

เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2559; 26(1): 31-38
J Thai Rehabil Med 2016; 26(1): 31-38
DOI: 10.14456/jtm.2016.7

การศึกษาระบาดวิทยาในผู้ป่วยเด็ก ที่มารับการรักษาที่ภาควิชา เวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

พรชัย งามธนวัฒน์ และ ศรีนวล ชวศิริ
ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ABSTRACT

Epidemiology of Pediatric Patients at Department of Rehabilitation Medicine, Siriraj Hospital

Ngamthanawat P and Chavasiri S

Department of Rehabilitation Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University

Objectives: To study the epidemiology of new pediatric patients of the year 2001 at Department of Rehabilitation Medicine, Siriraj Hospital.

Study design: Descriptive study

Setting: Siriraj Hospital

Subjects: New pediatric outpatients attending the rehabilitation out-patient clinic for the first time in 2001.

Methods: Retrospective study of new pediatric patients from outpatient clinic record of Department of Rehabilitation Medicine, Siriraj Hospital between January 1st to December 31st, 2011

Results: There were 443 new patients, 54.9% were males and 49.4% aged between 0-4 years old. The most common problem was neurological disorder (25.8%) with mainly cerebral palsy (CP) followed by congenital anomalies or genetic diseases (23.7%) and musculoskeletal disorders (23.7%). Among CP patients, spastic quadriplegia was the most common type and contracture was the main complication (64.7%). Scoliosis was the most commonly found between 10-14 years old. Most traumatic patients suffered from burns (45.4%) and 50% developed contractures. Only 5.6% of pediatric patients were received IQ evaluation. History of education and caregiver were recorded less than 20%.

Conclusion: The survey of new patients attending the pediatric rehabilitation outpatients at Siriraj Hospital in the year 2011 found that the most common age group was 0-4 years old and the most common problems of neurological condition followed by congenital anomalies and genetic diseases and musculoskeletal problems. Joint contractures are the most common complications.

Correspondence to: Asso. Prof. Srinual Chavasiri, Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. E-mail: siccv@mahidol.ac.th

Keywords: epidemiology, pediatric rehabilitation, cerebral palsy

J Thai Rehabil Med 2016; 26(1): 31-38

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาระบาดวิทยาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็ก ที่มารับการรักษาครั้งแรกที่แผนกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อเป็นข้อมูลนำไปสู่การพัฒนาการให้บริการ, การเรียนการสอน และงานวิจัย

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาเชิงพรรณนา

สถานที่ทำการวิจัย: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

กลุ่มประชากร: ผู้ป่วยเด็กอายุไม่เกิน 14 ปี ที่มารับการรักษาครั้งแรกที่แผนกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชในปี พ.ศ. 2554

วิธีการศึกษา: สืบค้นข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลังของผู้ป่วยใหม่ทั้งหมดที่มารับการรักษาครั้งแรกที่แผนกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฟื้นฟู

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยทั้งหมด 443 ราย ร้อยละ 54.9 เป็นชาย ร้อยละ 49.4 อยู่ในช่วงอายุ 0-4 ปี ปัญหาหลักที่นำผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาอันดับแรก ได้แก่ ภาวะผิดปกติในระบบประสาท (ร้อยละ 25.8) ส่วนใหญ่เป็นสมองพิการพหุชนิด spastic quadriplegia มากที่สุด โดยข้อต่อยึดติดเป็นปัญหาแทรกซ้อนถึง ร้อยละ 64.7 สองอันดับต่อมาได้แก่ ความผิดปกติแต่กำเนิดทางโครงสร้างและพันธุกรรมพบร้อยละ 23.7 และปัญหาทางกระดูกข้อและกล้ามเนื้อพบร้อยละ 23.7 เช่นกัน ร้อยละ 33.8 ของความผิดปกติแต่กำเนิดทางโครงสร้างและพันธุกรรมมีปากแหว่งเพดานโหว่ ร้อยละ 30.5 ของปัญหาทางกระดูกข้อและกล้ามเนื้อมีหลังคด รองมาคือคอเอียง พบร้อยละ 15.2 ส่วนกลุ่มบาดเจ็บมีสาเหตุจากไฟไหม้มากที่สุด (ร้อยละ 45.5) และร้อยละ 50 มีแผลเป็นที่ทำให้เกิดข้อยึดติด ส่วนเด็กที่ได้รับการส่งตรวจหาควาปัญญาพบเพียงร้อยละ 5.6 และมีการบันทึกประวัติการศึกษาและผู้ดูแลน้อยกว่า 20%

สรุป: ผู้ป่วยเด็กที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราช ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 0-4 ปี และมาด้วยภาวะผิดปกติในระบบประสาทมากที่สุด ตามด้วย

ความผิดปกติแต่กำเนิดทางโครงสร้างและพันธุกรรม และภาวะทางกระดูกข้อและกล้ามเนื้อ ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดคือข้อต่อยึดติด

คำสำคัญ: ระบาดวิทยา, เวชศาสตร์ฟื้นฟูเด็ก, สมองพิการ

เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2559; 26(1): 31-38

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีการพัฒนาเพิ่มขึ้นในทุกด้านอย่างรวดเร็วเนื่องจากการขยายตัวทาง เศรษฐกิจ สังคม และวิชาการ วิทยาการทางการแพทย์ก็เช่นกันมีการพัฒนาอย่างเด่นชัด ทั้ง วิชาการ เทคโนโลยี งานวิจัย ตลอดจนงานบริหาร และยังคงต้องการขยายตัวด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง การตระหนักถึงปัญหาและข้อมูลพื้นฐานเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการวางแผนพัฒนา หรือการต่อยอดสู่ด้านต่าง ๆ

ในปี พ.ศ. 2551 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้ประกาศอนุมัติการจัดตั้งสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูเด็กเป็นแห่งแรกในประเทศไทย และปัจจุบันมีหน่วยดูแลปัญหาเฉพาะทาง 4 หน่วย⁽¹⁾ สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูเด็กนอกจากมีหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยเด็กพิการซึ่งมักถูกส่งมาปรึกษาเมื่อมีปัญหารุนแรงซับซ้อนยังเป็นสถาบันอบรมนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และบุคลากรทางการแพทย์ต่าง ๆ จึงมีการวางแผนพัฒนาการให้บริการต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง การทราบปัญหา ลำดับความสำคัญของปัญหา จะทำให้การดำเนินการพัฒนาต่าง ๆ ทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลพื้นฐานทางระบาดวิทยาเป็นจุดเริ่มต้นทำให้ทราบถึงปัจจัยเกี่ยวข้อง ความชุกของปัญหาต่าง ๆ และอุปสรรค เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไข การลำดับความสำคัญของปัญหายังมีผลต่อการวางแผนวิจัย หรือการลงทุนตามประเด็นความสำคัญ

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมีจำนวนผู้ป่วยมากและมีความหลากหลายของข้อมูลที่ศึกษา จึงมีความเพียงพอที่จะใช้เป็นแนวทางอ้างอิง หรือกระตุ้นให้ตระหนักถึงปัญหาที่อาจถูกละเลย ผู้ศึกษาจึงต้องการศึกษาข้อมูลระบาดวิทยาของผู้ป่วยเด็ก ตั้งแต่เริ่มมารับการรักษาครั้งแรกที่ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การพัฒนาการปฏิบัติการเชิงรุก การวางแผนพัฒนาต่าง ๆ ด้านการฟื้นฟูผู้ป่วยเด็ก โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาระบาดวิทยาด้านความชุก ลักษณะ สาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์รองคือการศึกษาสำรวจปัญหาข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนงานวิจัยและพัฒนาต่อไป

วิธีการศึกษา

กลุ่มประชากร

ผู้ป่วยเด็กที่มี อายุ 0 - 14 ปี ที่มารับการรักษาครั้งแรกในปี พ.ศ. 2554 ที่แผนกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฟื้นฟูคณะแพทยศาสตร์ศิริราช

ขั้นตอนการวิจัย

- ทบทวนในเวชระเบียนของผู้ป่วยจากฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ นำข้อมูลรายชื่อมาเรียงลำดับตามวันเวลาที่มาพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฟื้นฟู เรียงจากเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคมปี พ.ศ. 2554 หากมีรายชื่อซ้ำ เก็บเป็นรายชื่อเดียวและเก็บเฉพาะผู้ป่วยที่พบเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ.2554
- ดำเนินการรวบรวมเวชระเบียน บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนในแบบบันทึกการเก็บข้อมูล ดังนี้คือ ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลการมาพบแพทย์ ข้อมูลประวัติ ปัญหาการวินิจฉัยและลักษณะภาวะทางโภชนาการ ความสามารถด้านเชาวน์ปัญญาและพฤติกรรม ปัญหาทางสายตาและการได้ยิน ปัญหาการดูดกลืน และการสื่อสาร ภาวะทางอายุรกรรม ภาวะทางกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ ประวัติการศึกษาของผู้ป่วยและผู้ดูแล และการดูแลรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู
- แยกปัญหาหลักและการวินิจฉัยตามกลุ่มของภาวะโรค ดังนี้
 1. ภาวะผิดปกติในระบบประสาท
 2. ความผิดปกติแต่กำเนิดทางโครงสร้างและพันธุกรรม
 3. ภาวะทางกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ
 4. ภาวะจากการได้รับบาดเจ็บ
 5. การเจ็บป่วยทางอายุรกรรม
 6. ปัญหาพัฒนาการช้า
 7. ปัญหาการพูดและภาษา
 8. ปัญหาการเรียนรู้และพฤติกรรม
 9. ปัญหาการดูดกลืน
 10. กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงช่วงปริกำเนิด
 12. โรคหรือภาวะอื่น ๆ

หมายเหตุ การศึกษานี้มิได้อิงการแบ่งโรคตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) หรือ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) เนื่องจากความจำกัดของวิธีการบันทึกใน ICD-10 แตกต่างจากการบันทึกที่ใช้ในทางปฏิบัติจริงในเวชระเบียน

การวิเคราะห์ทางสถิติ

รายงานความชุกเป็นร้อยละ โดยใช้โปรแกรม SPSS เวอร์ชัน 15.0

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยทั้งหมด 443 ราย ร้อยละ 54.9 เป็นเพศชาย จำแนกตามอายุได้ดังนี้ ร้อยละ 49.4 อายุ 0-4 ปี ร้อยละ 24.2 อายุ 4-9 ปี ร้อยละ 26.4 อายุ 9-15 ปี และที่อยู่ปัจจุบัน ร้อยละ 70 อยู่ในกรุงเทพและปริมณฑล รองลงมาคือ ภาคตะวันตก (ร้อยละ

8.8) ภาคกลาง (ร้อยละ 6.3) ภาคตะวันออก (ร้อยละ 5.9) ภาคใต้ (ร้อยละ 4.7) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 3.4) และภาคเหนือ (ร้อยละ 0.9) ส่วนสิทธิการรักษา ร้อยละ 67.7 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 2.5 ขึ้นกับโรงพยาบาลศิริราช และร้อยละ 65.2 ขึ้นกับโรงพยาบาลอื่น ๆ) ร้อยละ 24.8 ใช้สิทธิการรักษาแบบผู้ป่วยทั่วไป ร้อยละ 7 ใช้สิทธิข้าราชการ และร้อยละ 0.5 ใช้สิทธิอื่น ๆ ประวัติผู้ดูแลหลักซึ่งมีได้มากกว่า 1 คนต่อผู้ป่วย 1 ราย ร้อยละ 18.9 มีข้อมูลในส่วนนี้ 84 ราย พบว่าร้อยละ 65.5 เป็นบิดามารดา ร้อยละ 47.6 เป็นญาติ และร้อยละ 4.8 เป็นคนอื่นที่ไม่ใช่เครือญาติ ส่วนประวัติการศึกษา เมื่อตัดกลุ่มอายุน้อยกว่า 4 ปี จะเหลือผู้ป่วย 247 ราย และตัดผู้ป่วยที่ไม่มีข้อมูลในส่วนนี้ออกด้วยจะเหลือผู้ป่วย 87 ราย พบว่าร้อยละ 58.6 ได้รับการศึกษาตามระดับชั้นปกติ ร้อยละ 21.8 มีข้อจำกัดในการเรียน ร้อยละ 9.2 เรียนในสถานศึกษาพิเศษ และร้อยละ 10.4 ไม่ได้ได้รับการศึกษา

การมาพบแพทย์ มีเพียงร้อยละ 7.4 ที่มาพบแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูโดยตรง ร้อยละ 2 ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่น และส่วนใหญ่ร้อยละ 90.5 ถูกส่งต่อมารับรักษาจากแผนกอื่นในโรงพยาบาลศิริราช โดยส่งปรึกษาจากภาควิชากุมารเวชศาสตร์มากที่สุด (ร้อยละ 56.9) รองมาคือภาควิชาศัลยศาสตร์ ออร์โธปิดิกส์ (ร้อยละ 24.3) และจากศัลยศาสตร์ทั่วไป (ร้อยละ 14.1) และอื่น ๆ (ร้อยละ 4.6) โดยส่วนที่มาจากแผนกกุมารเวชศาสตร์ ร้อยละ 56.4 มาจากกุมารแพทย์ทั่วไป ร้อยละ 16.7 จากหน่วยประสาทวิทยา ร้อยละ 12.8 จากหน่วยพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 7.3 จากหน่วยพันธุศาสตร์ และร้อยละ 6.8% จากหน่วยอื่น ๆ ทั้งนี้ ความถี่ของการพบมาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูใน 1 ปี แรก มากที่สุด 12 ครั้ง น้อยที่สุด 1 ครั้ง (ค่ามัธยฐาน 2.00)

ประวัติแรกคลอด ร้อยละ 54.6 มีข้อมูลบันทึกประวัติอายุครรภ์ 242 ราย โดยร้อยละ 76.9 คลอดครบกำหนด ร้อยละ 22.3 คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 0.01 คลอดช้ากว่ากำหนด ร้อยละ 60.9 มีข้อมูลน้ำหนักแรกคลอด โดยร้อยละ 71.9 น้ำหนักปกติ ร้อยละ 19.6 มีน้ำหนักต่ำกว่ากำหนด ร้อยละ 6.3 น้ำหนักต่ำกว่า 1,500 กรัม และร้อยละ 1.5 มีน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัม ทารกตัวโต 2 ราย ร้อยละ 58.7 มีประวัติวิธีการคลอด โดยร้อยละ 41.2 คลอดทางช่องคลอดปกติ ร้อยละ 55.4 คลอดโดยการผ่าตัด ร้อยละ 3.5 คลอดทางช่องคลอดโดยใช้อุปกรณ์คีมหรือเครื่องดูดสุญญากาศ จำนวนทารกในครรภ์ ร้อยละ 97.3 คลอดเดี่ยว ร้อยละ 2.3 แผลสอง และร้อยละ 0.5 แผลสาม ร้อยละ 52.4 มีการเก็บข้อมูลประวัติเสี่ยงช่วงปริกำเนิด ได้แก่ ปัญหาาระบบหายใจ (ร้อยละ 24.6) ภาวะติดเชื้ (ร้อยละ 13.4) ภาวะตัวเหลือง (ร้อยละ 37.5) โดยร้อยละ 33.33 ในกลุ่มที่มีตัวเหลืองได้รับการส่องไฟ และ 1 ราย ต้องเปลี่ยนถ่ายเลือด และร้อยละ 3 พบภาวะเลือดออกในโพรงสมอง

กลุ่มปัญหาหรือการวินิจฉัยหลักที่นำผู้ป่วยมารับการรักษา เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ภาวะผิดปกติในระบบประสาท (ร้อยละ 25.8) ความผิดปกติแต่กำเนิดทางโครงสร้างและพันธุกรรม (ร้อยละ 23.7) ภาวะทางกระดูกข้อและกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 23.7) ภาวะพิการจากการได้รับบาดเจ็บ (ร้อยละ 9.9) พัฒนาการช้า (ร้อยละ 4.9) ความผิดปกติทางการเรียนรู้ (ร้อยละ 2.3) และอื่น ๆ (ร้อยละ 9.7)

ภาวะผิดปกติในระบบประสาท 114 ราย พบการวินิจฉัยเป็นสมองพิการมากที่สุด (ร้อยละ 50) รองมาคือ โรคระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 14) โดย Duchene muscular dystrophy พบมากที่สุด 6 ราย ส่วนปัญหาความผิดปกติทางโครงสร้างและพันธุกรรม 105 ราย พบวินิจฉัยเป็นความผิดปกติทางโครงสร้าง 76 ราย โดยใน 1 คนสามารถพบได้หลายตำแหน่ง ปากแหว่งเพดานโหว่มากที่สุด (ร้อยละ 33.8) ความผิดปกติที่สมอง (ร้อยละ 21.7) โดยเป็น schizencephaly 8 ราย ความผิดปกติที่กะโหลก (ร้อยละ 19.7) ความผิดปกติที่รูปร่างร่างกาย (ร้อยละ 19.7) ความผิดปกติที่หัวใจ (ร้อยละ 16.9) ความผิดปกติกระดูกสันหลัง (spina bifida) (ร้อยละ 9.8) รยางค์ไม่ครบ (ร้อยละ 7) ส่วนการวินิจฉัยเป็นโรคทางพันธุกรรม มี 29 ราย พบ Down syndrome มากที่สุด (ร้อยละ 24.1) รองมาคือ Cornelia De Lange syndrome (ร้อยละ 10.34) Prader Willi syndrome (ร้อยละ 10.34), Aicardi syndrome (ร้อยละ 6.89) และโรคอื่น ๆ โรคละ 1 ราย เช่น Mosaic syndrome, Noonan, Pirre Robin syndrome, trisomy 5P เป็นต้น

ปัญหาหลักทางกระดูกข้อและกล้ามเนื้อ 105 ราย (ตาราง 1) พบหลังคลอดมากที่สุด (ร้อยละ 30.5) โดยร้อยละ 87.5 เป็น

ตาราง 1 ภาวะทางกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ

ปัญหา	จำนวน (%)
หลังคด (Scoliosis)	32 (30.5)
เท้าแบน (Flat feet)	17 (16.2)
คอเอียง (Torticollis)	16 (15.2)
โรคทางรูมาติสซั่ม (Rheumatic disease)	6 (5.7)
มะเร็ง (Tumor)	6 (5.7)
ปวด (Pain)	6 (5.7)
ข้อสะโพกพัฒนาการผิดปกติ (Hip dysplasia)	4 (3.8)
บาดเจ็บขายประสาทแขน (Brachial plexus injury)	3 (2.9)
อื่นๆ (Other)	15 (14.3)
รวม (Total)	105 (100.0)

หลังคดที่ไม่ทราบสาเหตุ รองมาคือ ท่าแบน คอเอียง ส่วนปัญหาจากการได้รับบาดเจ็บ 44 ราย พบว่าร้อยละ 45.5 มีประวัติบาดเจ็บจากไฟไหม้มากที่สุด ทั้งนี้ ร้อยละ 55 เกิดในช่วงอายุ 0-4 ปี ร้อยละ 90 มีแผลเป็น และ 10 ราย เกิดแผลเป็นที่ทำให้ข้อยึดติดมีผลต่อการดำเนินชีวิต โดยการยึดติดเกิดขึ้นที่ส่วนระยางค์ส่วนล่าง 5 ราย รยางค์ส่วนบน 4 ราย และใบหน้าและคอ 1 ราย นอกจากนี้ ร้อยละ 11.4 รยางค์ขาต ร้อยละ 9.1 บาดเจ็บเส้นประสาทส่วนปลาย และบาดเจ็บที่สมอง บาดเจ็บที่ไขสันหลัง กระดูกหักและข้อเคลื่อนหลุด ภาวะละ 3 ราย (ร้อยละ 6.8)

ส่วนปัญหาหลักที่แยกตามช่วงอายุ (ตาราง 2) พบว่าช่วงอายุ 0-4 ปี วินิจฉัยความผิดปกติแต่กำเนิดทางโครงสร้างและพันธุกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 38.4) รองลงมาคือภาวะผิดปกติในระบบประสาท (ร้อยละ 24.7) โดยพบภาวะสมองพิการมากที่สุด อันดับสามคือภาวะทางกระดูกข้อและกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 16) โดยพบคอเอียงมากที่สุด ส่วนการศึกษาช่วงอายุ 4-9 ปี พบภาวะผิดปกติในระบบประสาทมากที่สุด (ร้อยละ 36.4) รองลงมาคือปัญหาทางกระดูกข้อและกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 16.8) ช่วงอายุ 9-14 ปี พบการวินิจฉัยภาวะกระดูกข้อและกล้ามเนื้อมากที่สุด (ร้อยละ 52.4) โดยส่วนใหญ่ 29 ราย เป็นภาวะหลังคด

ตาราง 2 ปัญหาหลักแบ่งตามช่วงอายุ

กลุ่มปัญหา	อายุ			
	0-4	4-9	9-14	รวม
<i>ภาวะผิดปกติในระบบประสาท (Neurological disease)</i>				
ภาวะสมองพิการ (Cerebral palsy)	33	16	8	57
ประสาทและกล้ามเนื้อผิดปกติ (Neuromuscular)	5	9	2	16
อื่นๆ (Other)	16	14	11	41
<i>ความผิดปกติแต่กำเนิดทางโครงสร้างและพันธุกรรม (Congenital anomaly and genetic disease)</i>				
ความผิดปกติแต่กำเนิดทางโครงสร้าง (Congenital anomaly)	61	11	4	76
ปัญหาทางพันธุกรรม (Genetics)	23	2	4	29
<i>ภาวะทางกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ (Orthopedic and musculoskeletal condition)</i>				
ภาวะทางกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ ยกเว้นหลังคดและคอเอียง	20	14	23	57
หลังคด (Scoliosis)	0	3	29	32
คอเอียง (Torticollis)	15	1	0	16
<i>ภาวะพิการจากการได้รับบาดเจ็บ (Injury)</i>				
การได้รับบาดเจ็บ ยกเว้น บาดเจ็บที่สมอง	13	11	17	41
บาดเจ็บที่สมอง (Traumatic brain injury)	0	2	1	3
พัฒนาการช้า (Delayed development)	13	8	1	22
<i>ความผิดปกติทางการเรียนรู้ (Learning disorder)</i>				
Learning & behavior	1	2	1	4
Speech & Language	2	4	0	6
อื่นๆ (Others)	17	10	16	43
รวม (Total)	219	107	117	443

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นเด็กสมองพิการ 57 ราย และได้รับการวินิจฉัยรองอีก 14 ราย รวมเป็น 71 ราย พบร้อยละ 2.8 มีประวัติความเสี่ยงช่วง Prenatal ร้อยละ 52.1 ในช่วง Perinatal และร้อยละ 11.3 ในช่วง Postnatal ทั้งนี้ร้อยละ 33.8 ไม่พบประวัติรายงานความเสี่ยง การแบ่งความรุนแรงของสมองพิการ⁽²⁾ ตามที่บันทึก ร้อยละ 49.3 เป็นระดับเล็กน้อย (mild) ร้อยละ 18.3 เป็นระดับปานกลาง (moderate) และร้อยละ 32.4 เป็นระดับรุนแรง (severe)

ชนิดของสมองพิการ พบชนิดเกร็ง (spastic) มากที่สุด (ร้อยละ 95.8) แบ่งตามส่วนของร่างกายที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 33.8 เป็นชนิดทั้งตัว (quadriplegia) ร้อยละ 32.4 เป็นชนิดครึ่งซีก (hemiplegia) ร้อยละ 21.1 เป็นชนิดเกร็งขามากกว่าแขน (diplegia) ร้อยละ 2.8 เป็นชนิดเกร็งขาหรือแขนเดียว (monoplegia) ในกลุ่มที่มีอาการเกร็ง การประเมินความตึงตัวของกล้ามเนื้อตาม Modified Ashworth scale (MAS) ร้อยละ 30.8 พบ MAS 1 ร้อยละ 23.5 MAS 1+ ร้อยละ 11.7 MAS 2 ร้อยละ 1.4 MAS 3 และร้อยละ 32.3 ไม่ระบุข้อมูลส่วนนี้ ส่วนปัญหาแทรกซ้อนจากการเกร็ง ร้อยละ 64.7 รายงานข้อต่อยึดติด ร้อยละ 4.2 หลังโก่งคด และร้อยละ 1.4 ข้อสะโพกเคลื่อน

ข้อมูลด้านโภชนาการโดยการเทียบน้ำหนักกับอายุ พบว่า ร้อยละ 76.3 มีการบันทึกข้อมูลในส่วนนี้ โดยในจำนวนนี้ ร้อยละ 23.4 มีเปอร์เซ็นต์ที่ต่ำกว่า 3 และร้อยละ 11.8 มีเปอร์เซ็นต์ที่ต่ำกว่า 97 โดยในผู้ป่วยเด็กสมองพิการพบผู้ป่วยที่มีเปอร์เซ็นต์ที่ต่ำกว่า 3 ทั้งหมด 14 คน จากที่มีบันทึก 51 คนคิดเป็นร้อยละ 27.5

ความสามารถด้านเชาวน์ปัญญา พบว่าร้อยละ 1.1 ได้รับการวินิจฉัยภาวะปัญญาอ่อนจากประวัติและการตรวจร่างกาย ร้อยละ 5.6 ได้รับการส่งตรวจเชาวน์ปัญญา (IQ test) โดยร้อยละ 15.4 พบรายงานผล moderate to severe intellectual disability (ID) (IQ < 50) ร้อยละ 30.8 มี mild ID (IQ 50-69) ร้อยละ 30.8 มี general learning difficulties (IQ 70-84) และร้อยละ 15.4 มีเชาวน์ปัญญาปกติ (IQ>84) ส่วนการบันทึกปัญหาทางด้านพฤติกรรมมี 25 ราย โดยร้อยละ 56 วินิจฉัย Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ร้อยละ 24 วินิจฉัย Autism และอื่น ๆ นอกจากนี้ ร้อยละ 26.4 มีบันทึกการตรวจสายตา ร้อยละ 28.2 มีตรวจการได้ยิน ร้อยละ 31.6 พบพัฒนาการช้า และร้อยละ 18.7 มีบันทึกปัญหาทางการกลืน ส่วนด้านการสื่อสารและการพูด โดยตัดกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี เหลือผู้ป่วย 301 ราย พบมีบันทึกปัญหาด้านการสื่อสารและการพูด 89 ราย โดยพบมากที่สุด (ร้อยละ 21.3) จากความผิดปกติทางโครงสร้างแต่กำเนิด ส่วนใหญ่เป็นปากแหว่งเพดานโหว่ รองมาคือร้อยละ 17.9 จากสมองพิการ

ปัญหาทางอายุรกรรม ร้อยละ 12.2 พบบันทึกประวัติชัก (ยกเว้นภาวะชักจากไข้ หรือ neonatal seizure) ในช่วง 1 ปีก่อนหน้าและหลังการมาพบแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูครั้งแรก หรือยังต้องได้รับยากันชัก ร้อยละ 4.1 มีโรคหัวใจที่ตัวโรคยังไม่สงบหรือต้องใช้ยาควบคุม ร้อยละ 4.5 มีความผิดปกติทางต่อมไร้ท่อที่ตัวโรคยังไม่สงบหรือ ต้องใช้ยาควบคุม และร้อยละ 11.7 มีบันทึกประวัติปอดติดเชื้อในช่วง 1 ปีก่อน และหลังการมาพบแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูครั้งแรก

ปัญหาทางด้านกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ ถ้าแบ่งตามส่วนของร่างกายที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 35 พบที่รยางค์ส่วนล่าง ร้อยละ 16 พบที่กะโหลกใบหน้าและคอ ร้อยละ 10.2 ที่หลังและกระดูกสะโพก ร้อยละ 9 ที่รยางค์ส่วนบน และร้อยละ 0.7 ที่หน้าอก ถ้าแบ่งตามชนิดความผิดปกติที่พบบ่อย ร้อยละ 22.6 มีปัญหาข้อต่อยึดติด ร้อยละ 9.5 หลังโก่งหรือคด ร้อยละ 9 ผิดรูป ร้อยละ 6.8 เท้าแบน ร้อยละ 4.5 คอเอียง ร้อยละ 2.7 ระวังงศา และร้อยละ 1.6 ข้อสะโพกเคลื่อนหรือหลุด

การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่ได้รับในช่วง 1 ปีก่อนและหลังการมาพบแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูครั้งแรก ร้อยละ 48.1 พบบันทึกการรักษาทางกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด ร้อยละ 15.8 ฝึกการดูกลืน ร้อยละ 12 ฝึกพูด ร้อยละ 12.9 Toy library ร้อยละ 10.1 เข้าคลินิกอุปกรณ์พิเศษผู้ป่วยเด็กพิการ ร้อยละ 2.7 เข้าคลินิกเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อความพิการ (High risk baby clinic) ร้อยละ 26.9 รับกายอุปกรณ์เสริม ร้อยละ 2.5 รับกายอุปกรณ์เทียม ร้อยละ 14.4 รักษาอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ โดยร้อยละ 45.3 ได้รับยากัน ร้อยละ 84.4 กายภาพบำบัด ร้อยละ 29.7 ใช้กายอุปกรณ์เสริม ทั้งนี้ในผู้ป่วย 64 ราย ได้รับการรักษา 1 วิธี และ 2 วิธี เท่ากัน (ร้อยละ 46.8) 3 วิธี 4 ราย แต่ไม่พบบันทึกการรักษาด้วยการฉีดยาหรือการผ่าตัดเพื่อลดเกร็ง ซึ่งอาจเกิดจากการไม่บันทึกหรือมีบันทึกแยกต่างหากของแพทย์จึงไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลได้ ทั้งนี้ ความสามารถในการเดินได้ด้วยตนเอง ศึกษาในกลุ่มอายุ 2 ปีขึ้นไป ร้อยละ 81.7 เดินได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 18.3 ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง

บทวิจารณ์

การศึกษาระบาดวิทยาของงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาข้อมูลที่บ้านที่ในขณะเขียนของผู้ป่วยเด็กอายุ 0-14 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราช ในปี พ.ศ. 2554 จึงอาจมีความจำเพาะของข้อมูลหลายด้านในการนำไปเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น เช่น งานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยเด็กในชุมชน⁽⁵⁾

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะผิดปกติในระบบ

ประสาทมาพบแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูบ่อยมากที่สุด ทั้งนี้ ส่วนใหญ่มีภาวะสมองพิการ เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในผู้ป่วยสมองพิการ รพ. ศิริราชในอดีตปี พ.ศ. 2529-2533⁽³⁾ (ตาราง 3) พบผู้ป่วยมากที่สุดในช่วงอายุ 2-5 ปี เหมือนกัน ส่วนเมื่อเทียบภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยเด็กสมองพิการที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศิริราช ในช่วง 1 กุมภาพันธ์ - 31 สิงหาคม 2553 พบว่าร้อยละ 34.6 มีภาวะทุพโภชนาการเปอร์เซ็นต์ที่น้อยกว่า 3⁽⁴⁾ การศึกษาครั้งนี้พบความชุกภาวะทุพโภชนาการน้อยลง (ร้อยละ 23.4) ซึ่งอาจเกิดจากการตระหนักปัญหานี้ และมีขอบเขตการรักษาเพิ่มขึ้น การศึกษาชนิดของสมองพิการพบชนิดเกร็ง (spastic) มากที่สุด

ตาราง 3 ภาวะสมองพิการแบ่งตามช่วงอายุเปรียบเทียบกับงานวิจัยในอดีต

อายุ (ปี)	ปี 2529-2533 (%) ⁽³⁾	ปี 2554 (%)
0-1	11.4	21.1
1-2	25.2	19.7
2-5	39.9	26.7
5-10	16.1	25.3
>10	7.4	7

ตาราง 4 ภาวะสมองพิการแบ่งตามชนิดเทียบช่วงเวลา

ชนิด	ปี 2524 (%) ⁽¹⁰⁾	ปี 2529-2533 (%) ⁽³⁾	ปี 2554 (%)
Spastic	74.75	86	95.8
Athetoid	14.75	4	0
Ataxia	5.25	5.25	0
Rigidity	2.25	4	0
Hypotonia	0	0	1.4
Mixed	2.75	8	1.4

ใกล้เคียงกับงานวิจัยในอดีต (ตาราง 4) โดย athetoid มีแนวโน้มลดลงจากงานวิจัยในอดีต เชื่อว่าสัมพันธ์กับภาวะ hyperbilirubinemia⁽²⁾ ดังนั้น น่าจะเป็นไปได้ว่าการบำบัดภาวะ hyperbilirubinemia ในปัจจุบันดีขึ้น

ส่วนการแบ่งตามส่วนของร่างกายที่เกี่ยวข้อง (ตาราง 5) ข้อมูลมีความหลากหลาย ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ อย่างไร

ตาราง 5 สมองพิการชนิดเกร็ง (spastic) แบ่งตามส่วนของร่างกายที่เกี่ยวข้อง

ส่วนของร่างกาย	ปี 2524 (%) ⁽¹⁰⁾	ปี 2529-2533 (%) ⁽³⁾	ปี 2554 (%)
Quadriplegia	41.75	16.8	33.8
Hemiplegia	19.25	19.14	32.4
Diplegia	18.75	30.8	21.1
Paraplegia	11.75	23.83	0
Monoplegia	2	1.17	2.8
No information	0	0	9.9

ก็ตามจากประสบการณ์ส่วนตัวพบว่าผู้ป่วย diplegia มีจำนวนมากขึ้น ผู้ศึกษาคิดว่าเนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ อัตรารอดชีวิตของเด็กคลอดก่อนกำหนดในปัจจุบันเพิ่มขึ้น และกลุ่มเสี่ยงนี้มีความสัมพันธ์กับชนิด diplegia ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นของเด็กกลุ่มนี้ โดยโรงพยาบาลศิริราชก็ให้ความสำคัญและพัฒนาระบบคัดกรองเพื่อส่งปรึกษาเร็วในผู้ป่วยเด็กกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ของกลุ่ม spastic quadriplegia กับความเสี่ยงช่วงปริกำเนิดพบ spastic quadriplegia 24 ราย มีประวัติความเสี่ยงช่วงปริกำเนิดเป็น respiratory distress 10 ราย ซึ่งอาจเป็นประเด็นในการติดตามหรือพยากรณ์โรค เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในอดีตในผู้ป่วยสมองพิการ โรงพยาบาล

ตาราง 6 ความรุนแรงของภาวะสมองพิการเปรียบเทียบกับงานวิจัยในอดีต

ความรุนแรง	ปี 2524 (%) ⁽¹⁰⁾	ปี 2529-2533 (%) ⁽³⁾	ปี 2554 (%)
Mild	12.75	21.5	49.3
Moderate	63.75	51.7	18.3
Severe	23.50	26.8	32.4

ศิริราชปี พ.ศ. 2529-2533⁽³⁾ งานวิจัยนี้พบว่ามีความถี่ของเด็กที่มาพบในช่วงอายุ 1 ขวบปีแรก เพิ่มขึ้นและพบความรุนแรงระดับ mild เพิ่มขึ้น⁽¹⁰⁾ (ตาราง 3, ตาราง 6) แสดงถึงการตระหนักเพิ่มขึ้นของผู้ปกครองในการดูแล ติดตามพัฒนาการ และการสังเกตอาการผิดปกติในเด็ก และความสามารถของแพทย์ในการวินิจฉัยได้เร็วขึ้น ซึ่งเป็นผลดีต่อการรักษา

การศึกษาใน European Cerebral Palsy Database (SCPE) ของเด็กเกิดในช่วง พ.ศ. 2519-2539 ที่มีปัญหาสมองพิการ

จำนวน 4584 ราย ร้อยละ 8.6 มีความผิดปกติทางโครงสร้างแต่กำเนิดที่สมอง⁽¹¹⁾ ส่วนงานวิจัยครั้งนี้ ร้อยละ 18.3 ของเด็กสมองพิการมีความผิดปกติทางโครงสร้างแต่กำเนิดที่สมองโดยไม่มีประวัติความผิดปกติอื่น จึงเป็นอีกหนึ่งประเด็นที่น่าติดตามความสัมพันธ์ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนจึงยังพบปัญหาการระบุความรุนแรงของภาวะสมองพิการที่ไม่ชัดเจนจำนวนหนึ่ง ผู้วิจัยเห็นว่า การปรับปรุงวิธีการบันทึกจะมีประโยชน์กับทั้งทางคลินิกและงานวิจัยต่อไป เช่น การระบุโดยระบบ Gross Motor Function Classification System (GMFCS)^(12,13)

การศึกษาภาวะข้อสะโพกเคลื่อนหรือหลุดในเด็กสมองพิการ Terjesen ศึกษาผู้ป่วยสมองพิการจำนวน 335 คน พบร้อยละ 26 มีข้อสะโพกเคลื่อนหรือหลุด โดยแปรผันกับระดับ GMFCS ที่เพิ่มขึ้น และพบในผู้ป่วยสมองพิการชนิด spastic quadriplegia มากที่สุด⁽¹⁴⁾ ในขณะที่การศึกษานี้ก็มีผู้ป่วยกลุ่มรุนแรงและมีปัญหา spastic quadriplegia มาก คาดว่าน่าจะพบภาวะข้อสะโพกเคลื่อนหรือหลุดมากเช่นกัน แต่ผลการศึกษาพบประวัติข้อสะโพกเคลื่อนหรือหลุดเพียง 1 ราย ผู้วิจัยคิดว่าอาจจะเกิดจากการไม่ตระหนักหรือติดตามปัญหานี้ หรือเกิดจากปัญหาการบันทึกเวชระเบียน จึงควรเป็นอีกหนึ่งประเด็นที่นำศึกษาต่อเพราะการวินิจฉัยซ้ำมีปัญหาย่างมากต่อผลของการรักษาและเศรษฐกิจ

ปัญหาทางกระดูกข้อและกล้ามเนื้อ จากการศึกษานี้พบว่าเกือบ 1 ใน 3 มีปัญหาหลังคดโดยเป็นชนิดไม่ทราบสาเหตุมากที่สุด ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานการศึกษาจากประเทศจีนที่พบความชุกของหลังคดชนิดไม่ทราบสาเหตุสูงที่สุด (ร้อยละ 67.7-91)⁽⁶⁻⁷⁾ แต่พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.6) มาพบแพทย์ค่อนข้างช้าคือในช่วง 9-14 ปี ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญของการคัดกรองเพื่อให้การรักษาแต่เนิ่น ๆ ส่วนภาวะคอเอียงในงานวิจัยนี้พบว่าเกือบทั้งหมด พบในช่วงอายุ 0-4 ปี โดยทุกรายเป็นชนิดที่มีสาเหตุจากกล้ามเนื้อ ในขณะที่การศึกษาอื่นร้อยละ 20 ของผู้ป่วยคอเอียงเป็นชนิดที่ไม่ใช่สาเหตุจากกล้ามเนื้อ^(8,9) ซึ่งอาจเกิดจากทัศนคติของผู้ส่งมาปรึกษา ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ งานวิจัยนี้พบว่ามีส่วนสาเหตุจากไฟไหม้มากที่สุดพบมากในช่วง 0-4 ปี และส่วนใหญ่มีปัญหาแผลเป็น โดยเป็นแผลเป็นที่ทำให้เกิดข้อติดยึดที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ดังนั้น การพัฒนาองค์ความรู้จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจต่อประสิทธิภาพการรักษา

ในด้านปัญหาทางสติปัญญาและการพูด Lai และคณะรายงานความชุกในเด็กพิการประเทศไต้หวัน ตั้งแต่ปี พ.ศ.

2543 ถึง 2554 พบปัญหาทางสติปัญญา (ID) มากที่สุดในเด็กอายุ 3-17 ปี⁽¹⁵⁾ โดยพบเกินร้อยละ 35 ทุกปี และมีงานวิจัยอื่นระบุแนวโน้มของปัญหา Autistic spectrum disorder (ASD) และความบกพร่องทางภาษาและการพูดที่พบมากขึ้นชัดเจน โดยเฉพาะ ASD เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การวินิจฉัยและมีความตระหนักถึงเพิ่มขึ้น⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้เด็กที่ได้รับการส่งตรวจ IQ และได้รับการวินิจฉัยภาวะปัญญาอ่อนน้อยมาก ดังนั้น ควรตระหนักในส่วนนี้เพิ่มขึ้น ส่วนปัญหาด้านการสื่อสาร ด้วยข้อจำกัดในการเก็บบันทึกจากเวชระเบียน จึงไม่ได้แบ่งลักษณะความผิดปกติของการสื่อสารว่าเป็นเรื่องการพูด การออกเสียง ภาษา หรือความเข้าใจ และไม่ได้แบ่งระดับความรุนแรงของการสื่อสารที่ผิดปกติ

ประเด็นการศึกษา พบบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนเพียง 1 ใน 3 ทำให้มีปัญหาในการแปลผล และประวัติผู้ดูแลหลัก มีข้อมูลน้อย ดังนั้น ปัญหาที่พบระหว่างการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) การบันทึกเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ ซึ่งอาจเกิดจากความจำกัดของเวลาในการบันทึก การบันทึกข้อมูลแยกต่างหาก การไม่ตระหนักถึงปัญหา เป็นต้น 2) ความหลากหลายของคำวินิจฉัยของแพทย์เนื่องจากผู้ป่วยเด็กพิการต้องรับการดูแลจากแพทย์หลายหน่วยที่มีรูปแบบคำวินิจฉัยที่ต่างกันหรือมีลำดับการดำเนินของโรคหรือภาวะที่ต่างกัน นำมาซึ่งปัญหาในการเลือกปัญหาหลัก รองในการเก็บข้อมูล และ 3) ปัญหาหลายมือหรือความหมายของคำ พบว่าบางครั้งมีการใช้คำที่ต่างกันแต่อาจมีความหมายเดียวกัน จึงยากต่อการตีความ

สรุป ผู้ป่วยเด็กที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราช ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 0-4 ปี และมาด้วยภาวะผิดปกติในระบบประสาท ซึ่งพบสมองพิการมากที่สุด รองลงมาคือความผิดปกติแต่กำเนิดทางโครงสร้างและพันธุกรรม และภาวะทางกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ โดยภาวะสมองพิการพบมากในช่วงอายุ 2-5 ปี พบว่าการวินิจฉัยในช่วงอายุ 1 ขวบปีแรกเพิ่มขึ้นจากในอดีตอาจเนื่องจากความตระหนักเพิ่มขึ้น ส่วนภาวะทางกระดูกข้อและกล้ามเนื้อพบการวินิจฉัยหลังคดมากที่สุดในช่วงอายุ 9-14 ปี และเป็นแบบชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ ส่วนภาวะคอเอียงเกือบทั้งหมดมาพบแพทย์ในช่วงอายุ 0-1 ปี กลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บมีสาเหตุจากไฟไหม้มากที่สุด โดยพบมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 0-4 ปี และกึ่งหนึ่งเกิดปัญหาข้อยึดติด ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินเซาว์ปัญหามีจำนวนน้อย อาจทำให้ขาดโอกาสในการรักษาที่เหมาะสม และการปรับปรุงการบันทึกเวชระเบียนน่าจะทำได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนาเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Tosayanon O, Chavasiri S. Rehabilitation of childhood disability in Thailand, from past to present. *J Thai Rehabil Med.* 2010; 20:73-75.
2. Nelson KB, Ellenberg JH. Epidemiology of cerebral palsy. *Adv Neurol.* 1978;19:421-35.
3. Pongurgorn C, Tosayanonda O. Clinical study in cerebral palsy. *J Thai Rehabil.* 1992;2:14-9.
4. Chavasiri S. Prevalence of Malnutrition in Cerebral Palsy at department of Rehabilitation Medicine, Siriraj Hospital. *J Thai Rehabil Med.* 2014;24:55-9.
5. Douglas ES, Clare MB, Felix OM, Janet MR, Nicholas JS. Childhood disability and socio-economic circumstances in low and middle income countries: systematic review. *BMC Pediatrics.* 2011;11:119.
6. Liu SL, Huang DS. Scoliosis in China. A general review. *Clin Orthop Relat Res.* 1996; 323:113-8.
7. Huang NQ, Guo HS, Liu J, Huang GX, Yang XH, Chen J, et al. A survey on adolescent scoliosis in Guangzhou. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.* 2011;321:38-41.
8. Burch C, Hudson P, Reder R, Ritchey M, Strenk M, Woosley M. Cincinnati Children's Hospital Medical Center: Evidence-based clinical care guideline for Therapy Management of Congenital Muscular Torticollis, <http://www.cincinnatichildrens.org/svc/alpha/h/health-policy/ev-based/otpt.htm>, Guideline 33, pages 1-13, 11-19-09.
9. Ballock RT, Song KM. The prevalence of nonmuscular causes of torticollis in children. *J Pediatr Orthop.* 1996; 16:500-4.
10. Tosayanon O. Cerebral palsy, Rehabilitation academic conference 23rd, Faculty of medicine Siriraj hospital, Mahidol university 1981; 82.
11. Ester G, Helen D, Inge KM, Susanne HR, Christine C, SCPE Collaborative Group. Cerebral palsy and congenital malformations. *Euro J Paediatr Neurol Soc.* 2008;12:82-8.
12. Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, Wood E, Galuppi B. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 1997;39:214-23.
13. Palisano RJ, Rosenbaum P, Bartlett D, Livingston MH. Content validity of the expanded and revised Gross Motor Function Classification System. *Dev Med Child Neurol.* 2008;50: 744-50.
14. Terjesen T. The natural history of hip development in cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 2012; 54(10): 951-7.
15. Lai DC, Tseng YC, Guo HR. Trends in the prevalence of childhood disability: Analysis of data from the national disability registry of Taiwan, 2000-2011. *Res Dev Disabil.* 2013;34:3766-72.
16. Matson JL, Kozlowski AM. The increasing prevalence of autism spectrum disorders. *Research In Autism Spectrum Disorders.* 2011;5:418-425.
17. Rutter M. Incidence of autism spectrum disorders: changes over time and their meaning. *Acta Paediatr* 2005;94:2-15.
18. Wing L, Potter D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising? *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 2002;8:151-61.