

# Alarming Signs of Physical Child Abuse and Maltreatment: Practical Management

## เทอดพงศ์ เต็มภาคย์

### บทนำ

ภาวะการกระทำทารุณต่อเด็ก (child maltreatment) สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท<sup>1,2</sup> ได้แก่ การละทิ้ง (neglect) กระทำทารุณทางกาย (physical abuse) กระทำทารุณทางเพศ (sexual abuse) และกระทำทารุณทางจิตใจ (psychological abuse) ซึ่งในบทความนี้จะกล่าวถึงเฉพาะการกระทำทารุณทางกาย (physical abuse) ในเด็ก

เด็กเล็กเป็นวัยที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดที่จะโดนกระทำทารุณทางกาย ซึ่งส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก รวมถึงส่งผลต่อสภาพจิตใจอย่างรุนแรง (serious health sequences) ตามมา เช่น ภาวะวิตกกังวล (anxiety) ซึมเศร้า (depression) หรือความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดในอนาคต<sup>2</sup>

จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกา การกระทำทารุณทางกายพบมากเป็นอันดับที่สองรองจากการละทิ้ง โดยพบได้ประมาณร้อยละ 18 ของการกระทำทารุณทั้งหมด<sup>1</sup> และพบว่า ประมาณร้อยละ 1.3-15 ของผู้ป่วยเด็กที่ถูกนำส่งมาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลด้วยเรื่องอุบัติเหตุ หรือเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดเกิดจากสาเหตุการกระทำทารุณ<sup>3</sup>

## คำนิยาม

การกระทำทารุณทางกาย (physical abuse) หมายถึง การโดนกระทำทางร่างกาย ได้แก่ การโดนตี การเขย่าตัว แผลไฟไหม้ การโดนกัด และอื่น ๆ โดยคำจำกัดความของการกระทำทารุณ แยกได้ยากมากจากการลงโทษทางกาย (corporal punishment) และไม่สามารถแบ่งกันได้อย่างชัดเจน<sup>4</sup>

## ความชุก

การกระทำทารุณในเด็กพบได้ในทุกกลุ่มอายุ เพศ เชื้อชาติ และเศรษฐกิจ อาจมีความแตกต่างกันในกลุ่มประชากรแต่ละประเทศ โดยพบว่า การทำร้ายร่างกาย (physical assault) พบมากถึงร้อยละ 15 ในเด็กวัยรุ่น<sup>5</sup> และการกระทำทารุณในเด็กเล็ก (infant maltreatment) ที่เป็นเหตุให้เกิดอันตรายถึงชีวิต (fatal abuse & serious abusive injuries) พบในเด็กเล็กที่อายุน้อยกว่า 2 ปี มากกว่าในเด็กโต<sup>1</sup> ในปี พ.ศ. 2564 จากข้อมูลของ National Child Maltreatment ในประเทศสหรัฐอเมริกา<sup>6</sup> พบว่า มีเด็กจำนวนมากกว่า 600,000 คนที่ตกเป็นเหยื่อของการกระทำทารุณ และมากกว่าร้อยละ 25 ของเด็กทั้งหมดเคยโดนกระทำทารุณมาแล้วในอดีต โดยเฉพาะในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 2 ปี และพบเป็นการละทิ้ง ร้อยละ 76 กระทำทารุณทางกาย ร้อยละ 16 กระทำทารุณทางเพศ ร้อยละ 10 และกระทำทารุณทางจิตใจ ร้อยละ 6

ช่วงที่มีการระบาดของโคโรนาไวรัส (COVID-19 pandemic) ในช่วงปี พ.ศ. 2562-2563 พบว่า ทั้งผู้ป่วยเด็ก ผู้ปกครอง และผู้เลี้ยงดูจะมีความเครียดและวิตกกังวลสูงมากก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ขึ้น ได้แก่ การเสียชีวิต การเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม ต้องหยุดเรียนและอื่น ๆ ทำให้ข้อมูลของการกระทำทารุณของเด็กในช่วงเวลาดังกล่าวมีความคลาดเคลื่อน มีข้อมูลทั้งที่แสดงว่า มีการเพิ่มขึ้น ลดลง หรือไม่แตกต่างจากเดิม โดยข้อมูลดังกล่าวขึ้นกับกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษารวมถึงรายได้ของกลุ่มคนที่เข้าร่วมการศึกษาวិจัย<sup>7</sup>

อย่างไรก็ตามเป็นที่ทราบกันว่า ความชุกของการกระทำทารุณจะน้อยกว่าความเป็นจริงเสมอ เนื่องจากการไม่ได้ตระหนักถึง (under-recognized) ไม่ได้สืบค้น (under-detected) และไม่ได้รายงาน (under-reported) ทั้งโดยผู้ปกครองและบุคลากรทางการแพทย์<sup>8</sup>

## ปัจจัยเสี่ยง

มีผู้ทำการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการกระทำทารุณและนำเสนอผลการศึกษายเป็นจำนวนมากพบว่า มีความแตกต่างกันตามลักษณะรูปแบบการศึกษา เชื้อชาติ วัฒนธรรม ตัวอย่างปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการกระทำทารุณ<sup>2,8,9</sup> เช่น ระดับการศึกษาต่ำ รายได้น้อย การขาดงาน (absenteeism) ละทิ้งหน้าที่ (truancy) พักชำระหนี้ (suspension) ไล่ออก (expulsion) ลาออกกลางคัน (drop out) คนในบ้านหรือผู้ปกครองเคยถูกรักรุณมาก่อน สภาพจิตใจของผู้ปกครอง การแยกตัวออกจากสังคม (social isolation) เป็นต้น

ปัญหาในระยะยาวของการถูกระงับการทำทารุณส่งผลทั้งต่อสังคมและเศรษฐกิจ และส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงการเกิดอาชญากรรมในอนาคตด้วย<sup>2</sup>

แม้ว่าปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวจะไม่ได้บ่งชี้ว่า มีการถูกระงับการทำทารุณเกิดขึ้น แต่จะช่วยกระตุ้นเตือนให้แพทย์ผู้ดูแลรักษาตระหนักถึงความเสี่ยงของการเกิดปัญหา

## การซักประวัติ

เมื่อสงสัยว่ามีการถูกระงับการทำทารุณในเด็ก แพทย์ผู้ดูแลควรซักประวัติ ตรวจร่างกายทุกระบบอย่างละเอียด และควรบันทึกเวชระเบียนเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ปกครองหรือผู้นำส่งให้ประวัติเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุ รวมถึงรอยโรคที่สงสัยว่าเกิดจากการถูกระงับการทำทารุณ

แพทย์ผู้ดูแลจะต้องตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวเสมอ รวมทั้งต้องมีความรวดเร็วในการค้นหาปัญหา (high index of suspicious) ที่เกิดจากการถูกระงับการทำทารุณ

ประวัติของผู้ปกครองหรือผู้นำส่งที่ทำให้แพทย์ผู้ดูแลสงสัยว่าเกิดจากการถูกระงับการทำทารุณ<sup>1,6</sup> เช่น

- ไม่มีคำอธิบาย หรือมีคำอธิบายที่ไม่มีเหตุผลเพียงพอเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ
- ขาดรายละเอียดที่สำคัญ และ/หรือคำอธิบายที่เปลี่ยนแปลงไปมา
- คำอธิบายสาเหตุการบาดเจ็บของผู้ให้ประวัติแต่ละคนมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน
- มาพบแพทย์ช้า โดยไม่มีเหตุผลอันควร
- เกิดอุบัติเหตุในเด็กเล็กที่ยังเคลื่อนไหวไม่ได้ (non-ambulating infant)
- เกิดอุบัติเหตุในเด็กเล็กที่ยังพูดไม่ได้ (non-verbal child)
- ประวัติการเกิดอุบัติเหตุที่ไม่สอดคล้องกับอาการแสดง อายุและความรุนแรงของอุบัติเหตุ
- ประวัติการเกิดอุบัติเหตุที่ไม่ตรงกับการตรวจร่างกายหรือความสามารถทางพัฒนาการของเด็กวัยนั้น
- เคยมีประวัติการเกิดอุบัติเหตุหลายครั้งในอดีต
- เคยมีประวัติมาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินหลายครั้ง หรือมาพบแพทย์ช้ากว่าที่ควรจะเป็น

เมื่อสงสัยภาวะการถูกระงับการทำทารุณทางกาย ข้อมูลที่ควรรวบรวมเพื่อเติมเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัยและรักษา<sup>10</sup> ได้แก่

- ประวัติการเจ็บป่วย (อุบัติเหตุ การนอนโรงพยาบาล โรคเรื้อรัง โรคที่เป็นแต่กำเนิด)
- ประวัติยา (ทั้งยาประจำและยาที่เพิ่งเคยใช้)

- ประวัติครอบครัว (โดยเฉพาะประวัติเลือดออก โรคกระดูกผิดปกติ โรคทางพันธุกรรม)
- ประวัติการตั้งครรภ์ (การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ประวัติก่อนคลอด หลังคลอด ภาวะซีมเศร้าหลังคลอด การคลอดนอกโรงพยาบาล)
- อุปนิสัยและระเบียบวินัยของสมาชิกในครอบครัว
- อุปนิสัยและลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของผู้ถูกกระทำ
- ประวัติการถูกทำร้ายในอดีตทั้งของผู้ป่วย คนในครอบครัวและของผู้ปกครอง
- ประวัติพัฒนาการของเด็ก (ภาษา กล้ามเนื้อมัดเล็ก กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ลักษณะทางสังคม)
- ประวัติการใช้สารเสพติดของผู้ดูแลหรือคนที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน
- สภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ
- ประวัติการเกิดความรุนแรงของสมาชิกในครอบครัว

## การตรวจร่างกาย

เมื่อพบเด็กที่สงสัยว่าถูกกระทำทารุณ ควรตรวจร่างกายอย่างละเอียดทุกระบบ โดยเฉพาะระบบผิวหนัง ระบบตาและการมองเห็น ระบบประสาท และต้องบันทึกในเวชระเบียนอย่างครบถ้วน มีรายละเอียดเกี่ยวกับอาการแสดง ตารางภาพ และ/หรืออาจถ่ายภาพไว้เป็นหลักฐาน

ในกรณีที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจากอาการเจ็บป่วย และ/หรือจากการกระทำทารุณซ้ำ ควรรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อที่จะได้รับการตรวจประเมินทั้งร่างกายและสภาพจิตใจ และให้การรักษาอย่างเร่งด่วน

## การบาดเจ็บที่อวัยวะอื่นเพียงเล็กน้อย (sentinel injuries)

เป็นการบาดเจ็บที่มองเห็นได้ด้วยตาเปล่า มีอาการเพียงเล็กน้อย พบได้บ่อยในเด็กเล็กหรือทารก โดยพบประมาณร้อยละ 25<sup>11</sup> ได้แก่ รอยเขียวช้ำเล็กน้อย รอยถลอก รอยข่วน เลือดออกที่เยื่อตาขาว (subconjunctival hemorrhage) มักเป็นอาการแสดงนำก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ที่รุนแรงในอนาคต และการตรวจพบการบาดเจ็บชนิดนี้อาจจะช่วยระบุตัวเด็กที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายรุนแรงที่จะเกิดขึ้นภายหลังได้<sup>11</sup>

## การบาดเจ็บที่บริเวณศีรษะ (abusive head trauma)

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของถูกการกระทำทารุณ<sup>1</sup> โดยเฉพาะในเด็กที่อายุน้อยกว่า 2 ปี อาจเกิดจากการกระแทกโดยตรง (direct impact force) เช่น กะโหลกศีรษะแตก หนึ่งศีรษะบวมซ้ำ

เลือดออกในสมองบริเวณตำแหน่งที่กระทบหรือตำแหน่งตรงกันข้าม หรือเกิดจากการเคลื่อนตัวตามแรงหมุน (rotational force) เช่น ภาวะ shaken baby syndrome จากการโดนเขย่าตัวอย่างรุนแรง ส่งผลให้เกิดภาวะเลือดออกในชั้นเยื่อหุ้มสมอง (subdural hematoma) เลือดออกในปลอกเส้นประสาทตาหรือจอประสาทตา (optic nerve sheath, retinal hemorrhage) โดยเฉพาะภาวะเลือดออกที่จอประสาทตาพบได้มากถึงประมาณร้อยละ 85 ของผู้ป่วยเด็กที่โดนเขย่าตัว (shaking)<sup>11</sup> ผู้ป่วยจะมีอาการแสดง ได้แก่ ซึม หลับมากกว่าปกติ ชัก ใช้อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและการมองเห็นของผู้ถูกกระทำ พบกระดูกแตกหัก ร้อยละ 60-70 และอาจพบความผิดปกติอื่น ได้แก่ กระดูกซี่โครงหัก และรอยเขียวช้ำร่วมด้วย<sup>8</sup>

### การบาดเจ็บที่กระดูก (abusive bone trauma)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บของกระดูกจากการกระทำทารุณ คือ อายุของเด็ก มีอาการแสดงและการตรวจพบที่เป็นลักษณะเฉพาะที่บ่งบอกว่าถูกกระทำทารุณ<sup>1,8</sup> ดังนี้

- มีตำแหน่งและความรุนแรงของการบาดเจ็บ และประวัติการได้รับบาดเจ็บไม่สอดคล้องกัน
- พบการหักของกระดูกซี่โครงในเด็กเล็กจากการบีบรัดอย่างรุนแรงที่ช่องอก หรือมีการหักของกระดูกหน้าอก กระดูกหัวไหล่ กระดูกสันหลัง และกระดูกใบหน้า
- พบกระดูกหักหลายตำแหน่งของร่างกายในเวลาที่แตกต่างกัน
- พบกระดูกหักเกิดขึ้นกับเด็กที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้มากนัก (non-mobile infant)
- กระดูกหักส่วน metaphysis เช่น metaphyseal fracture
- กระดูกส่วน corner fracture (bucket handle)
- กระดูก posterior lateral rib fractures
- กระดูก sternal fracture
- กระดูก spiral/oblique fracture ของ long bone
- กระดูก rib fracture ในเด็กอายุน้อยกว่า 1.5 ปี (พบ 7 ใน 10 ของผู้ถูกกระทำ)
- กระดูก femur fracture ในเด็กอายุน้อยกว่า 1.5 ปี (พบ 1 ใน 3 ของผู้ถูกกระทำ)
- กระดูก skull fracture ในเด็กอายุน้อยกว่า 1.5 ปี (พบ 1 ใน 3 ของผู้ถูกกระทำ)

อาการของโรคอื่นที่มีลักษณะคล้ายกับการบาดเจ็บที่กระดูก เช่น osteogenesis imperfecta (type I) โรคทางเมแทบอลิซึมของกระดูกและวิตามินดี เป็นต้น

## การบาดเจ็บที่ช่องท้อง (abusive abdominal trauma)

โดยเฉพาะการแตกของตับ ม้าม ไต ลำไส้เล็กส่วนต้น มักเกิดจากแรงกระแทกโดยตรง อาการแสดงของการบาดเจ็บในช่องท้องอาจเกิดอย่างรวดเร็ว หรือเกิดอย่างค่อยเป็นค่อยไป เช่น ภายหลังจากประวัติการได้รับบาดเจ็บนานกว่า 12 ชั่วโมง ระยะเวลาที่แสดงอาการขึ้นกับความรุนแรงจากการกระแทกที่มีการเคลื่อนที่แบบความเร็วต่ำหรือสูง

การตรวจร่างกายบริเวณช่องท้องจากการถูกกระทำทารุณ มักตรวจไม่พบรอยช้ำ แม้ว่าจะมีอวัยวะภายในฉีกขาดก็ตาม การตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจระดับเอนไซม์ของตับและตับอ่อนจะมีประโยชน์ในการช่วยคัดกรองผู้ป่วยเด็กที่ได้รับบาดเจ็บในช่องท้อง โดยเฉพาะเมื่อมีอาการแสดงอย่างเฉียบพลันทางช่องท้อง รวมถึงการตรวจปัสสาวะอาจช่วยคัดกรองอันตรายที่เกิดจากการบาดเจ็บต่อระบบทางเดินปัสสาวะ<sup>1</sup>

## การบาดเจ็บที่ผิวหนัง (abusive dermatological trauma)

อาการแสดงที่เป็นรอยโรคทางผิวหนังที่อาจเกิดจากการกระทำทารุณในเด็ก (skin signs in physical child abuse) ปรากฏอาการแสดงได้หลายอย่าง เช่น เลือดออกใต้ผิว (ecchymosis) รอยไหม้ (burn) แผลฉีกขาด (laceration) รอยกัด (bite mark) แผลถลอก (abrasion) ก้อนเลือด (hematoma) แผลเป็น (scar)

### 1. Bruises

เป็นรอยโรคที่พบได้บ่อยที่สุดในการถูกกระทำทารุณ แต่ก็พบได้บ่อยมากในเด็กปกติเช่นกัน โดยพบว่าในเด็กปกติที่มีเลือดออกใต้ผิวจากการเล่นหรือกิจกรรมจะพบเลือดออกใต้ผิวน้อยกว่า 3 ตำแหน่ง และแต่ละรอยโรคมักมีขนาดน้อยกว่า 10 มิลลิเมตร มักอยู่ในตำแหน่งที่มีกระดูกชัดเจน เช่น หน้าผาก ข้อศอก เข่า หน้าแข้ง แต่รอยโรคในตำแหน่งที่ปกปิด เช่น บั้นท้าย หลัง ลำตัว อวัยวะเพศ ไบหู จะแยกจากจากรอยโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่แท้จริง

รอยโรคที่ทำให้คิดถึงภาวะการกระทำทารุณ ได้แก่

- รอยที่เกิดในตำแหน่งที่ไม่ควรเกิด เช่น สะโพก หลัง ลำตัว แก้ม คอ ไบหู
- เลือดออกใต้ผิวในเด็กที่อายุน้อยกว่า 9 เดือนซึ่งเป็นวัยที่ยังไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง
- เลือดออกใต้ผิวที่เกิดในตำแหน่งที่ห่างจากปุ่มกระดูก (bony prominences)
- รอยโรคที่ผิวหนังร่วมกับรอยโรคที่อวัยวะอื่นร่วมด้วย นอกจากเลือดออกใต้ผิว
- เลือดออกใต้ผิวที่มีรูปแบบวัตถุที่ชัดเจน (patterned)
- เลือดออกใต้ผิวหลายตำแหน่ง
- มีระยะเวลาหายของเลือดออกใต้ผิวที่แตกต่างกันในแต่ละตำแหน่งของร่างกาย

มีผู้นำเสนอรูปแบบการจำรูปแบบเลือดออกใต้ผิวหนังที่เกิดจากการกระทำทารุณ<sup>11</sup> ดังนี้ **“TEN-4-FACES-P”** ที่พบในเด็กอายุน้อยกว่า 4 ปี ได้แก่ กระดูกเท้า (tarso), หู (ear), คอ (neck), ฝิเย็บที่ริมฝีปากบน (frenulum), หู (auricular area), มุมของกราม (angle of jaw), แก้ม (cheek), หนังตา (eyelid), เยื่อบุตาขาว (sclera) และรูปแบบจำเพาะ (patterned bruising)

สีของเลือดออกใต้ผิวหนังที่เปลี่ยนแปลงตามกายภาพเพียงอย่างเดียวจะไม่สามารถทำนายระยะเวลาการเกิดได้ เพราะมีปัจจัยที่ทำให้การหายของรอยเขียวเกิดความแตกต่างกันได้<sup>13</sup> เช่น ปริมาณเลือดที่มาเลี้ยง ความลึกของผิวหนัง ความรุนแรงของการกระทบ อายุของเด็ก เพศ สีผิว เนื้อเยื่อและหลอดเลือดที่อยู่ใต้ต่อเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตรายนั้น รวมถึงยาที่รับประทาน ล้วนส่งผลต่อการหายของเลือดออกใต้ผิวหนังอาการของโรคอื่นที่มีลักษณะคล้ายกับเลือดออกใต้ผิวหนัง เช่น Mongolian spot, ink stain, hemangioma, coagulation disorder, Henoch Schönlein purpura, purpura fulminans และกลุ่มอาการ Ehler-Danlos syndrome เป็นต้น

## 2. Patterned injuries

รอยโรคมีรูปร่างตามรูปร่างของวัตถุที่มากระทบผิว ได้แก่ เข็มขัด หัวเข็มขัด รอยเชือก สายไฟ ลวด นิ้วมือ หวี ฟัน เป็นต้น

## 3. Burn

พบได้ถึงร้อยละ 6-20 ของการกระทำทารุณในเด็ก<sup>4,8</sup> โดยทั่วไปมักเกิดในเด็กอายุ 1-3 ปี ลักษณะรอยโรคที่ทำให้นึกถึง ได้แก่ รอยเตารีด รอยบุหรี่จี้ (ขนาด 8-10 มม.) รอยแช่น้ำร้อน รอยไหม้ปิ่น หลอดไฟ ตะแกรงไฟฟ้า

ลักษณะรอยไหม้ที่ทำให้นึกถึงภาวะการกระทำทารุณในเด็ก คือ

- รอยไหม้ที่พบร่วมกับบาดแผลชนิดอื่น
- รอยไหม้ที่พบมากกว่าประวัติที่ให้
- รอยไหม้ที่สมมาตรกัน
- รอยไหม้ที่ไม่พบที่บริเวณรอยพับ (spare skin crease)
- รอยไหม้ที่มีเกิดขึ้นที่อวัยวะเพศและสะโพก แต่ไม่มีที่บริเวณตรงกลางของสะโพก (doughnut pattern)
- รอยไหม้ที่เกิดจากการจุ่ม (immersion burn) เหมือนใส่ถุงมือหรือถุงเท้า (stocking and glove)
- รอยไหม้ที่บริเวณด้านหลังของศีรษะ คอ
- รอยไหม้ที่เกิดจากการสาด (splash)
- รอยไหม้หลายตำแหน่งในร่างกาย

อาการของโรคอื่นที่มีลักษณะคล้ายกับรอยไหม้ และทำให้เกิดการสับสน เช่น impetigo, ecthyma, cellulitis, herpes infection, staphylococcal scalded skin syndrome, toxic epidermal necrolysis เป็นต้น

#### 4. Bite mark

ต้องวินิจฉัยแยกโรคระหว่างรอยโรคจากคนกัดกับสุนัขกัด โดยลักษณะรอยโรคที่เป็นลักษณะจำเพาะของสุนัขกัด คือ มีรอยเขี้ยวร่วมกับแผลฉีกขาดของผิวหนัง เห็นชั้นไขมันของผิวหนังจากเขี้ยวสุนัข

รอยกัดจากคนจะมีลักษณะพิเศษ คือ เป็นรอยขอบตามแนวร่องฟัน และรอยกัดที่เกิดจากฟันของเด็กแตกต่างจากผู้ใหญ่ คือ รอยกัดที่เกิดจากผู้ใหญ่จะมีระยะห่างระหว่างฟันเขี้ยวทั้งสองข้าง (maxillary intercanine distance) มากกว่า 3 ซม.<sup>14</sup>

#### 5. Alopecia

เกิดจากการดึงด้วยแรง ซึ่งต้องแยกจากภาวะ trichotillomania อาจพบภาวะนี้ร่วมกับความผิดปกติอื่น เช่น จำเลือดใต้หนังศีรษะ รอยขอบเขตของผมร่วงที่ไม่สม่ำเสมอ อาการเจ็บหนังศีรษะเป็นลักษณะพิเศษ แต่มักไม่พบสะเก็ดและปฏิกิริยาการอักเสบ

#### 6. Neglect

หมายถึง การที่ผู้เลี้ยงดูไม่สามารถจัดหาความต้องการพื้นฐานให้เหมาะสมกับเด็กได้ อาจตรวจพบร่างกายสกปรก ผอมแห้ง ผลติดยึดข้อเรื้อรังของผิวหนัง การสับเล็กของไขมันชั้นใต้ผิวหนัง ผิวหนังอักเสบรุนแรง ผิวหนังเป็นสะเก็ดจากการขาดวิตามิน สุขอนามัยที่ไม่เหมาะสม อาจพบเหาที่บริเวณลำตัวหรือหนังศีรษะด้วย

### การตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ<sup>4,8</sup>

ควรมีการตรวจคัดกรองตามสาเหตุ หรือตามสิ่งที่แพทย์ตรวจพบ หรือสงสัยว่ามีความผิดปกติ การตรวจคัดกรองที่แนะนำให้ทำ ได้แก่ complete blood count, coagulogram (PT, PTT, INR), metabolic (glucose, BUN, creatinine, albumin, protein, calcium, magnesium, phosphate), liver function test (AST, ALT)

สำหรับการตรวจเพิ่มเติม มีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

- เมื่อพบภาวะการบาดเจ็บในช่องท้อง (abdominal injuries) แนะนำให้ตรวจคัดกรองด้วยการตรวจ liver function test, amylase, lipase และตรวจปัสสาวะ (urine analysis) ในเด็กเล็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี เนื่องจากการตรวจร่างกายอาจไม่พบความผิดปกติ (low sensitivity) จากอุบัติเหตุที่ช่องท้อง<sup>4</sup>

- ในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปีทุกรายที่มีข้อบ่งชี้ หรือสงสัยว่ามีกระดูกหักโดยไม่แสดงอาการ (occult fracture) แนะนำให้ตรวจ skeletal survey และควรตรวจซ้ำทุก 3 สัปดาห์ โดยพบว่า มีภาวะกระดูก



หักโดยไม่แสดงอาการ ประมาณร้อยละ 11 มีกระดูกหักในกลุ่มที่มีเลือดออกใต้ผิวหนังด้วย ประมาณร้อยละ 50 และมีกระดูกหักในขณะที่มาตรวจติดตามอาการ ประมาณร้อยละ 46<sup>8</sup>

- ในผู้ป่วยที่สงสัยการบาดเจ็บที่ศีรษะ (abusive head trauma) อาจตรวจไม่พบความผิดปกติ (low sensitivity) ของการตรวจร่างกายทางระบบประสาท จึงแนะนำให้ทำการตรวจ computerized tomography scan ของสมองในผู้ป่วยเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 6 เดือนที่สงสัยว่าถูกกระทำทารุณ และถ้ากังวลว่าจะเกิดพยาธิสภาพในเนื้อสมอง แนะนำให้ตรวจตาโดยจักษุแพทย์ และ/หรือทำ magnetic resonance imaging หรือ magnetic resonance venography ของสมองและไขสันหลังจะได้ประโยชน์มากขึ้น

- เนื่องจากพบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยเด็กที่ถูกกระทำทารุณร่วมกับกรที่ได้รับสารเสพติด ผู้เชี่ยวชาญบางท่านจึงแนะนำให้ตรวจปัสสาวะคัดกรองสารเสพติด (urine drug testing) ในเด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี

สิ่งที่ต้องคำนึงถึงเสมอคือ การตรวจไม่พบความผิดปกติของการเกิดอุบัติเหตุ หรือการไม่แสดงอาการ อาจไม่ได้หมายถึงการไม่ถูกกระทำทารุณ

ผู้ป่วยที่สงสัยการถูกกระทำทารุณควรได้รับการประเมินเบื้องต้น และตรวจเพิ่มเติมภาวะที่ทำให้มีอาการแสดงคล้ายกับการถูกกระทำทารุณ เช่น การตรวจภาวะเลือดออกผิดปกติ (bleeding disorder) การแข็งตัวของเลือด เกล็ดเลือด von Willebrand factor และในเด็กที่พบภาวะเลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage) ต้องนึกถึงภาวะการติดเชื้อหรือโรคทางเมแทบอลิซึมร่วมด้วย เช่น glutamic aciduria, ภาวะพร่องวิตามินเค (vitamin k deficiency) และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis) เป็นต้น

## การดูแลรักษา

การดูแลรักษาเริ่มต้นจากการซักประวัติ โดยเฉพาะประวัติความเจ็บป่วยและการเกิดอุบัติเหตุ ควรรับผู้ป่วยไว้รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพื่อตรวจร่างกายทุกระบบอย่างละเอียด รวมทั้งตรวจอวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนัก ซึ่งอาจพบว่าการล่วงละเมิดทางเพศร่วมด้วย

สิ่งที่แพทย์ผู้รักษาต้องคำนึงถึงนอกเหนือจากพยาธิสภาพทางร่างกายคือ สภาพจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งต้องได้รับการดูแลรักษาเช่นกัน ผู้ป่วยที่ได้รับการกระทำทารุณทางร่างกาย ควรได้รับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อประโยชน์ในการดูแลต่อเนื่อง และป้องกันการกระทำทารุณซ้ำในอนาคต

ผู้ป่วยที่สงสัยว่าถูกกระทำทารุณ แพทย์ผู้ดูแลรักษาต้องรายงานต่อเจ้าหน้าที่ หรือบุคลากรศูนย์คุ้มครองเด็กในโรงพยาบาล (child protection service หรือ child maltreatment protection team) เพื่อให้เจ้าหน้าที่คุ้มครองเด็กมารับทราบและร่วมดูแลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่คุ้มครองเด็กจะร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ช่วยประสานงานเรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้องและติดตามดูแลผู้ป่วยในระยะยาว<sup>4,5,8</sup>

## การพยากรณ์โรค

เด็กเล็ก (infant) มีอัตราการเกิดอันตราย (morbidity) และอัตราการเสียชีวิต (mortality) จากการกระทำทารุณได้บ่อย<sup>4</sup> เมื่อกลับไปสู่สิ่งแวดล้อมเดิม ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการกระทำทารุณ มีแนวโน้มที่จะถูกกระทำทารุณซ้ำ ๆ การซักประวัติอย่างจำเพาะเจาะจงร่วมกับการตรวจร่างกายจะช่วยให้แพทย์ผู้ดูแลทราบและตระหนักถึงภาวะนี้ เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและส่งต่ออย่างรวดเร็ว ทำให้มีการพยากรณ์โรคที่ดีขึ้น<sup>2,4,8</sup>

## บทบาทของกุมารแพทย์<sup>1,2</sup>

กุมารแพทย์ควรทราบแนวทางการป้องกันการกระทำทารุณ รวมถึงการค้นหาผู้ถูกกระทำ และให้การดูแลรักษาเด็กที่เป็นผู้ถูกกระทำ ผู้ป่วยที่ถูกกระทำทารุณควรได้รับการประเมิน ส่งต่อ ตรวจเพิ่มเติม และดูแลเรื่องผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งต่อตัวผู้ป่วยเด็กและครอบครัวภายหลังการเกิดเหตุ รวมทั้งรายงานและแจ้งความต่อผู้มีอำนาจในการบริหารจัดการ

กุมารแพทย์ควรได้รับการเรียนการสอนเกี่ยวกับการกระทำทารุณ และพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ หรือเป็นที่ปรึกษาแก่แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินในการให้คำแนะนำ และการบริหารจัดการที่เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วย

นอกจากนี้กุมารแพทย์ควรมีส่วนร่วมในการจัดตั้งทีมที่ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ถูกกระทำทารุณ (child abuse assessment teams) ในชุมชนหรือโรงพยาบาลซึ่งควรเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาทั้งนักกฎหมาย นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์นิติเวชศาสตร์ ซึ่งดูแลครอบคลุมทั้งด้านการแพทย์และด้านการบริหารจัดการที่ไม่ใช่การแพทย์

การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย-ผู้ปกครอง-แพทย์ (patient-physician and family-centered) จะส่งผลดีในระยะยาว รวมถึงการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเด็กที่มีความเสี่ยงจะทำให้แพทย์ผู้ดูแลพบปัญหา ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดการกระทำทารุณซ้ำ ๆ และจะนำมาซึ่งการป้องกันการกระทำทารุณในอนาคตได้

การจัดตั้งสถานสงเคราะห์เด็ก (foster care) เพื่อดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจในระยะยาว (continuity service) นอกจากนี้กุมารแพทย์จะมีส่วนช่วยสนับสนุนเป็นตัวแทนกำกับ (advocacy) กำหนดนโยบาย รวมถึงบทบาทหน้าที่ในการดูแลและส่งเสริมสังคมเพื่อทำให้ครอบครัวเข้มแข็งมากขึ้นด้วย

## สรุป

การถูกกระทำทารุณทางกายสัมพันธ์กับการเกิดอันตรายและเสียชีวิตในเด็ก การป้องกันภาวะดังกล่าวขึ้นกับนโยบายของระบบสาธารณสุข (public health policy) หลักฐานจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และ

การประเมินสภาพจิตใจจะทำให้กุมารแพทย์ตระหนักถึงปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกกระทำทารุณ และนำมาซึ่งการวินิจฉัย การส่งต่อและการดูแลรักษา แพทย์ผู้ดูแลมีส่วนช่วยในการบริหารจัดการโดยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงการฟื้นฟูดูแลในระยะยาวทั้งสภาพร่างกายและจิตใจซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดการกระทำทารุณซ้ำ

## เอกสารอ้างอิง

1. Kellogg ND. Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics* 2007; 119: 1232-41.
2. Tolliver DG, He Y, Kistin CJ. Child Maltreatment. *Pediatr Clin North Am* 2023; 70: 1143-52.
3. Pless IB, Sibald AD, Smith MA, Russell MD. A reappraisal of the frequency of child abuse seen in pediatric emergency rooms. *Child Abuse Negl* 1987; 11: 193-200.
4. Gonzalez D, Bethencourt Mirabal A, McCall JD. Child abuse and neglect. 2023. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
5. Finkelhor D, Ormrod R, Turner H, Hamby SL. The victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. *Child Maltreat* 2005; 10: 5-25.
6. U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. (2023). *Child Maltreatment 2021*. Available from: <https://www.acf.hhs.gov/cb/dataresearch/child-maltreatment> Accessed on Mar 26, 2024.
7. Rapp A, Fall G, Radomsky AC, et al. Child maltreatment during the COVID-19 pandemic: A systematic rapid review. *Pediatr Clin North Am* 2021; 68: 991-1009.
8. Brown CL, Yilanli M, Rabbitt AL. Child physical abuse and neglect. 2023. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
9. Wu SS, Ma CX, Carter RL, et al. Risk factors for infant maltreatment: a population-based study. *Child Abuse Negl* 2004; 28: 1253-64.
10. Hornor G. Physical abuse: Recognition and reporting. *J Pediatr Health Care* 2005; 19: 4-11.
11. Bentivegna K, Grant-Kels JM, Livingston N. Cutaneous manifestations of child abuse and neglect: Part I. *J Am Acad Dermatol* 2022; 87: 503-16.
12. Morad Y, Kim YM, Armstrong DC, Huyer D, Mian M, Levin AV. Correlation between retinal abnormalities and intracranial abnormalities in the shaken baby syndrome. *Am J Ophthalmol* 2002; 134: 354-9.
13. Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. *Arch Dis Child* 2005; 90: 182-6.
14. Kellogg N. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics* 2005; 116: 1565-8.

