันละ ๓๐ มก. กินหรือฉีด.

พารัลดีฮัยด (ใหม่ๆ) (ผสมน้ำมันมะกอกหรือน้ำมันแร่ในส่วนสัดเท่ากัน) สวนทวารหนัก ๑—๒ มล. ให้ได้ทุก ๖ ชั่วโมง ถ้าจำเป็น.

ฆลอรัล ฮัยเดรท สวนทางทวารหนัก ๖๐—๑๐๐ มก. อาจให้ได้ทุก ๖ ชม. ถ้าจำเป็น.

"ไดแลนติน" (พีนัยโทอิน โสเดียม) ให้กินได้ถึง ๒๕ มก./วัน.

ง. การติดเชื้อ ในทารกแรกเกิดการติดเชื้อทางระบบประสาทที่สำคัญ และถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางเวชกรรม ได้แก่เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ปัจจุบันจากเชื้อ บัคเตรี (พิวรูเล็นท). สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ บัคเตรี แกรม ลบ เช่น อี. โค ไล, พาราโคโลแบคตรา, เคล็บสิเอลลา, แอโรแบคเตอร์, โปรเตอุส, ซ์สิวโดโมนาส. นอกจากนี้ก็มีพวก คอคไค แกรม บวก เช่น สแตพีย์โลคอคไค, สเตร็ปโตคอคไค, ดิโพลคอคคัส ซ์นิวโมเนียอี เป็นต้น. อาการไม่ค่อยแน่นอน. ไข้อาจมีหรือไม่มีก็ได้. เด็กจะซึม, กินได้น้อย, ขม่อมอันหน้าตึง, หลังแอ่น, ชัก. การวินิจฉัยแน่นอนโดยทำการ เจาะหลัง ตรวจสารน้ำหล่อสมอง—ไขสันหลัง พบว่าขุ่น, โปรเทอิน สูง, เม็ดเลือดขาว โปลีย์มอร์โฟนูเคลียร์ สูง, ทำการย้อมอาจพบเชื้อ, เพาะเชื้อและทดสอบความไวของเชื้อต่อยาด้วยก็จะเป็นประโยชน์มากในการให้ยารักษา. การรักษาที่สำคัญคือ บริหาร แอน ติ ไบ โอติค ในขนาดสูง

และเมื่อยังไม่ทราบเชื้อ มักต้องให้ควบกันไว้ ๓ อย่างก่อนคือ เพนิศิลลิน, ฆลอร์-แอมเฟนิคอล และ คะนามัยศิน หรืออาจจะให้ แอมบีศิลลิน แต่เพียงอย่างเดียวก่อนก็ได้. เมื่อทราบผลทดสอบความไวของเชื้อต่อยา หรืออาศัยการพิจารณาทางคลินิคประกอบ อาจเพิ่มหรือเปลี่ยนแปลง แอน-ติไบโอติค ตามความเหมาะสม.

แอนติไบโอติค ที่ใช้เสมอมีดังต่อไปนี้

เพนิศิลลิน จี. โสเดียม	๒ – ๕	ล้านหน่วย/วัน ฉีดเข้าหลอดเลือดหรือเข้ากล้าม.
ฆลอร์แอมเฟนิคอล	๒๕ – ๕๐	มก./กก. นน.ตัว/วัน ฉีดเข้ากล้ามหรือกินวันละ ๓ – ๔ ครั้ง.
คะนามัยศิน	๑๕ – ๓๐	มก./กก. นน.ตัว/วัน ฉีดเข้ากล้ามวันละ ๒ ครั้ง.
สเตร็ปโตมัยศิน	๒๕ – ๓๐	มก./กก. นน.ตัว/วัน ฉีดเข้ากล้ามวันละ ๒ ครั้ง.
แอมบีศิลลิน	๑๐๐ – ๒๐๐	มก./กก. นน.ตัว/วัน ฉีดเข้าหลอดเลือด. ต่อไปฉีดเข้ากล้ามวันละ ๖ – ๘ ครั้ง.
คล็อกซะศิลลิน	๕๐ – ๑๐๐	มก./กก. นน.ตัว/วัน ฉีดเข้ากล้ามวันละ ๒ – ๓ ครั้ง.
โคลิมัยศิน	๑.๕ – ๕	มก./กก. นน.ตัว/วัน ฉีดเข้ากล้ามวันละ ๒๔ – ๔ ครั้ง.

กัมปนาท พลางกูร พ.บ.
(ภาควิชากุมารเวชศาสตร์)