



รู้เพื่อสุขภาพลูกรัก

Children's Health Issue

ฉบับที่ 2 ปีที่ 1 เดือนสิงหาคม 2559 ISSN 2465-4841

MDC Health 

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา



www.md-center.org



รู้เพื่อสุขภาพลูกรัก
Children's Health Issue

ฉบับที่ 2 ปีที่ 1 เดือนสิงหาคม 2559 ISSN 2465-4841

MDC Health 
คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา



๗ รอบพระชั้นษา ราชนี้อาเคียรวาท

(ภาพย์ยานี ๑๑)

- | | |
|---|--|
| ○ เคียงรัฐเคียงฉัตรชาติ
เคียงคู่พระจอมขวัญ | และเคียงราษฎร์เคียงราชันย์
เสด็จฯ ท้าวแผ่นดินทอง
เพติมงานเพื่อไทยพอง
ทวยราษฎร์ล้วนสุดดี |
| ○ ลีบศิลป์แผ่นดินสาน
สถิตในหัวใจครอง | ลิริล้วนเฉลิมศรี
ขอทรงพระเจริญ เทอญฯ |
| ○ เจ็ดรอบนักษัตรถ้วน
เฉลิมชนม์ราชินี | |

ผู้ประพันธ์ : พลเอกนายแพทย์วฑ์ทัญญู ปรัชฎานนท์
ในนามของคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา บริษัท บ้านบึงเวชกิจ จำกัด





สารกรมการผู้อำนวยกาการ

MDC Health magazine



นิตยสาร MDC Health ฉบับเดือนสิงหาคม ได้จัดพิมพ์ขึ้นเพื่อเป็นการเฉลิมพระเกียรติเนื่องในโอกาสสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ 12 สิงหาคม 2559 ในทุกปีคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาได้จัดกิจกรรมทางสุขภาพเพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ โดยปีนี้ในวันที่ 12 สิงหาคม ทางคลินิกฯ ได้มีการจัดกิจกรรม ในการตรวจสุขภาพทั่วไปและให้คำปรึกษาสุขภาพในด้านต่างๆ กิจกรรมทั้งหมดให้บริการแก่ประชาชนโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย กิจกรรมสุขภาพจัดเป็นประจำทุกปีในวันที่ 12 สิงหาคม และ 5 ธันวาคม ซึ่งกิจกรรมในแต่ละครั้งก็จะแตกต่างกันไป ขอเรียนเชิญผู้สนใจเข้าร่วมกิจกรรม ณ คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาได้ในช่วงเช้าของวันดังกล่าว

อนึ่ง MDC health magazine ในฉบับนี้ซึ่งเป็นเดือนของวันแม่ ความเป็นแม่ย่อมมุ่งหวังที่จะพุ่มพักลูกน้อย อุ้มชูเลี้ยงดูอย่างทะนุถนอมจนเติบโตใหญ่ การวางรากฐานชีวิตและสุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมการพัฒนาการของลูกอย่างเหมาะสม เพื่อการเจริญเติบโตของลูกให้สมบูรณ์ทั้งกายและใจ นิตยสารฉบับนี้จึงได้เลือกสรรบทความที่น่าสนใจจากแพทย์และผู้มีความเชี่ยวชาญ ในการให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กในด้านต่างๆ ยกตัวอย่างเช่น โภชนาการที่เหมาะสมในเด็กแต่ละวัย วัคซีนในเด็ก ภาวะหนุ่ม-สาวก่อนวัย เด็กตาเขตาเหล่ การดูแลฟันในช่วงเด็ก รวมทั้งสิ่งที่ควรรู้ด้านจิตเวชในเด็ก สัตตลักษณะเด็กเจเนอรัลอัลฟ่า และเมื่อลูกพูดช้า เป็นต้น อันจะเป็นสาระประโยชน์แก่ท่านทั้งหลาย ใน MDC Health magazine ฉบับที่ 2 “รู้เพื่อสุขภาพลูกรัก”

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สาธิต โทตระกิตต์
กรมการผู้อำนวยกาการคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

MDC Health
นิตยสารสุขภาพ

ที่ปรึกษาเกียรติยศ

ดร.จิรายุ อิศรางกูร ณ อยุธยา
ศ.เกียรติยศ นพ.สงคราม ทรัพย์เจริญ
พล.ท.นพ.เชิดชัย เจียมไชยศรี
พล.ท.ทพ.ทวีศักดิ์ ทวีศรี

ที่ปรึกษา

รศ.นพ.สาธิต โทตระกิตต์
รศ.นพ.สรนิต ศิลธรรม
พล.อ.นพ.วาทัญญู ปรีชญาณนท์
พล.ท.นพ.มาโนชญ์ จันทร์คร
นพ.ยิ่งศักดิ์ ศุภนิตยานนท์
นางสุภาณี ธรานนท์

บรรณาธิการ

ศ.คลินิกเกียรติคุณ
ทพญ.ดร.ธีรลักษณ์ สุทธเสถียร

คณะบรรณาธิการ

พล.ต.นพ.กณธิร์ สังขวาลี
พญ.กิงกาญจน์ เต็มสิริ
พ.ต.อ.นพ.คำคุณ อธิภาส
นพ.ประเสริฐ พิมลแสงสุริยา
นพ.ปรกรณ์ ไล่ห์เลขา
ศ.พญ.พูนสุข จิตรนุสนธิ์
พล.อ.นพ.ภูษิต รัตนธรรม
ผศ.พญ.รวีวรรณ นีวาทพันธ์
พญ.วิญญารัตน์ ต้นศิริ
พล.ร.ท.นพ.วิเชียร นาวิณพิพัฒน์
น.ต.นพ.วิทยา บุญยะทรัพย์
รศ.นพ.สมชาย เอื้อรัตนวงศ์
นพ.สมพร วงศ์อมรรตม
นพ.สุรพงษ์ รัชตภูษิต
พล.อ.ทพ.อภิศักดิ์ จงรักษ์
ศ.พญ.อารีรัตน์ สุพทุทธิธาดา
นพ.ไอรส ทรัพย์เจริญ
นางสาวจิรภา อธิธิปัญญากุล
นางสาวเนจกัณฑ์ บัวดี
นางสาวพรพรรณ อาลัยญาติ
นางสาวพิมพ์นิภา ปิติพันธ์รัตน์
นางสาวภัทรา เศวตมุกดา
นางสาววรรษมน ม่วงประเสริฐ

เลขานุการคณะบรรณาธิการ

นางสาวนงคิณัฐ รัตนคำ

ออกแบบ/แยกสี/พิมพ์

บริษัท ไชเบอร์พริ้นท์กรุ๊ป จำกัด
โทร 02-6419135-8

6 มารูจัก “คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา” กันเถอะ
 “คลินิกกุมารเวช”
 น.ต.นพ.วิทยา บุญยเกียรติ

15 สัตตลักษณะ เด็กเจเนอเรชั่นอัลฟาในยุค IT
 ศศ.นพ.สุริยาเดว ตรีปาตี

19 โภชนาการที่เหมาะสมสำหรับ “ลูกรัก”
 นางอัญญาณี อิศรางกูร ณ อยุธยา

23 วัคซีนเด็กไทย
 พญ.รังสิมา โสฬเสนา

28 เมื่อลูกพูดช้า
 พญ.ชาคริยา ธีรเนตร

35 เกร็ดความรู้เกี่ยวกับ ภาวะเป็นหมันสาว
 ก่อนวัย
 นพ.ชลันธร ปรียาสมบัติ

39 จิตเวช ปัญหาเสียงในวัยเด็ก
 พญ.เพ็ญทิพย์ หังสพฤกษ์

42 ลูกน้อยฟันดี...เริ่มที่ซี่แรก
 พันโท ทพญ.ศุทธิษา แต้บรรพกุล

46 ตาเข ตาเหล่ในเด็ก
 พญ.รัตติยา พรชัยสุรีย์



48 ภาวะนอนกรนและหยุดหายใจขณะ
 หลับในเด็ก
 พญ.อุศนา พรหมโยธิน

52 รับมือกับไข้หวัดใหญ่
 นพ.สมบูรณ์ จันทรสกุลวงษ์

56 ไข้ยาทุกครั้ง ต้องใช้อย่างสมเหตุผล
 โดยเฉพาะในเด็ก
 ผศ.นพ.พิสนธิ์ จงตระกูล

60 การป้องกันโรคภูมิแพ้
 ศศ.พญ.ชลิตาณี ตีระกวีวัฒนชัย

64 มารูจักผื่น Atopic กันเถอะ
 พญ.เอติมาแสง ศรีสุวรรณภรณ์

66 ภาวะโลหิตจางในเด็ก
 พญ.ประไพศรี วงษ์ศิริ

72 เด็กกับโรคระบบทางเดินหายใจ
 พญ.นวลจันทร์ ปรามพลา

76 สร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาการของเด็ก
 แรกเกิด-5 ปี ในชุมชน
 นางสาวกิติมา ทรงประกอบ

80 ภาพกิจกรรมคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

84 ความภาคภูมิใจของคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

85 ข่าวสารคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา



มารู้จัก “คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา” กันเถอะ “คลินิกกุมารเวช”

MDC Health



นาวาตรี นายแพทย์วิทยา บุญยะทรัพย์
แพทย์หัวหน้าแผนกกุมารเวช

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา เปิดให้บริการอย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2535 โดยถือเอาวันคล้ายวันเฉลิมพระชนมพรรษาของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเป็นวันมงคล ปฐมฤกษ์ แห่งการเริ่มต้นของคลินิกฯ และเสด็จพระราชดำเนิน เพื่อทรงเจิมแผ่นศิลาฤกษ์จำลอง ณ คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา ในวันที่ 29 กันยายน 2541 โดยมีข้อมูลจาก นิตยสาร MDC Health ในฉบับที่ 1 เดือนมิถุนายน 2559 ที่กล่าวถึงที่มาของคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

เริ่มขึ้นจากพระราชปณิธานที่โปรดให้พัฒนาพื้นที่บริเวณบึงพระราม 9 เพื่อช่วยเหลือราษฎรบริเวณคลองลาดพร้าว และคลองพลับพลา ซึ่งประสบภาวะน้ำท่วมอยู่เป็นประจำโดยพระองค์ได้ทรงพระราชทานโฉนดที่ดินของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ เพื่อให้ขุดบ่อขึ้นทำเป็นบึงพระราม 9 และยังบำบัดน้ำที่เน่าเสียจากคลองลาดพร้าว แล้วระบายน้ำที่ดีผ่านการบำบัดแล้วกลับคืนลงสู่คลองต่อไป ต่อมาได้ทรงทราบถึงความทุกข์ยากของราษฎรในบริเวณนี้ ในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ เนื่องจากอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลของรัฐ (โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลนพรัตน์) รวมทั้งไม่มีทางสัญจรที่เป็นทางรถยนต์ (สมัยนั้นยังไม่มีถนนประดิษฐานูธรรม) มีแต่ทางน้ำ จึงมีพระราชดำริให้จัดตั้งคลินิกขึ้น เพื่อให้การรักษาพยาบาลแก่ชุมชนต่างๆ ในบริเวณนี้ โดยให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อันได้แก่ แพทย์ประจำพระองค์ที่ตามเสด็จเวลาแปรพระราชฐาน เยี่ยมราษฎรในต่างจังหวัด มาช่วย

ตรวจรักษาราษฎรในชุมชนคลองลาดพร้าว และคลองพลับพลา ตลอดจนชุมชนที่อยู่ใกล้เคียง และทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมพระราชทานทุนทรัพย์ส่วนพระองค์ จัดตั้งเป็น บริษัท บ้านบึงเวชกิจ จำกัด เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2534 พร้อมทั้งสร้างอาคาร 4 ชั้น เป็นสถานพยาบาลบนพื้นที่ดินของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ประมาณ 10 ไร่ และพระราชทานนามว่า “ศูนย์แพทย์พัฒนา” โดยได้ทรงพระราชทาน พระราโชบายไว้ 2 ข้อ

- 1.) ทำการรักษาประชาชนทั่วไป โดยเครื่องมือที่ทันสมัย โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
- 2.) มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โดยไม่มุ่งแสวงหากำไร

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา ได้ให้บริการรักษาโรคที่หลากหลายทั้งโรคทั่วไปและโรคเฉพาะทาง โดยไม่รับผู้ป่วยค้างคืน “จัดเป็นสถานพยาบาล ประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน” เปิดให้บริการตั้งแต่เวลา 08.00 – 20.00 น. ทุกวัน *โดยไม่มีวันหยุด* ทางคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาจะเปิดให้บริการเฉพาะเทศกาลสำคัญ คือเทศกาลปีใหม่และเทศกาลสงกรานต์เท่านั้น

ในส่วนของแผนกกุมารเวชกรรม ปัจจุบันตั้งอยู่บนชั้น 2 อาคารราชเวชชาคาร ใกล้กับแผนกอายุรกรรม 2 และแผนกตรวจสุขภาพ ได้มีความเป็นมาและขยายตัวเติบโตขึ้นมา ร่วมกับแผนกอื่นๆ

โดยแรกเริ่มเดิมที แผนกกุมารเวชกรรม ยังไม่ได้แยกตัวออกมาเป็นแผนกกุมารเวชโดยเอกเทศ คงรวมอยู่กับแผนกสูติรีเวชและอายุรกรรม ในชั้น 1 ของอาคารบวรเวชรักษ์ ซึ่งกุมารแพทย์ที่มาช่วยออกตรวจในช่วง พ.ศ. 2545 ได้แก่ พญ.สุกัญญา รุ่งธนภิรมย์ ซึ่งออกตรวจในเวลาราชการ คือ วันจันทร์-วันศุกร์ หยุดวันเสาร์-อาทิตย์ และนอกเวลาราชการ ได้มี ศ.คลินิกพิเศษ นพ.เสรี ตูจินดา (อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเด็ก หรือสถาบันสุขภาพเด็กมหาสารคามในปัจจุบัน) นพ.จินต์ เจียมประภา (แพทย์ในสำนักพระราชวัง) พญ.ชนินฐา สุริย์จามร มาช่วยตรวจด้วย

ซึ่งในระยะแรก กุมารแพทย์ ที่กล่าวนามมาทั้งหมดข้างต้นนี้ จะตรวจรักษาผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยทั่วไป รวมถึงตรวจสุขภาพประจำปีด้วย

ต่อมาในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2546 ทางบริษัท บ้านบึงเวชกิจ จำกัด ได้แต่งตั้ง คุณกรองสิริคุณ กนิษฐสุด เป็นกรรมการผู้จัดการ และคุณสิริการย์ ฐากุลสิริย์ เป็นหัวหน้าพยาบาลประจำคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา ซึ่งท่าน

ก็ได้ช่วยบริหารจัดการในด้านของบุคลากร การจัดอบรม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงเครื่องมือ เครื่องใช้ในการกู้ชีพฉุกเฉิน และเครื่องฟั่นละอองฝอยสำหรับคนไข้เด็ก เป็นผลให้จำนวนบุคลากรได้เพิ่มมากขึ้นจนเพียงพอต่อการให้บริการแก่ผู้ป่วย

ในปี พ.ศ. 2548 เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ทางผู้บริหารจึงเห็นความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มพื้นที่ในการให้บริการ เพื่อรองรับปริมาณผู้มาใช้บริการ จึงได้ปรับปรุงพื้นที่บริเวณ ชั้น 3 ของอาคารบวรเวชรักษ์ ให้เป็นแผนกสูตินรีเวช และกุมารเวชกรรม โดยมีห้องตรวจแผนกกุมารเวช โดยเฉพาะ 3 ห้อง และห้องให้การบำบัดรักษาอีก 1 ห้อง

และได้แต่งตั้งให้ ศ.เกียรติคุณ นพ.วินัย สุวัตติ ซึ่งเป็นกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโลหิตวิทยา เป็นหัวหน้าแผนกกุมารเวช และคุณแจ่มจันทร์ ทิพย์เศวต เป็นหัวหน้าพยาบาลแผนกกุมารเวช บนชั้น 3 ของอาคารบวรเวชรักษ์นั้น นอกจากแผนกกุมารเวชแล้ว ยังมีแผนกสูตินรีเวชกรรม ซึ่งรวมอยู่ในหน่วยเดียวกับแผนกกุมารเวช และมีแผนกไตเทียม แผนกจักษุ แผนกประสาทวิทยา แยกกันอยู่บนชั้นที่ 3 ในช่วงปี พ.ศ. 2548 ได้มีกุมารแพทย์ มาช่วยตรวจในเวลาราชการ อีก 3 ท่าน คือ พญ.พรพรรณ พิมลศานติ นพ.สุรเดช คงคาสุวรรณ และ นพ.พิวัฒน์ โปษยานนท์ และได้มีกุมารแพทย์ เฉพาะทางมาช่วยตรวจเพิ่มขึ้น ตามลำดับได้แก่ รศ.พญ.ชลีรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย พญ.เบญจา อาศนะเสน มาช่วยดูแลผู้ป่วยทางด้านโรคภูมิแพ้ ศ.เกียรติคุณ พญ.สุจิตรา วีรวรรณ มาช่วยดูแลผู้ป่วยทางด้านโรคผิวหนัง พญ.นวลจันทร์ ปราบพาล มาช่วยดูแลผู้ป่วยทางด้านโรคระบบทางเดินหายใจ พญ.ชาคริยา วีระเนตร มาช่วยดูแลผู้ป่วยทางด้านโรคพัฒนาการและพฤติกรรม พญ.เพียงทิพย์ หังสพฤษ มาช่วยดูแลผู้ป่วยทางด้านโรคจิตเวช





ต่อมา ในวันที่ 1 กันยายน 2549 ทางคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาได้บุคลากรที่มีความสำคัญ ต่อคลินิกฯ มาร่วมงาน อีก 1 ท่าน คือ ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นพ.เหลือพร ปุณณกันต์ มาเป็นผู้อำนวยการของคลินิกฯ และในปี พ.ศ. 2552 ได้ พล.อ.นพ.อิสสระชัย จุลโมกษ์ มาเป็นรองผู้อำนวยการ

ในวันที่ 23 มีนาคม 2554 ทางคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาได้เปิดใช้อาคารที่ 2 คือ อาคารราชเวชชาคาร แผนก กุมารเวช จึงได้ย้ายจากชั้น 3 ของอาคารบวรเวชรักษ์ มาอยู่บนชั้น 2 ของอาคารราชเวชชาคาร และได้แต่งตั้ง พญ.สุกัญญา รุ่งธนาภิรมย์ เป็นหัวหน้าแผนกกุมารเวช ต่อจาก ศ.เกียรติคุณ นพ.วินัย สุวดีติ และต่อมาในปี พ.ศ. 2558 ได้แต่งตั้ง รศ.พญ.ชลีรัตน์ ดิเรกวัดมนชัย เป็นหัวหน้าแผนกกุมารเวช จนถึงเดือนมีนาคม 2559 นพ.วิทยา บุญยะทรัพย์ ได้มา ทำหน้าที่ต่อจาก รศ.พญ.ชลีรัตน์ ดิเรกวัดมนชัย

เมื่อแผนกกุมารเวชกรรม มาเปิดให้บริการบนชั้น 2 ของอาคารใหม่นี้ ได้ขยายตัวเติบโตขึ้นมาก โดยมี ห้องตรวจ ทั้งสิ้น 6 ห้องตรวจ ห้องเล่นส่งเสริมพัฒนาการ 1 ห้อง ห้องฝึกพูด ฝึกพัฒนาการ 1 ห้อง ห้องให้บริการพยาบาล 1 ห้อง ห้องให้นมบุตร 1 ห้อง และห้องเปลี่ยนผ้าอ้อมเด็ก 1 ห้อง

แผนกกุมารเวชกรรม คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา ได้เปิดให้บริการด้านสุขภาพแก่เด็กทั่วไป ตั้งแต่แรกเกิด ถึงอายุประมาณ 15 ปี โดยเปิดให้บริการทุกวัน ตั้งแต่เวลา 08.00 – 20.00 น. ยกเว้นวันอาทิตย์ เปิดให้บริการเวลา 08.00 – 17.00 น.

ขอบเขตการให้บริการ (Scope of services)

1. ตรวจรักษาโรคกุมารเวชทั่วไป และคัดกรองโรคเฉพาะทางก่อนส่งต่อให้กุมารแพทย์เฉพาะทาง
2. ตรวจสอบสุขภาพ และให้บริการสร้างภูมิคุ้มกันโดยการให้วัคซีน โดยกุมารแพทย์ทั่วไป ดังนี้

น.ต.นพ.วิทยา บุญยะทรัพย์

ตารางออกตรวจ

วันจันทร์	09.00 – 13.00 น.
วันอังคาร	09.00 – 14.30 น.
วันพุธ	09.00 – 12.00 น.
วันพฤหัสบดี	09.00 – 12.00 น.
วันศุกร์	09.00 – 12.00 น.
วันอาทิตย์	13.00 – 16.00 น.



พญ.สุกัญญา รุ่งธนาภิรมย์

ตารางออกตรวจ

วันจันทร์	09.00 – 12.00 น.
วันพุธ	09.00 – 12.00 น.
วันพฤหัสบดี	09.00 – 12.00 น.
วันศุกร์	09.00 – 12.00 น.
วันเสาร์	09.00 – 12.00 น.



ผศ.ดร.นพ.กิตติพงษ์ คงสมบูรณ์

ตารางออกตรวจ

วันศุกร์	17.00 – 20.00 น.
วันเสาร์	09.00 – 12.00 น.
วันอาทิตย์	12.30 – 16.30 น.



พญ.น้ำเพชร รัชตภูษิต

ตารางออกตรวจ

วันจันทร์	08.00 – 12.00 น.
วันอาทิตย์	09.00 – 11.30 น.



นพ.พีวัฒน์ โปษยานนท์

ตารางออกตรวจ

วันจันทร์ 13.00 – 16.00 น.
วันพุธ 09.00 – 12.00 น.
วันพฤหัสบดี 13.00 – 16.00 น.
วันศุกร์ 16.00 – 18.00 น.



พญ.ภาณี เอี่ยมรัฐิวัฒน์

ตารางออกตรวจ

วันจันทร์ 09.00 – 12.00 น.
วันพุธ 09.00 – 12.00 น.



นพ.สมฤกษ์ จึงสมาน

ตารางออกตรวจ

วันพฤหัสบดี 17.00 – 20.00 น.



นพ.สุริยเดว ทรีปาตี

ตารางออกตรวจ

วันเสาร์ 17.00 – 20.00 น.



พญ.สุรีย์พร กอบก้อยพงษ์

ตารางออกตรวจ

วันพุธ 17.30 – 19.30 น.
วันเสาร์ 16.00 – 18.30 น.



พญ.อัญญมณี หล่อจิตต์เสียง

ตารางออกตรวจ

วันศุกร์ 17.00 – 19.00 น.



นพ.สุรเดช คงคาสวรรณ

ตารางออกตรวจ

วันอังคาร 13.00 – 17.00 น.
วันพฤหัสบดี 13.00 – 17.00 น.
วันศุกร์ 09.00 – 16.00 น.
วันเสาร์ 09.00 – 16.00 น.



พญ.พรพรรณ พิมลสานต์

ตารางออกตรวจ

วันจันทร์ 08.00 – 16.00 น.
วันอังคาร 08.00 – 16.00 น.
วันพุธ 08.00 – 16.00 น.
วันพฤหัสบดี 08.00 – 16.00 น.
วันเสาร์ 09.00 – 16.00 น.
วันอาทิตย์ 09.00 – 12.00 น.



3. ตรวจรักษาโรคเฉพาะทางด้านโรคภูมิแพ้และโรคทางระบบภูมิคุ้มกัน ได้แก่ โรคหอบหืด โพรงจมูกอักเสบจากโรคภูมิแพ้ ผื่นหนังอักเสบจากโรคภูมิแพ้ แพ้โปรตีนนมวัว โรคภูมิแพ้ทางตา และโรคภูมิแพ้อื่นๆ โดยกุมารแพทย์ ดังนี้

 <p>รศ.พญ.ชลีรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย ตารางออกตรวจ วันอาทิตย์ 13.00 – 17.00 น.</p> 	 <p>พญ.อารีญา เทพชาตรี ตารางออกตรวจ วันพฤหัสบดี 09.00 – 12.00 น. วันศุกร์ 14.00 – 17.00 น.</p> 
 <p>พญ.เบญจา อาคนะเสน ตารางออกตรวจ วันจันทร์ 15.00 – 18.00 น. วันอังคาร 13.00 – 16.00 น. วันพฤหัสบดี 13.00 – 16.00 น. วันอาทิตย์ 13.00 – 17.00 น.</p> 	 <p>นพ.สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร ตารางออกตรวจ วันอังคาร 17.00 – 20.00 น.</p> 
 <p>นพ.สาธิต สันตคูลิต ตารางออกตรวจ วันจันทร์ 17.00 – 20.00 น. วันพุธ 17.00 – 20.00 น.</p> 	

4. ตรวจรักษาโรคเฉพาะทางระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ โรคติดเชื้อทางปอดและหลอดลม โรคนอนกรน ความผิดปกติแต่กำเนิดของทางเดินหายใจ โรคปอดเรื้อรังในเด็ก โดยกุมารแพทย์ ดังนี้

 <p>พญ.นวลจันทร์ ปราบพาล ตารางออกตรวจ วันจันทร์ 17.00 – 20.00 น. วันพุธ 17.00 – 20.00 น. วันเสาร์ 16.00 – 20.00 น.</p> 	<p>พญ.อาภัสสร วัฒนาศรมศิริ ตารางออกตรวจ วันอังคาร 09.00 – 12.00 น. วันศุกร์ 09.00 – 14.00 น.</p>  
--	---



5. **ตรวจรักษาโรคเฉพาะทางด้านโรคทางโลหิตวิทยา** ได้แก่ โรคโลหิตจาง ธาลัสซีเมีย ขาดเอ็นไซม์ G-6-PD โรคทางโลหิตวิทยาอื่นๆ โดยกุมารแพทย์ ดังนี้

พญ.ประไพศรี วงษ์ศิริ
ตารางออกตรวจ
วันพุธ 13.00 – 16.00 น.
วันอาทิตย์ 09.00 – 12.00 น.



6. **ตรวจรักษาโรคเฉพาะทางด้านโรคไต และทางเดินปัสสาวะ** ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ โรคเนฟโรติก ซินโดรม โรคไตอักเสบ โรคปัสสาวะไหลย้อนกลับ โรคเอส แอล อี ทางไต โดยกุมารแพทย์ ดังนี้

พญ.ยุพาพิน จุลโมกษ์
ตารางออกตรวจ
วันพฤหัสบดี 09.00 – 12.00 น.



7. **ตรวจรักษาเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด** ให้บริการตรวจโรคหัวใจผิดปกติแต่กำเนิด โรคหัวใจรูห์มาติก โรคข้อ โดยกุมารแพทย์ ดังนี้

นพ.จินต์ เจียมประภา
ตารางออกตรวจ
วันอังคาร 17.00 – 20.00 น.
วันพฤหัสบดี 17.00 – 20.00 น.
วันศุกร์ 13.00 – 16.00 น.
วันเสาร์ 09.00 – 12.00 น.



8. **ตรวจรักษาโรคเฉพาะระบบทางเดินอาหารและตับ** ดูแลเกี่ยวกับความผิดปกติของโรคตับแต่กำเนิด ตับอักเสบในทารกแรกเกิดและเด็กโต ทางเดินอาหารอุดตันและความผิดปกติของทางเดินอาหารแต่กำเนิด โรค GERD แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ โดยกุมารแพทย์ ดังนี้

พญ.บุษบา วิวัฒน์เวดิน
ตารางออกตรวจ
วันจันทร์ 15.00 – 17.00 น.



9. ตรวจรักษาโรคเฉพาะทางด้านต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม ได้แก่ โรคเป็นสาวก่อนวัย ตัวเตี้ยทางพันธุกรรม โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคเบาใจัด ต่อมไทรอยด์ ต่อมพาราไทรอยด์ ปัสสาวะบ่อย และต่อมหมวกไตในเด็ก ต่อมเพศทำงานผิดปกติ เด็กที่มีพัฒนาการทางเพศล่าช้า รวมถึงความผิดปกติในระบบฮอร์โมนต่างๆ โดยกุมารแพทย์ ดังนี้




นพ.ชลันธร ปรียาสมบัติ
 ตารางออกตรวจ
 วันพุธ 16.00 – 20.00 น.
 วันพฤหัสบดี 16.00 – 20.00 น.

นพ.วิจิต สุพรศิลป์ชัย
 ตารางออกตรวจ
 วันอาทิตย์ 14.00 – 17.00 น.




พญ.ลัดดา กาญจนกุล
 ตารางออกตรวจ
 วันเสาร์ 14.00 – 16.30 น.




10. ตรวจรักษาโรคเฉพาะทางด้านพัฒนาการและพฤติกรรมของเด็ก ได้แก่ ความผิดปกติในการสื่อความหมาย การดูแลตนเอง เด็กพิเศษ โรคสมาธิสั้น โรคความผิดปกติในเรื่องการเรียนรู้ ออทิสติก แอสเพอเกอร์ โรคเรทท์ ดิสออเดอร์ (Rett's Disorder) โดยกุมารแพทย์ ดังนี้




พญ.ชาคริยา สรีเนตร
 ตารางออกตรวจ
 วันอังคาร 16.00 – 19.00 น.
 วันพฤหัสบดี 16.00 – 19.00 น.
 วันเสาร์ 08.00 – 13.30 น.

นพ.เฉลิมชาติ ศรีวัชรากาญจน์
 ตารางออกตรวจ
 วันอาทิตย์ 08.00 – 10.30 น.
 (เฉพาะสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือน)




11. ตรวจรักษาโรคเฉพาะทางด้านจิตเวชของเด็ก ได้แก่ เด็กที่มีปัญหาเรื่องพฤติกรรมและอารมณ์รุนแรง ก้าวร้าว ก่อวุ่น เด็กที่ล้มเหลวในการปรับตัวทางสังคม เด็กที่มีความวิตกกังวลและปมด้อย เด็กที่มีอาการเครียด โรควิตกกังวล (Schizophrenia) โดยกุมารแพทย์ ดังนี้

พญ.เพียงทิพย์ หังสพฤกษ์

ตารางออกตรวจ

วันพฤหัสบดี 09.00 – 12.00 น.
(เฉพาะสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 5 ของเดือน)
วันศุกร์ 09.00 – 12.00 น.
(เฉพาะสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน)



12. ตรวจรักษาโรคเฉพาะทางด้านโรคผิวหนัง ได้แก่ โรคภูมิแพ้ทางด้านผิวหนัง โรคเชื้อรา ติดเชื้อแบคทีเรียที่ผิวหนัง โรคผื่นผ้าอ้อม ผื่นผิวหนังจากต่อมไขมันอักเสบ ลมพิษ โรคตุ่มน้ำ (Vesiculobullous Disorders) โรคกลุ่ม Papulosquamous Disorders โรคกลุ่มปานทลดเลือดเด็ก โดยกุมารแพทย์ ดังนี้

พญ.เต็มแสง ศรีสุวรรณภรณ์

ตารางออกตรวจ

วันอังคาร 17.00 – 20.00 น.
วันพฤหัสบดี 17.00 – 20.00 น.
วันเสาร์ 13.00 – 17.00 น.



13. ตรวจรักษาโรคเฉพาะทางด้านโรคติดเชื้อในเด็ก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อวัณโรค (Contact case) HIV โรคติดเชื้อไวรัส เชื้อรา เชื้อแบคทีเรียต่างๆ หรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อหรือติดเชื้อได้ง่าย เช่น เด็กที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องแต่กำเนิดชนิดต่างๆ รวมไปถึง การติดเชื้อไวรัสที่อันตราย เช่น ไวรัสซันสมอง และไซลิสนหลัง โดยกุมารแพทย์ ดังนี้

พญ.รังสิมา โสหัสเสชา

ตารางออกตรวจ

วันเสาร์ 13.00 – 17.00 น.



14. ตรวจรักษาดูแลด้านทารกแรกเกิดโดยเฉพาะ ได้แก่ ทารกในวัยแรกเกิด อายุ 0-1 เดือน ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดหรือได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ และการคลอด หรือการดูแลหลังคลอด เช่น ทารกที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และให้ออกซิเจนเป็นเวลานานหลังคลอด ก็อาจเกิดโรคปอดเรื้อรังจากการใช้เครื่องมือดังกล่าว หรือทารกที่คลอดจากมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อน ระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ มารดาเป็นโรคเบาหวานระหว่างการตั้งครรภ์ โรคไต หรือติดเชื้อไวรัสระหว่างการตั้งครรภ์ โดยกุมารแพทย์ ดังนี้

นพ.สมศักดิ์ เจริญตระกูล

ตารางออกตรวจ

วันอาทิตย์ 09.00 – 12.00 น.





สัตตลักษณะ เด็กเจนเออเรชั่นอัลฟา กับยุค IT

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ สุริยเดว ทรีปาตี

กุมารแพทย์

สังคมที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละยุคแต่ละสมัยทำให้สิ่งแวดล้อมรอบตัวมนุษย์เปลี่ยนแปลง และส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ จนพัฒนามาเป็นพฤติกรรม การแสดงออกและบุคลิกลักษณะของแต่ละรุ่นที่แตกต่างกันในแต่ละยุคสมัย มีการศึกษาที่ศึกษาพฤติกรรม พัฒนาการและบุคลิกลักษณะตามกาลเวลาที่เปลี่ยนแปลงตามสังคมแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงเป็นรุ่นสู่รุ่น แต่ด้วยสภาพปัจจุบันที่ก้าวเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์ เทคโนโลยีต่างๆ ที่เข้าถึงตัวบุคคลอย่างทั่วถึงส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์โดยตรงต่อครอบครัว ชุมชน และโรงเรียน กล่าวคือ มีเด็กและเยาวชนจำนวนไม่น้อยที่เสพติดสื่อเทคโนโลยีจนขาดปฏิสัมพันธ์กับผู้คนรอบข้าง แม้แต่คนในบ้านเอง ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหายาเสพติด ความรุนแรง การมีเพศสัมพันธ์ และอื่นๆ จนใกล้ชิดตัวเด็กมากกว่าครอบครัว โรงเรียนและชุมชน โดยที่สื่อที่ใกล้ตัวเด็กสามารถเป็นตัวเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อสังคมและสร้างระบบให้แข็งแรงขึ้น หรือ อาจเป็นตัวขวางที่ทำให้เด็กยุคใหม่แยกตัวเอง มีสังคมกลางอากาศทดแทน ขาดปฏิสัมพันธ์กับผู้คน และสังคมแวดล้อมโดยเฉพาะในครอบครัว ที่เราเรียกเด็กเล็กที่กำลังเติบโตอยู่ในช่วงปฐมวัย (แรกเกิดถึงอายุ 6 ปี) เป็นเด็กในเจนเออเรชั่นอัลฟา และมีคุณลักษณะของเด็กในเจนเออเรชั่นที่ชัดเจน



“เจนเนอร์ชั่นอัลฟา เรียกว่าเป็นกลุ่มเด็กที่เกิดใหม่ และอายุน้อยกว่า 5 ปี
ทั้งหมด เป็นวัยเด็กอนุบาล เตาะเตาะ เกิดมาพร้อมเทคโนโลยี”



เด็กเหล่านี้อาจไม่เคยเห็นสังคมที่ไม่มีไฟฟ้าใช้ หรือไม่มีเทคโนโลยีใดๆ ชีวิตจิตใจผูกไว้กับเทคโนโลยี มีสัมพันธภาพผ่านสังคมที่ไร้พรมแดน ความรักความผูกพันกับผู้คนอ่อนแอลงเรื่อยๆ ขาดปฏิสัมพันธ์กับคนทุกระดับ สื่อสารด้วยคำพูดไม่ค่อยเก่ง แต่เลือกที่จะสื่อสารด้วยเทคโนโลยีมากกว่า ไม่มีความรักความหวงแหนถิ่นกำเนิด ไม่มีความผูกพันกับสถานที่มากนักเพราะสังคมของเด็กกลายเป็นสังคมกลางอากาศที่สร้างเครือข่ายได้ทั่วโลก สามารถเลือกที่จะประกอบอาชีพได้หลายอาชีพในคราวเดียวกัน ไม่มีอาชีพหลัก เข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้รวดเร็วทุกที่ทุกเวลาทั่วโลก และจัดการเรียนได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งระบบการศึกษาแบบเดิมๆ อีกต่อไป การศึกษาทางเลือกจะรุ่งเรืองทดแทนการศึกษาในระบบ ลักษณะครอบครัวขนาดเล็ก พ่อแม่มีลูกช้า มีลูกน้อย ดูแลประคบประหงมมากเกินไป จนอาจไม่มีทักษะในการใช้ชีวิตแบบดั้งเดิมอย่างสิ้นเชิง การแต่งงานช้า เรียนมากและยาวนาน ประกอบอาชีพไปด้วยเรียนไปด้วย มีความเป็นทุนนิยม บริโภคนิยมสูง

เจนเนอร์ชั่นนี้จะเติบโตมาพร้อมกับเทคโนโลยี เป็นจุดแข็ง ไม่จำเป็นต้องรื้อร่อนให้ใช้สมาร์ตโฟน แท็บเล็ต ตั้งแต่ยังเล็ก เนื่องจากเมื่อเขาโตขึ้น เขาจะได้เรียนรู้ ได้อยู่กับสิ่งเหล่านี้อยู่แล้ว

ลัทธิลักษณะ คือ ลักษณะ 7 ประการในที่นี้ กล่าวถึง คุณลักษณะ 7 ประการ ของเด็กในเจนเนอร์ชั่นอัลฟา ทักษะ 7 ประการ ที่ต้องเติมเต็มเพื่อจุดจุดอ่อนในเด็กเจนเนอร์ชั่นอัลฟา และคุณสมบัติ 7 ประการของพ่อแม่ผู้ปกครองที่จะไม่ค่อยมีปัญหาเกี่ยวกับเด็กใน เจนเนอร์ชั่นอัลฟา



7 คุณลักษณะเด็กในเจนเนอร์ชั่นอัลฟา

1. ความเป็นตัวของตัวเองสูงมาก แม้ถือเป็นจุดเด่นของเด็กในยุคนี้แต่ก็ง่ายต่อการเติบโตขึ้นมานบนฐานความคิดที่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน สังคมที่แก่งแย่งชิงดีชิงเด่น

2. ใช้เทคโนโลยีเชื่อมโยงปฏิสัมพันธ์กับผู้คนในสังคม แต่ด้วยขาดการร่วมทุกข์ร่วมสุขระหว่างชีวิตต่อชีวิตด้วยกัน และขาดการบูรณาการประสาทสัมผัสผ่านอายตนะทั้ง 6 คือ ตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ จึงอาจมีผลให้ความเอื้ออาทร ความเมตตา กรุณา ลดน้อยถอยลงไปด้วย ตาจะแข็ง จิตใจจะขาดความอ่อนโยนได้ ซึ่งสังคมไทยที่อยู่กันด้วยความเอื้ออาทร จนประเทศไทยกลายเป็นสัญลักษณ์ของ Land of smile แต่การใช้เทคโนโลยีจนขาดปฏิสัมพันธ์กับผู้คนหรือมีแบบท่างเห็นอาจส่งผลให้เชิงสัญลักษณ์นี้จางหายไปจากสังคมไทยพร้อมๆ กับความเอื้ออาทร

3. การเข้าถึงข้อมูลอย่างรวดเร็วและหลากหลายอย่างไร้พรมแดนภายในชั่วพริบตา ส่งผลให้เด็กฉลาดในข้อมูลมากขึ้น แต่ขณะเดียวกันก็สับสนต่อการบริโภคข้อมูลแบบไม่ยั้งคิด ขาดการไตร่ตรอง และกฎกติกา มารยาทในการเข้าถึงรวมทั้งการใช้ประโยชน์หลงเชื่อได้อย่างง่ายดาย

4. เด็กจะรู้จักการพัฒนาตนเองด้วยเทคโนโลยี สื่อสารสนเทศได้อย่างกว้างขวาง โดยไม่ต้องยึดกับรูปแบบเดิมๆ ที่ต้องเข้าโรงเรียน เรียนกับครู และมีกฎระเบียบมากมาย เด็กในยุคนี้จึงขาดวินัยทั้งต่อตนเองและต่อสังคม ความเคารพครู และอาจมีอาชีพที่หลากหลายในคราวเดียวกันจนไม่เข้าใจคำว่าจิตสำนึกแห่งวิชาชีพ เพราะเขาไม่ได้ประกอบอาชีพเดียว

5. ทักษะการอยู่ร่วมในสังคม คุณธรรม จริยธรรมที่ไม่สามารถสร้างได้ด้วยเทคโนโลยีเท่านั้นจึงอาจบกพร่องได้ด้วยเช่นกัน

6. อ่อนต่อวิชาชีวิต ขาดพื้นที่ฝึกหัดความยากลำบากขั้นพื้นฐานในชีวิต ทำให้ขาดพลังอดทนและทักษะในการรู้จักการรอคอย

7. ได้รับการดูแลประคบประหงมจากพ่อแม่ ผู้ปกครอง มากจนเกินไป เพราะพ่อแม่มีลูกน้อยกว่าจะมีก็ยากเย็นและอายุมากด้วย จึงดูแลมากเป็นพิเศษ เด็กในยุคนี้ทักษะในการควบคุมอารมณ์ตนเองจึงอ่อนแอไปด้วย

“กล่าวโดยสรุป เด็กในเจนเนอเรชั่นอัลฟา มีความฉลาดรอบรู้มาก กล้าแสดงความคิดเห็นและมีการใช้เทคโนโลยีและฐานข้อมูลรวมทั้งเอื้อประโยชน์ในหน้าที่การงาน แต่จะมองที่ประโยชน์ส่วนตนเป็นที่ตั้ง ความสำนึกแห่งวิชาชีพอ่อนแอลง เอาแต่ใจจนคุณธรรมไม่ได้ ขาดความอดทน อ่อนต่อวิชาชีวิตและความเคารพต่อกันโดยเฉพาะกับคนที่ต่างเจนเนอเรชั่น และขาดทักษะเผชิญความยากลำบาก หนักๆ เข้าก็จะส่งผลต่อคุณธรรมจริยธรรมที่ลดลง เช่นกัน” รศ.นพ.สุริยเดว ทรีปาตี

การที่โลกวิวัฒนาการอุดมด้วยเทคโนโลยีมากขึ้น นอกจากจะส่งผลกระทบต่อเด็กในเจนเนอเรชั่นอัลฟาแล้ว แม้แต่ผู้ใหญ่ที่อ่อนไหวง่ายและอุดมด้วยการใช้เทคโนโลยีก็มีสภาวะการณ์ที่ไม่แตกต่างกันกับเด็กในเจนเนอเรชั่นนี้เช่นกัน สังคมทั่วไปจึงเห็นผู้คนในคุณลักษณะของเจนเนอเรชั่นอัลฟามากขึ้นเรื่อยๆ



7 คุณสมบัติของ ผู้ใหญ่ที่ไม่ค่อยมีปัญหาเกี่ยวกับเด็กในเจนเนอเรชั่นอัลฟา

1. อบอุ่น และให้ความไว้วางใจ
2. สื่อสารที่ดีต่อกัน ต่างคนต่างไว้วางใจปรึกษาหารือ หรือเล่าเหตุการณ์ต่างๆ ที่ประสบมาให้ฟัง มีการยอมรับฟัง
3. มั่นคง มีหลักการ มีเหตุผล มีความยืดหยุ่น
4. ควบคุมตัวเองได้ดี ทั้งอารมณ์และพฤติกรรม
5. ยอมรับความสามารถของเด็ก เข้าใจและสนับสนุนในความสามารถที่หลากหลาย
6. ปฏิบัติตนเป็นต้นแบบที่ดี
7. สร้างบรรยากาศการอยู่ร่วมกันอย่างมีส่วนร่วมที่มีคุณค่าแบบหัวใจประชาธิปไตย



7 ทักษะที่ต้องเติมเต็มเพื่อจุดจุดอ่อนของเด็กในเจนเนอเรชั่นอัลฟา

1. ทักษะการทำงานเป็นทีมที่เคารพความคิดเห็นที่หลากหลายวัฒนธรรม หลากหลายวัย ที่อยู่ร่วมกันได้ และเกิดผลงานร่วมกันบนฐานหลักการทำงานเป็นทีม
2. ทักษะการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับธรรมชาติ สัตว์เลี้ยง สังคมรอบข้างที่แม้ว่าอ่อนด้อยกว่าอย่างเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
3. ทักษะทางวินัยในการบริหารจัดการ การใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ
4. ทักษะการเรียนรู้ภูมิปัญญาวัฒนธรรมท้องถิ่น ในถิ่นฐานของตนเอง
5. ทักษะการเป็นผู้ให้และสังคมที่เอื้ออาทร
6. ทักษะความยากลำบากขั้นพื้นฐานในวิถีชีวิต
7. ทักษะในการใช้สติมากกว่าอารมณ์และการใช้สุนทรียสนทนาสู่สังคมสันติสุข

ฉะนั้น สัตตลักษณะของทั้งเด็กและผู้ใหญ่ในยุคเจนเนอเรชั่นอัลฟา กับหลักปฏิบัติและการฝึกหัดทักษะจะทำให้การอยู่ร่วมกันในสังคมมีคุณภาพอย่างมีจิตสำนึกทั้งต่อตนเองและต่อสังคมเป็นอย่างดี

บรรณานุกรม

1. Mark Mc Crindle. The ABC of XYZ Understanding the Global Generations. UNSW Press, 2011.
2. สุรียเดว ทริปาตี. รู้จักเด็กทั้งตัวและหัวใจ ตอนพัฒนาการของเด็กและวัยรุ่น. โรงพิมพ์แอ๊ปป้าพรินติ้ง กรุ๊ป จำกัด; 2558.

โภชนาการที่เหมาะสมสำหรับ “ลูกรัก”

นางอัญญาณี อิศรางกูร ณ อยุธยา
นักโภชนาการ



“นํ้านมแม่” เป็นอาหารตามหลักโภชนาการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับลูกตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือน



ดังนั้น “แม่” จึงต้องเป็นคนแรก ที่สร้างสารอาหารตามหลักโภชนาการที่ยั่งยืนให้กับลูกรัก ด้วยการกินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่มีปริมาณสัดส่วนที่เหมาะสม โดยการเพิ่มพลังงานขณะตั้งครรภ์วันละประมาณ 300 กิโลแคลอรี เช่น นมครบส่วน 1 แก้ว (150 กิโลแคลอรี) เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน 2 ช้อนโต๊ะ (75 กิโลแคลอรี) ผลไม้รสไม่หวานจัด 1 จานเล็ก (60 กิโลแคลอรี) และผักสีต่างๆ ทุกมื้อ หลังคลอดระยะให้นมลูก เพิ่มอีกประมาณ 200-300 กิโลแคลอรี จากนม 1 แก้ว และข้าว/ธัญพืชต่างๆ 1-2 ทัพพี (ทัพพีละ 80 กิโลแคลอรี) และอาหารที่รับประทานควรเป็นธรรมชาติ (ไม่ควรเป็นอาหารสำเร็จรูป) รสอ่อน ย่อยง่าย ซึ่งเป็นอาหารคุณภาพในการสร้างนํ้านมสำหรับลูกรัก

อาหารเสริมตามวัยสำหรับทารก [Complementary food] คือ อาหารอื่นสำหรับทารกนอกเหนือจากนมแม่หรือนมผสม เพื่อให้ได้รับสารอาหารครบถ้วนพอเพียงในการเจริญเติบโต สามารถปรับตัวจากการกินอาหารเหลวเป็นอาหารกึ่งแข็งกึ่งเหลว [semisolid food] ฝึกการเคี้ยว การกลืน ช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมกินพร้อมไปกับพัฒนาการเจริญเติบโตตามวัย ซึ่งมีผลต่อการเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีทั้ง ร่างกาย จิตใจ สติปัญญา

“พัฒนาการและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกิน”
เพื่อเป็นแนวทางในการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมให้กับลูก




- 0-4 เดือน แรกเกิดถึง 4 เดือน หน้าเข้าหากแม่ ดูด กลืน น้านมแม่
- 6-8 เดือน นั่งถือขวดนมได้เอง บดเคี้ยวอาหารได้ดีขึ้น
- 8-10 เดือน เริ่มใช้นิ้วมือได้ กำช้อน หยิบอาหารขึ้นเข้าปากได้ กินอาหารแข็งมีรสชาติ ลักษณะอาหารใหม่ๆ ได้ดีขึ้น
- 10-12 เดือน ใช้ช้อนป้อนตัวเองได้บ้าง ฟันขึ้นหลายซี่ ขบเคี้ยวเก่งขึ้น เริ่มถือถ้วยได้ เริ่มทิ้งของและอาหารลงพื้น


- 12-15 เดือน ถือถ้วยอาหารได้ดีขึ้น ต้องการกินเอง แต่ความอยากอาหารลดลง ชอบเล่นทำอาหารเลอะเทอะ
- 15-18 เดือน ชอบเคลื่อนไหว หัดเดิน รอคอยอาหารได้ กินเร็วขึ้น ทิ้งอาหารเพื่อดูการตอบสนองของพ่อแม่
- 18-24 เดือน เริ่มขออาหารกินเอง ต้องการควบคุมมือการกินด้วยตนเอง ต่อต้าน ไม่กินแม้จะหิว
- 2-3 ปี เริ่มใช้ช้อนส้อมกินอาหารเป็นเวลา ชอบช่วยเตรียมจัดเก็บโต๊ะอาหาร
- 3-4 ปี ใช้ช้อนส้อมได้ดี ชอบช่วยเตรียมอาหาร ล้างมือเองได้

- 4-5 ปี ชอบช่วยเตรียม เก็บล้าง อาจปฏิเสธอาหารบางชนิด ขอกินอาหารตามสื่อโฆษณาต่างๆ
- 5-6 ปี ช่วยเตรียมอาหารกล่อง รับผิดชอบการจัดโต๊ะอาหาร
- 6-8 ปี ล้างจานเองได้ สนใจต่อร่องอาหารขอกินอาหารถุงต่างๆ สามารถซื้อเองได้ที่โรงเรียน
- 8-10 ปี คิดและเตรียมเมนูอาหาร ซื้อหาอาหารนอกบ้านได้ เริ่มไม่ชอบช่วยเตรียมอาหาร

อายุ 6-8 เดือน พร้อมในการกินอาหารกึ่งแข็งกึ่งเหลว เริ่มเอาของเข้าปาก ขากรรไกรขยับขึ้นลงในการบดอาหาร ได้นั่งถือขวดนมได้เอง บดเคี้ยวอาหารได้ดีขึ้น

 จังควรเริ่มด้วยอาหารเนื้ออ่อนข้างละเอียด **วันละ 1-2 มื้อ** แต่ละมื้อประกอบด้วย ข้าวสวย 4 ช้อนโต๊ะ ผักเขียว / เหลือง / ส้ม 1-2 ช้อนโต๊ะ ไข่แดง 1/2 ฟอง (หรือตับไก่ หรือเนื้อปลา หรือเต้าหู้อ่อน 1 ช้อนโต๊ะ หมุนเวียนสลับกันไป) ต้ม นึ่ง ในน้ำสะอาด 1/2 ถ้วยตวง ให้สุกดี แล้วทำให้เนื้อเนียน ละเอียด เติมน้ำมันพืช 1/2 ช้อนชา ช่วยในการดูดซึมวิตามินจากอาหารที่ละลายในน้ำมันและได้รับพลังงานจากไขมันดี

อายุ 9-11 เดือน เริ่มกำช้อน หยิบอาหารขึ้นเข้าปากได้ กินอาหารแข็งมีรสชาติ ลักษณะอาหารใหม่ๆ ได้ดีขึ้น ใช้ช้อนป้อนตัวเองได้บ้าง ฟันขึ้นหลายซี่ ขบเคี้ยวเก่งขึ้น

 ลักษณะอาหารเหมือนช่วงอายุ 6-8 เดือน ไม่จำเป็นต้องบดละเอียด **เพิ่มเป็นวันละ 3 มื้อ** ถือถ้วยอาหารได้ดีขึ้น ต้องการกินเอง แต่ความอยากอาหารลดลง ชอบเล่น ทำอาหารเลอะเทอะ หัดเดิน ชอบเคลื่อนไหว รู้จักขอ รอคอยอาหาร กินได้เองเร็วขึ้น ต้องการควบคุมมือการกินด้วยตนเอง ต่อต้าน ไม่กินแม้จะหิวอาจทิ้งอาหารลงพื้นเพื่อดูการตอบสนองของพ่อแม่

อายุ 1-3 ปี



ลักษณะอาหาร อาจแบ่งจากอาหารผู้ใหญ่ที่ยังไม่ปรุงรส แล้วทำให้อ่อน นุ่ม เคี้ยวง่าย รายการอาหารหลากหลาย วัยนี้คุณแม่คุณแม่ ต้องมีวิธีหลอกล่อ จะด้วยรูปแบบการตกแต่งอาหาร ภาชนะที่ใส่ เพื่อเป็นตัวช่วยควบคุมให้ลูกได้รับพลังงานจากอาหารในปริมาณที่เพียงพอ และฝึกให้กินผลไม้วันละ 1-2 ส่วน (1 ส่วนประมาณ 8 - 10 ชิ้นคำ) รสไม่หวานจัด เนื้ออ่อนๆ ไม่เป็นกากเคี้ยว กลืนง่าย เพื่อให้คุ้นชินในเนื้อสัมผัส รสชาติ แทนขนมจากสื่อโฆษณา



ให้อาหารวันละ 3 มื้อ แต่ละมื้อประกอบด้วย แป้ง/ข้าว 1 ทัพพี เนื้อสัตว์ 3 ช้อนโต๊ะ ผักหลากสี 3-4 ช้อนโต๊ะ น้ำมันพืช 1 ช้อนชา



โภชนาการวัยเรียน

วัยเรียน มีพัฒนาการในการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว อาหารจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อโครงสร้างร่างกาย สติปัญญา และสุขภาพ จึงต้องกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในปริมาณ สัดส่วนที่เหมาะสม หลากหลาย เหมาะสมกับวัย แบ่งตามหมวดหมู่โดยสังเขป คือ

อายุ 4-5 ปี	ข้าว-แป้ง 5 ทัพพี	ผัก 3 ทัพพี	ผลไม้ 3 ส่วน	เนื้อสัตว์ 3 ช้อนโต๊ะ	น้ำมัน 2-3 แก้ว
อายุ 6-13 ปี	ข้าว-แป้ง 8 ทัพพี	ผัก 4 ทัพพี	ผลไม้ 3 ส่วน	เนื้อสัตว์ 6 ช้อนโต๊ะ	น้ำมัน 3 แก้ว
อายุ 14-18 ปี	ข้าว-แป้ง 9 ทัพพี	ผัก 5 ทัพพี	ผลไม้ 4 ส่วน	เนื้อสัตว์ 9 ช้อนโต๊ะ	น้ำมัน 3 แก้ว

พ่อแม่ ในยุคปัจจุบัน มักมองข้ามความสำคัญในคุณภาพอาหารที่เหมาะสมให้กับลูก ยึดเอาความสะดวก รวดเร็ว โดยการซื้ออาหารสำเร็จรูป นำลูกเข้าร้านอาหาร มีชื่อตามค่านิยม และมักเลือกอาหารที่กินแล้ว รู้สึกได้รสชาติอร่อยมากๆ ไม่คำนึงถึงส่วนประกอบในอาหารนั้นๆ ซึ่งหนักไปทาง หวาน มัน เค็ม อีกทั้งเด็กวัยเรียน สามารถหาซื้ออาหารที่ไม่เหมาะสมได้ง่าย ในระยะยาวมักเกิดปัญหาสุขภาพ โดยเริ่มจากการมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

ดังนั้น พ่อแม่จึงควรสละเวลาเพียงวันละ 1-2 ชั่วโมง ในการทำอาหารกินเอง ให้ลูกเป็นผู้ช่วย ได้เรียนรู้หลักโภชนาการพื้นฐาน สามารถกำหนดคุณภาพ วัตถุประสงค์ ปริมาณอาหารที่เหมาะสม เลือกใช้อาหารสด ธรรมชาติ โดยเฉพาะการเพิ่มเมนูพืชผัก สมุนไพรทั้งของไทยและต่างชาติ ดัดแปลงรูปแบบ ไม่จำเจซ้ำๆ ไม่เติมรสชาติมากเกินไป ควรจำกัดการเติมน้ำตาล เกลือ โซลปปรุงรสต่างๆ และน้ำมัน ให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อเป็นการสร้างนิสัย “กินจิต ยึดชีวิต” ให้ติดตัวไปจนเป็นผู้ใหญ่ เด็กที่เข้าสู่วัยรุ่น ควรจำกัดน้ำตาล 6 ช้อนชา ต่อวัน ไขมัน 6 ช้อนชา ต่อวัน และโซเดียม (เกลือ) 1 ช้อนชา ต่อวัน เพื่อเป็นแนวทางการลด หวาน มัน เค็ม ช่วยลดความเสี่ยง

การเกิดโรคต่างๆ ได้อย่างต่อเนื่อง

การกินอาหารนอกบ้านเป็นกิจกรรมส่วนหนึ่งของครอบครัว เดือนละครั้งสองครั้งก็ช่วยเพิ่มสีสัน ความสุข ในครอบครัวได้ ไม่เครียดอยู่ในกรอบจนเกินไป

สรุปข้อแนะนำให้ได้สารอาหารที่เหมาะสมครบถ้วน เพียงพอ

1. ทารกที่ยังได้รับนมแม่ ควรให้อาหารเสริมที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ครบ 5 หมู่ จาก ข้าว เนื้อสัตว์ ที่อ่อนนุ่ม ย่อยง่าย มีไขมันเพียงพอ ผักและผลไม้หลากหลาย เป็นประจำ

2. นมแม่ ให้ได้ต่อเนื่องถึงอายุ 2 ปี หรือเสริมด้วยนมผงดัดแปลง นมวัวรสจืด วันละ 2 แก้ว

3. ควรได้รับโปรตีน ธาตุเหล็ก จากเนื้อสัตว์ที่หลากหลายเป็นประจำทุกวัน ทั้งจาก ปลา หมู ไก่ ตับ (ติดมันน้อย) โดยเฉพาะสังกะสี จาก เนื้อสัตว์ ตับ อาหารทะเล แคลเซียม จากนมและผลิตภัณฑ์นม ถั่ว ผักใบเขียว วิตามินเอ ในตับ ไข่แดง นม ผัก ผลไม้สีเหลือง ส้ม เป็นต้น จากโครงการ “การจัดทำข้อปฏิบัติการให้อาหารเพื่อสุขภาพที่ดี ของทารกและเด็กวัยก่อนเรียน” [Food-

Based Dietary Guidelines, FBDG] พบว่า ทารกกลุ่มอายุ 6-8 เดือน ได้รับพลังงาน ธาตุเหล็ก สังกะสี และวิตามินซีไม่เพียงพอ และในกลุ่มอายุ 9-11 เดือน ได้รับพลังงาน ธาตุเหล็กไม่เพียงพอ

4. กินผัก ผลไม้ เป็นแหล่งวิตามิน แร่ธาตุ โยอาหาร ทุกมื้อและหลากหลาย โดยเฉพาะผักใบสีเขียว ผักสีเหลืองส้ม เช่น ตำลึง ผักบุ้ง คะน้า บรอกเคอรี่ ฟักทอง แครอท ผักกาดขาว ผลไม้ที่ไม่หวานจัด เช่น มะละกอสุก กล้วยน้ำว้า ส้ม แอปเปิ้ล แคนตาลูป หรืออื่นๆ ตามฤดูกาล

5. กินอาหารธรรมชาติ ไม่ปรุงแต่งรสชาติด้วยเกลือ ซอสต่างๆ น้ำตาล ใช้น้ำมันพืชคุณภาพดี ปริมาณน้อยในการประกอบอาหาร เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันคาโนล่า น้ำมันถั่วเหลือง เป็นต้น ปัจจุบันนิยมอาหารที่เรียกว่า Clean Food ซึ่งเป็นอาหารที่เหมาะสมตามหลักโภชนาการที่สุด

6. ส่งเสริมให้กินธัญพืช ผัก ผลไม้ เป็นอาหารว่าง แทนขนมหวาน เบเกอรี่ ขนมถุงสำเร็จรูป ขนมทอดต่างๆ โดยดัดแปลงรูปแบบให้น่ากิน เช่น ผลไม้ปั่น เยลลี่รสจัดสอดไส้ผลไม้สด ผักโขม แครอท มันเทศ มันฝรั่งชุบโขบในพิมพ์ขนม พุดดิ้งเต้าหู้ ข้าวโพดต้ม กล้วยบิงเป็นต้น

7. ต้มน้ำสะอาดให้เป็นนิสัย หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ น้ำสมุนไพร ชาเขียว ที่เติมน้ำตาลหรือน้ำผึ้ง งดน้ำอัดลม ชา กาแฟ อาจทำน้ำใบเตย น้ำดอกอัญชัน น้ำเก๊กฮวย กลิ่นหอมอ่อนๆ (ไม่เติมน้ำตาลหรือน้ำผึ้ง)

8. ส่งเสริมให้ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวันเพื่อให้ร่างกายนำพาสารอาหารที่ได้รับไปสร้างเซลล์ต่าง ๆ พัฒนาการเจริญเติบโตทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

: คู่มืออาหารตามวัยสำหรับทารกและเด็กเล็ก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2552

: แนวทางการจัดอาหารกลางวัน “เด็กวัยเรียน” กลุ่มพัฒนาพฤติกรรมโภชนาการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข





วัคซีนเด็กไทย

แพทย์หญิงรังสิมา ไล่ห้เลขา
กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ



ตั้งแต่วัยแรกเกิดลูกจำเป็นต้องได้รับวัคซีน เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรครอบตัว วัคซีนเป็นวิธีการป้องกันโรคที่ประหยัดและคุ้มค่าที่สุด เนื่องจากช่วยลดอัตราการตายจากโรคติดเชื้อต่างๆ ได้ปีละมากมาย เช่น โรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน โปลิโอ หัด หัดเยอรมัน คางทูม ตับอักเสบบางจากไวรัสเอและบี โรคไขสมองอักเสบ ไข้หวัดใหญ่ อีสุกอีใส เป็นต้น โรคต่างๆ เหล่านี้ถ้าเป็นแล้วอาจมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ดังนั้นการรู้ล่วงหน้าว่าลูกจะต้องได้รับวัคซีนชนิดใดบ้างในแต่ละช่วงวัย และมีข้อแนะนำเกี่ยวกับการให้วัคซีนอย่างไรบ้าง นับเป็นเรื่องสำคัญต่อการเสริมสร้างสุขภาพที่ดีของลูกน้อย

วัคซีนใดที่แนะนำให้ฉีดในเด็กไทยทุกคนและ วัคซีนใดเป็นวัคซีนทางเลือก

วัคซีนที่แนะนำให้ฉีดในเด็กไทยทุกคน เป็นวัคซีนที่กำหนดในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนวัคซีนทางเลือกเป็นวัคซีนที่อยู่นอกแผนวัคซีนของกระทรวงสาธารณสุข ไม่จำเป็นต้องฉีดในเด็กทุกราย แต่ถ้าผู้ปกครองสนใจควรปรึกษาแพทย์ถึง ข้อดีข้อเสียและราคาก่อนการรับวัคซีนทุกครั้ง โดยการรับวัคซีนทางเลือกต่างๆ ควรอยู่ในดุลพินิจของแพทย์และผู้ปกครองตามความเหมาะสม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางวัคซีนสำหรับเด็กไทย อ้างอิง ตารางวัคซีนแนะนำโดยสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทยปี พ.ศ. 2559

อายุ	วัคซีนในแผนของกระทรวงสาธารณสุข แนะนำให้ฉีดในเด็กทุกคน	วัคซีนทางเลือกนอกแผนของกระทรวงสาธารณสุข ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง ควรปรึกษาแพทย์ถึงข้อบ่งชี้ และราคา
แรกเกิด	วัคซีนป้องกันวัณโรค วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ¹ ครั้งที่ 1	
1 เดือน	(วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ¹ ครั้งที่ 2 ในราย ที่แม่เป็นพาหะตับอักเสบบี)	
2 เดือน	วัคซีนรวมป้องกันคอตีบ บาดทะยัก โอลิโบริน และ ตับอักเสบบี ¹ ครั้งที่ 1 วัคซีนป้องกันโปลิโอชนิดกิน ครั้งที่ 1	วัคซีนรวมคอตีบ บาดทะยัก โอลิโบริน (ชนิดไร้เซลล์) โปลิโบรินชนิดฉีด เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อฮิบและตับอักเสบบี ¹ ครั้งที่ 1 วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อนิวโมคอคคัสชนิดคอนจูเกต# (ไอพีดี) ครั้งที่ 1 วัคซีนป้องกันการท้องเสียจากเชื้อโรต้าไวรัส* ครั้งที่ 1
4 เดือน	วัคซีนรวมป้องกันคอตีบ บาดทะยัก โอลิโบรินและตับ อักเสบบี ¹ ครั้งที่ 2 วัคซีนป้องกันโปลิโอชนิดกิน ครั้งที่ 2 โดยให้ร่วมกับ วัคซีนป้องกันโปลิโอชนิดฉีดอีก 1 เข็ม	วัคซีนรวมคอตีบ บาดทะยัก โอลิโบริน (ชนิดไร้เซลล์) โปลิโบรินชนิดฉีด เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อฮิบครั้งที่ 2 วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อนิวโมคอคคัสชนิดคอนจูเกต# (ไอพีดี) ครั้งที่ 2 วัคซีนป้องกันการท้องเสียจากเชื้อโรต้าไวรัส* ครั้งที่ 2
6 เดือน	วัคซีนรวมป้องกันคอตีบ บาดทะยัก โอลิโบรินและตับ อักเสบบี ¹ ครั้งที่ 3 วัคซีนป้องกันโปลิโอชนิดกิน ครั้งที่ 3	วัคซีนรวมคอตีบ บาดทะยัก โอลิโบริน (ชนิดไร้เซลล์) โปลิโบรินชนิดฉีด เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อฮิบและตับอักเสบบี ¹ ครั้งที่ 3 วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อนิวโมคอคคัสชนิดคอนจูเกต# (ไอพีดี) ครั้งที่ 3 วัคซีนป้องกันการท้องเสียจากเชื้อโรต้าไวรัส* ครั้งที่ 3 วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ครั้งที่ 1 และ 2 ห่างกัน 4 สัปดาห์ จากนั้นกระตุ้นปีละครั้งในช่วงอายุ 18 ปีแรก**
9-12 เดือน	วัคซีนป้องกันหัด หัดเยอรมัน คางทูม ครั้งที่ 1	
12-18 เดือน	วัคซีนป้องกันไข้มองอักเสบ ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 (ห่างกัน 1-4 สัปดาห์)	วัคซีนป้องกันอีสุกอีใสเข็มที่ 1 *** วัคซีนป้องกันไข้มองอักเสบชนิดเชื้อเป็น ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ห่างกัน 3-12 เดือน วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อนิวโมคอคคัสชนิดคอนจูเกต ครั้งที่ 4 วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี 2 ครั้ง@ห่างกัน 6 เดือน
1 1/2 ปี	วัคซีนป้องกันคอตีบ บาดทะยัก โอลิโบริน ครั้งที่ 4 วัคซีนป้องกันโปลิโอชนิดกิน ครั้งที่ 4	วัคซีนรวมคอตีบ บาดทะยัก โอลิโบริน โปลิโบรินชนิดฉีด (เยื่อหุ้ม สมองอักเสบจากเชื้อฮิบ) ครั้งที่ 4
2-2 1/2 ปี	วัคซีนป้องกันไข้มองอักเสบ ครั้งที่ 3	
2 1/2-4 ปี	วัคซีนป้องกันหัด หัดเยอรมัน คางทูม ครั้งที่ 2	
4-6 ปี	วัคซีนป้องกันคอตีบ บาดทะยัก โอลิโบริน ครั้งที่ 5 วัคซีนป้องกันโปลิโอชนิดกิน ครั้งที่ 5	วัคซีนรวมคอตีบ บาดทะยัก โอลิโบริน โปลิโบรินชนิดฉีด ครั้งที่ 5 วัคซีนป้องกันอีสุกอีใส กระตุ้นเข็มที่ 2***
11-12 ปี	วัคซีนป้องกัน คอตีบ บาดทะยัก กระตุ้น	วัคซีนป้องกันคอตีบ บาดทะยัก โอลิโบรินกระตุ้น วัคซีนป้องกันอีสุกอีใส กรณีที่ไม่เคยเป็นโรคหรือฉีดวัคซีนมา ก่อน***
9-26 ปี		วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก 3 เข็ม ที่ 0,1 - 2 เดือน และ 6 เดือน##

หมายเหตุ :

^ เด็กทุกคนต้องได้รับวัคซีนป้องกันตับอักเสบบีอย่างน้อย 3 เข็ม ถ้าไม่มีข้อห้าม โดยเข็มสุดท้ายต้องอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน ในเด็กที่แม่เป็นพาหะตับอักเสบบี ควรได้วัคซีนตับอักเสบบีครั้งที่ 2 เร็วขึ้นคือที่อายุ 1 เดือน

* วัคซีนโรคตา เริ่มให้ได้ตั้งแต่ 6 สัปดาห์ขึ้นไป เป็นชนิดกิน 2 - 3 ครั้ง ขึ้นกับชนิดของวัคซีน

วัคซีนไอพีดี ควรให้ในเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง เช่น เด็กที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น ภาวะไม่มีม้าม ธาลัสซีเมีย เด็กที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคปอด (หอบหืดรุนแรง) โรคหัวใจ โรคตับ โรคไต เบาหวาน นอกจากนี้วัคซีนสามารถให้ได้ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ประสงค์จะป้องกันโรค

** วัคซีนไขหวัดใหญ่ เริ่มให้ได้ในเด็กตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป กลุ่มเสี่ยงคือเด็กอายุ 6 - 24 เดือน หรือเด็กที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคปอด ภูมิแพ้ โรคหัวใจ โรคอ้วน

*** วัคซีนอีสุกอีใส สามารถเริ่มให้ได้ตั้งแต่ 12 เดือนขึ้นไป การฉีดกระตุ้นเข็มที่สองที่อายุ 4-6 ปี จะทำให้ประสิทธิภาพในการป้องกันโรคสูงขึ้น ในเด็กที่อายุ 10 ปี ที่ยังไม่เคยป่วยเป็นอีสุกอีใสแนะนำให้ฉีดเพราะอาการของโรคจะรุนแรงขึ้นในเด็กโต โดยในเด็กอายุมากกว่า 13 ปีขึ้นไป ฉีด 2 เข็มห่างกัน 1 เดือน

**** ในกรณีที่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ออกแบบชนิดไม่มีชีวิต ตามแผนกระทรวงสาธารณสุขมาแล้ว 3 เข็ม อาจพิจารณาให้วัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่ออกแบบมีชีวิตกระตุ้นอีกครั้ง เพื่อให้ภูมิคุ้มกันอยู่ยาวนานขึ้น ในรายที่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ออกแบบมีชีวิตมาแล้ว 2 เข็มไม่จำเป็นต้องกระตุ้นซ้ำ

@ วัคซีนตับอักเสบบีฉีดได้ตั้งแต่ 12 เดือนขึ้นไป

วัคซีนเอชพีวี เน้นให้ฉีดอายุ 11 - 12 ปี หากฉีดในวัยรุ่นที่แข็งแรงดีก่อนอายุ 15 ปี ให้ฉีด 2 เข็มได้ที่ 0 และ 6 - 12 เดือน การฉีดในผู้อายุมากกว่า 26 ปีพิจารณาเป็นรายๆ ไป การฉีดในเด็กผู้ชายแนะนำในกลุ่มชายรักชายอายุ 9 - 26 ปี เน้นอายุ 11 - 12 ปี



หลังการรับวัคซีน คุณพ่อคุณแม่ควร

==+ - สอบถามคุณหมอถึงผลข้างเคียงของวัคซีน เพื่อเตรียมรับมือเมื่อลูกเกิดอาการข้างเคียง ส่วนมากการให้วัคซีนไม่มีผลข้างเคียงที่รุนแรง ผลข้างเคียงที่อาจพบได้ในการฉีดวัคซีน เช่น ไข้ และการปวดบวมในบริเวณที่ฉีดยาเป็นสิ่งที่พบบ่อย มีเพียงผู้ป่วยน้อยรายที่อาจมีผลข้างเคียงที่รุนแรง เช่น มีผื่นขึ้น มีไข้สูง ชัก พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป หายใจลำบาก เสียเหงื่อ หอบ ซีด อ่อนแรง หรือตัวบวม อาการต่างๆ เหล่านี้พบได้น้อยมากๆ แต่อาจพบได้ในผู้ที่แพ้วัคซีน ดังนั้นหากฉีดวัคซีนตัวใหม่ควรสังเกตอาการที่โรงพยาบาลอย่างน้อย 30 นาทีก่อนกลับบ้าน

==+ - จดบันทึกสุขภาพลูกน้อย วัคซีนที่ได้รับและตรวจเช็คคว้น เวลา ในการตรวจรับวัคซีนครั้งต่อไป

==+ - หมั่นเฝ้าสังเกตพัฒนาการการเจริญเติบโตของลูกว่าปกติหรือไม่อย่างไร ด้วยการบันทึกลงในสมุดสุขภาพ

==+ - ปรีกษาแพทย์โดยทันที หากพบว่าลูกมีอาการผิดปกติหลังจากการได้รับวัคซีน



คำแนะนำเกี่ยวกับการให้วัคซีน

- หากลูกเป็นไขก่อนวันกำหนดที่รับวัคซีน ควรเลื่อนการรับวัคซีนไปจนกว่าลูกจะหายไข้ แต่ถ้าเป็นหวัดเล็กน้อยสามารถให้วัคซีนได้

- เด็กที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง มีประวัติแพ้ส่วนประกอบของวัคซีน กินยาสเตียรอยด์หรือยากดภูมิต้านทาน ได้รับองค์ประกอบของเลือดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ควรแจ้งให้แพทย์ทราบก่อนให้วัคซีน

- วัคซีนบางชนิดทำให้มีไข้ได้หลังการฉีดวัคซีนควรเช็ดตัวลดไข้ และให้ยาลดไข้ตามแพทย์สั่ง

- วัคซีนบางชนิดที่ต้องให้มากกว่า 1 ครั้ง คุณพ่อคุณแม่ควรให้ลูกได้รับวัคซีนครบทุกครั้ง เพื่อผลในการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพอย่างเต็มที่

- ถ้าไม่สามารถรับวัคซีนได้ตามกำหนด ควรรีบพาลูกมารับวัคซีนทันที ไม่ว่าจะเว้นไปนานเท่าไรก็ให้ฉีดวัคซีนต่อเนื่องได้โดยไม่ต้องตั้งต้นใหม่

- ถ้าลูกมีอาการรุนแรงหลังจากที่รับวัคซีน เช่น ชัก มีไข้สูงมาก กรีดร้องอ่อนแรง ควรแจ้งให้แพทย์ทราบก่อนการฉีดครั้งต่อไป

- ควรเก็บสมุดวัคซีนของลูกไว้จนโต เพื่อเป็นหลักฐานการรับวัคซีน เพราะวัคซีนบางชนิดต้องมีการฉีดกระตุ้นเมื่อเป็นผู้ใหญ่

สรุป วัคซีนเป็นการป้องกันโรคติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพสูง ปัจจุบันมีวัคซีนให้เลือกหลากหลาย อย่างน้อยที่สุดเด็กไทยทุกคนควรได้รับวัคซีนตามภาคบังคับที่อยู่ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนวัคซีนทางเลือกสำหรับเด็กและทารกทั่วไปและวัคซีนรวมชนิดต่างๆ เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ทำให้การฉีดวัคซีนทำได้สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย และเด็กไม่ต้องเจ็บตัวหลายครั้ง การรับวัคซีนทางเลือกต่างๆ ควรอยู่ในดุลพินิจของแพทย์และผู้ปกครอง การป้องกันโรคนอกเหนือจากการให้วัคซีนแล้วควรหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่แออัด กินอาหารที่ปรุงสุกและสะอาด ใช้ช้อนกลาง ล้างมือบ่อยๆ ให้เป็นนิสัย นอกจากนี้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามธรรมชาติที่สำคัญเพราะน้ำนมแม่ในระยะแรกหลังคลอดสามารถถ่ายทอดภูมิคุ้มกันโรคจากแม่ไปสู่ลูกได้ ถ้าปฏิบัติตามนี้คุณพ่อคุณแม่ก็จะสามารถป้องกันโรคที่ป้องกันได้ให้ลูกน้อยได้หลายชนิดแล้วค่ะ



เมื่อลูกพูดช้า

แพทย์หญิงชาคริยา ธีรเนตร

กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการและพฤติกรรม



พูดช้าเป็นปัญหาพัฒนาการที่พบบ่อย พัฒนาการของภาษาและการสื่อสารเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อเด็กอย่างยิ่ง เพราะเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการเรียนรู้ และการใช้ชีวิตประจำวัน ส่วนหนึ่งของเด็กพูดช้าจะพูดได้ตามปกติเมื่อเข้าสู่วัยอนุบาลแต่ส่วนหนึ่งยังคงมีพัฒนาการภาษาที่ช้ากว่าวัย ทั้งนี้ยังไม่มีความจำกัดความของคำว่า “พัฒนาการภาษาช้า” เนื่องจากมีความหลากหลายของพัฒนาการ



ตารางที่ 1 พัฒนาการทางภาษาที่ปกติตามเกณฑ์เฉลี่ย

อายุ	การแสดงออกทางภาษา	ความเข้าใจภาษา	การสื่อสารด้วยท่าทาง
แรกเกิด - 2 เดือน	ร้องไห้	หันหาเสียง	
2 - 4 เดือน	ส่งเสียง อู, อา	ยิ้มทัก จ้องมองหน้า	
6 เดือน	ส่งเสียงอ้อแอ้ เช่น ปาปาปา, มามามา	ตอบสนองต่อเสียงเรียกชื่อ	
12 เดือน	- พูดเป็นคำที่มีความหมายได้คำแรก - ออกเสียงสูงๆ ต่ำๆ เหมือนภาษาพูด	- ทำตามคำสั่งที่มีท่าทาง เช่น คุณแม่ ชี้ไปที่ลูกบอลแล้วพูดว่าหยิบบอลให้แม่ - เมื่อพูดว่า “อย่า” เด็กจะหยุดทำ	- มองตามมือที่ผู้ใหญ่ชี้ชวน - ชี้ออกความต้องการ (12-14 เดือน) - เริ่มปฏิเสธด้วยการส่ายหัว
15 - 18 เดือน	ชี้ส่วนต่างๆ ของร่างกายเมื่อถาม	ทำตามคำสั่งโดยไม่มีท่าทางประกอบ	- ชีชวนเพื่อให้ได้รับความสนใจ หรือเพื่อความสนุกสนาน - ชีชวนให้ดูสิ่งของที่เด็กสนใจ
18 - 24 เดือน	พูดเป็นพยางค์ เช่น ไปเที่ยว	ชี้บุคคลหรือสิ่งของเพื่อบอกชื่อ	
24 - 36 เดือน	- ตอบคำถามง่ายๆ เช่น หนูชื่ออะไร, ใคร - พูดแล้วคนอื่นเข้าใจร้อยละ 50	ทำตามคำสั่ง 2 ขั้นตอน โดยไม่มี ท่าทางประกอบ	
36 - 48 เดือน	- พูดประโยคที่มี 4-5 คำ - พูดแล้วคนอื่นเข้าใจร้อยละ 75	เข้าใจด้านบุพบท เช่น บน ใน ใต้	
48 - 72 เดือน	- พูดเป็นประโยคที่มีความซับซ้อน - พูดแล้วคนอื่นเข้าใจร้อยละ 100	ทำตามคำสั่ง 3 ขั้นตอน	

โดยทั่วไปเด็กอายุ 2 ปี ร้อยละ 10 - 15 มีพัฒนาการทางภาษาช้า แต่มีเพียงร้อยละ 4 - 5 ที่
จะยังคงมีปัญหาหลังอายุ 3 ปี ร้อยละ 6 - 8 ของเด็กวัยเรียนที่มีปัญหาด้านภาษากระทรวงสาธารณสุข
และภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันดำเนินงาน โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระ
เทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 60 พรรษา เริ่มดำเนิน
งานตั้งแต่ 2 เมษายน 2558 โดยส่งเสริมให้ผู้ปกครองสามารถเฝ้าระวังและประเมินพัฒนาการได้ด้วย
ตนเองโดยมีบุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการส่งเสริมพัฒนาการ และจากข้อมูล
ของการประเมินพัฒนาการทั่วประเทศเมื่อปี 2559 เด็กอายุ 30 เดือนมีพัฒนาการทางภาษาช้าร้อยละ
17 แต่พบถึงร้อยละ 19.6 ของเด็ก 42 เดือน



ปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาพัฒนาการทางภาษาที่ช้า ได้แก่

1. ความยากจน
2. การศึกษาของผู้ปกครอง
3. เกิดก่อนกำหนดหรือน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม
4. ประวัติครอบครัวที่มีพัฒนาการทางภาษาช้า หรือผิดปกติ
5. มารดามีภาวะซึมเศร้า
6. เพศชาย

เพศชายมักมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาภาษาบกพร่อง (specific language impairment) มากกว่าเพศหญิง รวมทั้งภาวะอื่นที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการทางภาษาช้า เช่น ออทิสซึม

ตารางที่ 2 สิ่งบ่งชี้เหตุเมื่อลูกไม่สามารถมีพัฒนาการตามที่ควรจะเป็น

อายุ	พัฒนาการ
แรกเกิด - ไม่ว่าจะอายุเท่าใด 6 - 9 เดือน	ไม่ตอบสนองต่อเสียง โดยเฉพาะเสียงพ่อแม่ ไม่ส่งเสียงอ้อแอ้
12 เดือน	ไม่เรียกพ่อแม่
15 เดือน	ไม่พูดคำอื่นที่มีความหมายนอกจากพ่อแม่
18 เดือน	ไม่ชี้บอกความต้องการ ไม่มีคำพูดเพื่อบอกความต้องการ



ภาวะที่เป็นไปได้เมื่อเด็กมีปัญหาพูดช้า

1. ทักษะทางภาษาล่าช้าหรือบกพร่องเพียงด้านเดียว
2. ออทิสซึม
3. การได้ยินบกพร่อง
4. พัฒนาการล่าช้าโดยรวม สติปัญญาบกพร่อง
5. ขาดการเอาใจใส่ทำให้เด็กไม่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ

ความเชื่อและความจริง

ความเชื่อต่อไปนี้ที่ใช้ในการอธิบายสาเหตุเด็กพูดช้า กรณีที่เด็กพูดช้าไม่ว่าเกิดจากเหตุผลหรือความเชื่อใดก็ตามเด็กควรได้รับการประเมินทันที



ความเชื่อ 1) : เด็กผู้ชายพูดช้ากว่าเด็กผู้หญิง หรือคุณพ่อและคุณลุงไม่พูดจนกระทั่ง 3 ขวบ แต่ตอนนี้ก็ปกติดี

ความจริง : พัฒนาการเรื่องการพูดและภาษาในเด็กชายและเด็กหญิงมีพัฒนาการที่คล้ายคลึงกันก่อนอายุ 3 ปี เด็กผู้ชายมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาพัฒนาการล่าช้าที่เกี่ยวข้องกับภาษามากกว่าเด็กหญิง ความชุกของการเกิดออทิสซึม และพัฒนาการด้านอื่นๆ ช้ากว่าเด็กผู้หญิง การที่เด็กชายมีพัฒนาการทางภาษาช้าจะได้ประโยชน์จากการประเมินพัฒนาการและส่งเสริมพัฒนาการ

ความเชื่อ 2) : เด็กอยู่ในครอบครัวที่ใช้หลายภาษา

ความจริง : โดยทั่วไปการที่เด็กอยู่ในสิ่งแวดล้อมหลายภาษาไม่ได้อธิบายทักษะทางภาษาที่ช้า ปริมาณและคุณภาพที่ได้รับของแต่ละภาษา อาจมีผลต่อพัฒนาการของภาษา



ความเชื่อ 3) : พี่ชายพูดแทนหรือเด็กได้ทุกอย่างที่ต้องการโดยไม่ต้องพูด

ความจริง : ตามธรรมชาติของเด็กเล็ก มักอยากสื่อสารไม่ใช่เพียงเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการแต่เมื่อการสื่อสารซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่ยังเป็นทารกการที่เด็กไม่แสดงท่าทางที่อยากสื่อสารกับผู้อื่นเป็นสิ่งที่บ่งชี้ว่ามีความล่าช้าหรือภาวะที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องของการสื่อสารทางสังคม



ความเชื่อ 4) : เด็กพูดได้น้อยแต่เข้าใจทุกอย่าง

ความจริง : ถึงแม้ผู้ปกครองจะบอกว่าเด็กเข้าใจทุกอย่างเด็กก็ควรได้รับการประเมินทั้งการพูด และความเข้าใจภาษา



ความเชื่อ 5) : เด็กพูดได้ดีที่บ้าน แต่ครูบอกว่าเด็กไม่พูดเลยที่โรงเรียนซึ่งไปมาแล้ว 6 เดือน

ความจริง : ในกรณีนี้ที่อาจเป็นไปได้คือ ภาวะที่เด็กจะพูดเฉพาะบางสถานการณ์หรือกับบางคน จากการที่เด็กมีความวิตกกังวลซึ่งเด็กควรได้รับความช่วยเหลือ



อาการแสดง

เด็กที่พูดช้ามักมีทักษะทางภาษาล่าช้า ปัญหาพฤติกรรม น้ำลายยืด เด็กที่มีปัญหาการควบคุมกล้ามเนื้อรอบปาก มักจะมีน้ำลายยืด ทั้งๆ ที่เลยวัยทารกแล้ว เด็กที่มีพัฒนาการทางภาษาล่าช้า อาจจะมีปัญหาพฤติกรรมเป็นอาการเด่น บางครั้งผู้ปกครองให้ความสนใจปัญหาพฤติกรรม และมองข้ามปัญหาภาษาที่ช้า ดังนั้นในกรณีที่เด็กมีพัฒนาการครบได้รับการประเมินพัฒนาการทุกด้าน

การดำเนินโรค

ประมาณร้อยละ 60 ของเด็กที่พูดช้าเพียงอย่างเดียว โดยที่ความเข้าใจภาษาปกติมักจะกลับมามีพัฒนาการทางภาษาอยู่ในเกณฑ์ปกติเมื่ออายุ 2-3 ปี แต่อย่างไรก็ตาม ปัญหาทางภาษาที่ล่าช้าในวัยเด็กอาจเป็นลักษณะสำคัญของการเรียนรู้เกี่ยวกับภาษาที่บกพร่อง

ข้อควรระวัง

ครั้งแรกที่พบว่าเด็กมีปัญหาจะไม่สามารถบอกได้ว่าเด็กพูดช้าอย่างเดียวจะสามารถมีพัฒนาการที่เป็นปกติ โดยที่ไม่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่น การฝึกพัฒนาการ หรือ บอกไม่ได้ว่าต่อไปเด็กจะมีปัญหาด้านทักษะภาษา ส่วนใหญ่เด็กที่มีพัฒนาการทางภาษาที่ล่าช้าและผิดปกติจนส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้มักไม่สามารถบอกได้จนกว่าจะเข้าโรงเรียน

การทำงานโรค

การที่จะบอกว่าเด็กที่พูดช้าเพียงอย่างเดียวจะมีแนวโน้มจะเป็นอย่างไรนั้นขึ้นกับสาเหตุ เด็กที่มีปัญหาด้านภาษาไปจนถึงอายุ 5 ปี มักจะมีปัญหาไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ยังเป็นไปไม่ได้ที่จะคาดเดาถึงขั้นตอนพัฒนาการของเด็กได้ตั้งแต่แรกพบ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในระยะยาวพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการกลับมาเป็นปกติของพัฒนาการทางภาษา ได้แก่

1. พัฒนาการทางภาษาล่าช้าเพียงอย่างเดียว โดยที่พัฒนาการด้านอื่นปกติ
2. สถิติปัญญาอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย หรือ เหนือเกณฑ์เฉลี่ย
3. ไม่มีปัญหาด้านความเข้าใจภาษา
4. การสื่อสารด้วยภาษาท่าทางปกติ
5. ความสามารถในการคิด เล่นบทบาทสมมติ

คนที่มีพัฒนาการทางการแสดงออกของภาษาที่ล่าช้า ไม่มีผลกระทบต่อปัญหาพฤติกรรมในช่วงวัยเรียน หรือวัยรุ่น

การป้องกัน

พัฒนาการภาษาที่ล่าช้า เป็นผลกระทบจากหลายปัจจัย มีวิธีการที่ผู้ปกครองสามารถส่งเสริมพัฒนาการทางภาษาได้ดังต่อไปนี้

1. อ่านหนังสือให้ลูกฟัง จะช่วยเพิ่มปริมาณและความหลากหลายของภาษา
2. เปิดโอกาสให้เด็กได้สัมผัส ภาษาที่ซับซ้อนขึ้น ในขณะที่อ่านหนังสือ
3. การอ่านนิทานพร้อมไปกับการสร้างเสียงและท่าทางสมจริงประกอบการอ่าน ส่งเสริมให้เด็กมีส่วนร่วมในการอ่าน ด้วยการให้ความเห็นเกี่ยวกับรูปภาพและเนื้อหา
4. บรรยายขณะที่กำลังทำกิจวัตรประจำวันและให้สัมผัสกับเด็ก เช่น “คุณแม่ล้างจานที่หนูเพิ่งทานไป”
5. รับฟังเมื่อเด็กพยายามสื่อสาร ทวนคำพูดของเด็กและขยายความ เช่น เด็กพูดว่า “นม” สามารถขยายความเป็น “หนูหิวนม รอดูว่าคุณแม่กำลังอุ่นนม” เมื่ออุ่นเสร็จใจให้เด็กสัมผัสแก้วนมแล้วพูดว่า “นมอุ่น”
6. จำกัดหรือลด สื่อและของเล่นอิเล็กทรอนิกส์ เช่น แท็บเล็ต รถบังคับ
7. ให้เด็กเลือกสิ่งที่ต้องการ เช่น จะดื่มนมในกล่องหรือเทใส่แก้ว เด็กมักบอกด้วยการชี้
8. แสดงท่าทางพร้อมคำพูด จะช่วยให้เด็กเข้าใจได้ง่ายขึ้น

สรุป

พัฒนาการทางภาษาเป็นทักษะที่สำคัญ ต่อการเรียนรู้และการอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างปกติสุข การส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมให้เด็กที่พูดช้า จะช่วยให้เด็กพัฒนาได้อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่าย ทั้ง ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน การบริหารทางการแพทย์ และนโยบายของประเทศ

บรรณานุกรม

1. Sices, L. Use of developmental milestones in pediatric residency training and practice: time to rethink the meaning of the mean. *J Dev Behav Pediatr* 2007; 28:47
2. Stein MT, Parker S, Coplan J, Feldman H. Expressive language delay in a toddler. *J Dev Behav Pediatr* 2001; 22:S99.
3. Collisson BA, Graham SA, Preston JL, et al. Risk and Protective Factors for Late Talking: An Epidemiologic Investigation. *J Pediatr* 2016; 172:168.
4. Tomblin JB, Records NL, Buckwalter P, et al. Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *J Speech Lang Hear Res* 1997; 40:1245.
5. Shriberg LD, Tomblin JB, McSweeney JL. Prevalence of speech delay in 6-year-old children and comorbidity with language impairment. *J Speech Lang Hear Res* 1999; 42:1461.
6. <http://thaichilddevelopment.com/images/doc.pdf> access 18th July 2016
7. Roth J, Figlio DN, Chen Y, et al. Maternal and infant factors associated with excess kindergarten costs. *Pediatrics* 2004; 114:720
8. Horwitz SM, Irwin JR, Briggs-Gowan MJ, et al. Language delay in a community cohort of young children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42:932.
9. Barre N, Morgan A, Doyle LW, Anderson PJ. Language abilities in children who were very preterm and/or very low birth weight: a meta-analysis. *J Pediatr* 2011; 158:766.
10. van Noort-van der Spek IL, Franken MC, Weisglas-Kuperus N. Language functions in preterm-born children: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 2012; 129:745.
11. Stene-Larsen K, Brandlistuen RE, Lang AM, et al. Communication impairments in early term and late preterm children: a prospective cohort study following children to age 36 months. *J Pediatr* 2014; 165:1123.
12. Yeargin-Allsopp M, Rice C, Karapurkar T, et al. Prevalence of autism in a US metropolitan area. *JAMA* 2003; 289:49.
13. Bertrand J, Mars A, Boyle C, et al. Prevalence of autism in a United States population: the Brick Township, New Jersey, investigation. *Pediatrics* 2001; 108:1155
14. Feldman HM. Evaluation and management of language and speech disorders in preschool children. *Pediatr Rev* 2005; 26:131.
15. Coplan J. Language delays. In: *The Zuckerman Parker Handbook of Developmental and Behavioral Pediatrics for Primary Care*, 3rd ed, Augustyn M, Zuckerman B, Caronna EB (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2011. p.258.
16. Law J, Boyle J, Harris F, et al. Screening for speech and language delay: A systematic review of the literature. Available at: www.hta.ac.uk/fullmono/mon209.pdf (Accessed on July 18, 2016).
17. Beitchman JH, Wilson B, Brownlie EB, et al. Long-term consistency in speech/language profiles: I. Developmental and academic outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:804.
18. Beitchman JH, Brownlie EB, Inglis A, et al. Seven-year follow-up of speech/language-impaired and control children: speech/language stability and outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33:1322.
19. Glogowska M, Roulstone S, Peters TJ, Enderby P. Early speech- and language-impaired children: linguistic, literacy, and social outcomes. *Dev Med Child Neurol* 2006; 48:489.
20. Palfrey JS, Singer JD, Walker DK, Butler JA. Early identification of children's special needs: a study in five metropolitan communities. *J Pediatr* 1987; 111:651.
21. Bailey DB Jr, Hebbeler K, Scarborough A, et al. First experiences with early intervention: a national perspective. *Pediatrics* 2004; 113:887.
22. Whitehurst GJ, Fischel JE. Practitioner review: early developmental language delay: what, if anything, should the clinician do about it? *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35:613.
23. Whitehouse AJ, Robinson M, Zubrick SR. Late talking and the risk for psychosocial problems during childhood and adolescence. *Pediatrics* 2011; 128:e324.
24. High PC, LaGasse L, Becker S, et al. Literacy promotion in primary care pediatrics: can we make a difference? *Pediatrics* 2000; 105:927.
25. Zuckerman B. Promoting early literacy in pediatric practice: twenty years of reach out and read. *Pediatrics* 2009; 124:1660.
26. Zimmerman FJ, Gilkerson J, Richards JA, et al. Teaching by listening: the importance of adult-child conversations to language development. *Pediatrics* 2009; 124:342.
27. Levickis P, Reilly S, Girolametto L, et al. Maternal behaviors promoting language acquisition in slow-to-talk toddlers: prospective community-based study. *J Dev Behav Pediatr* 2014; 35:274.
28. Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff AN. Associations between media viewing and language development in children under age 2 years. *J Pediatr* 2007; 151:364.
29. Christakis DA, Gilkerson J, Richards JA, et al. Audible television and decreased adult words, infant vocalizations, and conversational turns: a population-based study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009; 163:554.
30. Sosa AV. Association of the Type of Toy Used During Play With the Quantity and Quality of Parent-Infant Communication. *JAMA Pediatr* 2016; 170:132.



เกร็ดความรู้เกี่ยวกับ ภาวะเป็นหนุ่มสาวก่อนวัย

นายแพทย์ฉัตร ปรีياسมบัติ

กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านต่อมไร้ท่อ

ภาวะเป็นหนุ่มสาวก่อนวัย (Precocious puberty)

หมายถึง ภาวะที่มีการปรากฏ ของลักษณะทางเพศทุติยภูมิ (secondary sex characteristics) ก่อนวัยอันควร ได้แก่ การมีเต้านมก่อนอายุ 8 ปี ในเพศหญิง และการเพิ่มขนาดของอัณฑะและองคชาติก่อนอายุ 9 ปี ในเพศชาย ปัจจุบันเป็นภาวะที่มีแนวโน้มพบบ่อยขึ้นและผู้ปกครองให้ความสนใจ หรือ กังวลว่าจะเกิดขึ้นกับบุตรหลานของตนหรือไม่ และมีแนวทางในการวินิจฉัยหรือรักษาอย่างไร

ก่อนอื่นจะขอกล่าวเกี่ยวกับพัฒนาการทางกายในเด็กปกติก่อน หลังจากเกิดออกมาจากครรภ์มารดา เด็กชายและเด็กหญิงจะมีกระดูกเติบโตเร็วอยู่เพียงสองช่วงในชีวิตเท่านั้น ช่วงแรกคือช่วงขวบปีแรก โดยเด็กจะมีความยาวเพิ่มขึ้นราวๆ 50% ของแรกเกิด จากความยาวแรกเกิดเฉลี่ย 50 เซนติเมตร เป็นราวๆ 75 เซนติเมตร ที่อายุหนึ่งปี หลังจากนั้นอัตราการเพิ่มความยาวหรือความสูงของร่างกายจะลดลงเรื่อยๆ จนเหลือราวๆ 4-6 เซนติเมตร ต่อปี หลัง 4 ปีเป็นต้นไปเป็นเวลาต่อเนื่องหลายปี จนเมื่อเริ่มเข้าวัยหนุ่มสาว เด็กจึงจะเริ่มมีการพัฒนาของลักษณะทางเพศทุติยภูมิ ร่วมกับความสูงที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (growth spurt) เป็นรอบที่สองซึ่งเป็นครั้งสุดท้ายของชีวิต



ในเด็กหญิง ส่วนใหญ่จะเริ่มเข้าสู่วัยสาวระหว่างอายุ 10-11 ปี โดยหลังจากเริ่มมีเต้านม จะเริ่มสูงเร็ว ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงทางกายอย่างค่อยเป็นค่อยไป เช่น เริ่มมีหน้ามัน ผมมัน มีกลิ่นตัว มีขนบริเวณอวัยวะเพศ ช่วงเวลานี้ถือได้ว่าเป็นช่วงนาทีทอง ของชีวิต เด็กจะสูงเร็ว 8-9 เซนติเมตร ต่อปี และประมาณ 2 ปี หลังเริ่มเป็นสาวก็จะมีประจำเดือนครั้งแรก อัตราเพิ่มความสูงจะช้าลงเรื่อยๆ จนหยุดสนิทประมาณ 3 ปีหลัง จากมีประจำเดือน ครั้งแรก จะสูงได้เพียง 4-6 เซนติเมตร ทั้งนี้อายุที่เริ่มเข้าสู่วัยสาวอาจแตกต่างกันได้หลายปี ขึ้นกับหลายๆ ปัจจัย เช่น กรรมพันธุ์ ภาวะโภชนาการ ในเด็กปกติบางรายอาจเข้าสู่วัยสาวตั้งแต่อายุ 8 ปี แต่เด็กบางคนที่เป็น “มาดีนปลาย” อาจเริ่มเข้าสู่วัยสาว เมื่ออายุ 13 ปีหรือช้ากว่านั้น

ในเด็กชาย โดยปกติจะเริ่มเป็นหนุ่มช้ากว่าเด็กหญิง ส่วนใหญ่จะเริ่มเข้าสู่วัยหนุ่มประมาณอายุ 11-12 ปี โดยมีการเพิ่มขนาดของอวัยวะและองค์ชาติ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางกายอย่างค่อยเป็นค่อยไปเช่นกัน ได้แก่ เริ่มมีหนวด หนวด ลีว กลิ่นตัว ขนบริเวณอวัยวะเพศ หนวด มีการผลิตน้ำอสุจิ ช่วงเวลาที่สูงเร็วในเด็กชายมักเริ่มในช่วงวัยหนุ่มตอนกลาง ใกล้เคียง กับช่วงเวลาที่เสียงเริ่มแตก ต่างกับเด็กหญิงที่สูงเร็วในช่วงวัยสาวตอนต้น ระยะเวลาที่สูงเร็วในเด็กชายมักกินเวลาไม่เกิน 2 ปี โดยเฉลี่ยจะสูงประมาณ 8-9 เซนติเมตร ต่อปีเช่นกัน หลังจากนั้นจะสูงช้าลงเรื่อยๆ จนหยุดสนิทภายในไม่เกิน 3-4 ปีหลังจากเสียงเริ่มแตก ทั้งนี้อายุที่เริ่มเข้าสู่วัยหนุ่มอาจแตกต่างกันได้หลายปีเช่นกัน

โดยเด็กชายปกติบางรายอาจเริ่มเป็นหนุ่มได้ตั้งแต่อายุ 9 ปี แต่บางรายที่เป็น “มาตีบปลาย” อาจเริ่มเป็นหนุ่มเมื่ออายุ 14 ปี หรือช้ากว่านั้น



กระบวนการเริ่มต้นเข้าสู่วัยหนุ่มสาวเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนบริเวณสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) และต่อมใต้สมองส่วนหน้า โดยเมื่อถึงเวลาอันเหมาะสมสมองส่วนไฮโปทาลามัสจะสร้างฮอร์โมน GnRH ไปกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้าให้หลั่งฮอร์โมน LH และ FSH ไปกระตุ้นต่อมเพศได้แก่รังไข่ในเด็กหญิง และอัณฑะในเด็กชายให้เริ่มผลิตฮอร์โมนเพศ เกิดลักษณะทางเพศทุติยภูมิตามมา กระบวนการอันซับซ้อนเหล่านี้ถูกควบคุมโดยปัจจัยหลายอย่างทั้งทางด้านพันธุกรรม หรือปัจจัยภายในร่างกาย ตลอดจนปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ดังนั้นสาเหตุใดๆ ที่มากระทบต่อกระบวนการเหล่านี้ อาจทำให้เด็กเข้าสู่ภาวะหนุ่มสาวก่อนวัยอันควร



สาเหตุอาจแบ่งกว้างๆ เป็นสาเหตุภายในสมองหรือภายนอกสมอง สาเหตุภายในสมอง เช่น สมองส่วนที่ควบคุมการเป็นหนุ่มสาวเริ่มการทำงานก่อนเวลาอันควร โดยไม่ทราบสาเหตุ เนื่องจากบางอย่าง ความผิดปกติที่เป็นมาแต่กำเนิดในสมอง หรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังทำให้เกิด “แผลเป็น” บางอย่างในเนื้อสมอง บางบริเวณทำให้เด็กเข้าสู่วัยหนุ่มสาวก่อนวัย สาเหตุในสมองนี้พบได้บ่อยคิดเป็น 80% ของภาวะเป็นหนุ่มสาวก่อนวัย และพบในเด็กหญิงเป็นส่วนใหญ่ โดย 90% ของเด็กหญิงกลุ่มนี้เป็นแบบไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic central precocious puberty – ICPP) ส่วนในเด็กชายมักมีพยาธิสภาพที่เป็นสาเหตุ

สาเหตุภายนอกสมอง อาจแบ่งกว้างๆ เป็นสาเหตุจากอวัยวะอื่นๆ ในร่างกาย เช่น เนื้องอกของรังไข่ หรืออัณฑะ หรือเนื้องอกหรือโรคบางอย่างของต่อมหมวกไต เหล่านี้ อาจส่งผลให้ร่างกายผลิตสารบางอย่างคล้ายฮอร์โมนเพศไปกระตุ้นให้เด็กเข้าสู่วัยหนุ่มสาวก่อนวัย

นอกจากนี้สารเคมีบางอย่างจากสิ่งแวดล้อม เช่น ฮอร์โมนเพศที่ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม อาหาร ยาบำรุง หรือเครื่องสำอาง หรือสารบางอย่างที่ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ (endocrine disruptors) เช่น สาร phytoestrogen ในนมถั่วเหลืองหรือผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง, สาร phthalate ที่เป็นส่วนประกอบในถุงพลาสติก กล่องโฟม, สาร DDT ในยาฆ่าแมลง, สาร bisphenol A (BPA) ในผลิตภัณฑ์พลาสติก เหล่านี้ อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะเป็นหนุ่มสาวก่อนวัยในผู้ป่วยบางราย



ภาวะโภชนาการเกินหรือเด็กอ้วน อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เด็กเข้าสู่วัยหนุ่มสาวเร็วขึ้น โดยเฉพาะในเด็กหญิง ส่วนเด็กชายยังไม่พบความสัมพันธ์ชัดเจนนัก

อีกกลุ่มหนึ่งที่พบได้ในเด็กหญิงปกติบางราย คือการปรากฏของเต้านมเพียงอย่างเดียวโดยที่ยังไม่ได้เป็นสาว (premature thelarche) บางคนอาจมีเต้านมขึ้นตั้งแต่อายุ 2-3 ปี แต่อัตราเพิ่มความสูงอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีพัฒนาการทางเพศอย่างอื่นเพิ่มเติม เช่น สิว หน้ามัน หรือ ขนที่อวัยวะเพศ ประเมินภาพถ่ายรังสีของมือพบว่าอายุกระดูกเหมาะสมตามวัย เด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เต้านมจะค่อยๆ เล็กลงจนยุบหายไปที่สุดในที่สุด ซึ่งอาจกินเวลาหลายเดือนหรือเป็นปี แต่บางรายอาจพัฒนาเป็นสาวก่อนวัยได้

อีกกลุ่มหนึ่งคือการมีขนขึ้นที่อวัยวะเพศหรือรักแร้ก่อนอายุ 8 ปี ในเด็กหญิงและก่อนอายุ 9 ปีในเด็กชาย โดยที่ไม่มีลักษณะทางเพศทุติยภูมิอื่นๆ (premature adrenarche / premature pubarche) เชื่อว่าเป็นผลจากการพัฒนาส่วนหนึ่งของต่อมหมวกไตก่อนเวลาอันควร กลุ่มนี้มักไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาใดๆ

ผลที่ตามมาที่สำคัญที่สุดของภาวะเป็นหนุ่มสาวก่อนวัยคือ เด็กเหล่านี้ อาจหยุดเจริญเติบโตก่อนวัยอันควรทำให้ตัวเตี้ยกว่าที่ควรจะเป็นโดยพันธุกรรม ทำให้เกิดปมด้อยต่อเด็กในระยะยาว นอกจากนี้บางรายอาจเสี่ยงต่อการล่วงละเมิดทางเพศ หรือ อาจมีปัญหาทางด้านจิตใจจากพัฒนาการทางกายที่ล้ำหน้าเกินเพื่อนๆ ในวัยเดียวกัน

การวินิจฉัยภาวะเป็นหนุ่มสาวก่อนวัย วินิจฉัยได้จากประวัติการเกิดลักษณะทางเพศทุติยภูมิ (เต้านมในเด็กหญิง อองคชาติและอัณฑะโตในเด็กชาย) ก่อนวัยอันควร ร่วมกับสูงเร็วแซงเพื่อนๆ ในห้อง อัตราเพิ่มความสูงเกิน 8 เซนติเมตรต่อปี เสื้อผ้าหรือรองเท้าคับต้องเปลี่ยนบ่อย บางรายมีหน้ามัน สิว กลิ่นตัว มีขนขึ้นที่อวัยวะเพศ เด็กหญิงบางรายอาจมีประจำเดือนเร็วตั้งแต่อายุ 9-9.5 ปี บันทึกการเจริญเติบโตในอดีตก็มีความสำคัญในการช่วยวินิจฉัย โดยจะพบว่าความสูงเปลี่ยนจากเส้นเปอร์เซ็นต์ไทล์ล่างไปสู่เส้นบนภายในเวลาไม่กี่เดือน บางรายที่มีความผิดปกติในสมอง อาจมีภาวะเบาจิต ปวดศีรษะ อาเจียนบ่อย มองภาพซ้อน หรือเดินเซ จากเนื้องอกในสมองที่โตขึ้น

การประเมินภาพถ่ายรังสีของมือ จะพบว่าเด็กที่เป็นหนุ่มสาวก่อนวัย มีอายุกระดูกล่าช้าอายุจริงเกิน 1.5-2 ปีขึ้นไป ความสำคัญคืออายุกระดูกจะช่วยในการประเมินศักยภาพในการเจริญเติบโต ว่ายังสูงได้อีกกี่ปี และสามารถพยากรณ์ความสูงสุดท้ายได้คร่าวๆ ว่าน่าจะอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมทางพันธุกรรมหรือไม่ โดยคำนวณเทียบกับความสูงของบิดามารดา (mid-parental height) โดยปกติเด็กหญิงจะหยุดสูงเมื่ออายุกระดูกประมาณ 16 ปี และเด็กชายจะหยุดสูงเมื่ออายุกระดูกประมาณ 18 ปี



การตรวจอื่นๆ เช่น การตรวจเลือด (GnRH stimulation test) อาจพิจารณาทำในผู้ป่วยบางรายเพื่อแยกสาเหตุของพยาธิสภาพว่าน่าจะอยู่ภายในหรือภายนอกสมอง นอกจากนี้การตรวจอัลตราซาวด์เพื่อดูขนาดของรังไข่และมดลูกในเด็กหญิงก็ช่วยในการสนับสนุนการวินิจฉัยภาวะเป็นสาวก่อนวัย การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของสมอง (MRI) อาจพิจารณาทำในรายที่สงสัยเนื้องอกหรือความผิดปกติในเนื้อสมอง

การรักษาภาวะเป็นหนุ่มสาวก่อนวัย ที่มีสาเหตุจากในสมอง (central precocious puberty – CPP) ทำได้โดยรักษาพยาธิสภาพที่เป็นสาเหตุ ร่วมกับการใช้ยา GnRH analog ชนิดออกฤทธิ์ยาว ซึ่งจะหยุดกระบวนการเป็นหนุ่มสาวชั่วคราว ทำให้ระดับฮอร์โมนเพศลดลงสู่ระดับก่อนเข้าสู่วัยหนุ่มสาว สามารถชะลอการแก่และการปิดของกระดูกส่วนปลาย (epiphyseal plate) ทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาในการเจริญเติบโตนานขึ้น และความสูงสุดท้ายเพิ่มขึ้นกว่าเมื่อไม่ได้รับการรักษา

ปัจจุบันในประเทศไทยมีในรูปแบบยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 4 หรือ 12 สัปดาห์ โดยการรักษาจะได้ผลดีมากในรายที่เริ่มเป็นหนุ่มสาวตั้งแต่อ่อนอายุ 6-7 ปีและได้รับการวินิจฉัยอย่างทันท่วงที นอกจากนี้ในกลุ่มที่เป็นหนุ่มสาวเร็วกว่าเกณฑ์เฉลี่ยแต่มีอัตราการพัฒนาการเป็นหนุ่มสาวอย่างรวดเร็ว ร่วมกับอายุกระดูกล้ำอายุมากขึ้นเรื่อยๆ (Early fast puberty)

การให้ยา GnRH analog อาจช่วยชะลอการเป็นหนุ่มสาว ช่วยในการเพิ่มความสูงสุดท้ายให้เป็นไปตามศักยภาพทางพันธุกรรมได้เช่นกัน

ส่วนการรักษาภาวะเป็นหนุ่มสาวก่อนวัยที่เกิดจากสาเหตุภายนอกสมอง ขึ้นกับโรคหรือพยาธิสภาพที่เป็นสาเหตุ เช่น การผ่าตัดเอาเนื้องอกออก ตามด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ร่วมกับการใช้ยาบางประเภท เช่น anti-androgen, ketoconazole, aromatase inhibitor, selective estrogen receptor modulator (SERM) เป็นต้น



จิตเวช...ปัญหาเสียงในเด็ก

แพทย์หญิงเพียงทิพย์ หังสพฤกษ์

กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น



โรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเป็นเรื่องที่บุคคลทั่วไปควรรู้จักลักษณะอาการที่แสดงออกไว้บ้างเพื่อที่จะได้ช่วยกันแนะนำให้ผู้ที่ดูแลเด็กที่มีปัญหาพาเด็กมาพบจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นได้เมื่อสงสัยว่าเด็กคนนั้นอาจจะมีปัญหาบางอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งเมื่อเด็กได้รับการดูแลที่ถูกต้องยิ่งเร็วเท่าไรก็ยิ่งจะทำให้ผลการรักษาได้ผลดียิ่งขึ้นเท่านั้น

จากสถิติที่เก็บข้อมูลโดยแบบคัดกรองมาตรฐานที่ทำในโรงเรียนระดับประถมศึกษาในประเทศไทยพบว่าเด็กในวัยเรียนจำนวน 1 ใน 3 มีปัญหาทางจิตเวชอย่างใดอย่างหนึ่ง โรคที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น



ต่อไปนี้จะอธิบายถึงอาการหลักๆ ของโรคดังกล่าวดังนี้

1. โรควิตกกังวล

โรควิตกกังวลนั้นมีประเภทย่อยๆ หลายประเภทหลักๆ จะแบ่งตามลักษณะเด่นของอาการกังวลว่ากังวลเกี่ยวกับอะไรและมีอาการอย่างไร เช่น โรควิตกกังวลต่อการแยกจากโรควิตกกังวลในการเข้าสังคม โรคย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น

อาการของความกังวลในโรควิตกกังวลชนิดต่างๆ นั้นจะต่างจากอาการกังวลธรรมดาในเด็กทั่วไปคืออาการกังวลที่มีจะกังวลมากกว่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน และความกังวลนั้น มากจนทำให้มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของเด็ก เช่น เรียนแย่ลง ไม่ยอมไปในที่ชุมชน ไม่สามารถแสดงความสามารถได้เต็มที่ หรือเด็กรู้สึกเครียด การหมกมุ่นคิดซ้ำๆ ถึงเรื่องที่กังวลจะทำให้เหม่อเลี้ยวสมาธิ บางคนถึงกับนอนไม่หลับได้ ถ้าเป็นอย่างนี้นานๆ แล้ว

ไม่รักษาก็อาจจะมีโรคซึมเศร้าตามมาได้หรือมีบุคลิกภาพแบบวิตกกังวลติดตัวไปจนโต ในโรคย้ำคิดย้ำทำ เด็กจะหมกมุ่นกับความคิดกังวลที่ไม่น่าจะเป็นไปได้หรือไร้สาระ เช่น กังวลว่าอยู่ๆ ตนเองจะทำร้ายพ่อแม่ กังวลว่าถ้าเดินผ่านรอยแตกจะโซโคร้าย จนต้องทำบางอย่างซ้ำๆ ซากๆ เพื่อให้ตัวเองสบายใจ เช่น ถามพ่อแม่ว่าเขาจะไม่ตีพ่อแม่ใช่ไหม แล้วให้พ่อแม่ตอบว่าใช่เขาจะไม่มีวันทำเช่นนั้นแน่นอน หรือ ไม่ยอมไปในที่ๆ คิดว่าจะเจอรอยแตก เช่น อาคารเก่าๆ เป็นต้น การรักษามีหลายวิธีเช่น พฤติกรรมบำบัด จิตบำบัด ศิลปะบำบัด เล่นบำบัด ดนตรีบำบัด ละครบำบัด การกินยา เป็นต้น ซึ่งจะใช้วิธีไหนก็ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการในเด็กแต่ละคนและความต้องการของผู้ปกครองและตัวเด็กเองหลังจากได้รับคำอธิบายจากแพทย์แล้ว



2. โรคอารมณ์ซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นโรคหนึ่งในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ ส่วนอีกโรคหนึ่งซึ่งพบน้อยกว่าโรคซึมเศร้าคือโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งจะมีอารมณ์ดีเกินปกติสลับกับอารมณ์ซึมเศร้าเป็นช่วงๆ

อารมณ์ซึมเศร้าในโรคซึมเศร้าจะต่างจากอารมณ์เศร้าปกติที่คนปกติเศร้าคือ เด็กจะเศร้านานกว่าเดิมคือ ตั้งแต่สองสัปดาห์ขึ้นไปและเศร่าหนักกว่าเดิมคือ เศร้าจนมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันที่เคยไม่มีปัญหา ผลกระทบที่ว่าจะน้อยจะมากขึ้นกับความรุนแรงของโรคในคนนั้นๆ เช่น ในเด็กที่เป็นโรคซึมเศร้าขั้นไม่รุนแรงนั้น เด็กจะยังเล่นกับเพื่อนได้บ้างแต่แววตาจะไม่สดใส สีหน้าหม่นหมอง กังวล มีความคิดแง่ร้ายมากและบ่อยกว่าเดิม ถ้าอาการหนักขึ้นก็จะมีอาการมากขึ้น คือไม่มั่นใจว่ามีคนรักตนเองหรือเปล่า คิดว่าตนเองไร้ค่าหรือเป็นภาระให้คนอื่นกังวลว่าจะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้นกับตนเองหรือคนที่ตัวเองรัก ไม่เห็นข้อดีของตัวเอง บางคน

มีอาการทางร่างกายด้วย เช่น ปวดหัว ปวดขา หรือแม้กระทั่งขาไม่มีแรงเดิน ถ้าอาการซึมเศร้าหนักมากนอกจากจะอยากตายได้แล้ว ยังมีอาการหิวแหว่และเห็นภาพหลอนคล้ายๆ กับคนที่ เป็นโรคจิตเภทได้ด้วย

การรักษามีหลายวิธี เช่น การทำจิตบำบัด ดนตรีบำบัด ละครบำบัด เล่นบำบัด ศิลปะบำบัด การทานยา เป็นต้น ขึ้นกับความชอบของผู้ป่วย อายุ และความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยแต่ละคน

3. โรคสมาธิสั้น

มีอาการสำคัญสามกลุ่มอาการคือ สมาธิบกพร่อง รอคอยได้ยาก และอยู่นิ่ง

ผู้ใหญ่จะต้องเข้าใจความแตกต่างของอาการ เหล่านี้ว่าแค่ไหนจึงจะเกินเด็กปกติ เพื่อที่จะไม่กังวล มากเกินไปว่าเด็กๆ ที่เราดูแลเป็นโรคนี้ทั้งที่เด็กไม่ได้ เป็นอาการสมาธิบกพร่องนั้นจะบอกได้ยากที่สุดเพราะ อาการนี้จะเห็นได้ชัดเจนเฉพาะเวลาที่เด็กทำสิ่งที่ไม่ สนุก กิจกรรมประจำวัน เพราะเด็กไม่มีความสุขมาช่วย ดึงดูดใจให้จดจ่อ เช่น การเรียนในห้องเรียนปกติ การ ทำแบบฝึกหัด การทำกิจกรรมประจำวัน เป็นต้น แต่ทั้งนี้



นิสัยและความชอบของเด็กแต่ละคนก็แตกต่างกัน แพทย์จึงต้องซักประวัติอย่างละเอียด และถามถึงอาการในหลาย ๆ สถานการณ์ และในเงื่อนไขที่ต่างกัน ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน ความยากในการที่ผู้ปกครองจะวินิจฉัยโรคนี้เองก็คือ ในเวลาที่เด็กทำสิ่งที่ชอบ ผู้ใหญ่เห็นเด็กมีความจดจ่อสนใจ ไม่วอกแวก จนบางครั้งพูดด้วยก็ยังไม่ได้ยิน ก็มักจะเข้าใจผิดว่าเด็กสมาธิดี เป็นบางเวลาได้ก็แสดง ว่าไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น แต่จริง ๆ ไม่ใช่ เพราะเด็กสมาธิสั้นที่ไม่ได้เป็นขั้นรุนแรงก็ยังมีสมาธิในสิ่งที่ชอบได้ แต่จะเห็นอาการเฉพาะ ในสิ่งที่เด็กไม่ได้ชอบมากอยู่ดี อาการสมาธิสั้นรวมถึงอาการวอกแวกง่าย เหม่อลอย สะเพวรา ไม่สังเกตรายละเอียด หลีกเลี่ยงการทำ ภาระที่ต้องใช้สมาธิด้วย ผู้ใหญ่จะพบว่าการจะทำให้เด็กจำได้นานเป็นเรื่องยากมักต้องย้ำทวนหลายครั้ง เวลาสอนเด็กตัวต่อตัวจะได้ ผลดีกว่าสอนรวมเป็นกลุ่มใหญ่ เด็กมักลืมนสิ่งที่โรงเรียน ลืมเอาอุปกรณ์ที่ครูส่งไปโรงเรียน ลืมคำพูดที่พ่อแม่สั่ง ลืมหน้าที่ที่พ่อแม่ มอบหมาย ซึ่งการที่เด็กลืมนี่เรื่องต่าง ๆ นี้ไม่ได้เกิดจากความตั้งใจของเด็ก แต่เกิดจากเขาควบคุมสมาธิของตัวเองไม่ได้ ทำให้เด็กจะ เรียนได้ไม่เต็มความสามารถจนอาจมีปัญหาการเรียนได้

อาการรอคอยได้ยาก อาการนี้นอกจากจะเห็นว่าเด็กอยู่นิ่งเวลาต้องคอย อารมณ์มักจะเสีย มักถามซ้ำ ๆ ว่าจะได้ทำสิ่งที่ อยากรู้หรือยัง และเมื่อไหร่จะได้หยุดทำสิ่งที่ไม่อยากรู้ การพูดก็จะมีลักษณะพูด หรือตอบก่อนฟังคำถามจบ พูดโดยไม่รอให้ถึง กาลเทศะที่เหมาะสม พูดโดยไม่คิดให้รอบคอบ เป็นต้น

ในบางคนจะมีอาการที่เรียกว่า หุนหันพลันแล่น คืออารมณ์อาจจะเปลี่ยนแปลงเร็ว ขึ้นๆ ลงๆ ง่าย โดยจะเร็วทั้งด้านบวก และด้านลบ เวลาสนุกสนาน ตื่นเต้น หรืออารมณ์เสียก็เห็นได้ชัด เก็บอาการไม่ค่อยอยู่ แต่อารมณ์นั้นอยู่นานก็หาย เพราะมัก จะเปลี่ยนไปสนใจเรื่องอื่นทดแทนได้เร็ว ต่างจากเด็กที่เป็นโรคอารมณ์แปรปรวน คือเด็กที่เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนจะมีสภาพ อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่ายนั้นคงอยู่นานผิดปกติด้วย เช่น ครึ่งชั่วโมง แต่เด็กสมาธิสั้นทั่วไปจะอารมณ์คงอยู่ไม่กี่นาที



อาการอยู่นิ่ง คนทั่วไป มักจะนึกว่าจำเป็นต้องพบอาการ นี้ในเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นทุกคน เพราะเราคงมักจะได้ยินว่าเด็ก คนนี้ไม่เป็นสมาธิสั้นหรอก เพราะ ไม่เห็นจะซนเลย แต่ที่จริงแล้ว เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีสองชนิด คือ ชนิดเหม่อลอย กับชนิดอยู่นิ่ง ซึ่งชนิดเหม่อลอยก็จะมี อาการนี้ ลักษณะของอาการนี้ที่บ่ง ชี้ว่าผิดปกติก็คือ พอให้เด็กหยุด เคลื่อนไหว ไม่นานเด็กก็จะอึดอัด

บัน หรือหาข้ออ้างที่จะลุก ได้เคลื่อนไหวเร็วกว่าเด็กปกติ เวลาอยู่กับที่จะยุกยิก แม้เด็กจะพยายามอยู่นิ่ง ๆ แต่ก็อยู่นิ่งไม่ได้นานเท่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน โดยไม่ได้เกิดจากความตื้อ หรือต่อต้านคำสั่งของผู้ใหญ่ เด็กส่วนหนึ่งจะมีอาการคุ้ยแค้นจนคุณครูต้องจัดที่นั่งให้เพื่อนที่ตั้งใจเรียนและไม่คุ้ยแค้นนั่งประกบเอาไว้เพื่อไม่ให้รบกวนเด็กอื่น

เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นชนิดที่มีอาการอยู่นิ่งส่วนใหญ่จะมีปัญหาตั้งแต่วัยอนุบาล หรือวัยประถมทั้งด้านการเรียนและการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่เหมาะสม เด็กมักจะหงวนเล่น ไม่ตั้งใจเรียน เล่นผิดกติกา คุ้ยแค้น ไม่ค่อยมีกาลเทศะ ครูจึงมักจะขอให้ผู้ปกครองพามาปรึกษาแพทย์ตั้งแต่เล็ก ส่วนโรคสมาธิสั้นชนิดเหม่อแบบที่อยู่นิ่งได้มักจะมาพบแพทย์ตอนที่ปัญหาการเรียนช่วงวัยมัธยมโดยเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่จะบอกได้เองว่าตนเองสมาธิไม่ดีและอยากมาพบแพทย์เพื่อให้เรียนดีขึ้น

การรักษาโรคสมาธิสั้น หลัก ๆ คือการทานยาเพิ่มสมาธิและการปรับพฤติกรรม แต่ผู้ปกครองส่วนหนึ่งแม้จะเข้าใจแล้วว่าลูกเป็นโรคนี้ แต่ก็ขอเลือกรักษาด้วยวิธีที่ไม่ใช่ยาก่อน เช่น ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด เป็นต้น ส่วนใหญ่จะบอกว่ากังวลว่าเด็กกินยาแล้วจะหยุดยาไม่ได้ ต้องกินไปตลอดชีวิต หรือหวังว่ากินยาแล้วจะมีผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ตามที่เคยได้ยินมา เช่น เบื่ออาหาร เป็นต้น ซึ่งจริงๆ แล้วควรพาเด็กที่มีอาการมาตรวจก่อนแล้วซักถามแพทย์ให้เข้าใจก่อนว่ามีวิธีป้องกันไม่ให้เกิดผลเสียเหล่านั้นได้หลายวิธี จะได้ไม่เสียโอกาสที่จะช่วยเหลือเด็กในขณะที่ยังช่วยได้ง่าย

ความผิดปกติอื่นนอกเหนือจาก 3 โรคนี้ มีอีกมาก เช่น ความผิดปกติในการสื่อสาร ปัญหาการเรียนรู้ สติปัญญาบกพร่อง พุดไม่ชัด เป็นต้น สมัยก่อนผู้ปกครองมักเลือกพาเด็กไปปรึกษากุมารแพทย์ด้านพัฒนาการเด็กมากกว่าที่จะพามาพบจิตแพทย์เด็ก เพราะกลัวว่าสังคมจะมองว่าลูกป่วยหนักจึงต้องพบจิตแพทย์ แต่ปัจจุบันสังคมเข้าใจมากขึ้นจึงไม่ค่อยมีปัญหาที่จะพามาตรวจ

และ งานของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นไม่ได้มีแต่การรักษาคนที่ป่วยแล้วเท่านั้น แต่ยังสามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองในการดูแลลูกให้เหมาะกับเด็กแต่ละคน การป้องกันไม่ให้มีปัญหาก่อน การฟื้นฟูสภาพจิตใจและการใช้ชีวิตหลังจากป่วย เป็นต้น ในหลายๆ กรณีจิตแพทย์เด็กจะแนะนำให้ไปพบนักบำบัดเฉพาะทางที่เห็นว่าจะเป็นวิธีช่วยเด็กได้ครบทุกจุด เพราะการทานยาไม่สามารถแก้ได้ทั้งหมด ผู้เชี่ยวชาญวิชาชีพต่างๆ ที่ทำงานร่วมกับจิตแพทย์มีหลายด้าน เช่น นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด ครูการศึกษาพิเศษ นักฝึกพูด เป็นต้น

นอกจากนั้นผู้ปกครองยังสามารถมาปรึกษาจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นได้ในกรณีอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคไม่ว่าจะเป็นเรื่องขาดความนับถือตนเอง ฟุ้งหวั่นไหว อยุ่ไม่ยอมไปโรงเรียน เครียด ติดเกม โกหก ขโมยของ ซื่อจฉฉ ทำร้ายสัตว์ แก่งเพื่อน ทะเลาะกับคนอื่นบ่อย ๆ เป็นต้น หากไม่แน่ใจว่าเรื่องใดควรปรึกษาแพทย์ท่านใด สาขาไหน ก็ให้โทรศัพท์มาปรึกษาและสอบถามข้อมูลก่อนทำนัดเพื่อพบแพทย์ได้ค่ะ



ลูกน้อยฟันดี..... เริ่มที่ซี่แรก

ทันตแพทย์หญิงศุภริษา แต่บรรพกุล

ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรมสำหรับเด็ก



ฟันน้ำนมสำคัญอย่างไร

ฟันน้ำนมซี่แรกจะขึ้นเมื่ออายุประมาณ 6 เดือน และ ททยอยขึ้นจนครบ 20 ซี่เมื่ออายุ 2.5 - 3 ปี ฟันน้ำนมมีหน้าที่สำคัญ คือ

1. ช่วยในการบดเคี้ยวอาหาร เมื่อมีการบดเคี้ยวที่ดี จะช่วยส่งเสริมการทำงานของระบบทางเดินอาหาร ทำให้เด็กได้รับสารอาหารที่เหมาะสม มีผลต่อการพัฒนาร่างกายให้เจริญเติบโตที่ดี
2. ช่วยในการออกเสียงพูดที่ถูกต้องชัดเจน
3. ช่วยในเรื่องความสวยงาม โดยเฉพาะฟันหน้า มีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ
4. ช่วยในการกันที่ของฟันแท้ที่จะขึ้นมาใหม่ให้ขึ้นตรงตำแหน่ง เพราะหากมีการสูญเสียฟันน้ำนมไปก่อนกำหนด ฟันน้ำนมข้างเคียงจะล้มมาปิดช่องว่างของฟันที่ถอนไป ทำให้ฟันแท้ที่อยู่ข้างล่างจะไม่มีพื้นที่พอที่จะขึ้นมาทำให้เกิดปัญหาฟันแท้ซี่ดังกล่าวขึ้นซ้อนเก



ฟันน้ำนมจำเป็นต้องรักษาหรือไม่

ฟันน้ำนมจะเริ่มทยอยหลุดเมื่ออายุประมาณ 6 ปี จนถึงอายุประมาณ 12 ปี การที่มีฟันน้ำนมผุและไม่ได้รับการรักษาทำให้ในช่องปากมีเชื้อโรคฟันผุมากกว่าปกติ มีผลให้ฟันแท้ที่ขึ้นมามีโอกาสเกิดฟันผุได้ง่าย นอกจากนี้หากปล่อยทิ้งไว้จนฟันผุลุกลามมากจะทำให้เด็กมีอาการปวดบวม รับประทานอาหารลำบาก ในบางรายมีอาการบวมมีไข้จนต้องเข้าเรียนและต้องนอนโรงพยาบาล ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา นอกจากนี้ การสูญเสียฟันน้ำนมก่อนกำหนด ทำให้ฟันแท้ขึ้นซ้อนเก นำไปสู่การจัดฟันได้ในอนาคต



ในช่วงที่ฟันน้ำนมขึ้น จะเป็นวัยที่เด็กไม่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเอง ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญมากในการช่วยทำให้เด็กมีสุขภาพฟันที่ดี

การดูแลป้องกันไม่ให้เกิดฟันผุจะทำให้เด็กไม่ต้องมีอาการปวดฟัน หรือไม่ต้องเจอกับการรักษาที่ยุ่งยาก และทำให้เด็กมีทัศนคติที่ดีต่อการทำฟันตั้งแต่เล็กๆ

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดฟันผุในเด็กเล็ก

1. จำนวนเชื้อแบคทีเรีย ที่ทำให้เกิดฟันผุพวก Mutans Streptococci และ Lactobacillus series ซึ่งสามารถถ่ายทอดจากผู้เลี้ยงดูไปยังเด็กได้ทางน้ำลาย
2. ลักษณะฟันที่ขึ้นมาในช่องปากได้ไม่นานจะมีผิวเคลือบฟันที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้ง่ายต่อการเกิดฟันผุ
3. ความถี่ในการบริโภคอาหารประเภทน้ำตาล ความถี่ในการดื่มนมขวดในเวลากลางคืน การดื่มนมหรือน้ำหวานจากแก้วสำหรับหัดดื่ม (Sippy cup) เป็นประจำ และความถี่ในการบริโภคเครื่องดื่มหรือของหวานที่มีน้ำตาลสูง ระหว่างมื้ออาหาร



การเลี้ยงลูกด้วยนมอย่างไรไม่ให้ฟันผุ

- การดูนมแม่หรือนมชงจากขวดต้องเริ่มอย่างถูกวิธี และมีการฝึกเป็นขั้นตอนจึงจะสามารถเลิกได้ถูกเวลา
- ขณะให้นม อุ้มเด็กให้ตั้งขึ้นในท่ากึ่งนั่งกึ่งนอน เพื่อให้เด็กเรียนรู้ที่จะกลืนได้อย่างถูกต้อง ผู้เลี้ยงดูควรถือขวดนมให้เด็กเสมือ เพื่อป้องกันเด็กติดนมขวดและไม่ให้เด็กหลับคาขวดนม
 - ถ้าเปลี่ยนเป็นนมผสม ควรเลือกชนิดไม่เติมน้ำตาล ควรชงนมในปริมาณเพียงพอให้ดูดหมดในครั้งเดียว
 - ภายหลังจากอายุ 6 เดือน เมื่อมีฟันเริ่มขึ้น หลังจากดูนม ฝึกให้เด็กดื่มน้ำตาม เพื่อล้างคราบนมที่ตกค้าง
 - ควรทำความสะอาดช่องปาก เหงือกและลิ้นหลังดูนมทุกครั้ง
 - ฝึกให้นมเป็นเวลา ควรให้นมเป็นมือและไม่ควรให้เด็กหลับคาขวด ควรเริ่มฝึกให้เลิกนมเมื่อเด็กมีอายุ 6 เดือน
 - ไม่ควรใช้ขวดนมใส่น้ำผลไม้ น้ำหวาน ให้เด็กดูด
 - ฝึกให้เด็กดื่มนมจากแก้ว หรือถ้วยหัดดื่มเมื่อเด็กเริ่มนั่งได้ และควรเลิกนมขวดได้เมื่ออายุ 1 1/2 ปี

วิธีการทำความสะอาดช่องปากและฟันของเด็ก

- ในเด็กเล็กที่ฟันยังไม่ขึ้น : เช็ดช่องปากด้วยผ้าสะอาดชุบน้ำต้มสุก วันละ 2 ครั้ง ช่วงเช้าและกลางคืน ก่อนนอน
- อายุ 6 เดือน ถึง 1 ปี หรือเมื่อมีฟันน้ำนมซี่แรกขึ้น : เริ่มใช้แปรงสีฟันขนนุ่ม แปรงทำความสะอาดฟัน ร่วมกับการเช็ดช่องปากด้วยผ้าสะอาดชุบน้ำต้มสุก เริ่มใช้ยาสีฟันได้ แต่ควรใช้ขนาดพอหมาดๆ และเช็ดฟองออกในระหว่างการแปรงเพื่อป้องกันการกลืนยาสีฟัน
- อายุ 1 - 2 ปี : ผู้ปกครองแปรงฟันให้หลังมื้ออาหาร หรืออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ตอนเช้า และก่อนนอน ร่วมกับการใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดบริเวณซอกฟัน
- อายุ 2 - 6 ปี : เริ่มฝึกให้เด็กแปรงฟันเองหลังมื้ออาหาร หรืออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ตอนเช้า และก่อนนอน และผู้ปกครองแปรงซ้ำให้สะอาด ร่วมกับการใช้ไหมขัดฟันบริเวณซอกฟันให้เด็ก อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน
- อายุ 6 - 9 ปี ขึ้นไป : เด็กสามารถแปรงฟันได้เองหลังมื้ออาหาร หรืออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ตอนเช้า และก่อนนอน โดยผู้ปกครองช่วยเพียงทำความสะอาดในจุดที่เด็กทำความสะอาดไม่ถึง หรือช่วยกำกับดูแลเท่านั้น ร่วมกับการใช้ไหมขัดฟันบริเวณซอกฟัน

ฟันน้ำนมจะแปรงอย่างไร

- เลือกแปรงสีฟันที่ขนนุ่ม หน้าที่ตัดตรง ด้ามจับถนัดมือ ความกว้างของขนแปรงครอบคลุมฟันประมาณ 2-3 ซี่
- ยาสีฟันควรเลือกใช้ยาสีฟันสำหรับเด็กชนิดที่มีฟลูออไรด์ : ในเด็กเล็กที่บ้วนปากไม่เป็นควรใช้ปริมาณน้อยแค่พอหมาดๆ ร่วมกับการเช็ดฟองออกระหว่างแปรง ส่วนในเด็กเล็กที่เริ่มบ้วนปากได้แล้ว ควรใช้ปริมาณเท่ากับเม็ดถั่วเขียว หรือเม็ดข้าวโพด และฝึกให้บ้วนยาสีฟันออกทุกครั้ง
- วิธีใช้แปรงฟันน้ำนมที่มีประสิทธิภาพที่สุด คือ Horizontal Scrub Technique โดยการวางขนแปรงตั้งฉากกับแนวแกนฟัน ชยับไปมาในแนวนอนเป็นระยะสั้นๆ ประมาณ 5 - 10 ครั้ง ต่อตำแหน่ง แล้วค่อยเคลื่อนแปรงไปบริเวณฟันถัดไป ทำให้ครบทุกซี่ทั้งบริเวณด้านข้างแก้ม ข้างเพดาน และข้างลิ้น ส่วนบริเวณด้านหน้าตัดของฟันกราม ให้วางแปรงบนตัวฟันและชยับไปมา โดยสามารถใช้วิธีนี้แปรงฟันได้ในเด็กตั้งแต่ฟันน้ำนมซี่แรกขึ้นจนถึงอายุ 11 - 12 ปี



คำแนะนำในการทานอาหารเพื่อสุขภาพฟันที่ดี

- ลดความถี่และปริมาณในการบริโภคอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล โดยจำกัดการรับประทานให้อยู่ในมื้ออาหาร หลีกเลี่ยงการรับประทานจุกจิก ระหว่างมื้ออาหาร
- หลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มพวกแป้งและ น้ำตาลที่มีลักษณะเหนียว ติดฟัน หรือใช้เวลาอยู่ในปากนาน เช่น ลูกอม ช็อกโกแลต คาราเมล ขนมกรุบกรอบ
- หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำอัดลม เพราะนอกจากมีความเป็นกรดสูง กัดกร่อนฟันแล้ว ยังมีน้ำตาลในปริมาณสูง
- เลือกรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อ ที่มีประโยชน์ และไม่ทำลายฟัน เช่น กล้วย หนุ่ย ข้าวโพด นมจืด และผลไม้ที่ไม่หวานจัด เช่น ฝรั่ง มะละกอ



ควรเริ่มพาเด็กมาหาทันตแพทย์เมื่อใด

- ควรพาเด็กมาพบทันตแพทย์ตั้งแต่ฟันน้ำนมซี่แรกขึ้น หรืออย่างน้อยภายในช่วงขวบปีแรก
- ไม่ควรรอจนเริ่มมีฟันผุ หรือมีอาการปวดบวมก่อน จึงพามาพบทันตแพทย์ครั้งแรก เพราะจะทำให้เด็กกลัว และมีประสบการณ์ไม่ดีต่อการทำฟัน เนื่องจากต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น

งานทันตกรรมป้องกันในเด็ก

เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดี ประกอบด้วย 4 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1. การให้ฟลูออไรด์ : ทั้งแบบเฉพาะที่ และทางระบบ ภายใต้คำแนะนำของทันตแพทย์
2. การเคลือบหลุมร่องฟัน : บริเวณด้านบดเคี้ยวของฟันกราม และฟันกรามน้อย
3. การแนะนำวิธีดูแลสุขภาพช่องปาก รวมทั้งให้คำแนะนำ เรื่องการบริโภคอาหารแก่ผู้ปกครองและเด็ก
4. การนัดหมายมาตรวจสุขภาพฟันเป็นประจำทุก 3 - 6 เดือน ตามความเหมาะสม



ข้อปฏิบัติเพื่อลูกน้อยฟันดี

- เลิกนมมดื่กเมื่อลูกอายุประมาณ 6 เดือน
- เลิกขวดนมเมื่อลูกอายุประมาณ 1 ปีครึ่ง
- เริ่มพาไปพบทันตแพทย์ครั้งแรกเมื่อลูกมีฟันน้ำนมซี่แรกขึ้น หรือ อย่างน้อยภายในขวบปีแรก
- แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ หลังอาหาร หรือ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ตอนเช้าและก่อนนอน
- ลดความถี่และปริมาณในการบริโภคอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล โดยให้รับประทานอยู่ในมื้ออาหาร หลีกเลี่ยงการรับประทานจุกจิก ระหว่างมื้ออาหาร
- พาลูกไปพบทันตแพทย์เป็นประจำ สม่ำเสมอ ทุก 3 - 6 เดือน ตามที่ทันตแพทย์แนะนำ

ตาเข ตาเหล่ ในเด็ก

แพทย์หญิงรัตติยา พรชัยสุรีย์

จักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคตาเขและตาเหล่ในเด็ก

เด็กตาเข

ตาเข ตาเหล่ ตาส่อน เป็นคำที่มีความหมายเดียวกัน นั่นคือการที่ตาทั้งสองข้างไม่ได้อยู่ในแนวการมองเห็นที่ขนานกัน หรือพูดง่ายๆ ว่าตาไม่ตรงนั่นเอง

เชื่อหรือไม่ว่าหลายคนยังมีความเข้าใจผิดๆ ว่าเด็กที่มีตาเข เดียวโตขึ้นก็หายเอง รอให้เด็กโตกว่านี้ก่อนค่อยพาไปรักษาหรือถ้าไม่หายก็ต้องทำใจว่าเป็นโรคที่รักษาไม่ได้ นำเสียชีวิตของเด็กหลายๆ คน เด็บโตมาด้วยสภาวะตาเขโดยไม่ได้รับการดูแลรักษา ปล่อยให้ไว้อย่างนั้นจนส่งผลต่อการมองเห็นที่ด้อยลง บุคลิกภาพ ความมั่นใจ ไปจนถึงคุณภาพชีวิต



ความสำคัญของ ภาวะตาเข

มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ตาทั้งสองข้างต้องทำงานประสานกันอย่างดี เพื่อการมองเห็นให้เป็นหนึ่ง [Single Binocular Function] ทั้งนี้จะต้องประกอบด้วยปัจจัยหลักสองอย่างนั่นคือ

- 1.) ตาทั้งสองข้างต้องมีการมองเห็นที่เท่าๆ กัน
- 2.) ตาทั้งสองข้างต้องตรง ฉะนั้นหากขาดปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งไป ก็จะส่งผลให้การพัฒนาการของการมองเห็นเสียไป หรือเกิดภาวะตาขี้เกียจ [Lazy-eye , Amblyopia] ได้ซึ่งหากเด็กได้รับการรักษาแก้ไขตั้งแต่ต้นๆ ก็จะสามารถป้องกัน และรักษาให้หายเป็นปกติได้ ในทางตรงกันข้ามหากปล่อยไว้นาน การรักษาก็จะยุ่งยากขึ้นและได้ผลไม่ดีส่งผลให้เด็กสูญเสียการมองเห็นได้



ชนิดของตาเข

เราสามารถจำแนกชนิดของตาเขได้ง่ายๆ โดยดูจากทิศทางที่ตาเขไป เช่น ตาเขเข้า [Esotropia] ตาเขออก [Exotropia] ตาลอยขึ้น [Hypertropia] หรือตาดกลง [Hypotropia] เป็นต้น ซึ่งแต่ละชนิดของตาเข ก็จะทำให้เด็กแสดงอาการออกมาในรูปแบบต่างๆ ได้ เช่น เอียงหน้ามอง คอเอียง เป็นต้น



ตาเขเข้า [Esotropia]



ตาเขออก [Exotropia]



ตาลอยขึ้น [Hypertropia]

สาเหตุของตาเข

1. พบว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ มีอาการตั้งแต่อายุน้อยๆ บางรายก็มีประวัติตาเข ในญาติพี่น้อง
2. กล้ามเนื้อตาอัมพาต อันอาจเกิดจากกล้ามเนื้อตาหดตัวผิดปกติ หรือมีการอัมพาตของเส้นประสาทที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อนั้น
3. สายตาผิดปกติ เช่น ในเด็กที่มีสายตายาวแล้วไม่ได้ใส่แว่นตาแก้ไข เด็กจะแก้ไขให้เห็นชัดเองโดยการเพ่งมาก ทำให้มีตาเขเข้าได้
4. ความผิดปกติของสัดส่วนภาวะเพ่งมอง
5. มีโรคภายในลูกตา ทำให้ตาข้างนั้นมองเห็นไม่ชัด ก็จะทำให้เกิดตาเขตามมาได้

ทำไมต้องรักษาตาเข

1. เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการการมองเห็นเป็นไปอย่างปกติ ไม่ให้มีภาวะตาเข้เกยเกิดขึ้น ทั้งนี้ขอเน้นว่าการรักษาจะประสบผลสำเร็จได้ดีก็ต่อเมื่อเด็กได้รับการรักษาภายในเวลาที่เหมาะสม คือระยะที่เด็กยังมีพัฒนาการของการมองเห็นอยู่ นั่นคือภายในช่วงอายุ 4 ถึง 6 ปีแรก หากเราปล่อยทิ้งไว้ เด็กก็จะเกิดภาวะตาเข้เกย และการมองเห็นลดลงไปเรื่อยๆ หากเลวร้ายไปมาก การรักษาตาเข้เกยก็จะได้ไม่ผลดี หรือไม่ได้ผลเลย
2. เพื่อความสวยงาม ดูตาตรงเป็นปกติ ลดภาวะเป็นปมด้อยในสังคม เพิ่มความมั่นใจในการใช้ชีวิต

การรักษาตาเข

เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดี เด็กควรได้รับการตรวจและวินิจฉัย รักษาตั้งแต่แรกๆ จะมีความสำคัญมาก ไม่ควรปล่อยให้เด็กโตแล้วจึงนำมาตรวจเพราะอาจจะสายเกินไปสำหรับการกระตุ้นให้การมองเห็นเป็นปกติได้

ขั้นตอนในการรักษา

1. รักษาภาวะตาเข้เกย ถือเป็นสิ่งสำคัญที่สุดและเร่งด่วน
2. การใส่แว่นตาเพื่อควบคุมตาเข และทำให้เด็กมองเห็นดี
3. การเข้ายาหยอด แต่ไม่เป็นที่นิยมนัก
4. การฝึกกล้ามเนื้อตา ซึ่งจะใช้ได้ผลในบางกรณีเท่านั้น
5. การผ่าตัดกล้ามเนื้อตา เพื่อให้ตาตรง





ภาวะนอนกรนและหยุดหายใจขณะหลับในเด็ก

แพทย์หญิงอุศนา พรหมโยธิน
แพทย์คลินิกหู คอ จมูก

ภาวะนอนกรนและหยุดหายใจขณะหลับในเด็ก ในปัจจุบันได้รับความสนใจมากขึ้นจากผู้ปกครอง จึงเป็นสาเหตุต่างๆ ที่นำเด็กมาพบสูด ศอ นาสิกแพทย์ และกุมารแพทย์ เนื่องจากความกังวลเรื่องการพัฒนาของทั้งร่างกายและสมองจากการนอนหลับที่ไม่ได้ประสิทธิภาพ การนอนหลับแบ่งเป็นสองระยะ ตามการเคลื่อนไหวของตาขณะนอนหลับ

1.NREM (non rapid eye movement)

เป็นระยะการนอนหลับที่ไม่มีการเคลื่อนไหวของตา ปัจจุบันแบ่งย่อยเป็น 3 ระยะ

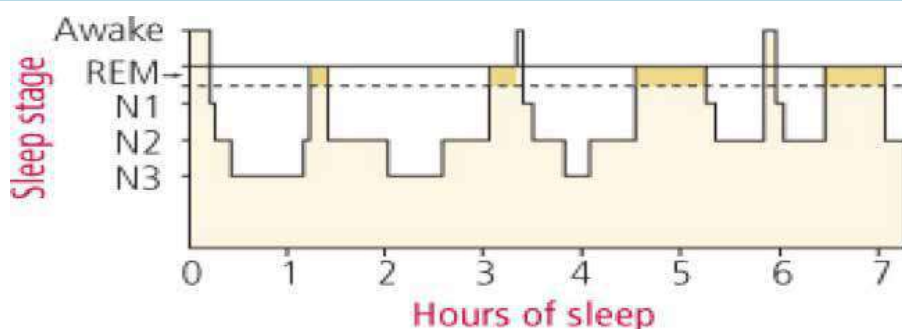
ระยะที่ 1 (N1) : เป็นภาวะครึ่งหลับครึ่งตื่น เริ่มต้นการนอนหลับจะถูกลุกได้ง่ายและรู้ตัวเร็ว เป็นการนอนหลับตื้น

ระยะที่ 2 (N2) : เป็นการนอนหลับที่ลึกกว่าระยะที่ 1 กล้ามเนื้อผ่อนคลายมากขึ้น

ระยะที่ 3 (N3) : เป็นการนอนหลับลึก กล้ามเนื้อผ่อนคลาย หายใจช้าลง หัวใจเต้นช้าลง เกิดความฝันได้แต่จำไม่ได้เมื่อตื่นขึ้นมา และเป็นระยะที่เกิดการนอนละเมอ

2.REM (rapid eye movement)

เป็นการนอนหลับที่มีการเคลื่อนไหวของตา กล้ามเนื้อร่างกายจะผ่อนคลายมากจนเหมือนเป็นอัมพาต ในการนอนหลับปกติ REM sleep จะเกิดประมาณ 20 - 25 % รวมทั้งจะเกิดได้ประมาณ 4 - 5 ครั้งในหนึ่งคืน โดยจะเกิดระยะเวลาสั้นกว่าในช่วงครึ่งคืนแรกและเกิดนานขึ้นในช่วงครึ่งคืนหลังหรือใกล้เช้า ระยะการนอนหลับนี้ความฝันเกิดขึ้นได้ คล้ายจริงและเมื่อตื่นมามากจะจำได้ ในเด็กแรกเกิดหรือเด็กเล็กจะนอนหลับอยู่ระยะ REM นาน แต่เมื่อโตขึ้นแบบแผนในการนอนหลับจะปรับไปเหมือนผู้ใหญ่ ซึ่งลดเหลือเพียง 20 - 25 % จึงเชื่อกันว่าการนอนหลับในระยะนี้จะช่วยสมองได้เรียบเรียงข้อมูล ส่งเสริมการเรียนรู้และความจำ หรือลบความจำที่เกินจำเป็นทิ้ง



ถ้าเกิดการอุดตันทางเดินหายใจแบบสมบรูณ์ โดยอากาศไม่สามารถผ่านเข้าไปในหลอดลมจนเกิดการหยุดหายใจ เมื่อลมไม่สามารถผ่านเข้าไปแลกเปลี่ยนออกซิเจนที่ปอดได้ ออกซิเจนในเลือดจะลดระดับต่ำลง การเกิดการหยุดหายใจบ่อยๆ จะทำให้ปอดและหัวใจทำงานหนักขึ้น ค่าออกซิเจนในร่างกายไม่คงที่ เมื่อค่าออกซิเจนต่ำลงบ่อยๆ ร่างกายต้องปรับตัวให้อยู่ในระยะหลับตื่น เพื่อไม่ให้กล้ามเนื้อคลายตัวและทำให้ทางเดินหายใจแคบลงเหมือนที่เกิดขึ้นในระยะหลับลึก

ดังนั้นระยะการนอนหลับจะไม่สามารถเข้าสู่ภาวะหลับลึกได้อย่างราบรื่นและเต็มที่เหมือนเด็กปกติ ซึ่งอาจส่งผลต่อการหลั่งของ growth hormone และการพัฒนาสมองโดยเฉพาะเรื่องเรียนรู้



ความสำคัญของการนอนหลับ

1. เพื่อฟื้นฟูหรือซ่อมแซมระบบการทำงานของร่างกาย (Restore & Repair)
2. เพื่อพักระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกาย และสะสมพลังงานเพื่อไว้ใช้ในวันต่อไป (Conserve energy)
3. เพื่อให้สมองได้สะสม หรือเรียบเรียงความคิดขณะหลับ หรือลบข้อมูลที่ไม่จำเป็นออกจากสมอง ซึ่งในเด็กจะมีความสำคัญมาก ถ้าการนอนหลับไม่ต่อเนื่องจากการหยุดหายใจอาจส่งผลต่อการเรียนรู้ได้

กลไกการเกิดนอนกรนและหยุดหายใจขณะหลับในเด็ก

ในคนปกติเมื่อเรานอนหลับกล้ามเนื้อในร่างกายนจะผ่อนคลาย ทำให้เกิดการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อที่คอหอยและลิ้น ส่งผลให้ลำคอแคบลงแต่จะไม่เกิดการนอนกรนแม้มีการแคบลงของทางเดินหายใจส่วนต้นก็ตาม แต่เมื่อมีสาเหตุที่ทำให้ทางเดินหายใจแคบลงมากกว่าปกติจะเกิดการเสียดังของลมที่วิ่งผ่านทางเดินหายใจที่แคบร่วมกับการสั่นสะเทือนของเนื้อเยื่อบริเวณทางเดินหายใจส่วนที่แคบนั้น จนทำให้เกิดเสียงกรนเกิดขึ้น

สาเหตุการนอนกรนและหยุดหายใจขณะหลับในเด็ก

สาเหตุการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับ มีหลายสาเหตุ เช่น ต่อมทอนซิลโต (Palatine tonsils hypertrophy) และหรือต่อมแอดดีนอยด์โต (Adenoid hypertrophy) ภาวะอ้วน (Obesity) ภูมิแพ้ (Allergic rhinitis) สันจมูกคด (Deviated nasal septum) กระดูกโครงหน้าผิดปกติ (Craniofacial anomalies) หรือกลุ่มของโรคที่ส่งผลให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง (Down syndrome Muscular dystrophy) เป็นต้น สาเหตุเหล่านี้ทำให้ทางเดินหายใจส่วนต้นแคบลง จนเกิดการนอนกรนและหยุดหายใจขณะหลับในเด็ก สาเหตุที่พบบ่อย คือ ต่อมทอนซิลและหรือต่อมแอดดีนอยด์โต ภูมิแพ้ และภาวะอ้วน ซึ่งอาจร่วมกันหรือเกิดจากเพียงสาเหตุเดียว

อาการและอาการแสดง

อาการที่พบบ่อยที่สุดคือนอนกรนเสียงดัง หายใจแรง การหยุดหายใจเป็นช่วงๆ สำลัก อากาศหายใจ นอนกระสับกระส่าย สะดุ้ง ตื่นกลางคืน อาจมีฝันร้ายหรือปัสสาวะรดที่นอนได้ น้ำหนักตัวน้อยไม่เป็นไปตามเกณฑ์

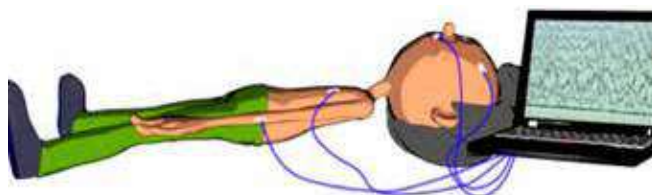
ในช่วงตื่นนอนตอนเช้าอาจมีอาการปวดศีรษะ ปากแห้ง มีปัญหาในการเรียน ความจำ ชนมาก ไฮเปอร์ สมาธิสั้น ซึ่งจะแตกต่างจากอาการในกลุ่มผู้ใหญ่ซึ่งมักแสดงอาการง่วงนอนหรือนอนหลับช่วงกลางวัน



การวินิจฉัยนอนกรนและหยุดหายใจขณะหลับในเด็ก

การวินิจฉัยที่เที่ยงตรงและแม่นยำที่สุดในปัจจุบันคือการตรวจการนอนหลับ (Polysomnography) ซึ่งนอกจากช่วยการวินิจฉัยแล้วยังบอกความรุนแรงของภาวะนี้ได้ด้วย แต่อย่างไรก็ดีปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการตรวจนี้ยังคงมีราคาสูงอยู่ โดยการตรวจการนอนหลับ เด็กจะต้องมานอนที่โรงพยาบาล 1 คืน และต้องติด sensor ต่างๆ ไว้ตามร่างกาย เช่น ศีรษะ จมูก ใต้คาง หน้าอก หน้าท้อง นิ้วมือ และขา เพื่อใช้ประมวลผลการตรวจ ดังนั้น เด็กจำเป็นต้องให้ความร่วมมือในการติด sensor เหล่านี้ เพื่อให้ได้ค่าการตรวจที่น่าเชื่อถือที่สุด ในกรณีที่เด็กไม่ให้ความร่วมมือและมีความจำเป็นต้องตรวจการนอนหลับ อาจต้องให้เด็กหลับก่อนจึงจะติด sensor เหล่านี้ได้ซึ่ง Technician ต้องมีความชำนาญอย่างมาก

โดยปกติผลการตรวจใช้ดัชนีการหยุดหายใจใน 1 ชั่วโมง (Apnea index : AI) ในการวินิจฉัยและประเมินความรุนแรง ถ้าค่า $AI \geq 1$ ถือว่ามีความผิดปกติ ถ้าค่า $AI > 10$ จัดว่าเป็นภาวะหยุดหายใจขั้นรุนแรง ซึ่งการแบ่งค่าระดับความรุนแรงจะแตกต่างจากผู้ใหญ่



การรักษาการนอนกรนและหยุดหายใจขณะหลับในเด็ก

การรักษาขึ้นอยู่กับสาเหตุและความรุนแรง ซึ่งได้จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น เอกซเรย์ส่องกล้อง หรือการตรวจการนอนหลับ ถ้าพบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับสามารถแก้ไขได้ เช่น ภาวะภูมิแพ้ แนะนำการรักษาด้วยการหลีกเลี่ยงสิ่งที่แพ้ รับประทานยาและหรือพ่นยา เด็กอ้วนให้ลดน้ำหนักซึ่งจะช่วยลดการนอนกรนได้

อย่างไรก็ดี สาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากต่อมทอนซิลและหรือต่อมแอดีนอยด์โต เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีภาวะนอนกรนหยุดหายใจในระดับไม่รุนแรงอาจใช้ยาพ่นจมูก (Nasal steroid) และยารับประทานกลุ่ม Ant leukotriene เพื่อการรักษาและตรวจติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิด ซึ่งคนใช้กลุ่มนี้มักตอบสนองดีกับยารวมทั้งผลข้างเคียงของยานั้นน้อยมาก ส่วนกลุ่มที่อาการรุนแรงหรือรักษาด้วยยาแล้วได้ผลไม่ดีขึ้น การผ่าตัดต่อมทอนซิลและหรือต่อมแอดีนอยด์ออก จะช่วยลดการนอนกรนและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคนี้ได้ ปัจจุบันความปลอดภัยในการผ่าตัดต่อมทอนซิลและต่อมแอดีนอยด์ค่อนข้างสูง แต่ยังคงเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดในเด็กบางกลุ่ม เช่น เด็กอ้วน เด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี และเด็กที่มีการหยุดหายใจอยู่ในระดับรุนแรง นอกจากนี้การผ่าตัดต่อมทอนซิลและหรือต่อมแอดีนอยด์นั้นไม่เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อหรือทำให้ภูมิคุ้มกันของเด็กต่ำลง

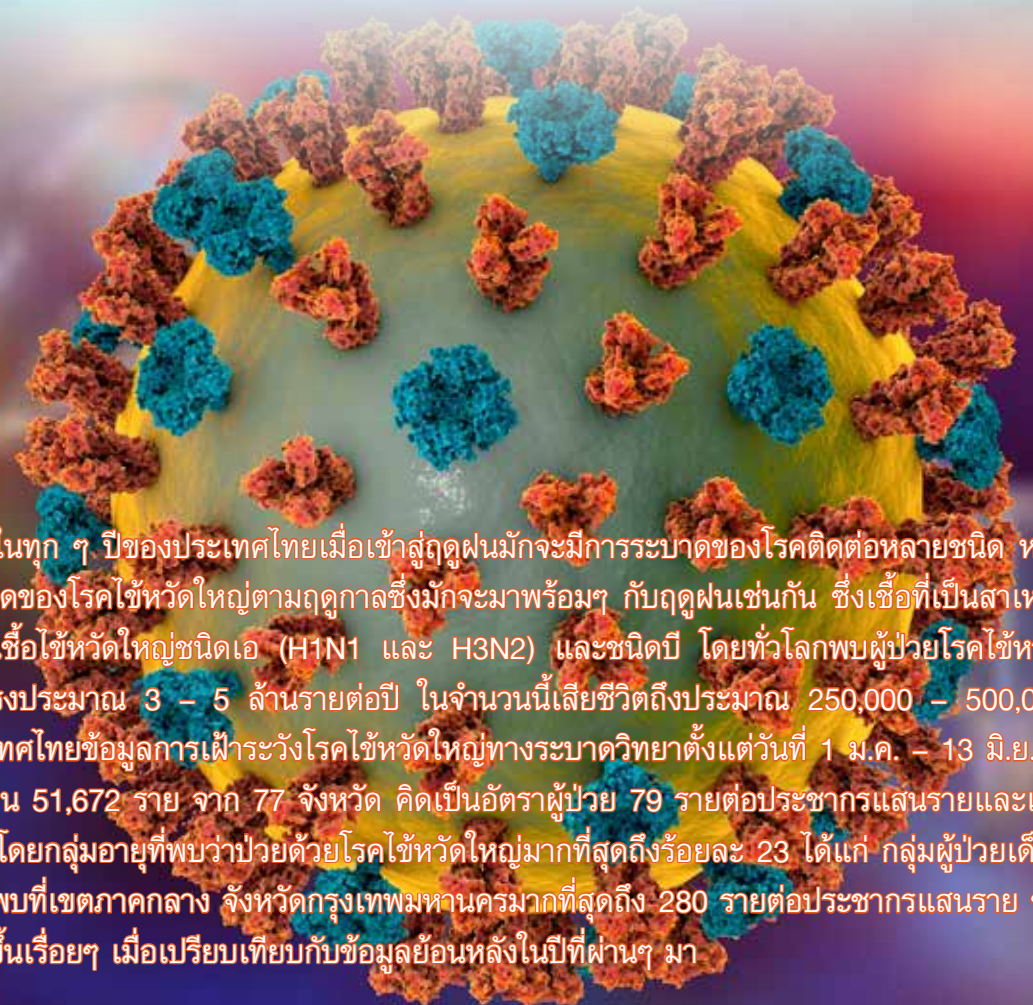
ดังนั้นเมื่อพบว่าบุตรหลานของท่านมีภาวะนอนกรน จึงควรพามาพบและปรึกษาแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยสาเหตุ แนวทางการรักษาในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้






รับมือกับไข้หวัดใหญ่

นายแพทย์สมบูรณ์ จันทรสกุลพร
กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกันวิทยา



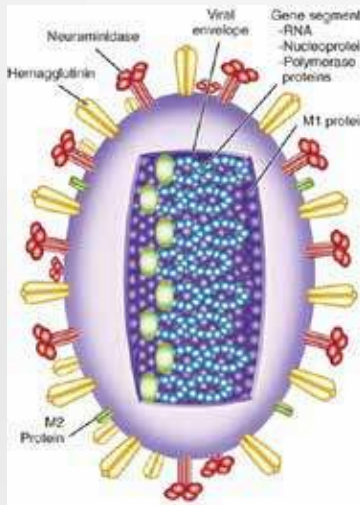
ในทุก ๆ ปีของประเทศไทยเมื่อเข้าสู่ฤดูฝนมักจะมีการระบาดของโรคติดต่อหลายชนิด หนึ่งในนั้นคือ การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลซึ่งมักจะมาพร้อมๆ กับฤดูฝนเช่นกัน ซึ่งเชื่อที่เป็นสาเหตุของการระบาดคือ เชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิดเอ (H1N1 และ H3N2) และชนิดบี โดยทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ที่มีอาการรุนแรงประมาณ 3 – 5 ล้านรายต่อปี ในจำนวนนี้เสียชีวิตถึงประมาณ 250,000 – 500,000 ราย สำหรับประเทศไทยข้อมูลการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ทางระบาดวิทยาตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค. – 13 มิ.ย. 2559 พบผู้ป่วยจำนวน 51,672 ราย จาก 77 จังหวัด คิดเป็นอัตราผู้ป่วย 79 รายต่อประชากรแสนรายและเสียชีวิตจำนวน 3 ราย โดยกลุ่มอายุที่พบว่าป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่มากที่สุดถึงร้อยละ 23 ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเด็กอายุ 7 – 14 ปี และพบที่เขตภาคกลาง จังหวัดกรุงเทพมหานครมากที่สุดถึง 280 รายต่อประชากรแสนราย ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลย้อนหลังในปีที่ผ่านมา



เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าโรคไข้หวัดใหญ่เป็นโรคของระบบทางเดินหายใจ ที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่อย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีอาการไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย เยื่อโพรงจมูกอักเสบ เจ็บคอ และมีอาการไอแห้งๆ โดยอาการไอมักจะรุนแรงและเป็นได้นานถึง 2 สัปดาห์ขึ้นไป ส่วนไข้และอาการอื่นๆ มักจะหายได้เองภายใน 5 – 7 วัน ในเด็กอาจพบมีอาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน และท้องร่วงร่วมด้วยได้ ซึ่งไม่ค่อยพบในผู้ใหญ่ การวินิจฉัยโรคไข้หวัดใหญ่นั้น นอกเหนือจากการซักประวัติและอาการของผู้ป่วยเป็นหลักแล้ว การตรวจทางห้องปฏิบัติการแบบรวดเร็ว ณ จุดคัดกรองผู้ป่วยจะช่วยให้การวินิจฉัยและมีประโยชน์มากในการยืนยันโรคอย่างรวดเร็วเมื่อมีการระบาด ซึ่งเป็นการตรวจสอบแอนติเจนของเชื้อไวรัสโดยตรง ในเซลล์จากโพรงจมูกและสารคัดหลั่งจากโพรงจมูก

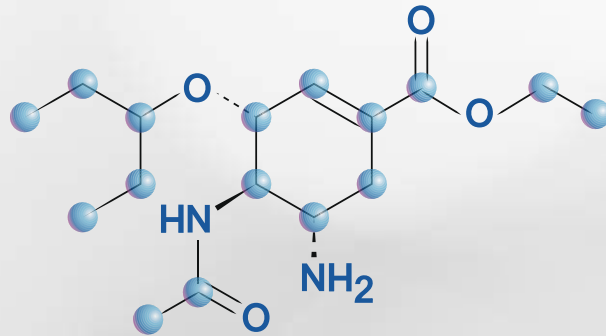


รูปที่ 1 ภาพเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ H1N1



รูปที่ 2 แบบจำลองโครงสร้างของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ชนิดเอ

เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ หรือ Influenza virus ที่เป็นสาเหตุของโรคไข้หวัดใหญ่นั้นมีอยู่ 3 ชนิดใหญ่ๆ ได้แก่ ชนิดเอ บี และซี แต่มีเพียงเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดเอและบีเท่านั้นที่เป็นสาเหตุของการระบาดตามฤดูกาล ส่วนไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดซี พบเป็นสาเหตุเพียงประปรายและเกิดการระบาดในวงจำกัดเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดเอนั้นมีสายพันธุ์ย่อยๆ จำนวนมากหลากหลาย แต่มีเพียง 2 สายพันธุ์เท่านั้น คือ ชนิดเอ (H1N1) (รูปที่ 1) และชนิดเอ (H3N2) (รูปที่ 2) เท่านั้นที่เป็นสาเหตุของการก่อโรคในมนุษย์ อย่างไรก็ตามเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดเอสามารถเกิดการกลายพันธุ์อย่างต่อเนื่องในช่วงระหว่างกระบวนการเพิ่มจำนวนของไวรัสได้ ทำให้ต้องมีรับส่วนประกอบของวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ทุกปี การแพร่กระจายของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่นั้นมี 2 วิธี คือ การแพร่กระจายในอากาศผ่านทางฝอยละอองขนาดใหญ่ โดยการไอหรือจามของผู้ป่วยซึ่งเป็นวิธีการแพร่กระจายหลักของโรค อีกวิธีหนึ่งก็คือ การติดต่อโดยการสัมผัสใกล้ชิดทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งการแพร่เชื้อของไวรัสอยู่ที่ประมาณ 3 - 5 วันในผู้ใหญ่ แต่ในเด็กเล็กอาจแพร่กระจายได้นานถึง 7 - 10 วัน



Oseltamivir

ในการรับมือกับไข้หวัดใหญ่นั้น นอกเหนือจากการวินิจฉัยที่ถูกต้องโดยแพทย์แล้ว การรักษาโรคไข้หวัดใหญ่โดยการให้ยาต้านไวรัส นั้น ควรพิจารณาใช้เฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และใช้เฉพาะในช่วงระยะเวลาที่มีการระบาดเท่านั้น ยาต้านไวรัสไข้หวัดใหญ่มียา 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์นิวรามินิเดส (neuraminidase inhibitors) คือ ยาโอเซลทามิเวียร์ (oseltamivir) ชนิดกินและยาซานามิเวียร์ (zanamivir) ชนิดพองสำหรับพ่นเข้าทางจมูก ซึ่งมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพทั้งในการป้องกันและรักษาโรคไข้หวัดใหญ่ชนิดเอ และบี

2. ยากลุ่มอะดามันแตเนส (adamantanes) คือ ยาอะแมนตาดีน (amantadine) และยาไรแมนตาดีน (rimantadine) ซึ่งมีประสิทธิภาพในการป้องกันและรักษาโรคไข้หวัดใหญ่ชนิดเอ แต่ไม่มีผลกับชนิดบี และพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 15 - 30 มีการดื้อต่อยาอะดามันแตเนส (adamantanes) ดังนั้นจึงไม่แนะนำให้ใช้ยานี้ในการรักษา

ในกรณีที่ต้องใช้ยาต้านไวรัสสำหรับการรักษานั้นให้รับประทานวันละ 2 ครั้งต่อเนื่องติดต่อกันนาน 5 วัน และสำหรับการป้องกันหลังสัมผัสโรคให้รับประทานวันละ 1 ครั้งนานติดต่อกัน 7 - 10 วันหลังการสัมผัส และสำหรับการป้องกันโรคนั้น ทีมแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องให้ข้อมูลด้านสุขศึกษาแก่ประชาชน และบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล โดยเฉพาะการล้างมือ และมารยาทในการไอ จาม ซึ่งจะทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อผ่านการไอและจามโดยที่ไม่ได้ป้องกัน และการแพร่ผ่านจากมือที่เปื้อนเชื้อไวรัสไปสู่เยื่อเมือกในโพรงจมูกและปากได้

การรับมือกับโรคไข้หวัดใหญ่อีกวิธีหนึ่งที่สำคัญคือ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ซึ่งชนิดของวัคซีนที่นำมาใช้มีทั้งที่เป็นชนิดเชื้อตาย (inactivated influenza vaccines) และชนิดเชื้อเป็น (live vaccines) ซึ่งหากส่วนประกอบของเชื้อไวรัสที่นำมาผลิตวัคซีนตรงกับสายพันธุ์ของเชื้อไวรัสที่ระบาดอยู่จะสามารถป้องกันการติดเชื้อได้สูงถึงร้อยละ 70 - 90 ซึ่งวัคซีนชนิดเชื้อตายสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ 50 - 60 รวมทั้งลดการเสียชีวิตได้ประมาณร้อยละ 80

โดยการให้วัคซีนเข็มเดียวนั้นเพียงพอสำหรับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดเอ และบี แต่ในเด็กที่อายุน้อยกว่า 9 ปี ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่มาก่อนนั้นมีความจำเป็นต้องได้รับวัคซีน 2 เข็มห่างกัน 1 เดือน และควรให้วัคซีนในช่วงเวลาก่อนที่ไข้หวัดใหญ่จะเกิดการระบาดขึ้นในแต่ละปีจึงจะเหมาะสมที่สุด

ในกรณีที่เกิดการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในพื้นที่ใดๆ ก็ตาม นอกเหนือจากการรักษาและการลดการแพร่กระจายเชื้อที่กล่าวมาข้างต้นแล้วนั้น สิ่งที่ต้องปฏิบัติเพิ่มเติมคือ ควรจำกัดพื้นที่ของผู้ป่วยซึ่งถ้าเป็นผู้ใหญ่ควรให้หยุดงานและถ้าเป็นเด็กวัยเรียนก็ควรให้หยุดเรียนเช่นกัน หรือปิดโรงเรียนหากจำเป็น ถึงแม้ยังไม่ได้มีการพิสูจน์ว่าเป็นมาตรการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพที่จะลดผลกระทบที่เกิดในพื้นที่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลได้ แต่ก็ยังเป็นมาตรการควบคุมการระบาดที่แนะนำให้ใช้เมื่อมีการแพร่ระบาดของโรค และควรมีการสนับสนุนยาต้านไวรัสอย่างเพียงพอตามความต้องการ เพื่อการรักษาผู้ป่วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง



INFLUENZA
VACCINE

ใช้ยาทุกครั้ง ต้องใช้อย่างสมเหตุผล โดยเฉพาะในเด็ก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์พิสนธ์ จงตระกูล
อายุรแพทย์ วัณโรคภูมิคุ้มกันโรคศาสตร์





คำแนะนำที่แพทย์ให้กับผู้ปกครอง

องค์การอนามัยโลกระบุว่า “มากกว่าครึ่งหนึ่งของการใช้ยาเป็นไปอย่างไม่สมเหตุผล” ลองมาพิจารณากันดูว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงหรือไม่ในประเทศไทย โดยพิจารณาจากตัวอย่างของเด็กที่เป็นโรคหวัด (common cold รหัส ICD-10 J00)

เด็กชายหรือเด็กหญิง อายุ 4 ขวบ มีอาการเจ็บคอ น้ำมูกไหล จาม คัดจมูก เสียงแหบ ไอ และมีไข้วัดได้ 38°C อาการทั้งหมดเพิ่งเป็นมาได้ 1 วัน หลังการตรวจร่างกายไม่พบลักษณะที่เข้าข่ายการติดเชื้อแบคทีเรีย (Group A Streptococcus) ที่คอหอยและต่อมทอนซิล การอักเสบของหูส่วนกลาง หรือปอดบวม จึงให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคหวัด

ยาที่เด็กชายหรือเด็กหญิง มักได้รับในประเทศไทยประกอบด้วย

1. ยาปฏิชีวนะ
2. ยาต้านฮิสตามีน
3. ยาบรรเทาอาการคัดจมูก
4. ยาแก้ไอ ละลายเสมหะ
5. ไวตามินซี
6. ยาลดไข้

หากเด็กรายนี้บังเอิญไปป่วยที่ลอนดอน ประเทศอังกฤษ คุณพ่อและคุณแม่ พาไปพบแพทย์ GP ที่ Surgery (ที่อังกฤษแพทย์รายแรกที่จะพบได้คือแพทย์ GP ไม่ใช่กุมารแพทย์ และคลินิกรักษาโรคที่อังกฤษเขาเรียกว่า surgery) ต่อไปนี้คือคำแนะนำและการรักษาที่เด็กจะได้รับ (อ้างอิงจาก NICE guidance, Common Cold. July 2015. <http://cks.nice.org.uk/common-cold#!management>)



1. ยาปฏิชีวนะไม่มีประโยชน์และทำให้เกิดผลข้างเคียง นอกจากนั้นยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการดื้อยาของแบคทีเรียในชุมชน ซึ่งจะส่งผลเสียต่อการรักษาโรคอื่นๆ ที่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ
2. ดื่มน้ำให้เพียงพอ แต่ไม่มากเกินไป เพราะจะทำให้ระดับโซเดียมในเลือดต่ำเกินไป
3. เด็กอาจเบื่ออาหารในช่วงนี้ ให้กินเท่าที่เด็กต้องการเมื่อเด็กหิว
4. ให้เด็กพักผ่อนอย่างพอเพียง แต่ไม่จำเป็นต้องจำกัด activity ปกติของเด็ก
5. อาจบรรเทาอาการต่างๆ ด้วยวิธีการดังต่อไปนี้ เช่น การสูดหายใจไอน้ำร้อนเข้าทางจมูกอาจช่วยบรรเทาอาการคัดจมูก แต่ต้องระวังโดนน้ำร้อนลวก วิธีหนึ่งที่ปลอดภัยคือการนั่งในห้องน้ำแล้วเปิดน้ำร้อนให้ไหลจากก๊อกน้ำร้อนหรือฝักบัว ใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นเช็ดตัว เช่น vapour rub ทาที่หน้าอก อาจช่วยบรรเทาอาการให้กับเด็กเล็กและเด็กทารก แต่ไม่ควรทาที่จมูกโดยตรง ถ้าเด็กทำเป็นให้ลองกลั้วคอด้วยน้ำเกลืออาจช่วยบรรเทาอาการเจ็บคอหรืออาการแน่นจมูก



หยดน้ำเกลือ normal saline ลงในรูจมูกข้างละ 1-2 หยด อาจช่วยบรรเทาอาการแน่นจมูก โดยเฉพาะในเด็กทารก อาจช่วยให้ดูคนมได้ดีขึ้น

6. ไม่มีการรักษาใดที่ช่วยรักษาโรคหวัดให้หายเร็วขึ้น

7. ยาส่วนใหญ่ไม่ช่วยบรรเทาอาการให้เด็กเล็กและอาจเป็นอันตราย ดังนั้นแพทย์จะไม่แนะนำให้ใช้ยาต่อไปนี้ เนื่องจากในประเทศอังกฤษ (และแคนาดา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์) ยกเลิกการใช้ยาเหล่านี้แล้วในเด็กอายุน้อยกว่า 6 ขวบ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2009 <https://www.gov.uk/drug-safety-update/over-the-counter-cough-and-cold-medicines-for-children>

7.1 ยาแก้ไอ เช่น dextromethorphan

7.2 ยาขับเสมหะ เช่น guaifenesin

7.3 ยาบรรเทาอาการคัดจมูก เช่น ephedrine, oxymetazoline, phenylephrine, pseudoephedrine และ xylometazoline

7.4 ยาต้านฮิสตามีน เช่น brompheniramine, chlorphenamine (chlorpheniramine) และ diphenhydramine ซึ่งหากคุณพ่อและคุณแม่บอกหมอว่าอยากได้ยาแก้แพ้ชนิดวงน้อย เช่น cetirizine ให้ลูก

กิน หมอที่อังกฤษก็จะตอบว่าทำไมจึงขอ ในเมื่อลูกไม่ได้เป็นโรคภูมิแพ้ ยาเหล่านี้ไม่เคยขึ้นทะเบียนเพื่อใช้ในโรคหวัด เพราะไม่มีประสิทธิผลใด ๆ (Non-sedating antihistamines are completely ineffective.)

หมายเหตุ : คำแนะนำเกี่ยวกับยาบรรเทาอาการหวัด-ไอ ช่างต้นสอดคล้องกับคำแนะนำจากราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย www.thaipediatrics.org/cpg_file/CPG.doc

8. ไวตามินซี ไม่เป็นประโยชน์เมื่อเป็นหวัดแล้ว อาจช่วยป้องกันโรคหวัดได้บ้างหากใช้ในขนาดสูงติดต่อกันเป็นเวลานานกับบุคคลบางจำพวก เช่น นักเล่นสกี ทั้งนี้ยังไม่ควรให้เด็กอมเล่นเพราะจะทำให้ฟันผุ



ยาที่แพทย์ให้กับผู้ปกครอง

จะมีขนานเดียวคือ ยาลดไข้ เช่น พาราเซตามอล หรือในบางกรณีอาจแนะนำให้ใช้ร่วมกับ ไอบูโพรเฟน

กรณีข้างต้นที่กล่าวมา เมื่อเด็กป่วยเป็นหวัดและไปพบแพทย์ที่ประเทศอังกฤษ ผู้ปกครองจะได้รับแนะนำอย่างยาว และได้ยาเพียง 1 ขนาน คือยาลดไข้ เนื่องจากยาอื่น ๆ ไม่เป็นประโยชน์ต่ออาการของเด็ก ไม่ช่วยให้หายเร็วขึ้น ไม่ป้องกันโรคแทรกซ้อน แต่ก่อให้เกิดอันตรายจากผลข้างเคียงและสะสมเชื้อดื้อยาไว้ในร่างกายของเด็ก ซึ่งแพร่กระจายสู่บุคคลรอบข้างและชุมชนได้ นอกจากนี้ยังทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจำนวนมากโดยไม่จำเป็นอีกด้วย

ในประเทศไทย แม้ผู้ปกครองส่วนใหญ่จะเคยได้รับยาหลายขนานในการรักษาโรคหวัด ไอ เจ็บคอ รวมทั้งได้รับยาปฏิชีวนะอย่างสม่ำเสมอมาก่อน แต่เมื่อได้รับคำแนะนำตามแนวทางที่กล่าวมาข้างต้น (ซึ่งเป็นแนวทางที่อ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์) ผู้ปกครองเหล่านั้นก็มักจะเข้าใจและไม่ได้เรียกร้องยาหลายขนาน แม้จะมีข้อสงสัยว่าจริงหรือที่ลูกจะหายได้จากการไม่ใช้ยาเลยหรือใช้ยาเพียง 1 ขนานเพื่อบรรเทาอาการไข้ แต่จากการนัดมาติดตามอาการก็จะพึงพอใจที่ลูกอาการดีขึ้นหรือหายได้ด้วยการใช้ยาน้อยขนาน

เด็ก เป็นที่รักของทุกคนในครอบครัวและบุคคลรอบข้างที่ได้พบเห็น ความรักที่พ่อแม่แสดงออกคือการนำไปพบแพทย์แทบจะในทันทีที่เด็กป่วย ด้วยความหวังว่าลูกจะได้รับการรักษาที่ดีที่สุด เราควรพิจารณาร่วมกันว่า การใช้ยาหลายขนานที่ไม่มีประโยชน์จริงต่อโรค เป็นการรักษาที่ “ดีที่สุด” ที่เด็กควรได้รับหรือไม่ พ่อแม่ควรได้รับคำอธิบาย

อย่างยาวแทนการให้ยาหลายขนานกับเด็กหรือไม่ การใช้ยาน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น เป็นหัวใจสำคัญของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เด็กต้องได้รับการปกป้องจากอันตรายของยา จากการสะสมเชื้อดื้อยาไว้ในร่างกาย <https://www.youtube.com/watch?v=EMxuoKdVT58> และจากความไม่สะดวก ความวุ่นวาย ที่พ่อแม่ต้องนำยาหลายขนานที่ไม่จำเป็นไปป้อนให้กับเด็ก

มากกว่า 7 ปีแล้วที่เด็กเล็กอายุต่ำกว่า 6 ขวบในอังกฤษ แคนาดา ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ ได้รับการปกป้องจากยาที่ใช้บรรเทาอาการหวัด-ไอ ถึงเวลาหรือยังที่เราจะประกาศเจตนารมณ์ร่วมกันว่า “การใช้ยาทุกครั้ง ต้องใช้อย่างสมเหตุผล โดยเฉพาะในเด็ก”



การป้องกันโรคภูมิแพ้

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงชลิรัตน์ ติเรกวัฒนชัย

กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคภูมิแพ้



โรคภูมิแพ้ เป็นโรคที่มีปัญหาด้านสุขภาพ มีผลต่อคุณภาพชีวิต การเรียนรู้ และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงทั่วโลก เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา และออสเตรเลีย โดยแต่ละประเทศให้ความสนใจในการป้องกันการเกิดโรคนี้ ซึ่งมีแนวโน้มพบสูงขึ้นมาโดยตลอด ในช่วง 20 ปี ที่ผ่านมา รวมทั้งประเทศไทย ตัวอย่างการพบอุบัติการณ์ที่สูงขึ้นของโรคหืดในเด็ก ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าสูงขึ้นกว่า 2 เท่า ในช่วง 10 ปี (พ.ศ. 2523 - 2533) ในประเทศออสเตรเลีย ก็พบว่าทารกมีอาการแพ้อาหารสูงถึง 10% การเพิ่มขึ้นของโรคนี้ มีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นไปอีก การป้องกันโรคจึงเป็นเรื่องสำคัญ

โรคภูมิแพ้เป็นโรคที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นมากเกินไป ในขณะที่คนปกติ ไม่มีปฏิกิริยาใด ๆ เช่น ทารกที่แพ้น้ำนมวัว จะมีอาการผื่นคันตามใบหน้า ข้อพับ และตามร่างกาย หรือมีอาการเป็นผื่นลมพิษ บางรายอาจมีอาการหายใจครืดคราด หายใจแรง หรือมีอาการอาเจียน ท้องเสีย หรือถ่ายอุจจาระมีมูก บางรายอาจมีเลือดปน มักมีการเจริญเติบโตช้า บางรายอาจมีอาการหายใจหอบ และมีอาการที่รุนแรงขึ้น ที่เรียกว่า Anaphylaxis นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยเติบโตขึ้น พบว่าจะมีความเสี่ยงที่จะแพ้อาหารอื่น ๆ ตามมา เช่น ไข่ แป้งสาลี ถั่ว อาหารทะเล และอาจมีอาการของโรคแพ้อากาศ หรือโรคหืด



โรคภูมิแพ้ เกิดขึ้นได้อย่างไร

พันธุกรรมเป็นปัจจัยหลักที่จะทำให้เกิดโรค เมื่อมีสิ่งแวดล้อมมากระตุ้น สภาพแวดล้อม และความเป็นอยู่ในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป การดำเนินชีวิตที่มีสุขอนามัยที่ดีขึ้น เช่น การมีน้ำดื่มสะอาด ลักษณะของสังคมเกษตรกรรมเปลี่ยนเป็นสังคมอุตสาหกรรม ที่อยู่อาศัยสะอาดขึ้น และแยกจากที่เลี้ยงสัตว์ มีการค้นพบยาปฏิชีวนะ และวัคซีน ทำให้โอกาสที่เด็กจะสัมผัสกับเชื้อโรคน้อยลง มีผลต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งอยู่ในสมดุลระหว่างการกระตุ้นด้วยเชื้อโรคและถูกกระตุ้นด้วยสารก่อภูมิแพ้ เมื่อการกระตุ้นด้วยเชื้อโรคน้อยลง ด้านที่ควบคุมด้วยการกระตุ้นจากสารก่อภูมิแพ้จะเด่นขึ้น ซึ่งเรียกทฤษฎีนี้ว่า Hygiene hypothesis

นอกจากนี้ การทำคลอดโดยการผ่าตัดที่มากขึ้น ทำให้ลดโอกาสที่ทารกจะได้สัมผัสกับเชื้อจุลินทรีย์ในช่องคลอดมารดา อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้เด็กถูกกระตุ้นจากสารก่อภูมิแพ้ได้ง่าย การใช้ชีวิตในบ้านมากขึ้น ทำให้โอกาสสัมผัสกับไรฝุ่น เชื้อรา แมลงสาบ และแมว ทำให้เด็กที่มีความเสี่ยง ถูกกระตุ้นได้ง่าย หรือการสัมผัสกับควันทูหรือหมอกควัน จะยิ่งเสริมความเสี่ยงให้เพิ่มขึ้น

ปัจจุบันการเลี้ยงดูบุตร มักจะต้องนำไปฝากเลี้ยง หรือเข้าโรงเรียนตั้งแต่อายุยังน้อย ซึ่งภูมิคุ้มกันโรคของทางเดินหายใจยังไม่สมบูรณ์ ทำให้มีโอกาสติดเชื้อของทางเดินหายใจได้ เช่น เชื้ออาร์เอสวี (RSV) เชื้อไรโนไวรัส (Rhino virus) โดยเชื้อทั้ง 2 ชนิด ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหืด ถึง 2 เท่าและ 9 เท่าตามลำดับ

โดยสรุป สาเหตุการเกิดโรคภูมิแพ้มักมีเรื่องพันธุกรรมเป็นหลัก และมีสิ่งแวดล้อมที่มาเกี่ยวข้อง คือ

1. การเสียสมดุลของเชื้อจุลินทรีย์ในลำไส้
2. การที่ถูกกระตุ้นด้วยสารก่อภูมิแพ้ ซึ่งในระยะ 2 ขวบปีแรก มักมีสาเหตุจากอาหาร เช่น นมวัว ไข่ แป้งสาลี ถั่วเหลือง และอาหารทะเล และหากผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีไรฝุ่น เชื้อรา แมลงสาบ หรือแมว จะมีโอกาสแพ้สิ่งเหล่านี้ ตามมาได้
3. การติดเชื้อของทางเดินหายใจ ส่วนมลภาวะ เช่น ควันทูหรือหมอกควัน เป็นปัจจัยเสริม

การป้องกันโรคภูมิแพ้

สามารถจัดเป็น 3 ระยะ คือ

- ก. การป้องกันมิให้เกิดโรคภูมิแพ้ (Primary prevention)
- ข. การป้องกันมิให้เกิดโรคดำเนินต่อไป จนมีอาการเรื้อรังหรือรุนแรง หรือช่วยให้ผู้ป่วยเลิกแพ้ได้ (Secondary prevention)
- ค. การรักษาเพื่อควบคุมอาการของโรค (Tertiary prevention)

ก. การป้องกันมิให้เกิดโรคภูมิแพ้

การป้องกันมิให้เกิดโรคภูมิแพ้เป็นเรื่องที่ทั่วโลกสนใจ มีการวิจัยและให้คำแนะนำ โดยสิ่งแรกที่ต้องทราบคือ ใครบ้างที่เสี่ยงต่อโรคภูมิแพ้ และโรคภูมิแพ้จะมีอาการอย่างไร ซึ่งผู้มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคภูมิแพ้ คือ ผู้ป่วยที่เกิดจากพ่อ แม่ หรือ พี่ ๆ ที่เป็นโรคภูมิแพ้ ถ้าพ่อหรือแม่เป็นโรคภูมิแพ้ ลูกจะมีโอกาส 30% ที่จะเป็นโรคภูมิแพ้ และจะมีเพียง 10% ที่เป็นโรคภูมิแพ้โดยที่ไม่พบประวัติภูมิแพ้ในครอบครัว



อาการของโรคเกิดได้กับทุกระบบ ได้แก่

1.) ระบบผิวหนัง

- ผื่นแพ้ (Atopic dermatitis)
- ลมพิษ (Urticaria)

2.) ระบบทางเดินหายใจ

- แพ้อากาศ (Allergic rhinitis)
- โรคหืด (Asthma)

3.) ระบบทางเดินอาหาร

- ผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียน ท้องเสีย ถ่ายเป็นมูกเลือด

4.) ระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งอาจรุนแรงจนถึงขั้นช็อคได้ (Anaphylaxis)

โรคภูมิแพ้ในการก้มักมีอาการทางผิวหนัง เป็นผื่นบริเวณ หน้า แขน ขา ข้อพับ และตามตัว บางรายมีอาการลมพิษ บางรายอาจมีอาการหายใจเสียงดังครืดคราด มีเสมหะ อาจมีอาการอาเจียน คลั่งงุดนม หรือมีอาการถ่ายเหลว และมีมูกเลือดปน



ข. การป้องกันมิให้เกิดโรคดำเนินต่อไปจนมีอาการเรื้อรัง หรือรุนแรง หรือช่วยให้ผู้ป่วยเลิกแพ้ได้ (Secondary prevention)

เป็นการรักษาโรคโดยการฉายยา เช่น เป็นโรคภูมิแพ้จมูก หรือโรคหืด ก็รักษาด้วยยาต้านการอักเสบ ชนิดพ่นเข้าจมูก หรือสูดหายใจเข้าปอด ซึ่งต้องใช้อย่างต่อเนื่อง และฉายยาได้ถูกต้องตามที่แพทย์แนะนำร่วมกับหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นแพ้ หากการฉายยาพ่น หรือสูด ไม่สามารถควบคุมอาการได้ อาจต้องใช้ยาฉีด (Anti-IgE) หรือการฉีดสารสกัดจากสิ่งที่เป็นผู้ป่วยแพ้ เพื่อสร้างสมดุลของภูมิแพ้ (Immunotherapy) ต้องฉีดเป็นระยะเวลา 3 - 5 ปี นอกจากนี้ ความสมดุลของจุลินทรีย์ในลำไส้ มีบทบาทสำคัญในการควบคุมการตอบสนอง ของภูมิคุ้มกัน การใช้จุลินทรีย์ (Probiotic) หรืออาหารของจุลินทรีย์ (Prebiotic) จะช่วยให้เด็กที่แพ้น้ำนมวัวเลิกแพ้ได้เร็วขึ้น

ค. การรักษาอาการของโรค (Tertiary prevention)

เป็นการรักษาโดยใช้ยาระงับอาการ เพื่อลดความรุนแรงของอาการ เช่น การใช้ยาขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคหืด ร่วมกับการใช้ยาต้านการอักเสบ

ประเทศแคนาดาได้มีข้อเสนอแนะ เพื่อป้องกันการเกิดโรคที่นำมามาพิจารณาปฏิบัติ (2557) สำหรับทารกที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคภูมิแพ้ ดังนี้

1. แนะนำให้มารดา ขณะตั้งครรภ์ หรือขณะให้นมบุตรงดอาหารที่มีส่วนประกอบของน้ำนมวัว ไข่ ถั่วลิสง หรืออาหารอื่นๆ ที่มีโอกาสแพ้ได้ง่าย เช่น แป้งสาลี ถั่วเหลือง

หรืออาหารทะเล (ในข้อนี้ผู้เขียนมีความเห็นว่า ในครอบครัวที่มีความเสี่ยงสูง คุณแม่น่าจะเลือกแหล่งโปรตีนจากอาหารอื่นๆ เช่น ไข่ หมู ปลาน้ำจืดร่วมกับอาหารหลากหลายอื่นๆ เนื่องจากสารอาหารโดยทั่วไปจะต้องผ่านรก และน้ำนมมารดา จึงอาจมีโอกากระตุ้นให้สร้างภูมิแพ้ได้)

2. ให้นมแม่แก่ทารกเพียงอย่างเดียว น่าจะให้ผลในแง่ของการป้องกันโรค ได้ดีกว่าการให้นมแม่เพียง 6 เดือน

3. ในรายงานบางฉบับ รายงานว่า กรณีที่มารดาไม่สามารถให้นมบุตรได้ การให้ทารกทานน้ำนมวัวที่ผ่านการย่อยโปรตีนให้ผลในแง่ของการป้องกันโรคผื่นภูมิแพ้ได้ดีกว่าน้ำนมวัวที่ไม่ผ่านการย่อยโปรตีน และการใช้ผลิตภัณฑ์นมจากการย่อยเคซีนอย่างสมบูรณ์ (Extensive casein hydrolysate formula) น่าจะให้ผลในการป้องกันโรคภูมิแพ้ผื่นผิวหนังในทารกดีกว่าผลิตภัณฑ์นมซึ่งได้จากการย่อยโปรตีนเวย์ (Partial hydrolysate whey formula) เพื่อป้องกันโรคภูมิแพ้ ผื่นผิวหนังในทารก จากการศึกษาจากประเทศเยอรมัน ที่ติดตามทารกไปจนถึงอายุ 15 ปี ก็สนับสนุนว่า Extensive casein hydrolysate formula ให้ผลการป้องกันผื่นภูมิแพ้ได้ดีที่สุด

4. การให้อาหารเสริมควรเริ่มได้ ตั้งแต่ทารกอายุหลัง 6 เดือนขึ้นไป

โดยสรุป การป้องกันโรคภูมิแพ้ไม่ให้เกิดในเด็กมีความเสี่ยงต่อโรคที่โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เด็กที่มีพ่อ แม่ หรือพี่ๆ เป็นโรคภูมิแพ้ ต้องพยายามให้น้ำนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน โดยแม่ไม่ต้องงดสารอาหารใดๆ และเริ่มอาหารเสริมได้ตั้งแต่อายุ 6 เดือน ในกรณีที่แม่ไม่สามารถให้นมลูกได้ ควรใช้นมสูตรที่ย่อยโปรตีน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Extensive casein hydrolysate formula ในกรณีที่แพ้น้ำนมวัว การใช้ Probiotic และ Prebiotic ก็จะช่วยให้อาการแพ้ได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ยังต้องดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อมและการติดเชื้อทางเดินหายใจ การควบคุมอาการของโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจด้วยยาต้านการอักเสบ โดยการพ่นจมูก หรือสูดหายใจเข้าปอด หรือการใช้ยา Anti-IgE หรือฉีดสารสกัดที่แพ้ (Immunotherapy)

มารู้จักเพื่อน Atopic กันเถอะ

แพทย์หญิงเดิมแสง ศรีสุวรรณภรณ์
กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคผิวหนัง



โรคผิวหนัง Atopic (Atopic dermatitis หรือ Atopic eczema) คือ โรคผิวหนังภูมิแพ้ผิวหนังอักเสบ เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในวัยเด็ก มีอาการที่สำคัญ คือ ผิวแห้งอักเสบคันเป็นเรื้อรังเป็นๆ หายๆ ทำให้มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และเป็นปัญหาแก่ผู้ปกครองในการดูแลรักษา

โรค Atopic (Atopic dermatitis : AD) เกี่ยวข้องกับการตอบสนองของ T-cell Dendritic antigen-presenting cell (e.g. Langerhans cell(LCs), macrophages), Immune globulinE(IgE) molecules , Eosinophil ,Mast cell, cytokines(TNF- α , IL-1)ที่มาจาก cell ผิวหนัง (keratinocytes ,mast cells, dendritic cell) จะ bind to receptor ที่ vascular endothelium เกิดปฏิกิริยาต่อให้มีการอักเสบขยายเป็นลูกโซ่ โดยสารที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยานี้สามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิดคือ

1. ชนิดที่เกิดจากภายใน (intrinsic หรือ non IgE associate)
2. ชนิดที่เกิดจากปัจจัยภายนอก (Extrinsic หรือ IgE associated)

ผู้ปกครองอาจสังเกตได้จากภาวะที่เกิดอาการผื่นขึ้นในภาวะเหตุการณ์ซ้ำๆ เช่น เมื่ออากาศร้อนที่อับชื้นหรือหนาว เมื่อเด็กกินนมวัว ไข่ อาหารทะเล แป้งสาลีที่หมักยีสต์ หรือไปสนามหญ้า เด็กที่เล่นเหงื่อออกมาเบื่อนสิ่งสกปรก ถูกสารเคมีในเสื้อผ้า เครื่องเฟอร์นิเจอร์ หรือเด็กไปเล่นสุนัข แมว กระต่าย หรือภาวะที่เด็กมีความเครียด เช่น นอนน้อย การบ้านมากเกินไป

ภาวะ AD สามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้ โดยเฉพาะฝ่ายมารดาจะมีผลมากกว่าทางบิดา ผิวหนังของกลุ่มเด็กที่เป็น AD จะเพิ่มความสูญเสียในการเก็บน้ำ (คือ increase trans epidermal water loss) เสื่อม function ของ skin barrier (down regulation ของ filaggrin), increased entry of Allergens, Antigens, และ Chemical จาก Environment เข้าสู่ผิวหนัง เกิดการอักเสบได้ง่ายขึ้นดังกล่าวแล้วข้างต้น





อาการแสดงของ AD

คือ ผิวน้ำแข็งแห้ง เป็นได้ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง (ค่อยๆเป็น) ผิวน้ำแข็ง (Xerosis, Hyperlinear palms and soles) โดยมากเป็นทั้ง 2 ข้างของร่างกายและจะมีอาการคันมาก เป็นได้ตั้งแต่เด็กเล็กและเด็กโต

ในกรณีที่ให้การรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสมแล้วอาการไม่ดีขึ้น อาจพิจารณาเลือกตรวจทางห้อง lab เพิ่มเติมตามความเหมาะสมในผู้ป่วย เพื่อหาปัจจัยกระตุ้นที่อาจทำให้โรคกำเริบ ได้แก่



- การทดสอบทางผิวหนัง skin prick test หรือ path test (มักจะทำในเด็กที่โตแล้ว อายุมากกว่า 6 ปีขึ้นไป เนื่องจากต้องได้รับความร่วมมือจากเด็ก)
- การเจาะเลือด ตรวจ specific IgE ต่อสารก่อภูมิแพ้ชนิดต่างๆ
- การทดสอบการแพ้อาหาร โดยการรับประทาน (oral challenge test)

แนวทางการรักษาผู้ป่วย AD

1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
2. ประเมินความรุนแรงของโรค
3. หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น เช่น อาหารที่แพ้ สิ่งแวดล้อมที่แพ้ ความเครียด
4. การให้ยารับประทาน และยาทาภายนอก โดยความดูแลของแพทย์ เพื่อปรับตามความรุนแรงของโรคเป็นระยะๆ
5. วางแผนป้องกันการเกิดซ้ำ โดยการปรับพฤติกรรม และของใช้ส่วนตัว ของใช้ภายในบ้าน

ในรายที่รุนแรง อาจพิจารณาให้ยากดภูมิ (Systemic immunomodulators) และฉายแสง (Narrow-band UVB)

สรุป

โรคผิวน้ำแข็งแห้ง Atopic (Atopic dermatitis :AD) พบบ่อยในวัยเด็ก ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เป็นๆหายๆ และอาจกำเริบมากจนผู้ป่วยขาดสมาธิในการเรียน คุณภาพของชีวิตและการเรียนต่ำลง จึงจำเป็นที่ผู้ปกครองควรตระหนักและให้ความสำคัญในการดูแลรักษาและป้องกัน หลีกเลี่ยงปัจจัย ตัวกระตุ้น สารก่อภูมิแพ้ สารก่อการระคายเคือง ให้อาการโรคสงบลงจนกว่าโรคจะหายไป





ภาวะโลหิตจางในเด็ก (Childhood Anemia)

แพทย์หญิงประไพศรี วงษ์ศิริ

กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโลหิตวิทยา

ภาวะโลหิตจางเป็นปัญหาทางกุมารเวชศาสตร์ที่พบได้บ่อย เช่น ธาลัสซีเมีย ภาวะขาดธาตุเหล็ก อาจพบได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ภาวะโลหิตจางหมายถึง การลดลงอย่างผิดปกติของจำนวนเม็ดเลือดแดงในกระแสเลือด โดยการลดลงดังกล่าวต่ำกว่าค่าปกติในแต่ละกลุ่มอายุ

ตารางที่ 1 ค่าปกติทางโลหิตวิทยาในเด็กไทย อายุ 1 วันถึง 18 ปี

อายุ	Hb (g/dL)		Hct (%)		MCV (fl)		MCH (pg)	
	ค่าเฉลี่ย	ค่าต่ำสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าต่ำสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าต่ำสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าต่ำสุด
1-3 วัน	17.9	13.4	51.5	34.0	108.0	95.0	34.0	31.0
1 เดือน	12.5	9.4	34.3	26.0	104.0	85.0	34.0	28.0
2 เดือน	10.5	8.7	29.9	25.5	96.0	77.0	30.0	26.0
3-6 เดือน	10.5	7.4	33.0	25.0	91.0	74.0	30.0	25.0
6 เดือน-2 ปี	12.8	10.3	38.6	30.4	80.6	75.2	26.7	24.6
2-6 ปี	12.6	11.0	38.7	31.9	81.6	75.4	26.7	24.9
6-12 ปี	12.9	11.0	39.0	31.5	83.1	75.1	27.4	24.5
12-18 ปี	13.4	11.0	40.5	31.3	84.4	76.3	28.9	24.9

มีข้อสังเกตว่า ระดับของ Hb (Hemoglobin) และ Hct (Hematocrit) ค่อนข้างสูงในทารกแรกเกิด หลังจากนั้นจะค่อยๆลดลง จนถึงระดับต่ำสุด ประมาณ 7 สัปดาห์ ในทารกคลอดก่อนกำหนด และประมาณ 2-3 เดือน ในทารกที่คลอดครบกำหนด สภาวะดังกล่าว เรียกว่า ภาวะโลหิตจางทางสรีรวิทยา (Physiologic Anemia of Infancy) หลังจากนั้น ระดับ Hb และ Hct จะเพิ่มขึ้นซ้ำๆ จนมีระดับเท่าผู้ใหญ่ เมื่อเด็กเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ (Puberty)

เม็ดเลือดแดงปกติ มีอายุ 100-120 วันในกระแสโลหิต ในสภาวะปกติ เม็ดเลือดแดงที่หมดอายุจะถูกทำลายไปในแต่ละวัน โดยมี้ามและไขกระดูก และถูกชดเชยด้วยเม็ดเลือดแดงสร้างใหม่จากไขกระดูก การรบกวนสมดุลดังกล่าว ทำให้เกิดภาวะซีดได้ เช่น ไขกระดูกไม่สามารถผลิตเม็ดเลือดได้ตามปกติ หรือ มีการทำลายเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ ในการสร้างเม็ดเลือดแดงมาทดแทน จำเป็นต้องอาศัยวัตถุดิบที่จำเป็นในการสร้างเม็ดเลือดแดงใหม่ เช่น โพรตีน ธาตุเหล็ก โฟเลท (folate) เป็นต้น ถ้าขาดสารเหล่านี้จะทำให้เกิดภาวะโลหิตจางได้

ภาวะโลหิตจางเกิดจากสาเหตุหลัก 3 ประการ คือ การเสียเลือด เม็ดเลือดแดงแตกทำลาย และการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงในเวลารวดเร็ว

อาการและการแสดง

ผู้ป่วยที่มีอาการซีดจากทุกสาเหตุ จะมีอาการและการแสดงออกโดยรวมคล้ายกัน เช่น กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายเวลาออกกำลังกาย ใจสั่น บวม ปวดหัวเป็นลม ไม่มีสมาธิ อาการเหล่านี้ เกิดจากการที่มีระดับออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและ อวัยวะต่างๆลดลง หากมีอาการซีดเรื้อรัง จะมีผลต่อระดับสติปัญญาได้ สำหรับอาการเฉพาะในแต่ละสาเหตุ สามารถสรุปได้ดังนี้

1. การเสียเลือด อาการและการแสดงขึ้นกับปริมาณและความรวดเร็วของการเสียเลือด ผู้ป่วยที่เสียเลือดมากอย่างรวดเร็วจะเกิดอาการของปริมาณเลือดต่ำ (Hypovolumic) ก่อนที่จะมีอาการซีด ทำให้ระบบไหลเวียนล้มเหลว ช็อค และถึงแก่ความตายได้ แม้ระดับ Hct ยังปกติ ในกรณีของการเสียเลือดน้อยแบบเรื้อรัง เช่น การขาดสารอาหารที่จำเป็นในการสร้างเม็ดเลือด หรือ เม็ดเลือดแดงถูกทำลาย ในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย มีผลทำให้ Hct ต่ำ ร่างกายจะพยายามปรับตัว กระตุ้นให้ไขกระดูกทำงานมากขึ้น เพื่อสร้างเม็ดเลือด

ภาวะโลหิตจางเกิดจากสาเหตุหลัก 3 ประการ คือ การเสียเลือด เม็ดเลือดแดงแตกทำลาย และการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงในเวลารวดเร็ว

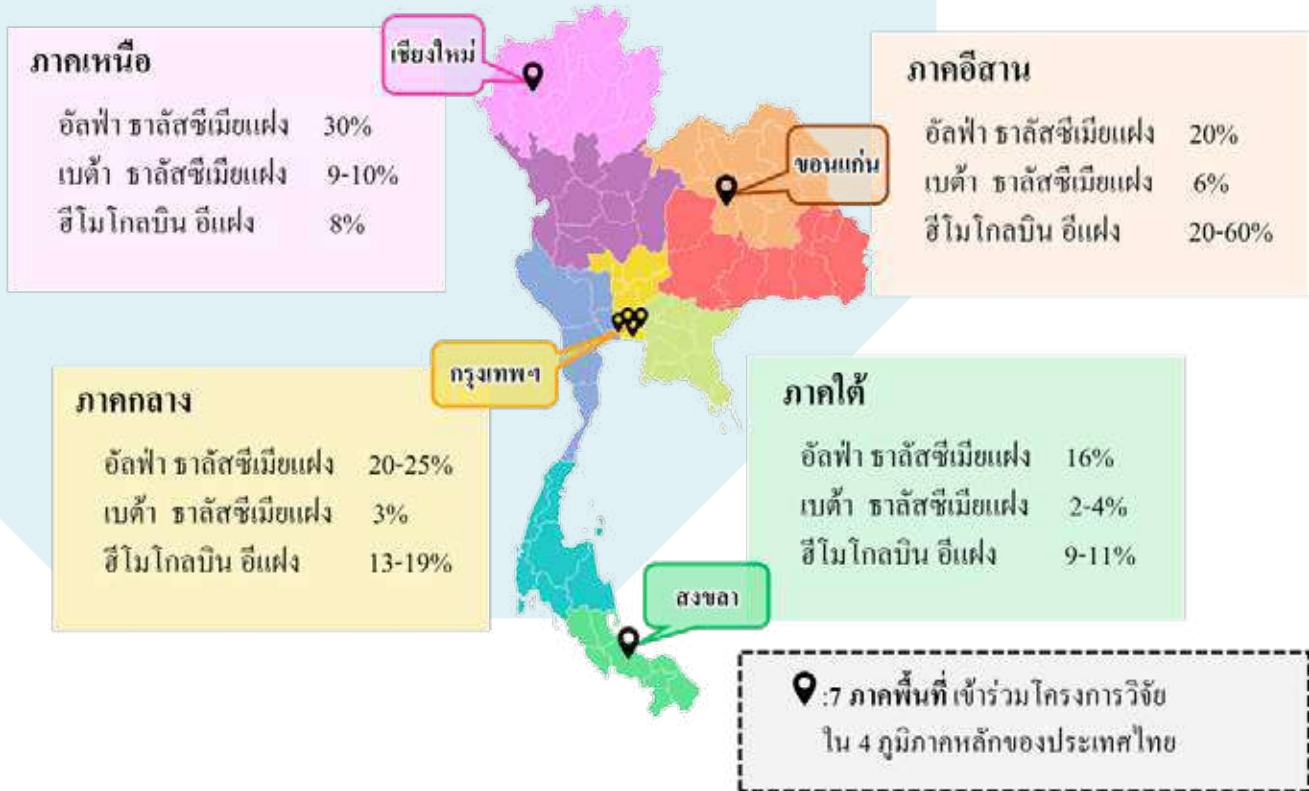
แดงมากขึ้น โดยที่ไม่ซีด แต่จะทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง Hct ลดลง

2. การสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง

2.1 การขาดสารอาหารที่เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างเม็ดเลือด เช่น ธาตุเหล็ก โฟเลท วิตามิน B6, B12, C, E และสังกะสี (Zn) สาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากการได้รับธาตุเหล็กในสารอาหารไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเด็กที่ไม่ได้รับอาหารเสริม อีกกลุ่มที่พบได้บ่อย คือ เด็กหญิงในวัยเจริญพันธุ์ที่มีประจำเดือนมามาก ทำให้เสียเลือด และขาดธาตุเหล็กเรื้อรัง

2.2 ภาวะกีดการทำงานของไขกระดูก หรือ ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงได้น้อย อาการและอาการแสดงที่พบจะเป็นอาการจากภาวะโลหิตจางโดยทั่วไป และอาการอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับโลกที่เป็นสาเหตุของการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง จะพบว่า มี ตับ ม้าม และ ต่อมน้ำเหลืองโต มีเลือดออกผิดปกติ เนื่องจากมีเม็ดเลือดที่ผิดปกติแทรกในไขกระดูก ทำให้ความสามารถในการสร้างเม็ดเลือด และเกิดเลือดลดลง

35-40% ของประชากรไทยมี ธาลัสซีเมียแฝง!



รูปที่ 1 แสดงความชุกของยีนพาหะโรคโลหิตจาง ธาลัสซีเมียแฝง
ที่มา: มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย

3. การแตกสลายของเม็ดเลือดแดง สาเหตุที่สำคัญ คือ โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ ความผิดปกติของเอนไซม์ในเม็ดเลือดแดง ที่พบบ่อย คือ G6PD Deficiency

3.1 โรคเม็ดเลือดแดงแตกทำลายมากเนื่องจากภาวะพร่องเอนไซม์ในเม็ดเลือดแดง (G6PD Deficiency) โรคนี้ถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ X-Linked recessive จึงพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง ผู้ที่มีภาวะพร่อง G6PD นั้นในภาวะปกติจะสบายดีทุกอย่าง โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ทางโลหิตวิทยา นอกจากมีเหตุปัจจัยภายนอกมากระตุ้น ได้แก่ การติดเชื้อต่างๆ เช่น ไข้หวัด ตับอักเสบ ใช้เลือดออก มาลาเรีย เป็นต้น การได้รับยาปฏิชีวนะในกลุ่ม ซัลฟา แอลโพริน ยารักษามาลาเรียพวก Primaquine และสารเคมี เช่น ลูกเหม็น (Naphthalene) อาหารประเภทถั่วปากอ้า เป็นตัวชักนำให้เกิดการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดง ทำให้ซีดมาก และ เหลืองได้

3.2 โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียและ Hct ผิดปกติ เป็นโรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อยที่สุดในประเทศไทย และประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จากการศึกษา

พบว่า มีประชากรอย่างน้อยร้อยละ 35 ของประเทศเป็นพาหะของโรคนี้ ทำให้ในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคนี้เกิดใหม่ปีละไม่ต่ำกว่า หนึ่งหมื่นราย และในจำนวนนี้ ผู้ป่วย สองหมื่นราย เป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มีภาวะซีดเรื้อรัง และผลที่ตามมาคือ มีการเจริญเติบโตไม่สมอายุ มีการทำงานผิดปกติของต่อมไร้ท่อ รวมไปถึงสภาวะเหล็กเกินที่เกิดขึ้นจากตัวโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียเอง และจากการรักษาด้วยการให้เลือด

สำหรับในประเทศไทย จากรายงานของมูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียพบผู้ที่มีกรรมพันธุ์ หรือ ยีน (Gene) ธาลัสซีเมียมากกว่า 20 ล้านคน และพบพันธุกรรมแฝงได้ในทุกภูมิภาคของประเทศ



รูปที่ 2 ภาพผู้ป่วยโรคฮีโมโกลบินบาร์ไฮดรอป ที่เสียชีวิตแรกคลอด

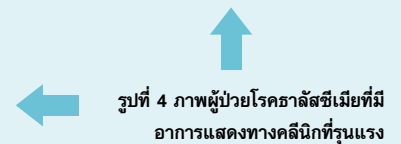
เนื่องจากโรคโลหิตจาง ธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบยีนด้อย (Autosomal Recessive Disorder) ผู้ที่มียีนธาลัสซีเมียจึงมีทั้งผู้ที่เป็นโรค เนื่องจากได้พันธุกรรมที่ผิดปกติจากทั้งพ่อและแม่ และไม่เป็นโรคหรือเป็นพาหะ (Trait) เนื่องจากได้พันธุกรรมที่ผิดปกติจากพ่อหรือแม่ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย จะมีอาการแตกต่างกัน ตั้งแต่มีโลหิตจางเล็กน้อย จนถึงมีโลหิตจางมาก จนก่อให้เกิดพยาธิสภาพแทบทุกอวัยวะทั่วทั้งร่างกาย และรุนแรงมาก จนเสียชีวิต ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ หรือ หลังคลอดไม่นาน ชนิดของโลหิตจางธาลัสซีเมียที่พบบ่อยในประเทศไทย ได้แก่

- โรคฮีโมโกลบินบาร์ไฮดรอป (Hb Bart's hydrops fetalis)
- โรคโมโกลบินเอช (Hb H disease)
- โรคเบต้าธาลัสซีเมีย (Beta- thalassemia disease)

โรคธาลัสซีเมียที่มีอาการรุนแรงจะมีภาวะซีด เหลือง (ดีซ่าน) ตัวเล็ก ไม่สมอายุ กระดูกใบหน้าผิดปกติ คือ หน้าผากใหญ่ โหนกแก้มสูง จมูกแบน เรียกว่า “Thalassemic facie” ท้องโต เพราะ ตับม้ามโต ซึ่งอาจคลำได้ก้อนแข็ง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เพราะ โลหิตจาง เป็นไข้อยู่ เพราะ ติดเชื้อง่าย กระดูกเปราะ อาจมีประวัติกระดูกหักหลายครั้ง หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะเสียชีวิตเร็ว ภายใน 10 ปีแรกของชีวิต ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ



รูปที่ 3 ภาพผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มีอาการแสดงทางคลินิกที่รุนแรง



รูปที่ 4 ภาพผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มีอาการแสดงทางคลินิกที่รุนแรง

ในประเทศไทยพบว่า มีผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดต่างๆ รวมกันสัดส่วนประมาณ ร้อยละหนึ่ง ของประชากรชาวไทย ด้วยประชากร 65 ล้านคน จะมีจำนวนผู้ป่วยธาลัสซีเมียไม่น้อยกว่า 600,000 คนทั่วประเทศไทย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคฮีโมโกลบินเอช รองลงมาคือ เบต้าธาลัสซีเมียฮีโมโกลบินอี และโรคเบต้าธาลัสซีเมียเมเจอร์ ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ประมาณการจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในประเทศไทย

ชนิด	คู่เสี่ยงในแต่ละปี	ผู้ป่วยใหม่ในแต่ละปี	ผู้ป่วยสะสม
เบต้าไมเจอร์	2,500	625	6,250
บาร์ไฮดรอป	5,000	1,250	0
เบต้า ธาลัสซีเมีย ฮีโมโกลบิน อี	13,000	3,250	97,500
ฮีโมโกลบิน เอช	28,000	7,000	420,000
จำนวนรวม	48,500	12,125	523,750

ที่มา: มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย

ตารางที่ 3 แนวทางการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย

ระดับความรุนแรง	อาการทางคลินิก	ระดับฮีโมโกลบินพื้นฐาน
รุนแรงมาก (Severe)	<ul style="list-style-type: none"> ซีดภายในอายุ 2 ปี ได้รับเลือดครั้งแรกอายุ 4 ปี น้ำหนักส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ รูปร่างเปลี่ยนแปลง ม้ามโตกว่าระดับสะดือ 	Hb \leq 7 g/dL
อาการปานกลาง (Moderate)	ซีด เหลือง ตับโต ม้ามโต แต่ไม่ถึงระดับรุนแรงมาก	Hb > 7-9 g/dL
อาการเบา (Mild)	ซีด ม้ามโตเล็กน้อย	Hb > 9 g/dL
ไม่มีอาการ (Asymptomatic)	ไม่ซีด หรือ ซีดเล็กน้อย ไม่มีอาการทางคลินิก	Normal Hb for age or low normal



หลักการรักษา

1. การดูแลรักษาสุขภาพแบบประคับประคอง (Supportive and Symptomatic Care) ให้วิตามินรวม และยาเม็ดโฟเลท
2. การรักษาด้วยการปลูกถ่ายต้นกำเนิดเม็ดเลือดแดง (Stem Cell Transplantation) ในปัจจุบันเป็นวิธีการรักษาเพียงวิธีเดียวที่ทำให้ผู้ป่วยหายขาดได้ ในประเทศไทยมีเพียง 5 สถาบัน คือ รพ.ศิริราช รพ.รามาธิบดี รพ.จุฬาลงกรณ์ รพ.พระมงกุฎเกล้า และ รพ.สงขลานครินทร์ ที่ให้การรักษาดังกล่าวได้
3. การรักษาด้วยการตัดม้าม (Splenectomy)
4. การรักษาด้วยการให้เลือด (Blood Transfusion)
5. การรักษาภาวะเหล็กเกิน (Iron Chelation Therapy) โดยให้ยาขับเหล็ก

สรุป

เนื่องจากเด็กเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า และเป็นอนาคตของชาติที่ควรได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ มีพัฒนาการที่สมดุลง ทั้งทางร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคม แต่ในขณะนี้พบว่า ในแต่ละปีจะมีเด็กเกิดใหม่ ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย ประมาณปีละ 12,125 ราย ซึ่งปัญหาดังกล่าวจะส่งผลให้เด็กไทยที่ป่วยด้วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียมีพัฒนาการที่ไม่สมวัย เกิดภาวะแทรกซ้อน และเป็นภาระของครอบครัวที่ต้องดูแล และให้การรักษาลดอายุขัย ดังนั้น การให้การรักษามาตรฐานโดยวิธีบูรณาการ ทั้งการดูแลรักษาที่จำเพาะ ได้แก่ การรักษาด้วยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด และการรักษาด้วยการให้เลือดและยาขับธาตุเหล็กที่เหมาะสม จึงเป็นแนวทางสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย และครอบครัว เพื่อสร้างทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพ อันจะยังเป็นประโยชน์ให้กับสังคม และประเทศชาติในอนาคต

บรรณานุกรม

1. วิปร วประกษิต. แนวทางในการวินิจฉัยภาวะโลหิตจางในเด็ก (Approach to Childhood Anemia). โลหิตวิทยาและเวชศาสตร์การโลหิต (Journal of Hematology and Transfusion Medicine). Vol. 24, No.4, October-December 2014.
2. วิปร วประกษิต. “ธาลัสซีเมีย”: การดูแลรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแบบบูรณาการ (Comprehensive Management for Thalassemia). โลหิตวิทยาและเวชศาสตร์การโลหิต (Journal of Hematology and Transfusion Medicine). Vol. 23, No.4, October-December 2013.

เด็กกับโรกระบบทางเดินหายใจ

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนวลจันทร์ ปราบพลา

กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบบหายใจ



ทำไมเด็กเล็กๆ จึงป่วยเป็นโรคหรือมีปัญหาทางระบบหายใจได้บ่อย

เด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี มักเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น โรคหวัด หลอดลมอักเสบ และปอดบวม ได้บ่อยกว่าเด็กโต อาจป่วยเป็นหวัด ไอ ได้บ่อยถึง 8 - 10 ครั้งต่อปี เนื่องจากทางเดินหายใจมีขนาดเล็ก ภูมิคุ้มกันของร่างกายบางส่วนยังทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ เด็กเล็กที่อยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันหรือโรงเรียนอนุบาล หรือมีเด็กอยู่รวมกันในบ้านหลายๆ คน มีโอกาสได้รับเชื้อโรคเข้าทางเดินหายใจได้ง่าย นอกจากนี้ถ้าเด็กได้รับสารก่อการระคายเคืองในทางเดินหายใจ เช่น ควันบุหรี่ ควันไฟ ตั้งแต่เล็กๆ และต่อเนื่อง จะทำให้ทางเดินหายใจมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย จึงทำให้เด็กเล็กป่วยเป็นหวัด ไอ ได้บ่อยและอาจจะรุนแรงกว่าเด็กวัยอื่น



โรคทางเดินหายใจที่พบบ่อยในเด็กมีอะไรบ้าง

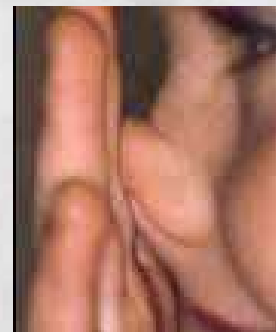
โรคหรือปัญหาทางระบบหายใจที่พบบ่อยในเด็ก ได้แก่ โรคหวัดและภาวะแทรกซ้อนของโรคหวัด ภูมิแพ้ทางเดินหายใจ และการนอนกรน

โรคหวัด เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเข้าไปในทางเดินหายใจส่วนบน ทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อบุบริเวณจมูกและคอ มีอาการน้ำมูกไหล จาม ไอ อาจมีไข้ต่ำๆ อาการจะหายได้เองภายใน 5 - 7 วัน แต่ถ้ามีอาการนานเกิน 1 - 2 สัปดาห์ หรือมีไข้สูง เจ็บคอมาก เจ็บหู น้ำมูกไหลเรื้อรัง ไอมาก หรือหายใจเร็ว หายใจหอบ ต้องได้รับการตรวจร่างกายเพิ่มเติม เพราะอาการดังกล่าวบ่งว่าน่าจะมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน หูส่วนกลางอักเสบ ไชนัสอักเสบ หลอดลมอักเสบ หลอดลมฝอยอักเสบ ปอดอักเสบ หรือปอดบวม เป็นต้น ถ้ามีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างตามหลังอาการของโรคหวัดจากไวรัสบางชนิด เช่น ไวรัสอาร์เอสวี (RSV infection) หรือติดเชื้อไมโคพลาสมา (mycoplasma infection) อาจทำให้มีภาวะหลอดลมไวเกิน (airway hyper-responsiveness) คือ มีอาการไอเรื้อรังจากการตีบแคบของหลอดลมซึ่งตอบสนองต่อขยายหลอดลม บางรายมีอาการหายใจหอบร่วมด้วย

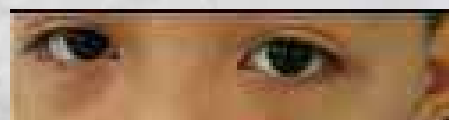


โรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจ ได้แก่ โรคที่เกิดจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ในทางเดินหายใจ เช่น โรคเยื่อบุจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ (allergic rhinitis) โรคหืด (asthma หรือ reactive airway disease) เป็นต้น เด็กที่เป็นโรคในกลุ่มนี้มักมีประวัติครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณพ่อหรือคุณแม่เป็นภูมิแพ้ด้วย

เด็กที่เป็นโรคเยื่อบุจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ จะมีน้ำมูกไหลเรื้อรัง จามบ่อยๆ คันจมูก เงามือถูจมูกบ่อยๆ (รูปที่ 1) แน่นหรือคัดจมูก ถ้ามีอาการเป็นเวลานานๆ จะมีการคั่งของหลอดเลือดทำให้เห็นรอยคล้ำบริเวณขอบตาล่างที่เรียกว่า allergic shiner (รูปที่ 2) อาจมีอาการไอจากน้ำมูกไหลลงคอ บางรายมีผื่นคันตามผิวหนัง หรืออาการคันตาร่วมด้วย อาการเหล่านี้มักลดลงหรือหายไปหลังได้รับยาต้านแอนติฮีสตามีน หรือยาสเตียรอยด์พ่นจมูก แต่อาการจะมากขึ้นเวลาได้รับสารก่อภูมิแพ้ สารก่อการระคายเคือง หรืออากาศที่เปลี่ยนแปลง ถ้าเป็นมากหรือไม่ได้รับการรักษาจะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ไชนัสอักเสบเรื้อรัง หูส่วนกลางอักเสบ ซึ่งถ้าเป็นเรื้อรังก็จะทำให้การได้ยินลดลงได้ อาจทำให้ต่อมน้ำเหลืองบริเวณทางเดินหายใจบริเวณใกล้เคียง คือ ต่อมอะดีนอยด์โต (adenoid hypertrophy) อุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนได้



รูปที่ 1 : คันจมูก เงามือถูจมูกในเด็กที่เป็น allergic rhinitis



รูปที่ 2 : allergic shiner



เด็กที่เป็นโรคหืด จะมีอาการไอมาก ไอเรื้อรัง หรือ หอบร่วมกับได้ยินเสียงหายใจดังหวีดจากการตีบแคบของ หลอดลม มักไอกลางคืนมากกว่ากลางวัน มีอาการตามหลัง การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน การออกกำลังกายมาก ๆ หรือในช่วงที่อากาศเปลี่ยนแปลง หรือได้รับสารกระตุ้น ภูมิแพ้ หรือมีอาการขึ้นมาเองจากภาวะเครียด อาการไอ หอบนี้จะดีขึ้นหลังได้รับยาขยายหลอดลม เด็กบางรายมี อาการและอาการแสดงของโรคเยื่อจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ หรือภูมิแพ้ผิวหนังร่วมด้วย และมักจะมึนประวัติภูมิแพ้ใน บิดามารดาด้วยเช่นกัน การวินิจฉัยโรคอาจจำเป็นต้อง ทำการตรวจสมรรถภาพปอดร่วมด้วย โรคหืดจัดเป็นโรค เรื้อรังของทางเดินหายใจ บางรายจำเป็นต้องได้ยาควบคุม อาการในระยะยาว เพื่อไม่ให้เป็นโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ต่อไปเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่

การนอนกรนในเด็ก เป็นภาวะที่พบมากขึ้นในปัจจุบัน เด็กที่นอนกรนจะหายใจเสียงดังขณะหลับ มักเกิดจากการ อุดกั้นของทางเดินหายใจจากกล้ามเนื้อรอบทางเดินหายใจ บริเวณคอหอยอ่อนเวลานอนหลับ ถ้าไม่มีอาการหรือความ ผิดปกติอื่นร่วมด้วย ก็เป็นการนอนกรนธรรมดา (primary snoring) ไม่เป็นอันตรายต่อเด็ก แต่ถ้ามารู้อุดกั้นทางเดิน หายใจนั้นเป็นมาก จากสาเหตุต่างๆ ที่ทำให้ช่องคอแคบ มาก เช่น ต่อมทอนซิลและต่อมอะดีโนออยด์โต ลักษณะ โครงสร้างของใบหน้าและคางที่ผิดปกติ ความผิดปกติที่มี ผลต่อการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทำให้ ทางเดินหายใจบริเวณช่องคออุดตันหรือปิดขณะหลับ มีการหยุดหายใจร่วมด้วย จัดเป็นความผิดปกติที่รุนแรง เรียกว่า obstructive sleep apnea (OSA) สาเหตุอื่นๆ

ของ OSA ในเด็ก ได้แก่ โรคอ้วน สำหรับโรคเยื่อจมูก อักเสบจากภูมิแพ้ซึ่งทำให้มีอาการแน่นคัดจมูกจะทำให้ นอนกรนได้ แต่มักไม่รุนแรงจนเกิดภาวะ OSA นอกจากนี้ มีต่อมอะดีโนออยด์โตร่วมด้วย อย่างไรก็ตามโรคเยื่อจมูก อักเสบจากภูมิแพ้ก็ทำให้อาการของ OSA เป็นมากขึ้นได้

อาการที่บ่งว่าเด็กที่นอนกรนอาจจะมีภาวะ OSA ร่วมด้วย ได้แก่

- กรนเสียงดังและกรนเป็นประจำ
- หยุดหายใจขณะหลับเป็นเวลาล้านๆ ตามด้วย เสียงหายใจเฮือก และกลับมาหายใจได้ใหม่
- นอนตื่นมาก นอนหลับในท่าทางที่ผิดปกติ นอนกระสับกระส่าย อาจมีเหงื่อออกมากขณะหลับ
- ปลุกตื่นยาก หลังตื่นนอนแล้วอยากนอนหลับ ต่อ ปวดศีรษะหลังตื่นนอน
- มีปัญหาการเรียนและพฤติกรรม อารมณ์ หงุดหงิด โมโหง่าย
- สมาธิสั้นและชนกว่าปกติ หรือหลับขณะเรียน หนังสือ
- ปัสสาวะรดที่นอน



เด็กที่มีภาวะ OSA จะมีภาวะขาดออกซิเจนใน ช่วงนอนหลับและหยุดหายใจ หรือหลับไม่สนิท ถ้าไม่ได้รับ การรักษา นอกจากจะมีอาการดังกล่าวข้างต้นแล้ว จะทำให้ มีปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น ปัญหาการ เจริญเติบโต ความดันในปอดสูง หัวใจล้มเหลว เป็นต้น

การวินิจฉัยภาวะ OSA นอกจากประวัติ และการ ตรวจร่างกายที่พบความผิดปกติที่อาจจะเป็นสาเหตุของ OSA แล้ว การตรวจการนอนหลับ (sleep test) ที่เป็น มาตรฐานคือ polysomnography (PSG) ซึ่งตรวจในช่วง กลางคืนขณะที่หลับ มีการติดอุปกรณ์บนศีรษะและลำตัว แขน ขา เพื่อติดตามดูลักษณะการนอน คลื่นสมอง การเคลื่อนไหว ของแขนขา การทำงานของหัวใจ และการหายใจในเด็กเล็ก

ที่ไม่สามารถทำ PSG ได้ อาจใช้การตรวจวัดออกซิเจนในเลือดโดยใช้อุปกรณ์ติดที่ปลายนิ้วตลอดทั้งคืน (overnight pulse oximetry) ซึ่งเป็นการตรวจอย่างคร่าวๆ ได้ การตรวจการนอนหลับนี้ช่วยในการวินิจฉัยความรุนแรงของภาวะ OSA และช่วยในการวางแผนการรักษาด้วย

เด็กที่นอนกรน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีอาการที่บ่งว่าน่าจะมีภาวะหยุดหายใจจากการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ หรือ OSA ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ เพื่อจะได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะแรกๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา

ถ้าเป็นรุนแรงก็จะทำให้เยื่อทางเดินหายใจมีการอักเสบมาก สารก่อภูมิแพ้จะผ่านเข้าไปในร่างกายนางเยื่อที่มีการอักเสบนี้ได้ง่ายขึ้น ทำให้เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ในร่างกายนางตามมาได้ เด็กที่มีภาวะภูมิแพ้ถ้าติดเชื้อทางเดินหายใจก็ยังมีอาการมากและนานกว่าเด็กทั่วๆ ไป ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เด็กมีอาการหวัดบ่อยๆ หรือป้องกันโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจ ต้องคำนึงถึงปัจจัย 3 อย่าง คือ ตัวเด็กเอง (ประวัติภูมิแพ้ในครอบครัว) การติดเชื้อ และสิ่งแวดล้อม

เด็กควรได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสม ควรได้รับนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดและต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน เนื่องจากในนมแม่มีสารภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรค และมีการศึกษาวิจัยยืนยันว่านมแม่ช่วยป้องกันทั้งการติดเชื้อทางเดินหายใจและภูมิแพ้ในเด็กได้ การให้เด็กได้รับอาหารที่มีประโยชน์ตามวัย และนอนหลับพักผ่อนได้เต็มที่ก็เป็น การช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้เด็กด้วย เด็กที่มีประวัติภูมิแพ้ในครอบครัวควรหลีกเลี่ยงการได้รับเชื้อโรคทางเดินหายใจตั้งแต่เล็กๆ โดยไม่พาไปในสถานที่แออัด ซึ่งอาจมีคนป่วยทางเดินหายใจ ให้เด็กได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ในเด็กที่โตขึ้นก็ควรให้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงไม่ติดเชื้อโรคได้ง่าย

สำหรับสิ่งแวดล้อมที่สำคัญและมีการศึกษาวิจัยที่ยืนยันว่าทำให้เด็กติดเชื้อทางเดินหายใจง่ายขึ้น และมีอาการของโรคภูมิแพ้กำเริบขึ้น คือ ควันบุหรี่ ควันไฟ ดังนั้นจึงไม่ควรมีคนสูบบุหรี่ในบ้าน และไม่ให้เด็กได้รับควันเหล่านี้ นอกจากนี้ต้องหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ และสารก่อการระคายเคือง เช่น ขนสัตว์ ฝุ่นละอองต่าง ๆ ด้วย

จะป้องกันไม่ให้เด็กเป็นหวัดบ่อย ๆ และโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจได้อย่างไร

โรคหวัด โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจในเด็ก มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน กล่าวคือ การติดเชื้อทางเดินหายใจจากไวรัสหรือเชื้อโรคบางชนิดในขณะอายุน้อยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าติดเชื้อในช่วงอายุ 1 - 2 ปีแรก จะกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ในร่างกายนางเด็กที่มีแนวโน้ม หรือมีพันธุกรรมที่จะเป็นภูมิแพ้อยู่แล้ว ทำให้มีอาการของโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจแสดงออกมา หรือมีอาการมากขึ้น นอกจากนี้การติดเชื้อทางเดินหายใจไม่ว่าจะเป็นจากเชื้อโรคชนิดใดก็ตาม



สร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาการของเด็กแรกเกิด – 5 ปี ในชุมชน

MDCHealth 



กิติมา ทรงประกอบ

พยาบาลหัวหน้าแผนกสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

เด็กเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า และเป็นอนาคตที่สำคัญของชาติ หลายประเทศล้วนมุ่งเน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งจะต้องเริ่มต้นจากเด็ก โดยเฉพาะในช่วงแรกเกิด – 5 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่เริ่มมีการพัฒนาในด้านต่างๆ อย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ จิตใจ และสังคม เด็กในวัยนี้ ถ้าได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสม มีการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน และมีการส่งเสริมพัฒนาการที่ดีในแต่ละด้าน ก็จะทำให้เด็กนั้นเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต

ซึ่งพัฒนาการเด็ก เกิดจากการเปลี่ยนแปลงหลายด้านผสมผสานกัน โดยพัฒนาการทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ จิตใจ และสังคม ล้วนมีความสำคัญและเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันหมด การเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการด้านหนึ่ง ย่อมมีผลให้พัฒนาการอีกด้านหนึ่งเปลี่ยนแปลงไปด้วย เช่น เด็กที่มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ มักเคลื่อนไหวคล่องแคล่ว สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีอารมณ์แจ่มใส รู้จักควบคุมอารมณ์ เข้ากับผู้อื่นได้ดี และมีความสนใจเรียนรู้สิ่งรอบตัว ในทางตรงกันข้ามเด็กที่มีสุขภาพไม่ดี มักประสบปัญหาด้านการเจริญเติบโตของร่างกายล่าช้า หรือหยุดชะงักชั่วคราว อารมณ์หงุดหงิดง่าย มีอาการเศร้าซึม ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ยาก และขาดสมาธิในการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ อวัยวะที่เจริญมากที่สุดคือ สมอง ฉะนั้นถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อ การเจริญเติบโตและสติปัญญา ซึ่งสามารถแก้ไขได้น้อยหรือไม่ได้เลยในระยะต่อมา



เด็กในช่วงแรกเกิด - 5 ปี เป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อมากกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากร่างกายยังไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันโรคได้ดี และภูมิคุ้มกันโรคบางอย่างไม่สามารถถ่ายทอดมาจากแม่ได้ เป็นวัยที่เริ่มมีการพัฒนาทางบุคลิกภาพที่สำคัญ อันเป็นรากฐานของบุคลิกภาพที่ดีต่อไปในอนาคต เด็กที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อพ่อแม่ ได้รับความรัก ความอบอุ่นและการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี จะทำให้เป็น

คนมองโลกในแง่ดี เป็นมิตรกับทุกคน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเตรียมความพร้อม ทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม ของเด็กวัยนี้อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เด็กจึงควรได้รับการอบรมเลี้ยงดู และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ให้มีพัฒนาการอย่างเป็นองค์รวม หมายถึง พัฒนาการร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จากพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กและผู้ที่เกี่ยวข้อง



นอกจากนี้จากการสำรวจ และศึกษาถึงสถานการณ์สุขภาพเด็กปฐมวัย (เด็กแรกเกิด - 5 ปี) ยังพบประเด็นปัญหาที่สำคัญ ดังนี้ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย คือมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยจากการคลอดก่อนกำหนด และจากปัจจัยของการตั้งครรภ์โดยสาเหตุสำคัญได้แก่ ภาวะโภชนาการของมารดา การไม่ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง มารดาใช้สารเสพติด มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น เลือดออกทางช่องคลอด ระดับความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ หรือน้ำหนักแม่เพิ่มขึ้นน้อยกว่า 10 กิโลกรัม โดยข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ค่อนข้างคงที่เป็นร้อยละ 8.5 - 8.9 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 - 2559 ที่กำหนดเป็นร้อยละ 7 การขาดสารอาหารโปรตีนและพลังงานในเด็กแรกเกิด - 5 ปี ปัญหาโภชนาการของประเทศที่กำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทย มีความสอดคล้องกัน คือ การมีภาวะโภชนาการขาดในพื้นที่ยากจน หรือท้องที่ห่างไกล และปัญหาภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในสังคมเมือง ซึ่งส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือมีปัญหทั้งสองภาวะ ที่เรียกว่า Double burden of malnutrition ปัจจุบันนี้การขาดสารอาหารลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ในขณะเดียวกัน ภาวะโภชนาการเกินกลับมีแนวโน้มสูงขึ้น และมีปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลให้ปัญหาเหล่านี้

มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้นด้วย การที่เด็กมีภาวะโภชนาการเกินและเป็นโรคอ้วน ส่งผลให้พบปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นการบั่นทอนคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ของประเทศในอนาคต

ทั้งนี้ปัญหาต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมา สอดคล้องกับปัญหาของเด็กที่มีอายุระหว่าง 0 - 5 ปี ในชุมชน ทั้ง 13 ชุมชน ที่อยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 372 คน จากการสำรวจพบว่า เด็กที่สงสัยด้านพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 2.42 หรือประมาณ 9 คน มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานพอมถึงค่อนข้างพอม จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 5.38 และมีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์มาตรฐาน ตั้งแต่ท่วมถึงอ้วน จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 5.38 และผลการสำรวจพบว่าร้อยละ 89.25 ของพ่อแม่ หรือผู้ดูแลเด็ก มีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้และการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าโรงเรียนของเด็ก ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาให้เด็กที่มีอายุระหว่าง 0 - 5 ปี ในชุมชน ได้มีพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ให้เป็นไปตามมาตรฐาน ทางแผนกสร้างเสริมสุขภาพชุมชนคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา จึงได้จัดดำเนินโครงการ “สร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาการของเด็กแรกเกิด - 5 ปี ในชุมชน” ครอบคลุมทั้ง 13 ชุมชนโดยรอบ ภายในระยะเวลา 2 ปี (ตั้งแต่ปี 2559 - 2560) เพื่อเป็นการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ เนื่องในโอกาส



มหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ 84 พรรษา วันที่ 12 สิงหาคม 2559 โดยในปี 2559 จะดำเนินโครงการในชุมชนนาร่อง จำนวน 7 ชุมชน ซึ่งมีเด็กที่มีอายุระหว่าง 0 - 5 ปี จำนวน 218 คน ได้แก่ ชุมชนหมู่บ้านพลับพลา (30 ไร่) ชุมชนคลองพลับพลา (46 ไร่) ชุมชนทรัพย์สินเก่า ชุมชนรุ่งมณีพัฒนา ชุมชนทรัพย์สินใหม่ ชุมชนบึงพระราม 9 พัฒนา และชุมชนบึงพระราม 9 บ่อ 3 และในปี 2560 จำนวน 6 ชุมชน จำนวน 154 คน ได้แก่ ชุมชนร่วมสามัคคี ชุมชนน้อมเกล้า ชุมชนเทพลีลา ชุมชนเก่าพัฒนา ชุมชนริมคลองลาดพร้าว (ประชานุกูล) และชุมชนริมคลองลาดพร้าว โดยมีการตรวจสุขภาพส่วนบุคคล และคัดกรองโรคเบื้องต้นให้กับเด็ก สำหรับเด็กที่มีปัญหาสุขภาพทางคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาจะให้ความช่วยเหลือ หรือส่งต่อเพื่อรับการรักษาตามความเหมาะสม และจัดอบรมให้ความรู้แก่บิดา มารดา ผู้ปกครอง เพื่อเพิ่มทักษะในการสังเกต ส่งเสริมพัฒนาการของเด็กสร้างความมั่นใจในการบันทึกพัฒนาการของเด็กในช่วงวัย ส่งเสริมด้านโภชนาการ ด้านการเลี้ยงดู ปัญหาด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และการติดตามเด็กให้ได้รับวัคซีนครบถ้วนตามเกณฑ์ โดยจะดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาการของเด็กแรกเกิด - 5 ปี สำหรับบิดา มารดา ผู้ปกครอง ในวันอาทิตย์ที่ 21 สิงหาคม 2559 ระหว่างเวลา 08.00 - 12.00 น. ณ คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา บริรักษ์อาคาร ห้องประชุมสัมมนา ชั้น 3 ซึ่งการจัดทำโครงการ

ในครั้งนี้ มุ่งหวังจะพัฒนาคุณภาพของบิดา มารดา ในการดูแลบุตร มุ่งหวังจะให้เด็กมีพัฒนาการที่ดี สมกับวัยที่ควรจะมีพัฒนาการให้มากที่สุด พัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านโภชนาการ ด้านการเลี้ยงดู ปัญหาด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และการติดตามเด็กให้ได้รับวัคซีนครบถ้วนตามเกณฑ์ ทั้งนี้จะต้องมีบิดา มารดา มีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการให้แก่เด็ก เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย เติบโตอย่างมีคุณภาพ มีความฉลาดทั้งด้านสติปัญญา อารมณ์ สังคม พร้อมที่จะเป็นกำลังในการพัฒนาชุมชน และประเทศชาติต่อไปในอนาคต



ภาพกิจกรรมคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

MDCHealth 



วันที่ 12 มิถุนายน 2559

กรรมการผู้อำนวยการเป็นประธาน ในพิธีเปิดการแข่งขันกีฬา “ชุมชนสัมพันธ์คัพ ครั้งที่ 5” ณ ลานกีฬา ชุมชนหมู่บ้านพลับพลา 30 ไร่

วันที่ 30 กรกฎาคม 2559

กรรมการผู้อำนวยการเป็นประธาน ในพิธีปิดการแข่งขันกีฬา “ชุมชนสัมพันธ์คัพ ครั้งที่ 5” ณ ลานกีฬา ชุมชนหมู่บ้านพลับพลา 30 ไร่



วันที่ 17 มิถุนายน 2559

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา ร่วมทำบุญบริจาค
สิ่งของถวายวัดพระบาทน้ำพุ พระอุดม
ประชาชน (ท่านเจ้าคุณอลงกต) จังหวัดลพบุรี



วันที่ 26 มิถุนายน 2559

คณะกรรมการราชวิทยาลัยอายุรแพทย์
แห่งประเทศไทย เข้าเยี่ยมชมสำรวจ
เพื่อรองรับมาตรฐาน การรักษาโดย
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม



วันที่ 4 กรกฎาคม 2559

กรรมการผู้อำนวยการร่วมงานวันคล้ายวันสถาปนากองพันทหารราบที่ 4 กรมทหารราบที่ 1 มหาดเล็กรักษาพระองค์ฯ



วันที่ 11 กรกฎาคม 2559

กรรมการผู้อำนวยการร่วมงานประเพณีหล่อเทียนพรรษา ประจำปี 2559 ของสำนักงานเขตวังทองหลาง ณ ศูนย์การค้าอิมเรียลเวิลด์ลาดพร้าว



วันที่ 29 กรกฎาคม 2559

สำนักทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ จัดโครงการสัมมนา ปันน้ำใจ สร้างสุขในสังคม ตามแนวพระราชดำริ “บวร” โดย คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาได้เข้าร่วมจัดซุ้มนิทรรศการ ตรวจสอบภาพ



ความภาคภูมิใจของคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา



- 🏆 พ.ศ.2553 - ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน (HA) ขั้นที่ 1
- 🏆 พ.ศ.2554 - ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน (HA) ขั้นที่ 2
 - ผ่านการประเมินมาตรฐานการรักษา โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- 🏆 พ.ศ.2555 - ประเมินมาตรฐานงานห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์
 - ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน (HA) ขั้นที่ 3
- 🏆 พ.ศ.2556 - ผ่านการประเมินมาตรฐานระบบคุณภาพ ISO9001:2008
- 🏆 พ.ศ.2557 - ผ่านการประเมิน Reaccreditation HA ครั้งที่1
- 🏆 พ.ศ.2558 - ประเมินมาตรฐานงานห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์
- 🏆 พ.ศ.2559 - ผ่านการประเมินมาตรฐานระบบคุณภาพ ISO9001:2008



โครงการ จัดบรรยายให้ความรู้ประชาชน ประจำปี 2559



วันที่	เวลา	เรื่อง	บรรยายโดย
26 ม.ค. 59	14.30-16.30 น.	อันตรายของยาที่ควรทราบ	นศ.นพ.ดิอนันต์ จงตระกูล
12 ก.พ. 59	15.00-16.00 น.	นอยกาน... กับโรคที่พบบ่อย	นพ. สุวิ โชติมาตรี
12 มี.ค. 59	12.00 - 13.00 น.	ทันตกรรม "อายุวัฒนะ"	นพ. วิรัช กำนันดี
31 มี.ค. 59	13.00 - 14.30 น.	ลูกชิ้นมาอยู่กับโรคผิวหนังกับคนเป็นแม่	พญ. วิญญากรีน ดันศิริ
26 เม.ย. 59	13.00-14.30 น.	โรคหลอดเลือดสมอง	นพ. ศักดิ์วิทย์ สุระจินตนากรกุล
11 พ.ค. 59	13.00 -14.30 น.	นวัตกรรมในการปลูกถ่าย	ศ.พญ. อารีรัตน์ สุทธิธาดา
17 มี.ค. 59	13.00 -14.00 น.	โรคเบาหวาน	รศ.นพ.สมชาย เกียรติคุณ
15 ก.ค. 59	13.00-14.00 น.	อิมูโนโพล	นพ. อธิวัฒน์ ภูวนิตถาวร
5 ส.ค. 59	13.00-14.00 น.	โรคภูมิคุ้มกันตนเอง (SLE)	พ.รศ.นพ. ช่างวิณี คำชู
22 ก.ย. 59	10.00-11.30 น.	โรคหลอดเลือดหัวใจ	นพ.สุระประเสริฐ สุทธาทองเกียรติ
13 ต.ค. 59	13.00 - 14.00 น.	เตือนไม่ตื่นเกี่ยวกับโรคเอดส์	น.ส.ศุภา ชาญ ธีระวงษ์ น.ส.ศุภา ชาญ ธีระวงษ์
12 พ.ย. 59	07.00-15.00 น.	วิทยาศาสตร์โลก	ผศ.ดร. ศาสตราจารย์ ดร.สุวิทย์ ฤทธิธรรม
13 ธ.ค. 59	13.00 - 15.00 น.	เกี่ยวกับโรคหัวใจ	นพ.ปารณ โสภิตา

ฟรี!!!

ณ ห้องสัมมนา ชั้น 3 อาคารบริรักษ์อาคาร
(ทางขึ้นข้างร้านอาหาร S&P)

ประชาสัมพันธ์ล่วงหน้า

ประชาชนสัมพันธ์ ชั้น 1 อาคารราชเวชชาดกา หรือ ลงเขียนหน้างาน
โทร. 02-308-7600 กด 9 ต่อ 2164-2166

www.md-center.org

ที่ประชุมวิชาการประจำปี 2559 วันที่ 26 มกราคม 2559 เวลา 14.30-16.30 น. ณ อาคารบริรักษ์อาคาร ชั้น 3

น.นพ. ศาสตราจารย์ ดร.สุวิทย์ ฤทธิธรรม
กรรมการผู้อำนวยการ
11/11/58/2559



สมัครสมาชิก
เพื่อรับนิตยสารปี 2559

ฟรี!



ชื่อ/นามสกุล _____ วัน/เดือน/ปีเกิด _____

หมายเลขบัตรประชาชน _____ การศึกษา _____

อาชีพ _____

สถานที่จัดส่ง MDC Health magazine บ้าน บริษัท

ที่อยู่ _____

โทรศัพทร์ _____ โทรสาร _____ E-mail _____

*กรุณารอรายละเอียดนำใส่ซองติดแสตมป์ส่งกลับมาตามที่อยู่นี้

แผนกสื่อสารองค์กร MDC Health magazine

บริษัท บ้านบึงเวทกิจ จำกัด (คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา)
159 ถ.ประดิษฐ์มนูธรรม เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทรศัพท์ 02-3087600, 02-1050345 กด 9 ต่อ 2391-2393
E-mail: nongnuchr@md-center.org

โครงการรถไฟฟ้าสายสีม่วง ช่วงบางใหญ่-เตาปูน เปิดให้บริการ สิงหาคม 2559



สอบถามเพิ่มเติม โทร. 0 2716 4000



การรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนแห่งประเทศไทย



รฟม. เราชกระดับชีวิตเมือง

www.mrta.co.th

รฟม. เป็นองค์กรหลักในการจัดให้มีบริการรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนที่มีประสิทธิภาพและครบวงจรเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน



เงินฝากของประชาชน ได้รับการคุ้มครอง

TRUST & CONFIDENCE

บทบาทหน้าที่ของสถาบันคุ้มครองเงินฝาก

1. รับผิดชอบในการจ่ายคืนเงินให้แก่ผู้ฝากภายในระยะเวลาและวงเงินที่กฎหมายกำหนด
ในกรณีที่สถาบันการเงินถูกเพิกถอนใบอนุญาต
2. ดูแลและบริหารเงินที่เรียกเก็บจากสถาบันการเงินที่อยู่ภายใต้กฎหมายคุ้มครองเงินฝาก
เพื่อสะสมไว้เป็นกองทุนสำหรับการจ่ายเงินคืนให้กับผู้ฝาก
3. ชำระบัญชีสถาบันการเงินที่ถูกเพิกถอนใบอนุญาต เพื่อนำเงินมาชำระคืนเจ้าหนี้ของสถาบันการเงินแห่งนั้น
ซึ่งรวมถึงผู้ฝากเงินในส่วนที่มีเงินฝากเกินวงเงินคุ้มครองด้วย



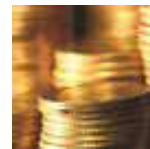
อุ่นใจ...

เงินฝากของท่านได้รับความคุ้มครอง
ทันทีเมื่อฝากเงินกับสถาบันการเงิน
ภายใต้ความคุ้มครอง



มั่นใจ...

ได้รับเงินคืนอย่างรวดเร็ว
หากสถาบันการเงินภายใต้
ความคุ้มครองถูกเพิกถอน
ใบอนุญาต



มั่นคง...

ระบบสถาบันการเงินมีความมั่นคง
จากการทำงานร่วมกับกระทรวงการคลัง
และธนาคารแห่งประเทศไทยภายใต้ ครงข่าย
ความมั่นคงทางการเงินของประเทศ

สถาบันคุ้มครองเงินฝาก

อาคารเอสจจ วัน มีสซิเนสคอมเพล็กซ์ ชั้น 25-27 เลขที่ 349 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900
โทรศัพท์ 0-2272-0300 Call center 1158 โทรสาร 0-2272-0448 www.dpa.or.th



ขอเชิญร่วมบริจาคโลหิตในโครงการ



'84 พรรษา น้อมดวงใจ บริจาคโลหิตถวายแม่ของแผ่นดิน'

เฉลิมพระเกียรติ 84 พรรษา

สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ



- ▶ วันศุกร์ที่ 23 กันยายน 2559
- ▶ วันศุกร์ที่ 23 ธันวาคม 2559

เวลา 09.00 – 15.00 น.

ณ บริเวณหน้าร้านสะดวกซื้อเซเว่น อีเลฟเว่น ชั้น 1
อาคารราชเวชชาคาร คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา


ติดต่อสอบถามและแจ้งความประสงค์

โทรศัพท์ 02-308-7600 หรือ 02-105-0345 กด 9 ต่อ 2391 - 2392

E-mail : nongnuchr@md-center.org

www.md-center.org

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา บริษัท บ้านบึงเวชกิจ จำกัด 159 ถ.ประดิษฐ์มนูธรรม เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร 10310


รศ.นพ. สาธิต โหตระภิศย์
กรรมการผู้อำนวยการ
วันที่ 12 พฤษภาคม 2559



คลินิกศูนย์พัฒนา
บริษัท บ้านบึงเวชกิจ จำกัด