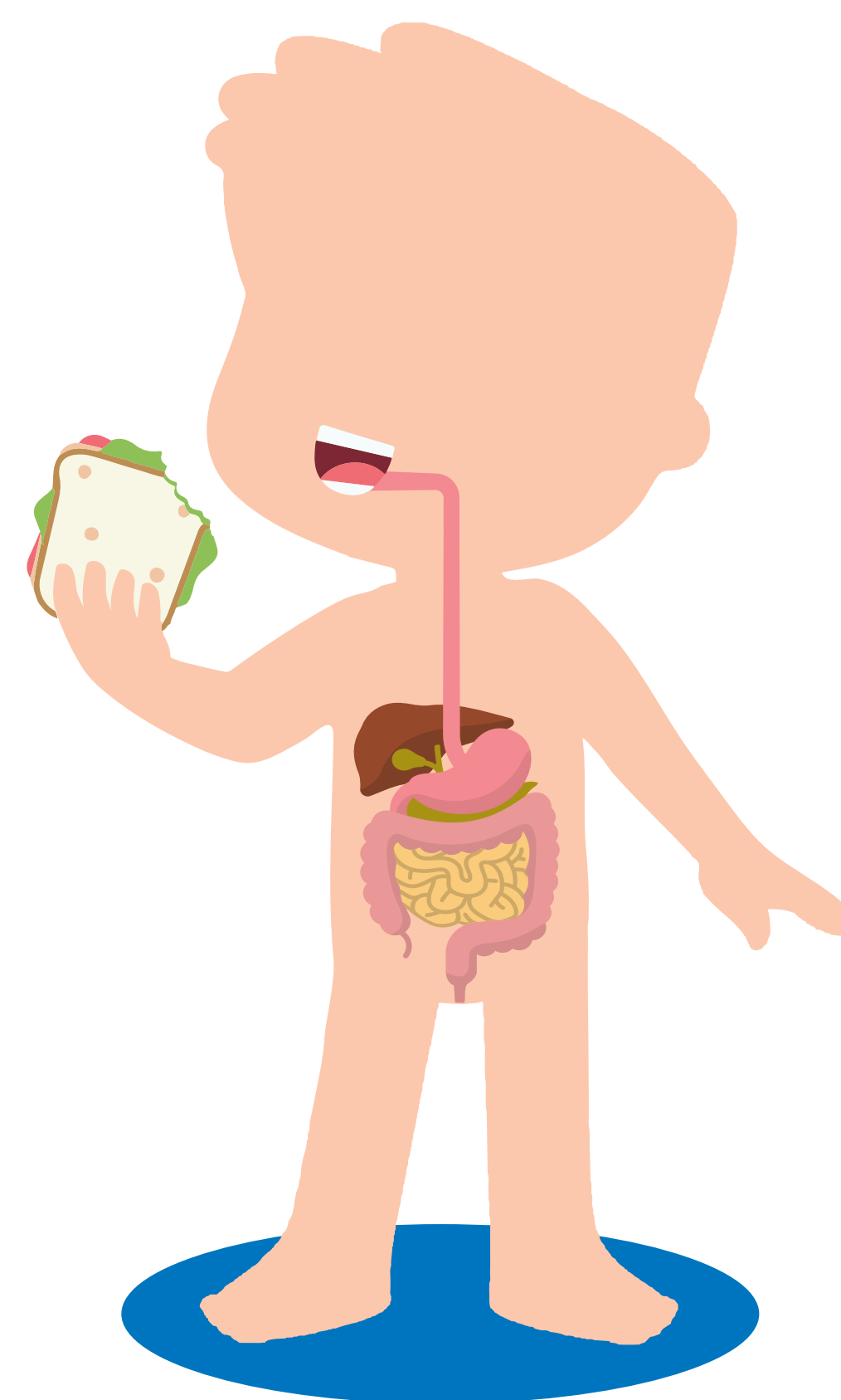




แนวเวชปฏิบัติ โรคทางเดินอาหาร และตับ ในเด็ก 6

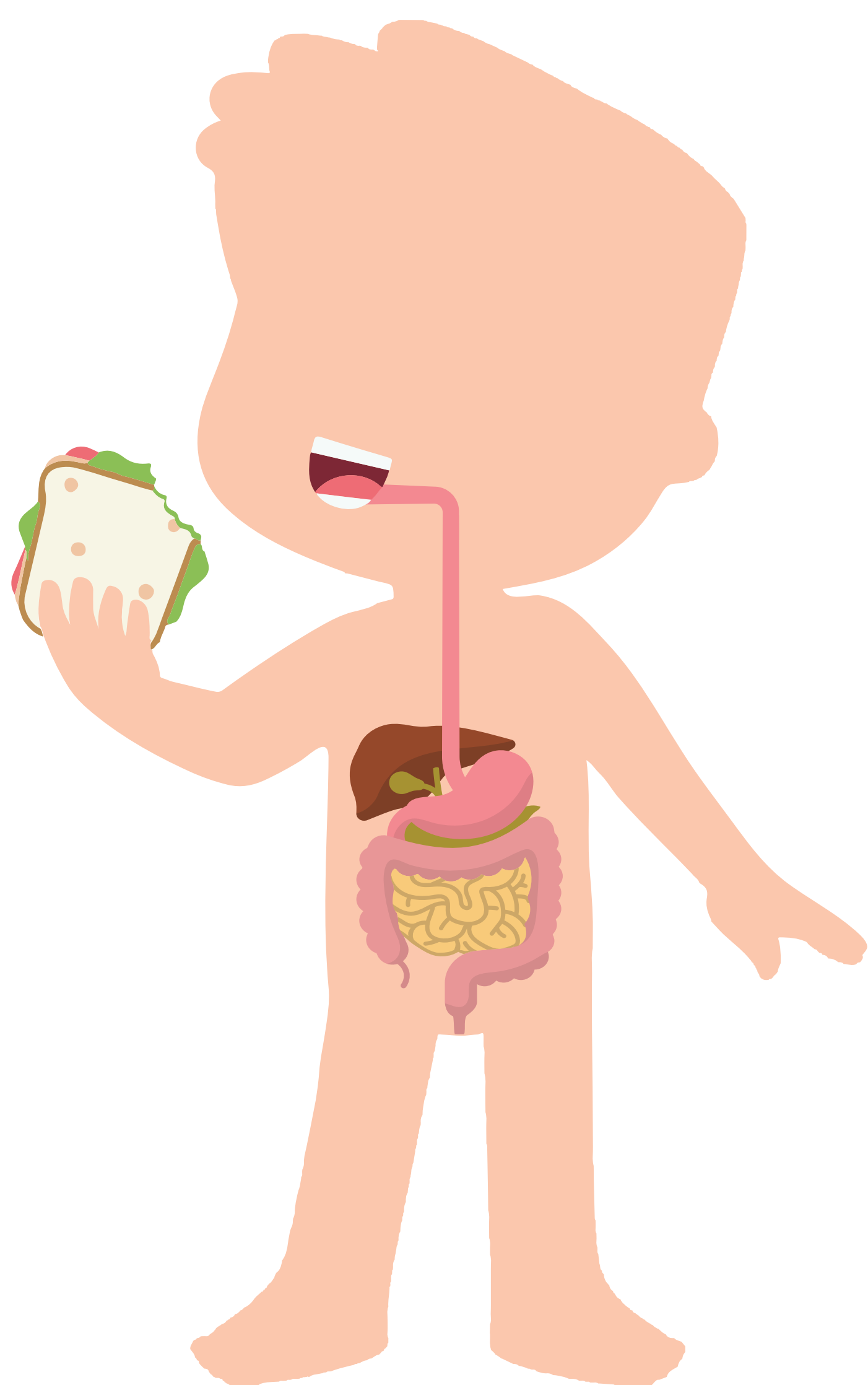


นภอร ภาวิจิตร
วรบุษ จงศรีสวัสดิ์
อสิสรา ดำรงมณี
พรรณพ็ชร พิริยะนนท์
ฉัตรมณี เลิศอุดมพลวณิช

บรรณาธิการ



แนวเวชปฏิบัติ โรคทางเดินอาหารและตับในเด็ก 6



นภอร ภาวิจิตร
วรนุช จงศรีสวัสดิ์
อลิสรา ดำรงมณี
พรรณพัชร พิริยะนนท์
ฉัตต์มณี เลิศอุดมผลวณิช
บรรณาธิการ

www.pthaigastro.org





สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ (ฉบับเพิ่มเติม) พ.ศ. 2558

- ชื่อหนังสือ** : แนวเวชปฏิบัติโรคทางเดินอาหารและตับในเด็ก 6
- ISBN (e-Book)** : 978-616-92980-4-5
- บรรณาธิการ** : นภอร ภาวิจิตร
วรนุช จงศรีสวัสดิ์
อลิสรา ดำรงมณี
พรรณพัชร พิริยะนนท์
ฉัตรตัมณี เลิศอุดมผลวณิช
- จัดทำและเผยแพร่โดย** : สมาคมกุมารเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับ
แห่งประเทศไทย
- พิมพ์ครั้งที่ 1** : พฤศจิกายน 2567
- จำนวนหน้า** : 260 หน้า





สารจากนายกสมาคมฯ

โรคทางเดินอาหารและตับในเด็กที่กุมารแพทย์พบในเวชปฏิบัติประกอบด้วยทั้งโรคที่พบบ่อยและโรคที่มีความซับซ้อน สมาคมกุมารเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับแห่งประเทศไทย จึงได้จัดพิมพ์หนังสือ “แนวเวชปฏิบัติโรคทางเดินอาหารและตับในเด็ก 6” เล่มนี้ ในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (electronic book) เพื่อประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 2567 ในหัวข้อเรื่อง “**The Journey of Common GI and Liver Issues: From Everyday Care to Expert Solutions**” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แพทย์และกุมารแพทย์ทั่วไปสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ เป็นแนวทางในการวินิจฉัย พิจารณาเลือกการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ วางแผนการดูแลรักษาเด็กที่มีโรคทางเดินอาหารและตับ รวมทั้งการพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปปรึกษากุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคทางเดินอาหารและตับได้อย่างเหมาะสม

สมาคมกุมารเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับแห่งประเทศไทยใคร่ขอขอบคุณ กองบรรณาธิการ ผู้พิมพ์หนังสือ “แนวเวชปฏิบัติโรคทางเดินอาหารและตับในเด็ก 6” ซึ่งประกอบด้วยกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคทางเดินอาหารและตับ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญด้านรังสีวิทยาที่มีส่วนร่วมในการรวบรวมความรู้วิชาการและจัดทำหนังสือให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี สมาคมกุมารเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับแห่งประเทศไทยยังขอขอบคุณ นพ. นิพัทธ์ สีมาขจร ผศ.พญ. ศิริลักษณ์ เจนนุวัตร พญ.ณฐรักษ์ ชัยจิตราชต์ ที่กรุณาสละเวลาตรวจสอบคุณภาพของบทความในหนังสือ ทำให้หนังสือเล่มนี้มีเนื้อหาครอบคลุมครบถ้วนสมบูรณ์ ถูกต้อง และทันสมัย เหมาะสมสำหรับใช้เป็นที่ยึดหาความรู้ และเป็นแหล่งอ้างอิงทางวิชาการได้อีกด้วย

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวรนุช จงศรีสวัสดิ์

นายกสมาคมกุมารเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับแห่งประเทศไทย

พฤศจิกายน 2567





คำนำ

หนังสือ “แนวเวชปฏิบัติโรคทางเดินอาหารและตับในเด็ก 6” ถือเป็นส่วนหนึ่งของการจัดประชุมวิชาการ “**Pediatric GI days**” ครั้งที่ 13 เพื่อใช้ประกอบการประชุมและเผยแพร่ความรู้ที่ทันสมัยรวมทั้งแนวทางการวินิจฉัย และการดูแลรักษาโรคของระบบทางเดินอาหารและตับในเด็กให้แก่กุมารแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อจะได้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรกระบบทางเดินอาหารและตับได้เป็นอย่างดี รวมทั้งสามารถส่งต่อผู้เชี่ยวชาญด้านโรกระบบทางเดินอาหารและตับในเด็กได้อย่างเหมาะสม

ทางสมาคมกุมารเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับแห่งประเทศไทยได้จัดทำหนังสือในลักษณะเดียวกันกับหนังสือเล่มนี้มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 จนถึงปัจจุบันนับเป็นเล่มที่ 6 ความสำเร็จของหนังสือเล่มนี้เกิดจากความร่วมแรงร่วมใจของกุมารแพทย์โรคทางเดินอาหารและตับจากสถาบันต่าง ๆ ทั่วประเทศ และยังได้รับเกียรติจากผู้เชี่ยวชาญด้านรังสีวิทยามาร่วมนิพนธ์ในหนังสือเล่มนี้ เพื่อให้มีความสมบูรณ์และครอบคลุมเนื้อหาในด้านที่เกี่ยวข้องอีกด้วย

ทางกองบรรณาธิการใคร่ขอขอบพระคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ได้สละเวลาและทุ่มเทในการเรียบเรียงและเขียนบทความเป็นอย่างดี และขอขอบคุณ คุณธนพร ดำรัตน์ สาขาวิชาทางเดินอาหาร ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ช่วยประสานงานในการเตรียมต้นฉบับเป็นอย่างดี ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ช่วยให้หนังสือเล่มนี้สำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์

นภอร ภาวิจิตร
วรรณช จงศรีสวัสดิ์
อลิสรา ดำรงมณี
พรรณพัชร พิริยะนนท์
ฉัตรตมณี เลิศอุดมผลวณิช
บรรณาธิการ
พฤศจิกายน 2567





พูนีพน์หนังสือ

กฤษฎา วีณิน

- ◆ พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์
- ◆ ว.ว. กุมารเวชศาสตร์โรคทางเดินอาหารและตับ
- ◆ อาจารย์ สาขาโรคทางเดินอาหารและตับ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ชมชนัท ทับเจริญ

- ◆ พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์
- ◆ ว.ว. กุมารเวชศาสตร์โรคทางเดินอาหารและตับ
- ◆ อาจารย์ สาขาวิชาโรคทางเดินอาหารและตับ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เต็มพงศ์ ดำริห์ศิลป์

- ◆ พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์
- ◆ ว.ว. กุมารเวชศาสตร์โรคทางเดินอาหารและตับ
- ◆ อาจารย์ หน่วยโรคทางเดินอาหารและตับ กองกุมารเวชกรรม
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ทรงพล เกษสุวรรณ

- ◆ พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์
- ◆ ว.ว. กุมารเวชศาสตร์โรคทางเดินอาหารและตับ
- ◆ Certificate in Allergy, Imperial college London, UK
- ◆ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาโรคทางเดินอาหาร ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



ธิติพร ชุณหสวัสติกุล

- ◆ พ.บ., ว.ว. รังสีวินิจฉัย
 - ◆ Certificate in Research Fellowship in Pediatric Radiology
 - ◆ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หน่วยภาควิชาวินิจฉัยในเด็ก ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
-

นิภาพร หาญพิทักษ์พงศ์

- ◆ พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์
 - ◆ ว.ว. กุมารเวชศาสตร์โรคทางเดินอาหารและตับ
 - ◆ อาจารย์ หน่วยทางเดินอาหาร กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
-

บุญญาญพักษ์ สีหากลาง

- ◆ พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์
 - ◆ ว.ว. กุมารเวชศาสตร์โรคทางเดินอาหารและตับ
 - ◆ อาจารย์ หน่วยโรคทางเดินอาหารและตับ สาขาวิชากุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
-

พลิตติยา สินธุเสก

- ◆ พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์
 - ◆ ว.ว. กุมารเวชศาสตร์โรคทางเดินอาหารและตับ
 - ◆ M.Sc. Pediatric and Child Health Certificate in Pediatric Gastroenterology
 - ◆ Ph.D. Clinical Science Program, Chulalongkorn University
 - ◆ รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาโรคทางเดินอาหารและตับ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
-



พรเทพ ตันเผ่าพงษ์

- ◆ พ.บ., อ.ว. กุมารเวชศาสตร์
 - ◆ Diplomate of the American Board of Pediatrics Master of Public Health
 - ◆ Diplomate of the American Board of Pediatrics (Subboard of Pediatric Gastroenterology)
 - ◆ ศาสตราจารย์ สาขาวิชาโรคทางเดินอาหาร ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
-

เศรษฐพงศ์ จิตต์ว่องไว

- ◆ พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์
 - ◆ ว.ว. กุมารเวชศาสตร์โรคทางเดินอาหารและตับ
 - ◆ อาจารย์ หน่วยโรคทางเดินอาหารและตับ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
-

สิทธิโชค ประจวบธัญชาติ

- ◆ พ.บ., อ.ว. กุมารเวชศาสตร์
 - ◆ อ.ว. กุมารเวชศาสตร์โรคทางเดินอาหารและตับ
 - ◆ Diplomate of the American Board of Pediatrics
 - ◆ Diplomate of the American Board of Gastroenterology
 - ◆ อาจารย์ สาขาวิชาโรคทางเดินอาหารและตับ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
-

สุธา เอี่ยมกุลบุตร

- ◆ พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์
 - ◆ ว.ว. กุมารเวชศาสตร์โรคทางเดินอาหารและตับ
 - ◆ อาจารย์ สาขาวิชาโรคทางเดินอาหารและตับ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
-



हररुषर सुुरीरुणुषुणुुणुु

- ◆ พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์
- ◆ ว.ว. กุมารเวชศาสตร์โรคทางเดินอาหารและตับ
- ◆ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หน่วยโรคระบบทางเดินอาหารและตับ สาขาวิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

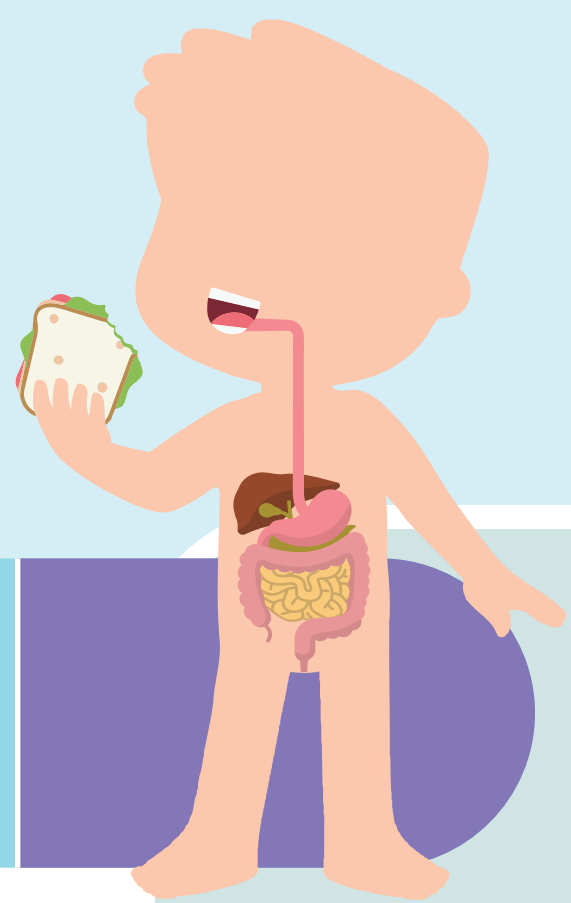
อนันดร วงศ์ธีระสุต

- ◆ พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์
- ◆ ว.ว. กุมารเวชศาสตร์โรคทางเดินอาหารและตับ
- ◆ พันเอก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หน่วยโรคระบบทางเดินอาหารและตับ
กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

อัจฉริยา จันทร์ผ่อง

- ◆ พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์
- ◆ ว.ว. กุมารเวชศาสตร์โรคทางเดินอาหารและตับ
- ◆ Master of Research in Child Health, University College London, UK.
- ◆ Ph.D. Pediatric Neurogastroenterology, University College London, UK.
- ◆ Fellowship in Pediatric Gastroenterology (Motility), Queensland Children's Hospital, Brisbane, Australia.
- ◆ อาจารย์ หน่วยโรคระบบทางเดินอาหารและตับ สาขาวิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์





แนวเวชปฏิบัติ โรคทางเดินอาหารและตับในเด็ก 6

สารบัญ

● ภาวะปวดท้องเฉียบพลันในเด็ก	1
● ภาวะปวดท้องเรื้อรัง	16
● ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน	35
● ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่าง	47
● ท้องมาน	68
● ภาวะท้องผูกในเด็ก	88
● แนวทางการดูแลภาวะท้องร่วงเรื้อรังในเด็ก	101
● ภาวะกลืนลำบาก	114
● ภาวะน้ำดีคั่งในทารก	129
● การตรวจหน้าที่ของตับผิดปกติในเด็ก	155
● ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน	166
● ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันกลับเป็นซ้ำ	182
● กลุ่มโรคการเคลื่อนไหวผิดปกติของทางเดินอาหารในเด็ก	194
● ยาที่ใช้บ่อยในโรกระบบทางเดินอาหาร	211
● การแปลผลภาพรังสีวิทยาสำหรับโรคตับและทางเดินอาหาร	224
● ดัชนี	242



บทที่ 1

ภาวะปวดท้อง เฉียบพลัน ในเด็ก

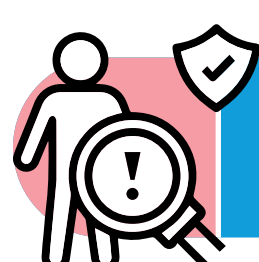
Acute Abdominal Pain in Children

สุรา เอี่ยมกุลบุตร



บทนำ

ภาวะปวดท้องเฉียบพลันในเด็ก เป็นอาการที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ โดยเฉพาะที่แผนกฉุกเฉิน โดยผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องเฉียบพลันบางส่วนมีสาเหตุจากภาวะเร่งด่วนทางศัลยกรรม จึงต้องได้รับการวินิจฉัยที่เหมาะสมและรวดเร็ว อย่างไรก็ตามแพทย์ผู้ดูแลมักได้ประวัติที่ไม่ชัดเจนจากผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล ดังนั้นในการหาสาเหตุของอาการปวดท้อง ควรได้รับการประเมินโดยรวบรวมข้อมูลทั้งจากอาการและอาการแสดง การตรวจร่างกายโดยละเอียด รวมถึงการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในขณะตรวจร่างกาย ซึ่งจะนำไปสู่การวินิจฉัยที่แม่นยำ ในบางกรณีที่ข้อมูลยังไม่ชัดเจนควรส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ/หรือ ตรวจทางรังสีวิทยาเพิ่มเติมตามสาเหตุที่สงสัย ซึ่งควรพิจารณาความเร่งด่วนและระยะเวลาในการส่งตรวจประกอบด้วย

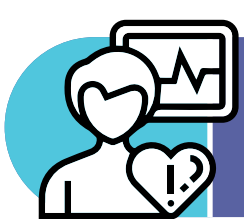


ระบาดวิทยา

ข้อมูลของ Centers of Disease Control and Prevention ในปี ค.ศ. 2011 พบว่าเด็กที่อายุน้อยกว่า 15 ปี เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการปวดท้องเฉียบพลันมากเป็นอันดับ 3 โดยส่วนใหญ่หายเองได้¹ สาเหตุของอาการปวดท้องมักไม่จำเพาะและไม่ใช้โรคทางศัลยกรรม อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์ของโรคทางศัลยกรรมพบได้ร้อยละ 14.8 ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (ร้อยละ 7.4)²



ข้อมูลในเด็กอายุตั้งแต่ 4 ถึง 18 ปี ที่มาสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกฉุกเฉิน แสดงความชุกของอาการปวดท้องเฉียบพลันร้อยละ 9 พบในเด็กหญิงมากกว่าเด็กชาย และสาเหตุหลักมาจากภาวะท้องผูก (ร้อยละ 48) โดยแบ่งเป็นท้องผูกเฉียบพลัน (ร้อยละ 13) และท้องผูกเรื้อรัง (ร้อยละ 35)³ นอกจากนี้สาเหตุอื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ ภาวะทางเดินอาหารทำหน้าที่ผิดปกติไว้โรคทางกาย (ร้อยละ 23.1) abdominal migraine (ร้อยละ 0.2–9.2) โดยใช้เกณฑ์วินิจฉัย Rome III^{3,4} เด็กกลุ่มนี้จะมาด้วยอาการปวดท้องเฉียบพลันและมักมีอาการปวดท้องเกิดขึ้นซ้ำตามมาได้ อย่างไรก็ตามพบว่าร้อยละ 19 ของผู้ป่วยเด็กที่มีอาการปวดท้องเฉียบพลันไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน⁵



พยาธิกำเนิดและพยาธิสรีรวิทยา

อาการปวดท้องเฉียบพลันที่เกิดในแต่ละตำแหน่งของช่องท้อง ก่อให้เกิดลักษณะปวดที่แตกต่างกัน โดยเกี่ยวข้องกับการกระตุ้นตัวรับ (pain receptor) ต่าง ๆ ในบางกรณีเมื่อการดำเนินโรคเปลี่ยนแปลงไป อาจทำให้ลักษณะและตำแหน่งการปวดเปลี่ยนแปลง ดังที่พบในโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน สำหรับอาการปวดท้องแบ่งเป็น การปวดจากอวัยวะภายใน (visceral pain) การปวดท้องจากการอักเสบบริเวณเยื่อช่องท้อง (somatoparietal pain) และการปวดต่างที่ (referred pain)⁶

การปวดจากอวัยวะภายใน เกิดจากการยืดขยาย (stretching) หรือแรงตึง (tension) ของอวัยวะภายในไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึกที่เยื่ออวัยวะภายใน (mucosal surface) เยื่อหุ้มอวัยวะภายใน (serosal surface) เยื่อแขวนลำไส้ (mesentery) และกล้ามเนื้อลำไส้ อย่างไรก็ตามพบว่าเส้นใยประสาทของ visceral afferent nerves ซึ่งประกอบไปด้วยใยประสาทชนิด unmyelinated nerve fiber ทำให้ลักษณะของอาการปวดไม่จำเพาะ เช่น ปวดทั่ว ๆ ปวดตื้อ ๆ (dull pain) ปวดแสบร้อน (burning) ปวดบีบ (cramping) และไม่สามารถระบุตำแหน่งได้ หรืออาจมาด้วยความรู้สึกไม่สบายตัว อาการปวดดีขึ้นเมื่อเปลี่ยนท่าทาง สำหรับบริเวณทางเดินอาหารส่วนต้นและไส้ตรงจะกระตุ้นผ่านการทำงานของเส้นประสาท vagus และ spinal afferents⁷ ตำแหน่งที่ปวดท้องแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ปวดบริเวณลิ้นปี่ มักเกิดจากพยาธิสภาพที่หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร หรือลำไส้เล็กส่วนต้น ปวดบริเวณสะดือ มักเกิดจากลำไส้เล็ก



และปวดที่ตำแหน่งช่องท้องด้านล่าง มักเกิดจากสาเหตุที่ลำไส้ใหญ่ บางกรณีการปวดชนิดนี้อาจเกี่ยวข้องกับอาการของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic phenomena) เช่น หน้าซีด เหงื่อออก คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว มีการเปลี่ยนแปลงของความดันเลือด อัตราการเต้นของหัวใจ หรืออุณหภูมิกาย

การปวดท้องจากการอักเสบบริเวณเยื่อช่องท้อง เป็นการตอบสนองต่อการยืดออก ฉีกขาด หรือการอักเสบ โดยมีตัวรับความรู้สึกที่บริเวณเยื่อผนังช่องท้องด้านใน (parietal peritoneum) กล้ามเนื้อ และผิวหนัง เส้นใยประสาทจะเดินทางไปยัง spinal nerves ที่จำเพาะชนิด myelinated afferent nerve fiber และส่งผ่านการรับรู้ไปยัง dorsal root ganglion ที่จำเพาะ การปวดประเภทนี้จะสามารถระบุตำแหน่งได้ชัดเจน อาการปวดเป็นลักษณะ sharp pain และหากขยับตัวจะทำให้อาการปวดเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมักนอนนิ่ง ๆ⁶

การปวดท้องที่ เป็นการปวดที่มาจากพยาธิสภาพในตำแหน่งอื่น เกิดจากการกระตุ้นของตัวรับและส่งผ่านสัญญาณผ่านใยประสาทมาสู่ไขสันหลังในระดับเดียวกับใยประสาทรับความรู้สึกในช่องท้อง อาการปวดประเภทนี้จะสามารถระบุตำแหน่งได้ชัดเจน แต่เป็นคนละตำแหน่งกับพยาธิสภาพจริง ได้แก่ การปวดที่ไหล่หรือคอด้านล่างที่เกิดจากการอักเสบบริเวณกะบังลม เนื่องจากมีการรวมกันของทางเดินเส้นประสาทของทั้งสองบริเวณนี้ร่วมกัน⁶

นอกจากนี้อาการปวดท้องอาจเกิดจากสาเหตุภายนอกช่องท้องได้ ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โดยเฉพาะบริเวณปอดส่วนล่าง (basal pneumonia) อาจมีอาการปวดท้องร่วมกับไข้ ไอ และเจ็บหน้าอก เนื่องจากเส้นประสาทบริเวณเยื่อช่องท้องและไขสันหลังที่ส่งสัญญาณไปยังช่องซี่โครง (intercostal spaces) มาจากตำแหน่งเดียวกัน เมื่อมีการระคายเคืองที่เยื่อหุ้มปอดหรือกะบังลม เกิด referred pain ทำให้มีอาการปวดท้องได้ ดังนั้นอาจพิจารณาส่งภาพถ่ายรังสีทรวงอกในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องเพื่อตัดสาเหตุจาก basal pneumonia ออกไป⁸ ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อคอตีบจากเชื้อ group A beta-hemolytic streptococci มักมาด้วยอาการไข้ เจ็บคอ กลืนเจ็บ แต่อาจพบอาการอื่น ๆ เช่น ปวดศีรษะ อาเจียนและปวดท้องได้⁹ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีหูดอักเสบและต่อมทอนซิลอักเสบอาจมีอาการปวดท้องร่วมด้วยได้ร้อยละ 16 และ 18 ตามลำดับ¹⁰ ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลสูงร่วมกับเลือดเป็นกรด (diabetic ketoacidosis, DKA) อาจมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งมักดีขึ้นหลังจากรักษา DKA โดยอาการปวดท้องนี้



ไม่สัมพันธ์กับความรุนแรงของระดับน้ำตาลในเลือด แต่อาจเกี่ยวข้องกับความเป็นกรดหรือถูกกระตุ้นโดยการติดเชื้อ ภาวะขาดน้ำ หรือภาวะตับอ่อนอักเสบ ในผู้ป่วย sickle cell disease ซึ่งมีภาวะ sickle cell crisis จะมาด้วยอาการปวดท้องได้บ่อย โดยเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดขนาดเล็ก ทำให้มีภาวะในช่องท้องและเยื่อแขวนลำไส้ขาดเลือด ในโรคพอร์ไฟเรีย (porphyria) ซึ่งถูกกระตุ้นด้วยยาบางชนิด การติดเชื้อ หรือการอดอาหาร ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการปวดบิดท้องบริเวณลิ้นปี่รุนแรงร่วมกับมีอาเจียนหรือท้องผูกได้ จากการมี neurovisceral crisis เนื่องจากความผิดปกติที่กระบวนการสร้างฮีโมโกลบิน¹¹

สาเหตุของการปวดท้องเฉียบพลันในเด็ก พิจารณาจากช่วงอายุ และจำแนกสาเหตุจากพยาธิสภาพภายในทางเดินอาหารและตับหรือภายนอกทางเดินอาหาร โดยอาศัยการซักประวัติ ความรุนแรง ตำแหน่งที่ปวด หรืออาการแสดงที่เกิดร่วมต่าง ๆ เพื่อวินิจฉัยแยกโรคตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 : สาเหตุของภาวะปวดท้องเฉียบพลันในเด็ก

อายุ	สาเหตุจากทางเดินอาหารและตับ	สาเหตุจากภายนอกทางเดินอาหาร
0-2 เดือน		
โรคทางกุมารเวชกรรม	โรคกรดไหลย้อน โรคกระเพาะและลำไส้อักเสบเฉียบพลัน	ภาวะโคลิก ภาวะแพ็โปรตีนนมวัว
โรคฉุกเฉินทางศัลยกรรม	ลำไส้อักเสบเน่าตายในทารก ลำไส้บิดหมุน อุบัติเหตุหรือการทารุณกรรมเด็ก	อัมตะบิดหมุน
3-12 เดือน		
โรคทางกุมารเวชกรรม	การกลืนสิ่งแปลกปลอม โรคกระเพาะและลำไส้อักเสบเฉียบพลัน ท้องผูก โรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส	โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะแพ็โปรตีนนมวัว โรคพอร์ไฟเรีย Hemolytic uremic syndrome (HUS), sickle cell crisis
โรคฉุกเฉินทางศัลยกรรม	โรคลำไส้กลืนกัน ภาวะไส้เลื่อนติดคา Hirschsprung disease อุบัติเหตุ	



อายุ	สาเหตุจากทางเดินอาหารและตับ	สาเหตุจากภายนอกทางเดินอาหาร
1-5 ปี		
โรคทางกุมารเวชกรรม	โรคกระเพาะและลำไส้อักเสบเฉียบพลัน ท้องผูก การกลืนสิ่งแปลกปลอม โรคต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องอักเสบ โรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส Henoch-Schönlein purpura โรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน โรคตับอักเสบ	โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ โรคพอร์ไฟเรีย คออักเสบ HUS, sickle cell crisis, diabetic ketoacidosis (DKA)
โรคฉุกเฉินทางศัลยกรรม	โรคไส้ติ่งอักเสบ โรคลำไส้กลืนกัน Meckel's diverticulum อุบัติเหตุ ฝีหนองในช่องท้อง มะเร็ง	รังไข่บิดขั้ว
6-11 ปี		
โรคทางกุมารเวชกรรม	โรคกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบเฉียบพลัน โรคต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องอักเสบ ท้องผูก โรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน โรคตับอักเสบ โรคลำไส้อักเสบ inflammatory bowel disease (IBD) โรคติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง ฝีหนองในช่องท้อง Henoch-Schönlein purpura โรคไมเกรนช่องท้อง	โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ โรคปอดอักเสบ หอบหืด DKA, HUS, sickle cell crisis โรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ โรคพอร์ไฟเรีย คออักเสบ
โรคฉุกเฉินทางศัลยกรรม	โรคไส้ติ่งอักเสบ โรคถุงน้ำดีอักเสบ กระเพาะอาหารทะลุ มะเร็ง อุบัติเหตุ	รังไข่บิดขั้ว อัณฑะบิดขั้ว
12-18 ปี		
โรคทางกุมารเวชกรรม	โรคกรดไหลย้อน โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบเฉียบพลัน โรคต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องอักเสบ ท้องผูก โรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน โรคตับอักเสบ IBD, Henoch-Schönlein purpura โรคไมเกรนช่องท้อง	โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะปวดประจำเดือน ภาวะอู้งานอักเสบ โรคปอดอักเสบ หอบหืด โรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ
โรคฉุกเฉินทางศัลยกรรม	โรคไส้ติ่งอักเสบ โรคถุงน้ำดีอักเสบ กระเพาะอาหารทะลุ มะเร็ง อุบัติเหตุ	รังไข่บิดขั้ว อัณฑะบิดขั้ว ภาวะถุงน้ำในรังไข่แตก การตั้งครรภ์นอกมดลูก นิ้วในทางเดินปัสสาวะ

เรียบเรียงโดย พญ. สุธา เอี่ยมกุลบุตร ข้อมูลรวบรวมจากเอกสารอ้างอิงที่ 9,12





อาการและอาการแสดง

การประเมินอาการและอาการแสดงอาการชักประวัติและตรวจร่างกายเป็นสำคัญ

การชักประวัติ

ประวัติมีความสำคัญในการช่วยวินิจฉัยแยกโรค โดยประวัติที่สำคัญ ได้แก่ อาการเริ่มต้น ลักษณะและตำแหน่งที่ปวด ระยะเวลาที่เกิด การดำเนินโรค ลักษณะอาเจียน และลักษณะของอุจจาระ อย่างไรก็ตามในเด็กทารกหรือเด็กเล็ก มักมีอาการร้องกวน ร้องมากกว่าปกติ ในบางรายผู้เลี้ยงให้ประวัติว่าเด็กจะยกขามาที่หน้าท้องพร้อมกับร้องกวนเป็นพัก ๆ¹³ ในเด็กโตที่บอกลักษณะและตำแหน่งของการปวดได้ชัดเจน จะช่วยในการหาสาเหตุ เช่น ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ อาจเกี่ยวข้องกับกระเพาะอาหารอักเสบหรือตับอ่อนอักเสบ ปวดท้องด้านขวาบน มักเกี่ยวข้องกับภาวะถุงน้ำดีอักเสบหรือตับอักเสบ หากปวดท้องจากภาวะไส้ติ่งอักเสบ ในระยะแรกจะเริ่มปวดท้องซึ่งระบุตำแหน่งได้ไม่ชัดเจน หลังจากนั้น 1-2 วัน อาการปวดจะค่อย ๆ รุนแรงมากขึ้น และย้ายตำแหน่งที่ปวดมาบริเวณท้องด้านขวาล่างและบอกตำแหน่งได้ชัดเจนมากขึ้น หากปวดท้องจากโรคลำไส้กลืนกัน (intussusception) จะมีลักษณะปวดเป็นแบบบีบเป็น ๆ หาย ๆ (colic pain)⁶ นอกจากนี้ควรถามประวัติยาที่ได้รับมาก่อน โดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่ม non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) รวมไปถึงประวัติอื่น ๆ ได้แก่ อุบัติเหตุกระแทกบริเวณท้อง เช่น กระแทกโต๊ะ หรือมือจับจักรยาน หรือวัตถุอื่น ๆ¹³ และประวัติการผ่าตัดช่องท้อง

กรณีที่มีอาการอาเจียนร่วมกับปวดท้อง ลักษณะอาเจียนสามารถช่วยวินิจฉัยแยกโรคเบื้องต้นได้ หากอาเจียนมีสีของน้ำดีปน บ่งชี้ว่ามีภาวะลำไส้อุดตันต่ำกว่ารูเปิดของท่อน้ำดี ในลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัม หรืออาจเกิดตามหลังการอาเจียนปริมาณมาก ในกรณีที่อาเจียนมีเลือดปนปริมาณเล็กน้อยหรือเป็นสี coffee ground บ่งชี้ว่ามีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดอักเสบ กระเพาะอาหารอักเสบ แผลบริเวณกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น หรือเกิดตามหลังการอาเจียนรุนแรง การอาเจียนเป็นเลือดสดปริมาณมาก บ่งชี้ได้ถึง ภาวะการฉีกขาดบริเวณรอยต่อระหว่างหลอดเลือดและกระเพาะอาหาร (Mallory Weiss syndrome) หลอดเลือดขอดที่หลอดเลือดอาหาร (esophageal varices) หรือแผลบริเวณกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น หากผู้ป่วยอาเจียนเป็นอาหารหรือน้ำย่อยจาก



กระเพาะอาหาร บ่งชี้ว่ามีการติดเชื้อในทางเดินอาหาร หรือมีการอุดตันของทางเดินอาหารส่วนต้น และหากอาเจียนเป็นอุจจาระ แสดงถึงภาวะลำไส้ส่วนล่างอุดตันรุนแรง

นอกจากนี้ลักษณะและปริมาณของอุจจาระ ยังมีส่วนช่วยในการวินิจฉัยสาเหตุของโรคทางลำไส้ได้ เช่น อุจจาระเหลวเป็นน้ำ บ่งถึงการติดเชื้อที่ลำไส้หรือโรคไส้ติ่งอักเสบ อุจจาระมีมูกปน บ่งบอกการติดเชื้อหรืออักเสบที่ลำไส้หรืออาจเป็นภาวะปกติ อุจจาระแข็งหรือก้อนใหญ่ หรือถ่ายอุจจาระเลือด บ่งบอกภาวะท้องผูก การไม่ถ่ายอุจจาระ ไม่ผายลม และท้องอืด มีสาเหตุจากภาวะลำไส้อุดตัน อุจจาระเป็นเลือดหรือสีดำ (melena) บ่งบอกถึงแผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น อุจจาระสีแดงสดปริมาณน้อย มักเกิดจากแผลปริที่ขอบทวารหนักจากท้องผูก โรค Henoch-Schönlein purpura และติ่งเนื้อในลำไส้ อุจจาระสีแดงสดปริมาณมาก บ่งบอกถึงภาวะลำไส้อักเสบ (colitis) หากลักษณะอุจจาระเป็นมูกเลือดคล้ายแยมผลไม้ (currant jelly stool) บ่งบอกโรคลำไส้กลืนกัน และอุจจาระสีซีดลงอาจบ่งบอกโรคตับหรือทางเดินน้ำดีอุดตัน

อย่างไรก็ตาม ควรซักประวัติอาการทางระบบอื่น ๆ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของภาวะปวดท้องเฉียบพลัน ได้แก่ ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะบ่อย และอาการปวดบริเวณท้องด้านล่าง อาจบ่งบอกสาเหตุจากโรกระบบทางเดินปัสสาวะ ประวัติขาดน้ำ น้ำหนักลด อาเจียน ปัสสาวะบ่อยและดื่มน้ำมาก ร่วมกับอาการปวดท้อง อาจต้องนึกถึงภาวะ DKA

การตรวจร่างกาย

เนื่องจากผู้ป่วยเด็กยังไม่สามารถสื่อสารหรือบอกอาการของตนเองได้ชัดเจน การตรวจร่างกายจึงมีส่วนสำคัญอย่างมากในการวินิจฉัยสาเหตุของอาการปวดท้อง การตรวจร่างกายที่สำคัญประกอบด้วย^{6,13}

1. สัญญาณชีพ

- หัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) เกิดจากภาวะ sepsis, systemic inflammatory response syndrome (SIRS) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากสาเหตุหลัก เช่น ภาวะอุดตันของทางเดินอาหาร ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) จากลำไส้ทะลุ
- หายใจเร็ว (tachypnea) บ่งถึงภาวะเลือดเป็นกรดจาก DKA, uremia ภาวะขาดน้ำรุนแรง และปอดอักเสบ (pneumonia)



- ความดันเลือดต่ำ (hypotension) บ่งบอกภาวะขาดน้ำ จากการถ่ายเหลวหรืออาเจียน การรั่วของหลอดเลือดฝอยจากการติดเชื้อ เช่น ไข้เลือดออก การมี third space loss จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ภาวะอุดตันทางเดินอาหาร ลำไส้ทะลุ เป็นต้น
- ความดันเลือดสูง (hypertension) อาจพบในโรค Henoch-Schönlein purpura หรือโรคพอร์ไฟเรีย (porphyria)

2. การตรวจท้อง

- ท้องอืด พบ visible bowel loop บ่งบอกถึงการอุดตันของลำไส้ส่วนปลาย (distal intestinal obstruction) และ paralytic ileus
- กดเจ็บบริเวณท้อง ช่วยแยกสาเหตุที่สงสัยตามตำแหน่งของอวัยวะต่าง ๆ เช่น ตำแหน่งลิ้นปี่ทำให้สงสัยแผลเพปติก (peptic ulcer disease) ตำแหน่งท้องด้านขวาล่าง อาจสงสัยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน เป็นต้น ดังแสดงในตารางที่ 2
- Voluntary guarding, rebound tenderness, tenderness on percussion หรือปวดท้องมากขึ้นเมื่อขยับตัว บ่งบอกโรคทางศัลยกรรม
- ตรวจพบก้อนในท้อง (abdominal mass) ในโรคลำไส้กลืนกัน pyloric stenosis, appendicular mass หรือก้อนจากอวัยวะอื่น ๆ ในช่องท้อง
- ผู้ป่วยที่มีประวัติอุบัติเหตุ หากตรวจพบแผลถลอก รอยฟกช้ำ และรอยกระแทกที่หน้าท้อง ควรสงสัยว่ามีการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน

3. การตรวจร่างกายระบบอื่น ๆ

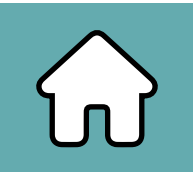
- ตัวเหลือง ตาเหลือง บ่งบอกสาเหตุที่ตับหรือท่อน้ำดี
- ผื่นนูน (purpuric rash) ที่ขาหรือก้น บ่งบอกสาเหตุจาก Henoch-Schönlein purpura
- เสียงปอดผิดปกติ เช่น การได้ยินเสียงหายใจลดลง bronchial breath sound, crepitations บ่งบอกถึงโรคปอดอักเสบ

อย่างไรก็ตาม หากอาการและอาการแสดงไม่ชัดเจนในระยะแรก ควรมีการตรวจติดตามเป็นระยะ ๆ เนื่องจากการดำเนินโรคมีการเปลี่ยนแปลงได้



ตารางที่ 2 : สาเหตุของอาการปวดท้องเฉียบพลันตามตำแหน่งของช่องท้อง		
ท้องด้านขวาบน (right upper quadrant)	ลิ้นปี่ (epigastrium)	ท้องด้านซ้ายบน (left upper quadrant)
โรคตับอักเสบ โรคถุงน้ำดีอักเสบ โรคนิ่วในถุงน้ำดี Biliary colic โรกระบบทางเดินปัสสาวะ โรคปอดส่วนล่างข้างขวาอักเสบ	โรคกรดไหลย้อน โรคหลอดอาหารอักเสบ โรคแผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น โรคตับอ่อนอักเสบ ภาวะกระเพาะอาหารบิดหมุน ภาวะลำไส้เล็กบิดหมุน	ภาวะม้ามขาดเลือด ภาวะม้ามโต ภาวะม้ามบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โรกระบบทางเดินปัสสาวะ โรคปอดส่วนล่างข้างซ้ายอักเสบ
ท้องด้านขวาล่าง (right lower quadrant)	บริเวณสะดือ (periumbilical area)	ท้องด้านซ้ายล่าง (left lower quadrant)
ภาวะท้องผูก โรคต่อมเหงื่อในช่องท้อง อักเสบ โรคไส้ติ่งอักเสบ โรคลำไส้กลืนกัน ภาวะลำไส้อุดตัน Crohn's disease ลำไส้ทะลุ รังไข่บิดขั้ว อัณฑะบิดขั้ว	ภาวะทางเดินอาหารทำหน้าที่ผิดปกติไร้โรคทางกาย ภาวะท้องผูก โรคกระเพาะและลำไส้อักเสบ เฉียบพลัน โรคไส้ติ่งอักเสบระยะแรก โรคตับอ่อนอักเสบ ภาวะลำไส้เล็กบิดหมุน ภาวะไส้เลื่อนติดคา	ภาวะท้องผูก โรคลำไส้ใหญ่อักเสบ การตั้งครรภ์นอกมดลูก รังไข่บิดขั้ว อัณฑะบิดขั้ว โรคไส้เลื่อน ภาวะลำไส้ซิกมอยด์บิดหมุน
บริเวณเหนือหัวหน่าว (suprapubic area)		
โรคทางนรีเวช ภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ โรคกระเพาะปัสสาวะ		

เรียบเรียงโดย พญ. สุธา เอี่ยมกุลบุตร ข้อมูลรวบรวมจากเอกสารอ้างอิงที่ 6,13





การวินิจฉัย

ในเด็กที่มีอาการปวดท้องเฉียบพลันสามารถวินิจฉัยได้จากประวัติและตรวจร่างกาย ไม่จำเป็นต้องส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เช่น โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ ภาวะท้องผูก เป็นต้น ในกรณีที่ไม่สามารถวินิจฉัยได้แน่ชัด อาการรุนแรง หรือสงสัยสาเหตุทางด้านศัลยกรรม ควรส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อช่วยให้วินิจฉัยได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น โดยการส่งตรวจเบื้องต้น ได้แก่

- การตรวจนับเม็ดเลือด (complete blood count) เพื่อดูเม็ดเลือดขาว หากเพิ่มขึ้น บ่งบอกถึงการอักเสบหรือติดเชื้อ
- การตรวจปัสสาวะ เพื่อประเมินการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ไตอักเสบ (nephritis) หรือ Henoch–Schönlein purpura หากพบคีโตนและกลูโคส บ่งบอกถึงภาวะ DKA หากพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ (hematuria) อาจเกิดจากการติดเชื้อหรือน้ำในทางเดินปัสสาวะ
- แอมิเลส (amylase) และไลเพส (lipase) ในเลือด เพื่อช่วยวินิจฉัยภาวะตับอ่อนอักเสบ
- การตรวจหน้าที่ของตับ เพื่อประเมินภาวะตับอักเสบ โรคท่อน้ำดีอักเสบหรืออุดตัน
- ค่า erythrocyte sedimentation rate (ESR), C-reactive protein (CRP) สูง บ่งบอกว่ามีการอักเสบ
- การตรวจอุจจาระและการเพาะเชื้อในอุจจาระ เพื่อดูการติดเชื้อในทางเดินอาหาร
- ในวัยรุ่นเพศหญิงที่มีประวัติเพศสัมพันธ์ อาจพิจารณาส่งตรวจปัสสาวะเพื่อดูว่าตั้งครรภ์หรือไม่



เป็นส่วนสำคัญในการช่วยวินิจฉัยเด็กที่มีอาการปวดท้องเฉียบพลัน ภาพถ่ายรังสีช่องท้องมีประโยชน์อย่างมาก ในกรณีที่สงสัยภาวะลำไส้อุดตันหรือลำไส้ทะลุ และหากสงสัยโรคปอดส่วนล่างติดเชื้อ ซึ่งผู้ป่วยจะมาด้วยปวดท้องด้านบนได้ ควรส่งตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกเพิ่มเติม จะพบลักษณะ lower lobe pulmonary consolidations แต่อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาพบว่าภาพถ่ายรังสี มีประโยชน์น้อยในการวินิจฉัยอาการปวดท้องเฉียบพลันในเด็ก¹⁴ การตรวจทางรังสีวิทยาต่าง ๆ ได้แก่

1. ภาพถ่ายรังสีช่องท้อง (acute abdomen series)

พิจารณาส่งตรวจกรณีที่สงสัยโรคทางศัลยกรรม เช่น ภาวะลำไส้อุดตัน ลำไส้ทะลุ โรคลำไส้กลืนกันซึ่งอาจพบลักษณะลำไส้เล็กอุดตัน (small bowel obstruction), crescent/meniscus sign, soft tissue density ที่ตำแหน่งด้านขวาของช่องท้อง หรือไม่พบเงาลมในลำไส้ ด้านขวาล่าง สำหรับโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน อาจเห็นลักษณะเฉพาะคือ appendicoliths แต่พบได้เพียงร้อยละ 5-15 นอกจากนี้ยังอาจพบก้อนที่ท้องด้านขวาล่าง air-fluid levels, loss of psoas sign, sentinel loop (local ileus) และนิ่วอุจจาระ (fecolith) ได้

สำหรับสาเหตุที่ไม่ใช่โรคทางศัลยกรรม เช่น ภาวะตับอ่อนอักเสบ อาจพบ colon cut-off sign หรือ sentinel loop บริเวณลำไส้เล็กใกล้ตับอ่อน ในกรณีที่มีประวัติท้องผูกชัดเจน ไม่จำเป็นต้องถ่ายภาพรังสีช่องท้องเพื่อวินิจฉัย ยกเว้นต้องการส่งตรวจเพิ่มเติมในกรณีสงสัยภาวะท้องผูกไว้โรคทางกายแต่อาการไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย Rome IV ผู้ป่วยอ้วนมมาก ผู้ป่วยไม่ให้อาหารร่วมมือในการตรวจทางหน้าท้องหรือตรวจทางทวารหนัก และใช้ติดตามหลังจากรักษาอุจจาระอัดแน่นที่ไส้ตรง¹⁵ ทั้งนี้ไม่แนะนำให้ใช้การตรวจทางรังสีวิทยาเป็นการตรวจพื้นฐานในเด็กที่มาด้วยอาการปวดท้องเฉียบพลันทุกราย⁹

2. การตรวจอัลตราซาวนด์ช่องท้อง (abdominal ultrasonography)

มีข้อดี คือ ไม่มีความเสี่ยงต่อรังสี สามารถทำได้อย่างรวดเร็ว และมีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคลำไส้กลืนกัน โดยจะพบลักษณะจำเพาะของลำไส้ขอบในและขอบนอกที่กลืนกัน ได้แก่ pseudokidney sign (longitudinal plane) หรือ donut sign (transverse plane) สำหรับผู้ป่วยที่สงสัยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ควรตรวจอัลตราซาวนด์ช่องท้องเพิ่มเติมในกรณีที่ตรวจ



ร่างกายไม่ชัดเจน หน้าท้องหนา เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจ และสงสัยภาวะแทรกซ้อน เช่น appendiceal abscess นอกจากนี้อาจใช้การตรวจอัลตราซาวนด์หลอดเลือด (doppler ultrasound) ในกรณีสงสัย midgut volvulus⁹

3. เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง (abdominal computed tomography, CT abdomen)

เป็นการตรวจที่ให้ข้อมูลที่จำเพาะ โดยเฉพาะกรณีสงสัยโรคทางศัลยกรรม และโรคอื่น ๆ เช่น ภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน รวมไปถึงช่วยในการติดตามภาวะแทรกซ้อนได้ในผู้ป่วยที่อาการไม่ดีขึ้น สำหรับสาเหตุอื่น ๆ ที่วินิจฉัยเบื้องต้นได้จากอาการ อาการแสดง ภาพรังสีวิทยา หรืออัลตราซาวนด์ช่องท้อง ไม่จำเป็นต้องส่งตรวจ CT abdomen เนื่องจากการตรวจใช้เวลานานและสัมผัสกับรังสี⁹



การรักษา

การประเมินผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องเฉียบพลัน เบื้องต้นควรประเมินภาวะเร่งด่วน ได้แก่ อาเจียนปนน้ำดี อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือด ความดันเลือดต่ำ หายใจเร็ว อัตราการเต้นหัวใจเร็วกว่าปกติ มีประวัติอุบัติเหตุ กดเจ็บที่ท้อง คลำก้อนได้ที่ท้อง เป็นต้น เพื่อให้การรักษาอย่างเร่งด่วน สำหรับการรักษาอาการปวดท้องเฉียบพลันจะพิจารณารักษาตามสาเหตุของโรคที่ได้รับการวินิจฉัย

โรคกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบเฉียบพลัน รักษาโดยการให้สารน้ำทางปาก (oral rehydration therapy) ในกรณีที่ขาดน้ำระดับเล็กน้อยหรือปานกลาง องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้ oral rehydration solution (ORS) สำหรับผู้ป่วยที่ขาดน้ำระดับรุนแรง แนะนำให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ¹³ การให้ยาปฏิชีวนะแบบครอบคลุม แนะนำในกรณีสงสัยการติดเชื้อ *Vibrio cholerae* และ invasive diarrhea ซึ่งมีลักษณะอุจจาระเป็นมูกเลือดปน หรือตรวจอุจจาระพบเม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือดแดง ร่วมกับมีไข้สูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ยาที่แนะนำ คือ ยากลุ่ม fluoroquinolones (ciprofloxacin, norfloxacin) ชนิตกิน หรือ ceftriaxone แบบหยดทางหลอดเลือดดำ โดยการให้ยาทางหลอดเลือดดำพิจารณาในกรณีผู้ป่วยมีอาการรุนแรง สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ทารกอายุน้อยกว่า 3 เดือน มีภาวะ



ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยไม่สามารถกินได้ และมีการปรับยาปฏิชีวนะเมื่อทราบผลเพาะเชื้อใน
อุจจาระหรือในเลือด โดยระยะเวลาการให้ยา 3-5 วัน¹⁶

ภาวะท้องผูก อาการปวดท้องมักเกิดจากอุจจาระอัดแน่นในไส้ตรง รักษาโดยการ
สวนทวารหรือกินยาระบาย ซึ่งยาทั้ง 2 กลุ่ม มีประสิทธิภาพไม่แตกต่างกัน ยาระบายในกลุ่ม
osmotic laxatives ได้แก่ polyethylene glycol (PEG) โดยเริ่มจากขนาดยา 1-2 กรัม/กก./
วัน (สูงสุดไม่เกิน 100 กรัม/วัน) เป็นเวลา 3-7 วัน ตามด้วย 0.5-1 กรัม/กก./วัน และปรับ
ขนาดยาจนได้ลักษณะอุจจาระที่ปกติ หรือ lactulose โดยเริ่มจากปริมาณ 4-6 มล./กก./วัน
(สูงสุดไม่เกิน 120 มล./วัน) เป็นเวลา 6 วัน ตามด้วย 1-3 มล./กก./วัน และให้การรักษา
ต่อเนื่องอย่างน้อย 1-2 เดือน ร่วมกับปรับพฤติกรรมดื่มน้ำและใยอาหารที่เหมาะสม
อีกทั้งแนะนำการฝึกการขับถ่าย เพื่อนำไปสู่การตอบสนองที่ดีต่อการรักษา^{13,15}

โรคแผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น อาการและอาการแสดงที่สงสัย
โรคกลุ่มนี้ ได้แก่ ปวดท้องหรือแสบร้อนบริเวณลิ้นปี่ เรอเปรี้ยว ความรู้สึกมีน้ำย่อยไหลย้อนมา
ที่คอ อาเจียน รักษาโดยให้ยากลุ่ม proton pump inhibitor เช่น omeprazole (1-4 มก./กก./
วัน), lansoprazole (2 มก./กก./วัน), pantoprazole (1-2 มก./กก./วัน) เป็นต้น การรักษา
ใช้เวลา 4-8 สัปดาห์ และค่อย ๆ ลดขนาดยาลงหากอาการดีขึ้น นอกจากนี้อาจพิจารณาให้
ยากลุ่ม mucoprotective agent ได้แก่ sucralfate ร่วมด้วย





สรุป

อาการปวดท้องเฉียบพลันในเด็กเกิดได้จากหลายสาเหตุซึ่งแบ่งเป็นสาเหตุทางศัลยกรรมและไม่ใช่อาการทางศัลยกรรม อาการมีความรุนแรงตั้งแต่น้อยไปมากและมีผลต่อความรุนแรงต่อการวินิจฉัยและรักษา ในเบื้องต้นกุมารแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการซักประวัติและตรวจร่างกาย หากสงสัยโรคทางศัลยกรรม ควรส่งตรวจเพิ่มเติมและปรึกษากุมารศัลยแพทย์ การประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องเฉียบพลันอย่างถูกต้องนำไปสู่การรักษาที่เหมาะสม แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักหายได้เองและไม่มีอันตรายถึงชีวิต แต่ในบางกรณีอาจจำเป็นต้องรักษาโดยใช้ยาหรือผ่าตัด หากในเบื้องต้นยังไม่สามารถวินิจฉัยสาเหตุได้ชัดเจนหรืออาการผู้ป่วยไม่คงที่ ควรตรวจร่างกายและติดตามอาการเป็นระยะ รวมถึงส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยาเพิ่มเติมตามความเหมาะสม



เอกสารอ้างอิง

1. National hospital ambulatory medical care survey: 2011 Emergency department summary tables [Internet]. Centers for disease control and prevention; 2011 [cited 2024 Apr 30]; Available from: https://www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/nhamcs_emergency/2011_ed_web_tables.pdf
2. Lee WH, O'Brien S, Skarin D, et al. Pediatric abdominal pain in children presenting to the emergency department. *Pediatr Emerg Care* 2021;37:593–8.
3. Lewis ML, Palsson OS, Whitehead WE, van Tilburg MAL. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in children and adolescents. *J Pediatr* 2016;177:39–43
4. Azmy DJ, Qualia CM. Review of abdominal migraine in children. *Gastroenterol Hepatol (N Y)* 2020;16:632–9.
5. Loening-Baucke V, Swidsinski A. Constipation as cause of acute abdominal pain in children. *J Pediatr* 2007;151:666–9.
6. Ross A, LeLeiko NS. Acute abdominal pain. *Pediatr Rev* 2010;31:135–44.
7. Gebhart GF, Bielefeldt K. Physiology of visceral pain. *Compr Physiol* 2016;6:1609–33.
8. Tsalkidis A, Gardikis S, Cassimos D, et al. Acute abdomen in children due to extra-abdominal causes. *Pediatr Int* 2008;50:315–8.



9. Marin JR, Alpern ER. Abdominal pain in children. Emerg Med Clin North Am 2011;29:401–28.
10. Scholer SJ, Pituch K, Orr DP, Dittus RS. Clinical outcomes of children with acute abdominal pain. Pediatrics 1996;98:680–5.
11. Murali N, El Hayek SM. Abdominal pain mimics. Emerg Med Clin North Am 2021;39:839–50.
12. Baker RD. Acute abdominal pain. Pediatr Rev 2018;39:130–9.
13. Iyer R, Nallasamy K. Child with abdominal pain. Indian J Pediatr 2018;85:71–6.
14. Lameris W, van Randen A, van Es HW, et al. Imaging strategies for detection of urgent conditions in patients with acute abdominal pain: diagnostic accuracy study. BMJ 2009;338:2431.
15. สมาคมกุมารเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับ. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาเด็กท้องผูกไว้โรคทางกาย (Clinical practice guideline for functional constipation) 2565. [cited 2024 July 15]. Available from: https://www.pthaigastro.org/Document_Preview.aspx?TID=221
16. สมาคมกุมารเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับ. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคท้องร่วงเฉียบพลันในเด็ก (Clinical practice guideline for acute diarrhea in children) 2562. [cited 2024 July 15]. Available from: https://www.pthaigastro.org/Document/hz0tpx1b-dldozf11z5minfimCPG_Blue.pdf

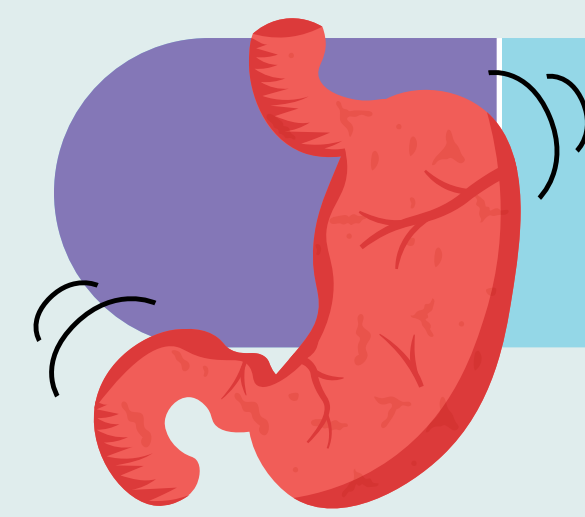


บทที่ 2

ภาวะปวดท้องเรื้อรัง

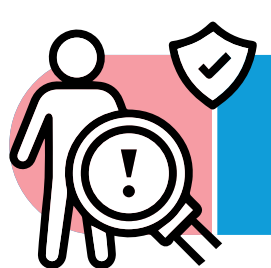
Chronic Abdominal Pain

สิทธิโชค ประจวบธัญชาติ



บทนำ

ภาวะปวดท้องเรื้อรังในเด็ก เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ อาการ อาการแสดง และความรุนแรงจะแตกต่างกันขึ้นกับแต่ละบุคคล สาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากกลุ่มอาการปวดท้องไร้โรคทางกาย (functional abdominal pain disorders, FAPD) ที่อาศัยการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัย Rome IV ผู้ป่วยเด็กกลุ่มอาการปวดท้องไร้โรคทางกายมักมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเด็กสุขภาพดี แต่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยเด็กที่มีอาการปวดท้องจากโรคทางกาย (organic gastrointestinal diseases)¹ โดยพบว่าผู้ป่วยเด็กที่มีกลุ่มอาการปวดท้องไร้โรคทางกายมีดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิต (health-related quality of life score) ใกล้เคียงกับกลุ่มโรคลำไส้อักเสบเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุ (inflammatory bowel disease, IBD) หรือโรคกรดไหลย้อน อย่างไรก็ตามพบการรายงานคะแนนความเจ็บป่วยหรือดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตที่ผู้ป่วยเด็กเป็นผู้รายงานมักจะดีเกินกว่าความเป็นจริง² การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่มาด้วยอาการปวดท้องเรื้อรัง กุมารแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปควรมีความรู้ความเข้าใจพยาธิสรีรวิทยาของโรค ปัจจัยกระตุ้นการวินิจฉัย และสามารถเลือกการรักษาทั้งใช้ยาและไม่ใช้ยาให้เหมาะสม อีกทั้งการดูแลรักษาโดยสหสาขาวิชาชีพเป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและช่วยให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้ บทความนี้จะกล่าวถึงเฉพาะกลุ่มอาการปวดท้องไร้โรคทางกายในเด็ก



ระบาดวิทยา

รายงานการศึกษาแบบวิเคราะห์ห้วงอวกาศจากข้อมูลทั่วโลกในเด็กอายุ 4-18 ปีพบความชุกของอาการปวดท้องไร้โรคทางกาย ร้อยละ 13.5 ในจำนวนนี้พบกลุ่มอาการลำไส้แปรปรวน (irritable bowel syndrome, IBS) มากที่สุดร้อยละ 8.8 ส่วนความชุกของภาวะนี้ในภูมิภาค

