

# การศึกษาระบาดวิทยาของผู้ป่วยเด็กสมองพิการ ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างปี พ.ศ.2529-2539

รัตนา รัตนธาร, พ.บ.,

อารีรัตน์ อนันต์นนท์ศักดิ์, พ.บ.,

เสก อักษรานุเคราะห์ พ.บ.,

ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

รัตนา รัตนธาร, อารีรัตน์ อนันต์นนท์ศักดิ์, เสก อักษรานุเคราะห์. การศึกษาระบาดวิทยาของผู้ป่วยเด็กสมองพิการที่  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างปี พ.ศ.2529-2539. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2542;9(2): 58-66

## บทคัดย่อ

งานวิจัยศึกษาถึงสาเหตุ ลักษณะทางคลินิกที่พบบ่อยและปัญหาที่พบในผู้ป่วยเด็กสมองพิการ 206 ราย ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่าง ปีพ.ศ.2529-2539 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ดังนี้ เพศ อายุที่มาพบแพทย์ครั้งแรก น้ำหนักแรกเกิดโดยเฉลี่ย วิธีการคลอด สาเหตุของโรค ลักษณะทางคลินิก ส่วนของร่างกายที่ผิดปกติ ชนิดของพยาธิคลินิก ตำแหน่งของพยาธิสภาพในเนื้อสมอง ความผิดปกติร่วม ปัญหาทางด้านพัฒนาการ และโปรแกรมการรักษา ผลการศึกษาพบว่าอายุโดยเฉลี่ยที่มาพบแพทย์ครั้งแรกคือ 3.24 ปี อัตราส่วนระหว่างเพศชายและหญิง 1:1.1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่คลอดโดยวิธีคลอดเองตามปกติ ทางช่องคลอดเท่ากับ 52.43% น้ำหนักแรกเกิดโดยเฉลี่ย 3000.15 กรัม สาเหตุส่วนใหญ่เกิดระหว่างคลอดถึงวัยแรกเกิด (perinatal) 45.63% รองลงมาคือ หลังวัยแรกเกิด (postnatal) 24.27% ช่วงระหว่างตั้งครรภ์ (prenatal) พบน้อยที่สุด คือ 5.83% ลักษณะทางคลินิกที่พบบ่อยคือภาวะเกร็ง (spasticity) พบ 80.58% โดยพบภาวะเกร็งและอ่อนแรงของขาทั้งสองข้างมากกว่าแขน (diplegia) มากที่สุดคือ68.98% ความผิดปกติที่พบร่วมได้แก่ ภาวะปัญญาอ่อน 50.39% ภาวะชัก 31.07% และปัญหาการพูด 17.15% โดยสรุป จากการศึกษาพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของผู้ป่วยเด็กสมองพิการคือ perinatal และ postnatal ดังนั้นควรมีนโยบายในการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลมารดาในห้องคลอดและดูแลเด็ก หลังคลอดให้ดียิ่งขึ้น

ภาวะสมองพิการ (cerebral palsy; CP) เป็นภาวะที่ทำให้เกิดความพิการทางกายที่มีสาเหตุมาจากเนื้อสมองที่มีพยาธิสภาพ โดยมีสาเหตุหลายประการแบ่งตามสาเหตุใหญ่ๆ ไว้ 3 ระยะ คือ ระยะ prenatal ระยะ perinatal และระยะ postnatal ซึ่งในปัจจุบันปัญหานี้ยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์ ทั้งในด้านการป้องกันและการรักษา ความพยายามในการลดอุบัติการณ์เพื่อให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งจะเป็นการลดภาระของผู้เลี้ยงดูและลดภาระแก่สังคม ในอดีตอุบัติการณ์ของผู้ป่วยสมองพิการนั้นยังพบได้ค่อนข้างสูงในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ.1940-1950 มีความชุกของโรค (prevalence) ประมาณ 1.6-5.8 / 1000 ของเด็กคลอดที่มีชีวิตอยู่ (live birth) หรือ 500 ราย / 100,000 รายของเด็กคลอดที่มีชีวิตอยู่ Nelson และ Ellenberg<sup>(1)</sup> ทำการศึกษาในอเมริกาพบว่าความชุกของโรค 5.2/1,000 ของเด็กคลอดที่มีชีวิตอยู่ในประเทศสวีเดน Hagberg และคณะ<sup>(2)</sup> ทำการศึกษาระบาดวิทยาของเด็กสมองพิการในช่วงปี ค.ศ. 1958-1970 พบอุบัติการณ์ของเด็กสมองพิการลดลง แต่ปี ค.ศ. 1976 อุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอีก และการศึกษาของ Stanley & คณะ<sup>(3)</sup> ใน western Australia ก็มีผลคล้ายกัน อุบัติการณ์ลดลงในปี ค.ศ. 1979 และเพิ่มขึ้นใน ค.ศ. 1982 สำหรับในประเทศไทย ผู้ป่วยเด็กสมองพิการที่ได้มาพบแพทย์ทางกุมารเวชศาสตร์และแพทย์ทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู มีเป็นจำนวนมาก แต่ผู้ทำการศึกษในเรื่องของระบาดวิทยาของผู้ป่วยเด็กสมองพิการยังมีไม่มากนัก และยังไม่เคยมีการศึกษาในรายละเอียดเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของสาเหตุในระยะต่างๆ ชนิดต่างๆ รวมถึงอาการผิดปกติที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเด็กสมองพิการที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในประเทศไทย ได้เคยมีผู้ทำการศึกษาระบาดวิทยาของโรคนี้ที่โรงพยาบาลศิริราชปีพ.ศ. 2519-2522 โดย อรรถพร โตทยานนท์และคณะ<sup>(4,5)</sup> และปี พ.ศ. 2529-2533 โดย ฉกาจ ผ่องอักษรและคณะ<sup>(6)</sup>

### วัตถุประสงค์

ต้องการศึกษาถึงสาเหตุ ลักษณะทางคลินิกที่พบบ่อยและปัญหาที่พบในผู้ป่วยเด็กสมองพิการที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาป้องกันและรักษาฟื้นฟูต่อไปในอนาคต

### วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาแบบ retrospective study ของผู้ป่วยเด็กสมองพิการ ทุกรายที่มีอายุขณะเริ่มรักษามากกว่า 2 ปี ซึ่งมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2529-2539 (ค.ศ.1986-1996) จำนวน 206 รายโดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ตรวจและบันทึกไว้โดยกุมารแพทย์และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ประชากรที่ศึกษา เลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ตามลักษณะทางคลินิกของเด็กสมองพิการ<sup>(7)</sup> คือ มีลักษณะการเคลื่อนไหวและท่าทางผิดปกติที่เกิดจากพยาธิสภาพของสมองที่ยังเติบโตไม่เต็มที่ (immature brain) โดยพยาธิสภาพนั้นมีลักษณะเป็น non-progressive lesion<sup>(8,9,10)</sup> สำหรับอายุที่ใช้เป็นเกณฑ์ การตัดสินใจในการวินิจฉัยว่าสมองยังเติบโตไม่เต็มที่นั้น Molnar ให้เกณฑ์ไว้ 3-9 ปี<sup>(8)</sup>, Braddom ให้เกณฑ์ไว้ 7 ปี<sup>(7)</sup> โดย Braddom ให้วินิจฉัยภาวะนี้ได้เมื่อเด็กมีอายุมากกว่า 2 ปี<sup>(7)</sup>

ลักษณะทางคลินิกที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ เพศ, อายุที่มาพบแพทย์, น้ำหนักแรกเกิดโดยเฉลี่ย, ลักษณะการคลออดของผู้ป่วย, สาเหตุของโรค, ลักษณะทางคลินิก ส่วนของร่างกายที่ผิดปกติ, ชนิดของพยาธิคลินิก, ตำแหน่งของพยาธิสภาพในสมอง, ระดับสติปัญญา, ความผิดปกติร่วม, ปัญหาทางด้านพัฒนาการ และการรักษา

### ผลการศึกษา

จากจำนวนผู้ป่วย 206 ราย พบว่า

1. เพศ เป็น เพศชาย 98 ราย (47.57%) เพศหญิง 108 ราย (52.43%) อัตราส่วน ชายต่อหญิง เป็น 1:1.1
2. อายุที่มาพบแพทย์ โดยเฉลี่ย 3.24 ปี (ชาย 3.41 ปี, หญิง 3.07 ปี)
3. น้ำหนักแรกเกิด โดยเฉลี่ย 3000.15 กรัม (ชาย 3100 กรัม, หญิง 2900.3 กรัม) พบว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วยมีน้ำหนักอยู่ในช่วง 2500-3500 กรัม (ดังตารางที่ 1)
4. วิธีการคลออด พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยเด็กสมองพิการ คลออดโดยวิธีปกติซึ่งมีจำนวน 108 ราย (52.43%) รองลงมาคือ การผ่าตัดดอกทางหน้าท้อง 64 ราย (31.33%) มีการช่วยคลออดด้วยคีมและใช้เครื่องดูดสุญญากาศจำนวนไม่มากนักคือ 4.73% และ 3.81% ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

น้ำหนักแรกเกิด(กรัม)	ชาย(คน)	หญิง(คน)	รวม (คน)
1000-1499	5	11	16
1500-1999	0	5	5
2000-2499	11	18	29
2500-2999	25	35	60
3000-3499	30	30	60
3500-3999	25	5	30
4000-4499	2	4	6
รวม	98	108	206

ตารางที่ 1 แสดงความถี่ของน้ำหนักแรกเกิดของผู้ป่วย

วิธีการคลอด	ชาย(คน)	หญิง(คน)	รวม(คน)
คลอดปกติ	52(53.06%)	56(51.85%)	108(52.43%)
ผ่าท้อง	36(36.73%)	28(25.92%)	64(31.33%)
คีม	2(2.04%)	8(7.41%)	10(4.73%)
เครื่องดูดสุญญากาศ	2(2.04%)	6(5.56%)	8(3.81%)
ไม่มีบันทึก	6(6.13%)	10(9.26%)	16(7.7%)
รวม	98(100%)	108(100%)	206(100%)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่คลอดโดยวิธีต่างๆ

5. แบ่งตามสาเหตุการเกิดโรค

พบว่า ถ้าแบ่งตามสาเหตุของโรค สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคสมองพิการ เป็นอันดับหนึ่งคือ perinatal cause 45.63% รองลงมาคือ postnatal cause 24.27% (ดังตารางที่ 3)

6. ลักษณะทางคลินิก

พบว่าเป็น spastic มากที่สุด คือ 80.58% รองลงมาคือ flaccid 8.25% mixed type 7.77% ataxia 2.43% dystonia 0.97% ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4)

7. แบ่งตามส่วนของร่างกายที่ผิดปกติ

จากจำนวนผู้ป่วยที่เป็น spastic 166 ราย (ชาย 82 ราย, หญิง 84 ราย) พบว่าเป็น spastic diplegia มากที่สุดคือ 68.68% รองลงมาเป็น hemiplegia 18.67%, paraplegia 9.03% และ quadriplegia 3.62% ตามลำดับ(ดังตารางที่ 5)

8. ชนิดของพยาธิคลินิก

พบว่าเป็นชนิด hypoxic ischemic มากที่สุดคือ 52.43% รองลงมาคือ bilirubin intoxication 10.68% (ดังตารางที่ 6)

9. ตำแหน่งพยาธิสภาพในสมอง

พบว่าพยาธิสภาพอยู่ที่ pyramidal tract มากที่สุด คือ 96.6% (ดังตารางที่ 7)

10. ระดับสติปัญญา

พบว่าสติปัญญาปกติมีมากที่สุด คือ 44.27% รองลงมาคือ mild mental retard (mild MR) 41.75% (ดังตารางที่ 8)

11. ความผิดปกติที่พบร่วม

พบมีปัญหาชัก (seizure) มากที่สุด คือ 33.01% รองลงมาคือ visual abnormality 18.45% และ speech disorder 17.15% ตามลำดับ (ดังตารางที่ 9)

สาเหตุการเกิดโรค	ชาย(คน)	หญิง(คน)	รวม(คน)
Prenatal	4(4.08%)	8(7.41%)	12(5.83%)
Perinatal	48(48.98%)	46(42.59%)	94(45.63%)
Postnatal	20(20.41%)	30(27.78%)	50(24.27%)
Perinatal&Postnatal	6(6.12%)	2(1.85%)	8(3.88%)
Prenatal&Perinatal	4(4.08%)	4(3.7%)	8(3.88%)
Unknown	16(16.33%)	18(16.67%)	34(16.6%)
รวม	98(100%)	108(100%)	206(100%)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามสาเหตุของโรค

ลักษณะทางคลินิก	ชาย(คน)	หญิง(คน)	รวม(คน)
Spastic	82(83.67%)	84(77.73%)	166(80.58%)
Flaccid	7(7.15%)	10(9.26%)	17(8.25%)
Dystonia	1(1.02%)	1(0.93%)	2(0.97%)
Ataxia	2(2.04%)	3(2.77%)	5(2.43%)
Mixed	6(6.12%)	10(9.26%)	16(7.77%)
รวม	98(100%)	108(100%)	206(100%)

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามลักษณะทางคลินิก

Spastic	ชาย(คน)	หญิง(คน)	รวม(คน)
-Diplegia	60(73.17%)	54(64.28%)	114(68.68%)
-Hemiplegia	15(18.30%)	16(19.05%)	31(18.67%)
-Quadriplegia	2(2.43%)	4(4.76%)	6(3.62%)
-Paraplegia	5(6.10%)	10(11.91%)	15(9.03%)
รวม	82(100%)	84(100%)	166(100%)

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนผู้ป่วยชนิด spastic แบ่งตามส่วนของร่างกายที่ผิดปกติ

ลักษณะทางพยาธิคลินิก	ชาย(คน)	หญิง(คน)	รวม(คน)
Hypoxic ischemic	54(55.1%)	54(50%)	108(52.43%)
Intracerebral hemorrhage	6(6.12%)	6(5.55%)	12(5.82%)
Bilirubin intoxication	10(10%)	12(11.11%)	22(10.68%)
Hypoxic ischemic&bilirubin intoxication	4(4.05%)	6(5.55%)	10(4.85%)
Intracerebral hemorrhage&bilirubin intoxication	3(3.06%)	6(5.55%)	9(4.37%)
Unknown	21(21.42%)	24(22.24)	43(20.87)
รวม	98(100%)	108(100%)	206(100%)

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนผู้ป่วยแยกตามชนิดของพยาธิคลินิก

ตำแหน่ง	ชาย(คน)	หญิง(คน)	รวม(คน)
Pyramidal tract	95(96.94%)	104(96.3%)	199(96.6%)
Extrapyramidal tract	1(1.02%)	1(0.99%)	2 (0.97%)
Cerebellar tract	2(2.04%)	3(2.77)	5(2.43%)
รวม	98(100%)	108(100%)	206(100%)

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนผู้ป่วยแยกตามตำแหน่งพยาธิสภาพในสมอง

ระดับสติปัญญา	ชาย(คน)	หญิง(คน)	รวม(คน)
Normal	44(44.9%)	47(43.52%)	91(44.27%)
Mild MR	42(42.86%)	44(40.74%)	86(41.75%)
Moderate MR	4(4.08%)	7(6.48%)	11(5.34%)
Severe MR	4(3.06%)	4(3.7%)	7(3.3%)
No record	5(5.1%)	6(5.56%)	11(5.34%)
รวม	98(100%)	108(100%)	206(100%)

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนผู้ป่วยแยกตามระดับสติปัญญา

12. ปัญหาทางด้านพัฒนาการ พบว่ามีพัฒนาการช้ามากที่สุด คือ 92.23% (ดังตารางที่ 10)

13. การรักษา พบว่าส่วนใหญ่ให้โปรแกรมผู้ป่วยกลับไปทำที่บ้าน 92.3% (ดังตารางที่ 11)

### บทวิจารณ์

จากผลการศึกษารวบรวมข้อมูลในครั้งนี้นำไปศึกษาเปรียบเทียบกับผลการศึกษาที่ได้ทำมาก่อนหน้านี้ทั้งในประเทศและต่างประเทศ<sup>(8,9,10)</sup>

ในเรื่องของอัตราส่วนของเพศชายและหญิงในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีอัตราส่วน ชาย:หญิง เท่ากับ 1:1.1 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกันกับในการศึกษาอื่นๆ

อายุเริ่มแรกที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์มีค่าเฉลี่ยคือประมาณ 3 ปีซึ่งจัดได้ว่าเป็นอายุที่มาก แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองของเด็กสามารถเห็นความผิดปกติซ้ำหรืออาจเนื่องมาจากไม่ได้รับการวินิจฉัยโดยกุมารแพทย์ ซึ่งการวินิจฉัยโดยเร็วนั้นเป็นประโยชน์ต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองในแง่การกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง และเด็กที่ยังนั่งไม่ได้เมื่ออายุมากกว่า 2 ปี โอกาสที่จะเดินได้จะน้อย รวมถึง

ในแง่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา ถ้าไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่อายุยังน้อย เช่น hip flexion, knee flexion contracture, equinovarus foot<sup>(8)</sup>

ด้านน้ำหนักแรกเกิดนั้น จากผลของการศึกษาในครั้งนี้พบน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 3000.15 กรัม มีค่าเฉลี่ยพอกันทั้งในผู้ป่วยเพศหญิงและชายและพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีน้ำหนักอยู่ใน ช่วง 2500-3500 กรัม ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับจากการศึกษาที่ได้เคยเก็บรวบรวมข้อมูลในอดีตจะพบว่า ในเด็กที่น้ำหนักตัวน้อย จะมีอัตราการเกิดโรตสมองพิการได้มากกว่า Cellenberg and Nelson<sup>(11)</sup> พบว่า ถ้าน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1500 กรัม จะทำให้อัตราการเกิดเด็กสมองพิการ ได้เพิ่มขึ้นถึง 20 เท่า และผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวน้อยเมื่อเทียบกับเด็กปกติที่มีอายุครรภ์พอกัน แสดงว่ามี intrauterine growth retardation จะมีโอกาสเกิดภาวะสมองพิการมาก แต่ในการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลของอายุครรภ์ได้เนื่องจากไม่ได้ฝากครรภ์กับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดังนั้นจึงไม่มีรายงานเรื่องอายุครรภ์

น้ำหนักแรกเกิดที่ทำการศึกษาในครั้งนี้จัดได้ว่าค่อนข้างอยู่ในมาตรฐานของเด็กแรกเกิดของไทย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าในเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดปกติ ก็ยังพบการ

ความผิดปกติที่พบร่วม	ไม่พบ	พบ
- seizure	138(66.99%)	68(33.01%)
- visual abnormality	168(81.55%)	38(18.45%)
- speech disorder	171(82.85%)	35(17.15%)
- auditory	196(95.15%)	10(4.85%)

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนผู้ป่วยแยกตามความผิดปกติที่พบร่วม

พัฒนาการ	ชาย	หญิง	รวม
ช้า	88(89.8%)	102(94.45%)	190(92.23%)
ปกติ	6(6.12%)	4(3.70%)	10(4.86%)
ไม่ได้บันทึกไว้	4(4.08%)	2(1.85%)	6(2.91%)
รวม	98(100%)	108(100%)	206(100%)

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนผู้ป่วยแยกตามพัฒนาการ

การรักษา	จำนวน(%)
Home Program	190(92.3%)
Admit for Rehabilitation Program	16(7.77%)
รวม	206

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนผู้ป่วยแยกตามการรักษา

เกิดภาวะสมองพิการได้มากพอควร ทั้งนี้อาจแสดงให้เห็นได้ว่าช่วงที่เด็กอยู่ในครรภ์ เด็กยังคงปกติ แต่อาจเกิดพยาธิสภาพต่อสมองของเด็กในเวลาหลังจากนั้น ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า perinatal & postnatal cause มากกว่า prenatal cause "

ลักษณะการคลอดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประมาณครึ่งหนึ่งคลอดทางช่องคลอดด้วยวิธีธรรมชาติ รองลงมาคือคลอดโดยผ่าตัดออกทางหน้าท้อง ส่วนการคลอดโดยใช้คีมช่วยคลอดและเครื่องดูดสุญญากาศพบในเปอร์เซ็นต์พอๆ กัน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคที่อยู่ในช่วง perinatal พบมากที่สุด รองลงมาคือ postnatal และ prenatal แต่มีผู้ป่วยบางคนมีประวัติความเสี่ยงในทั้ง 2 ระยะ ซึ่งไม่สามารถแยกสาเหตุได้แน่นอน ส่วนใหญ่มีพยาธิคลินิกจาก anoxia มากที่สุด และมีสาเหตุที่เกิดในช่วงระหว่างการคลอดถึงช่วงระยะแรกหลังเกิด และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาเรื่องสาเหตุการเกิดโรคสมองพิการในอดีต ทั้งในประเทศ<sup>(4,5,6)</sup> และต่างประเทศ<sup>(8,9,10)</sup> ก็พบว่าสาเหตุเป็น

perinatal มากที่สุด เช่นกัน และสำหรับภาวะ bilirubin intoxication ถ้านำไปเปรียบเทียบกับเปอร์เซ็นต์ที่ทำการศึกษาในอดีต จะพบได้ว่ามีเปอร์เซ็นต์ที่ลดลงอย่างชัดเจน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการแพทย์ที่มีการพัฒนาการก้าวหน้ามากขึ้น สามารถเจาะเลือดให้การวินิจฉัยในทารกได้รวดเร็วและเป็นภาวะที่สามารถให้การรักษาได้รวมถึงในปัจจุบันมีการดูแลระหว่างคลอดที่ดีขึ้น

ภาวะสมองพิการที่ตรวจพบชนิด spastic มากที่สุด ซึ่งเมื่อนำไปเปรียบเทียบกับการศึกษาในอดีต ก็พบเป็นเปอร์เซ็นต์ค่อนข้างสูงเช่นเดียวกันคือมากกว่า 80 เปอร์เซ็นต์และพบเป็น spastic diplegia มากที่สุด รองลงมาเป็น spastic hemiplegia, paraplegia และ quadriplegia ตามลำดับซึ่งใน spastic diplegia และ hemiplegia มีการพยากรณ์โรคในเรื่องของการฝึกและเรื่องของการเดินดีกว่า ชนิด spastic paraplegia และ quadriplegia มาก การศึกษาครั้งนี้พบเปอร์เซ็นต์ของภาวะสมองพิการแบบ spastic diplegia และ hemiplegia สูงกว่าชนิดอื่นๆ

การให้การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูนั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยถึงจุดมุ่งหมายสูงสุดของการฝึก เช่นในเรื่องของ การประกอบกิจวัตรประจำวัน และการเคลื่อนย้ายตัว ส่วนลักษณะทางคลินิกแบบรวม ซึ่งประกอบด้วย spastic ร่วมกับ dystonia หรือ ataxia หรือแบบ dystonia หรือ ataxia ก็พบได้ แต่เป็นเปอร์เซ็นต์ที่ไม่มากนัก และจากลักษณะทางคลินิก ก็พอจะบอกถึงตำแหน่งพยาธิสภาพในสมองได้บ้างซึ่งก็พบว่ามีแนวโน้มไปในทางเดียวกันคือพบ pyramidal type มากที่สุด ทั้งนี้ในประเทศไทยเราไม่สามารถทำการวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองได้ในผู้ป่วยทุกราย

ความผิดปกติที่พบรวมได้คือภาวะปัญญาอ่อน ซึ่งพบความรุนแรงไม่เท่ากันในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งส่วนใหญ่พบเป็นภาวะปัญญาอ่อนระดับรุนแรงน้อย (41.75%) และพบระดับปัญญาปกติ 44.27% ภาวะปัญญาอ่อนระดับปานกลาง 5.34% ภาวะปัญญาอ่อนรุนแรงซึ่งยากแก่การเรียนรู้ 3.3% ซึ่งในกลุ่มหลังเป็นผู้ป่วยเด็กสมองพิการ กลุ่ม spastic quadriplegia เป็นส่วนมาก ซึ่งโดยรวมแล้วพบภาวะปัญญาอ่อนในทุกระดับความรุนแรง ประมาณ 50.39% คือประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มนี้ Blarrel และ Stanley FJ<sup>(11)</sup> เคยทำการศึกษาไว้และพบว่าอุบัติการณ์ของ ภาวะปัญญาอ่อนในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบได้ประมาณ 50 % และคิดเป็น 10 % ของผู้ป่วยที่มี ภาวะปัญญาอ่อนทั้งหมด<sup>(11,12)</sup> ซึ่งองค์ประกอบที่พบร่วมดังกล่าวนี้ มีผลต่อการวางแผนการรักษาและสามารถบอกผลของการให้โปรแกรมการฟื้นฟูทางด้านร่างกาย สติปัญญาและการพัฒนาการ ส่วนภาวะผิดปกติร่วมอื่นๆ เช่น ภาวะชัก พบได้ถึง 33.01% Denhoff และ Robinault ปี 1960<sup>(13)</sup> รายงานไว้ว่า ผู้ป่วยเด็กสมองพิการ มีโอกาสเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะชักซึ่งพบได้ประมาณ 50% ในเด็กสมองพิการ แบบชนิด prenatal cause และรายงานไว้ว่าใน ลักษณะทางคลินิกชนิด postnatal acquired hemiparesis พบภาวะชักถึง 70% และมากกว่า 50% ใน spastic quadriparesis และพบเป็นเปอร์เซ็นต์น้อยใน spastic diplegia และ spastic dyskinetic ซึ่งพบเพียง 1/4-1/3 ของผู้ป่วย เท่านั้น Adamosh, Christos และ Sotiris ปี 1997 ได้รายงานพบว่าพบภาวะชักในผู้ป่วยเด็กสมองพิการ ประมาณ 48.1% ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเป็น spastic tetraplegia และ hemiplegia แต่สำหรับในการ

ศึกษาครั้งนี้พบเพียงประมาณ 33.01% หรือประมาณ 1/3 ซึ่งน้อยกว่าที่ได้เคยมีรายงานมา ส่วนความผิดปกติของตาจากการศึกษาครั้งนี้พบ 18.45% ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็น esotropia และในผู้ป่วยสมองพิการ สามารถพบความผิดปกติของการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อตา ได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีความพิการจากโรคอื่นๆ ซึ่ง Gilson และ คณะ<sup>(15)</sup> ได้เคยรายงานไว้พบว่าพบความผิดปกติทางตาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้และพบภาวะตาเหล่ (strabismus) ได้มากที่สุด ถึง 20-60 เปอร์เซ็นต์ ในการศึกษาครั้งนี้พบความผิดปกติของการพูดและการฟัง 17.15% และ 4.85% ตามลำดับ

ในด้านพัฒนาการพบว่า มีพัฒนาการช้าถึง 92.23% ซึ่งเป็นเปอร์เซ็นต์ที่ค่อนข้างมากและเป็นเรื่องสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ที่ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ ทั้งจากแพทย์ ผู้ปกครอง และครูฝึกพัฒนาการอย่างมาก ส่วนในแง่ของการรักษาในผู้ป่วยเด็กที่มาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์นั้นพบว่าได้รับการรักษาโดยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ และนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ให้แก่ผู้ปกครองไปดูแลเองที่บ้านเป็นส่วนใหญ่และในบางรายรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูซึ่งคิดเป็นเปอร์เซ็นต์น้อยกว่า ในกรณีหลังมักเป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมากสามารถฝึกฝนได้ แต่ยากแก่การแนะนำพ่อแม่ในการให้การดูแลรักษาในระยะเริ่มต้น

## สรุป

สำหรับผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าสามารถพบผู้ป่วยเด็กสมองพิการได้หลายชนิดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และมีแนวโน้มไม่ต่างจากการศึกษาในอดีตมากนัก พบความผิดปกติร่วมซึ่งมีผลต่อพัฒนาการของเด็กได้ค่อนข้างมาก รวมทั้งมีผลต่อการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู การที่ยังคงพบความรุนแรงของภาวะสมองพิการอยู่มาก และสาเหตุส่วนใหญ่คือ perinatal และ postnatal พอจะเป็นแนวทางได้ว่า ควรมีนโยบายเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลมารดาในห้องคลอดและดูแลเด็กหลังคลอด และการวินิจฉัยโรคนี้ยังล่าช้าอยู่ จึงควรมีการแนะนำบิดามารดาหลังคลอดให้รู้จักการสังเกตพัฒนาการและการเคลื่อนไหวของเด็ก และรีบปรึกษาแพทย์เมื่อเห็นความผิดปกติ

เอกสารอ้างอิง

1. Nelson KB, Ellenberg JH. Antecedents of cerebral palsy . Multivariate analysis of risk. N Engl J Med 1986;315(2) : 81-6
2. Hagberg B, Hagberg, Olow I. The changing panorama of cerebral palsy in Sweden. Epidemiologic trends 1959-1978. Acta Paediatr Scand. 1984;73 : 433-40
3. Stanley FJ, Watson L. Methodology of a cerebral palsy register. The Western Australian experience. Neuroepidemiol 1985;4 :146-60
4. อรฉัตร โตษยานนท์. Cerebral palsy. การประชุมฟื้นฟูวิชาการครั้งที่ 23 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล 2524; 8: 2
5. อรฉัตร โตษยานนท์. Symposium on "New Insights into cerebral palsy" จุลสารเวชศาสตร์ฟื้นฟู 2531 ; 4(2) : 2-7
6. Pongurgsorn C, Tosayanonda O. Clinical study in cerebral palsy. J Thai Rehabil 1992; 2(1) : 14-9
7. Yarkony GM, Chen D. Rehabilitation of children and adults with cerebral palsy. In: Braddom RL, ed. Physical medicine & rehabilitation. Philadelphia: WB Saunders, 1996 : 1113-32
8. Molnar GE. Pediatric rehabilitation. 2<sup>nd</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1992 : 481-524
9. Bax MCO. Terminology and clarification of cerebral palsy. Dev Med Child Neurol 1987; 29:689-92
10. Ingram TTS : A historical review of the definition and classification of the cerebral palsy. In: Stanley F, Alberman E, eds : The epidemiology of the cerebral palsies clinics in developmental medicine. Philadelphia : JB Lippincott, 1984:230-2
11. Blair E, Stanley FJ .Minor morphogenetic anomalies in cerebral palsy. J Pediatr 1988; 113:955
12. Bjure J, Berg K. Dynamic and static lung volumes of school children with cerebral palsy. Acta Paediatr Scand 1970 ; 204 :35
13. Denhoff E, Robinault IP. Cerebral palsy and related disorders. New York: McGraw-Hill, 1960
14. Adamos H, Christos H, Sotiris Y. Epilepsy in patients with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol 1997; 39 : 659-66
15. Gibson NA, Fielder AR Ophthalmic findings in infants of very low birthweight. Dev Med Child Neurol 1990; 32 :7-1



# Epidemiology of Cerebral Palsy at Chulalongkorn Hospital during 1986-1996

Rattana Rattanatharn MD.

Areerat Anannontsak A, MD.

Sek Aksaranugraha S,MD.

*Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.*

Rattanatharn R, Anannontsak A, Aksaranugraha S. Epidemiology of cerebral palsy at Chulalongkorn Hospital During 1986-1996. J Thai Rehabil. 1999;9(2): 58-66

## Abstract

To study the clinical manifestation of 206 cerebral palsy patients recorded at Chulalongkorn hospital at first visit during 1986-1996. A retrospective study in sex, age at first visit, types of delivery, birth weight, clinical types, parts of body involvement, associated abnormality findings, developmental problems, treatment programs, were included in data. Mean age at first visit was 3.24 years old. Male:female ratio was 1:1.1. Most were delivered by normal labor 52.43%. The mean birth weight was 3000.15 grams. The causes were perinatal 45.63%, postnatal 24.27% and prenatal 5.83%. The most common clinical type was spastic 80.58% and the most common involvement of body part was diplegia 68.98%. The common associated abnormality problems were mental retardation 50.39%, seizure 31.07% and speech disorder 17.15%. **Conclusion:** Since perinatal and postnatal factors were the main etiologies of cerebral palsy, the better obstetrical care in labour room and the better neonatal care were necessary for the prevention of this disease. We should also teach the parents about normal child development and tell them to consult the doctors as soon as they see abnormal babies for early diagnosis of cerebral palsy.