



Grand Round Psychiatry

R1 Worawit/ R2 Yutthana/ Staff Soraya

Patient profile

- ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 10 ปี
- ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร
- สิทธิการรักษา ชำระเงินเอง
- ประวัติได้จากบิดา ผู้ป่วย มีความน่าเชื่อถือสูง



อาการสำคัญ: เจ็บหน้าอก 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

Present Illness

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เป็นๆหายๆ เจ็บมากลักษณะเหมือนโดนบีบรัด บอกตำแหน่งได้ไม่ชัดเจน ไม่ปวดร้าวไปไหน เหนื่อย หายใจไม่สะดวก ไม่สัมพันธ์กับการออกกำลังกาย ไม่สัมพันธ์กับกิจกรรมใด มักเป็นเวลากลางคืนก่อนนอนวันธรรมดา หรือ เวลาอยู่โรงเรียน นอนราบได้ ไม่มีไข้ ไม่มีผื่นบนหน้าอก ไม่มีไอ ไม่มีน้ำมูก ปฏิเสธประวัติอุบัติเหตุหรือกระแทกมาก่อน

Present Illness

เจ็บหน้าอกครั้งละ 1 นาที เป็นถี่ชั่วโมงละ 3-4 ครั้ง หายไปเอง มีอาการเกร็ง
แขนขา รู้สึกตัวตลอด ไม่มีอาการกระตุก ไม่มีปัสสาวะออกจาระราด มีเวียน
ศีรษะร่วมด้วย

ช่วงนี้ไม่ได้เปลี่ยนโรงเรียน ไม่ได้ย้ายบ้าน เคยไปโรงพยาบาลมาก่อนสอง
แห่งพบว่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติทุกครั้ง

Past History

- โรคประจำตัวเป็นหอบหืดสามารถควบคุมอาการได้ดี ไม่มีหอบกำเริบในช่วงที่ผ่านมา และใช้ยา Salmeterol + Fluticasone propionate (50 mcg/ 500 mcg) ครั้งละ 1 puff เช้าและเย็น ใช้ยาสูดดม ไม่มีลิ้มหรือขาดยา
- มีประวัติติดเชื้อ Covid-19 เมื่อ 31 พฤษภาคม 2565 รักษาตามอาการ ไม่ได้รับยา favipiravir
- ประวัติแรกคลอด คลอดครบกำหนด กลับบ้านพร้อมมารดา ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

Past History

- ประวัติโภชนาการ รับประทานข้าว 3 มื้อ ครบ 5 หมู่ ดื่มนม 2-3 กล่องต่อวัน
- ประวัติพัฒนาการและการเรียน เรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 English program ไม่มีปัญหากับเพื่อน ไม่มีปัญหาที่โรงเรียน สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผลการเรียนดี
- ประวัติการได้รับวัคซีน รับวัคซีนตามเกณฑ์ EPI, ไม่เคยได้ Pfizer
- ปฏิเสธประวัติการแพ้ยาและอาหาร

Family History

- มารดา อายุ 39 ปี เป็นพาหะธาลัสซีเมียไม่ทราบชนิด
- บิดา อายุ 42 ปี ไม่มีโรคประจำตัว
- น้องสาว อายุ 7 ปี ไม่มีโรคประจำตัว

HEEADSSS Assessment

- **Home:** อยู่บ้าน 6 คน มีตา ยาย พ่อ แม่ และ น้องสาว พ่อทำงานธนาคาร มารดาค่อนข้างยุ่งทำงานธนาคารเหมือนกัน ถึงบ้านสองทุ่มส่วนใหญ่ อาศัยห้องเดียวกับบิดา น้องสาวอยู่ห้องเดียวกับมารดา ยายเป็นคนเลี้ยงดูหลัก เป็นคนใจร้อนเวลาโมโหจะต่อยบิดาหลายครั้ง บิดายอมให้ต่อยจนกว่าจะหาย
- **Education:** เรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 English program สอบได้ที่ 7 เวลาอยู่โรงเรียนค่อนข้างเงียบเมื่อก่อนดูกระตือรือร้น ไปโรงเรียนคนแรกของห้อง ชอบช่วยเหลือเพื่อน
- **Eating:** รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ดื่มนมบ้าง บิดามักพาไปรับประทานอาหารที่โรงแรมบ่อยครั้ง

HEEADSSS Assessment

- **Activities:** หลังจากกลับบ้านมักเล่นเกมส์ทุกวัน เป็นเกมส์ออนไลน์ เวลาเล่นไม่ทะเลาะกับเพื่อน เล่น social media บ่อย
- **Drug:** ปฏิเสธการใช้ยาหรือสารเสพติดชนิดต่าง ๆ
- **Safety, Violence and Abuse:** มักทะเลาะกับน้องสาวบ่อยครั้ง คิดว่าบิดามารดาร์ักน้องมากกว่า เวลาโกรธไม่ได้ทำร้ายน้อง แต่จะกำหมัด บางครั้งจะต่อยพ้อ
- **Sexualities:** ทำกิจกรรมเหมือนเด็กผู้ชายทั่วไป
- **Suicide and emotional problems:** ปฏิเสธประวัติการฆ่าตัวตายหรือซึมเศร้า โมโหง่าย ใจร้อน ไม่ชอบรอ

HEEADSSS Assessment

- **Strengths:** ไม่คิดว่าตนเองมีจุดแข็ง
- **Protective factors:** ครอบครัวมีอายุที่ค่อนข้างประกอบประหงม
- **สรุปปัญหาที่ได้จากการประเมิน**
 1. อารมณ์ร้อน
 2. ใช้ความรุนแรงกับผู้อื่น
 3. คิดว่าตนเองไม่ได้รับความรักเท่าที่น้องสาว

Physical Examination

- **Vital signs:** BT 36.5 Celsius, PR 108 /min, RR 30 /min, BP 107/65 mmHg
- **Measurement:** BW 37 kg (P75), Height 147 cm (P90)
- **General Appearance:** Active, good consciousness
- **HEENT:** no pale conjunctivae, anicteric sclerae, no cervical lymph node enlargement
- **Cardiovascular:** Normal S1S2, no murmur, full and equal pulse all extremities, no carotid bruit, no active precordium, PMI not shifted
- **Respiratory:** Normal chest contour, no external wound, no bruising, normal breath sound, lung clear both lungs, good air entry
- **Abdomen:** Soft, not tender, no distension, liver and spleen cannot be palpated

Physical Examination

- **Extremities:** No deformity, no edema, no bruise or ecchymosis
- **Genitalia:** Tanner stage 1, normal male genitalia
- **Neurological Examination:**
 - Mental status: E4M6V5, alert, well cooperative, orientated to time, place and person
 - Cranial nerve: Full EOM, pupil 3 mm RTLBE, normal facial sensory, no facial palsy, no tongue deviation, uvular in midline, normal gag reflex
 - Motor: Grade V all extremities, normotonia, no tremor
 - Sensory: normal pinprick sensation
 - Reflex: Normoreflexia
 - Cerebellar: no truncal ataxia, normal gait, no nystagmus

Pertinent Finding

Positive

- Symptoms: tight chest pain for two months
- Associated symptom: Difficult breathing, dizziness, arms and legs contraction
- Time specific: before bedtime on weekdays or at school
- Underlying disease with asthma

Negative

- Not aggravated by exertion
- Awareness during symptom period
- Normal cardiovascular and respiratory physical exam

Problem list

A 10-year-old boy presented with

- Intermittent tight chest pain frequently at night and school with dizziness, difficult breathing and contraction of extremities for 2 months.**
- Well-controlled asthma**



Differential diagnosis: A child with chest pain

Red flag signs of recurrent chest pain



- Exertional chest pain
- Awakening chest pain
- History of cardiac disease e.g., hypertrophic cardiomyopathy, sudden death under 35 years of age, young onset ischemic heart disease, inherited arrhythmias (long QT syndrome or Brugada)
- Chest pain with syncope
- Associated symptoms: prolonged fever, anorexia, significant weight loss

No Red flag signs of recurrent chest pain

Frequency of causes of chest pain in children

Causes	Pediatrics emergency department or pediatric clinic (%)	Cardiology clinic (%)
Idiopathic cause	12-61	37-54
Musculoskeletal or costochondritis	7-69	1-89
Respiratory including asthma	13-24	1-12
Gastrointestinal or GERD	3-7	3-12
Psychogenic	5-9	4-19
Cardiac	2-5	3-7

Differential diagnosis

Noncardiac cause is likely in this patient.

- **Psychogenic chest pain**
 - Life stressor
 - Hyperventilation
 - Conversion disorders
 - Somatization disorders
- **Musculoskeletal:** costochondritis
- **Epileptic angina**
- **Asthma**



Psychogenic chest pain

- History of stressful event such as recent death, illness or accident in family
- Recurrent somatic complaints: chest pain, abdominal pain
- Hyperventilation can result in chest pain, frequency is accompanied by lightheadness or paresthesia.
- May be presenting feature of panic disorder, anxiety or depression

Epileptic angina

- Somatosensory manifestation of seizures ✓
- Solitary presentation of epilepsy is extremely rare.
- Sensory aura: burning, cold, throbbing, aching, knife like pain, squeezing sensation
- Physical examination may be normal. ✓



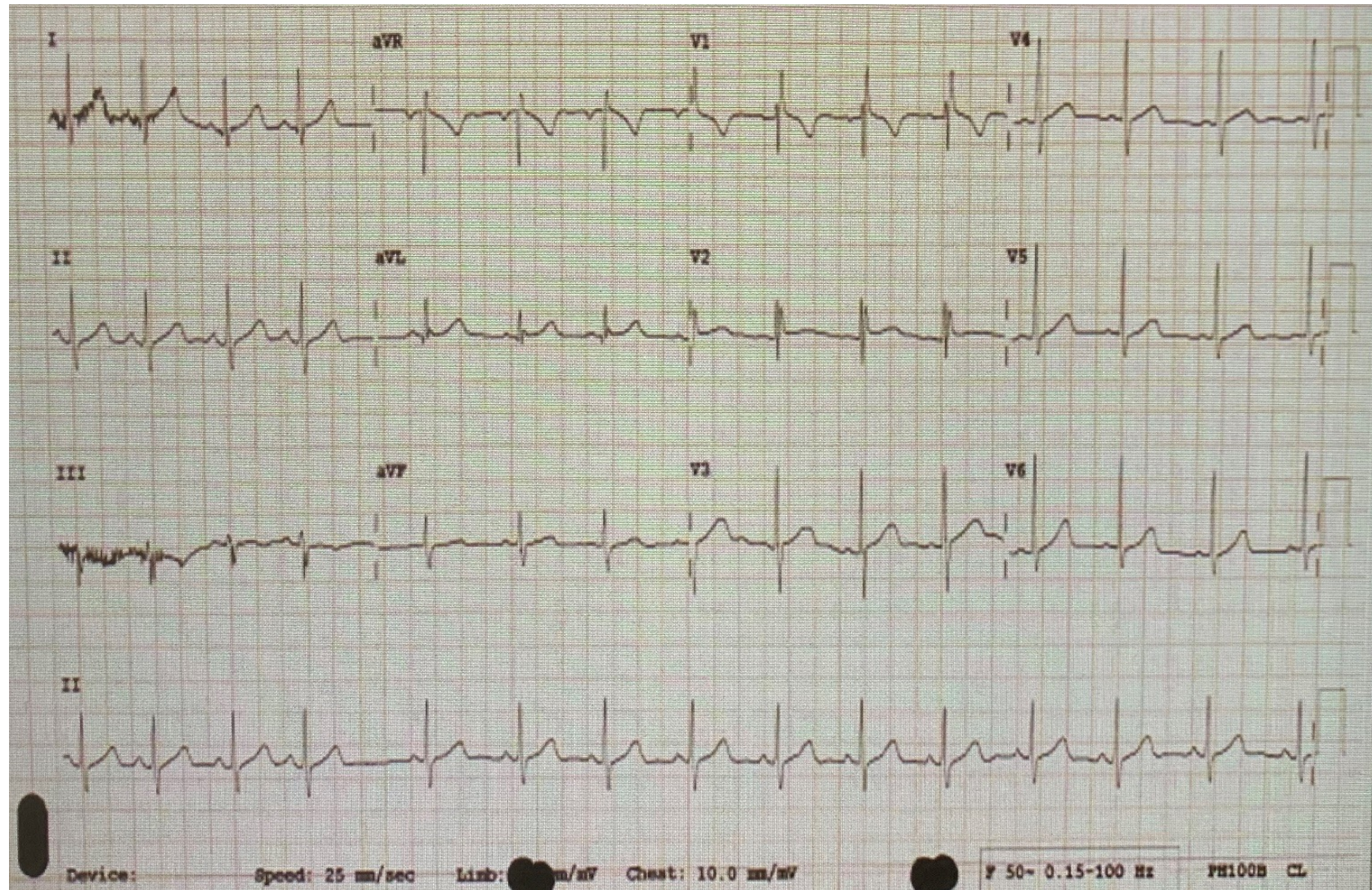
Laboratory Investigation

Laboratory	Result	Laboratory	Result
BUN	13.3 mg/dL	Sodium	138.2 mEq/L
Cr	0.48 mg/dL	Potassium	4.14 mEq/L
Calcium	9.6 mEq/L	Chloride	102.7 mEq/L
Phosphate	4.85 mEq/L	Bicarbonate	22.3 mEq/L
Magnesium	2.1 mEq/L		
Albumin	4.5 mg/dL	Troponin-I	5.06

Normal laboratory result

Complete Blood Count	Result
Hemoglobin	12.0 g/dL
Hematocrit	38.8%
WBC	8,100
PMN	43%
Lymphocyte	44%
Eosinophil	5.3%
Basophil	0%
Monocyte	6.8%
Platelet	380,000
MCV	64.6
RDW	17.5

Electrocardiogram



Electroencephalogram (EEG): no epileptiform discharge

***Investigation was
normal.***

What should we do?



Interview

- แพทย์: เท่าที่ตรวจตอนนี้ยังไม่เจอสาเหตุชัดเจน คิดว่าเป็นจากอะไร หรือ มีความกังวลว่าจะเป็นอะไรหรือไม่
- ผู้ป่วย: ไม่รู้ว่าเป็นจากอะไร อะไรจะเกิดก็เกิด รู้แค่เครียดทุกวันแต่ไม่อยากจะบอกว่าเครียดอะไร
- แพทย์: ถ้าความเครียดยังไม่แก้อาจส่งผลทำให้เกิดอาการซ้ำๆต่อไป
- ผู้ป่วย: คิดว่าไม่เกี่ยวกับเจ็บหน้าอก แต่พอพ่อเห็นว่าเครียด พ่อก็กลัวจะเรียนไม่ทัน ตัวเองก็จะยิ่งเครียด เครียดมากจะมีอาการหายใจเร็ว มือเกร็ง ต้องหลับตา พอเลิกคิดก็หาย

Interview

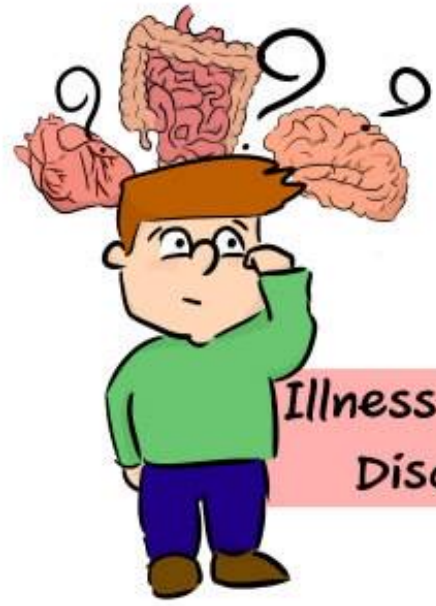
- แพทย์: เวลาเครียดแนะนำให้ไม่เก็บเอาไว้ เพราะ จะทำให้เครียดสะสม และ ไม่มีใครรู้ว่าจะช่วยยังไง พ่อก็ยิ่งเครียดที่เห็นลูกแย่ง
- พ่อ: พ่อรู้สึกว่ามันคาดหวังเรื่องเรียนกับลูกมากเพราะจะต้องสอบเข้าม.1 พ่อถามผู้ปวยต่อว่ามีความเครียดอย่างอื่นนอกจากเรื่องเรียนไหม
- ผู้ป่วย: (ตอบไม่ตรงคำถาม) ก็คลายเครียดด้วยการเล่นเกม นอนตื่นมาก็หาย
- แพทย์: ถามความเข้าใจของคุณยาย
- ยาย: คิดว่าเจ็บหน้าอกเกิดจากหายใจเร็ว พอได้ยินเสียงดังมักจะเป็น

Interview

- แพทย์: คิดว่าเกี่ยวกับเรื่องเครียดใหม่
- ยาย: ไม่น่าเกี่ยว
- แพทย์: เจ็บหน้าอก แพทย์คิดว่าเจ็บจริง ไม่ได้แกล้งทำ เวลามีอาการสังเกตว่ามีหายใจเร็ว คิดว่าทั้งหมดเกิดจากความเครียด ต้องค่อยหาสาเหตุความเครียดต่อไป
- ยาย: เวลาเขาเจ็บอก จะให้อยู่หนึ่ง ๆ หายใจช้า ๆ อยู่ที่สงบ ๆ เดี่ยวเดี๋ยวก็หาย คิดว่าคงไม่เกี่ยวกับความเครียด เป็นเด็กไม่น่ามีเรื่องเครียดขนาดนั้น

Interview

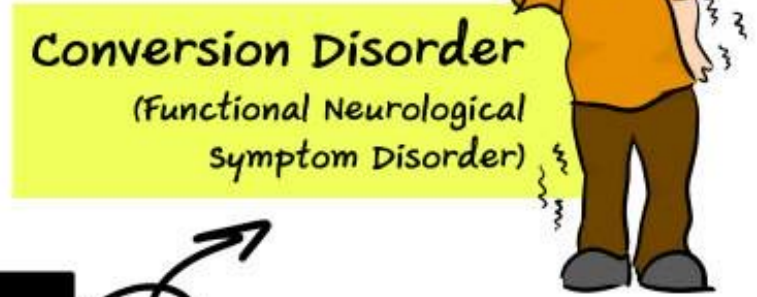
- แพทย์: เด็กบางคนมีความเครียดของเขาเองได้ ผู้ป่วยโตแล้ว มีความคิดของตนเอง
- ยาย: ตอนผู้ป่วยมีอาการแรกๆ ยายเหนื่อยมาก พอเวลามีอาการ พ่อจะให้ไปนอนกับยาย เวลามีอาการที่ร.พ.พ่อจะให้ยายไปรับกลับบ้าน พอยายไปเข้าผู้ป่วยก็ไว้วาย อ้างว่ารอดจนเหนื่อย
- แพทย์: อยากให้ผู้ป่วยอดทนและฝึกろ หากไม่เหนื่อยมากอยากให้ลองอดทน
- ผู้ป่วย: ทุกคนในบ้านไม่มีใครสนใจ เวลาหมอนัดพ่อจะบอกว่าไม่มีอาการก็ไม่ต้องไป



Illness Anxiety Disorder



Somatic Symptom Disorders



Conversion Disorder
(Functional Neurological Symptom Disorder)



Psychological Factors Affecting Other Medical Conditions



Factitious Disorder

Somatic Symptom and Related Disorders
<http://facebook.com/illustratedpsych>

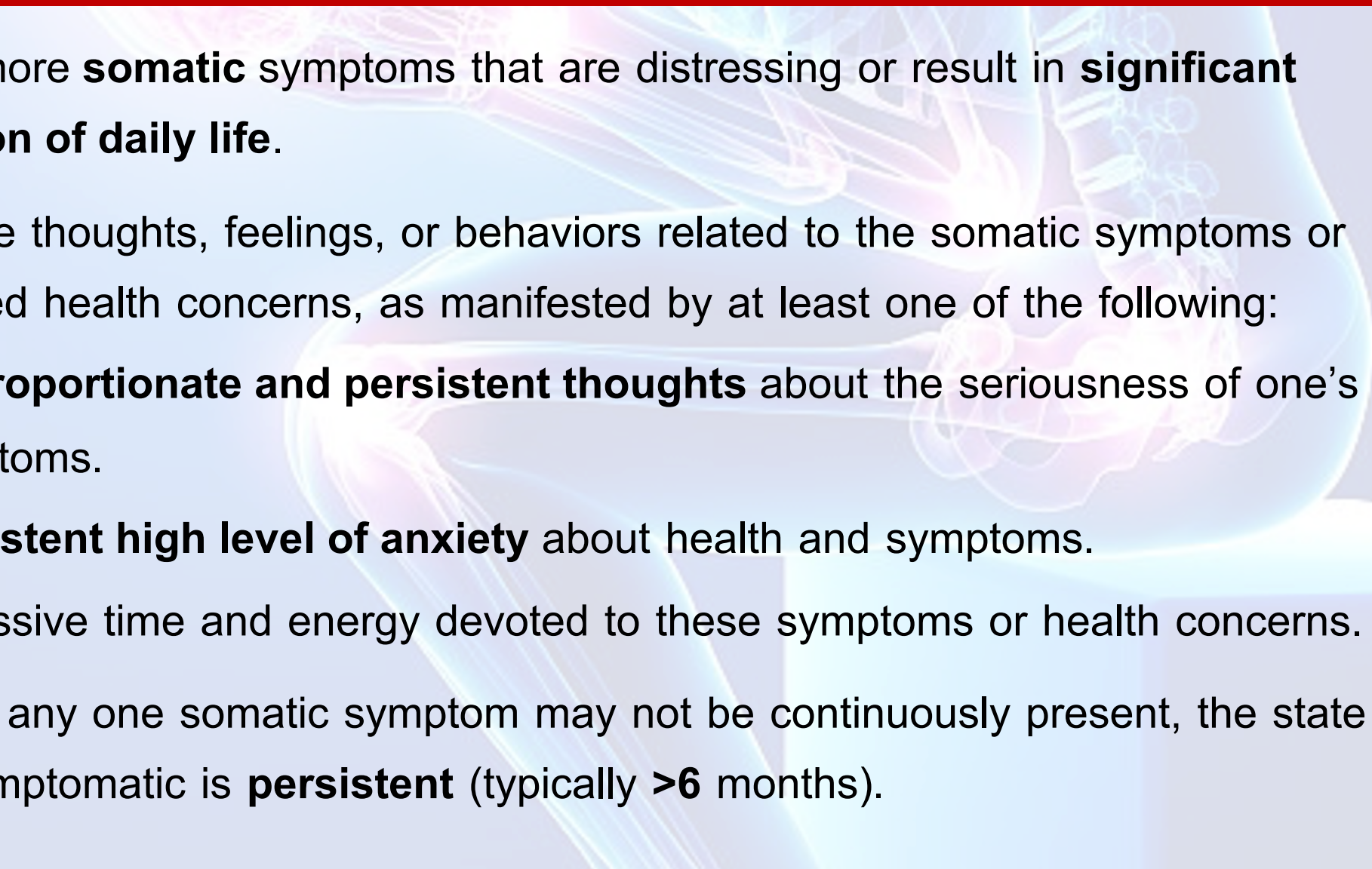
Other Specified Somatic Symptom and Related Disorder

Unspecified Somatic Symptom and Related Disorder

Somatic Symptom and Related Disorders

- **SSRDs** are classified on the basis of physical symptoms associated with significant distress and impairment, with or without the presence of a diagnosed medical condition.
- The frequency and heterogeneity of complaints increase with age.
- Prevalence in **girls** more than boys.
- Nonepileptic seizures, loss of consciousness and motor symptoms are common conversion symptoms across cultures.

Diagnostic Criteria for Somatic Symptom Disorder

- 
- A. One or more **somatic** symptoms that are distressing or result in **significant disruption of daily life**.
 - B. Excessive thoughts, feelings, or behaviors related to the somatic symptoms or associated health concerns, as manifested by at least one of the following:
 1. **Disproportionate and persistent thoughts** about the seriousness of one's symptoms.
 2. **Persistent high level of anxiety** about health and symptoms.
 3. Excessive time and energy devoted to these symptoms or health concerns.
 - C. Although any one somatic symptom may not be continuously present, the state of being symptomatic is **persistent** (typically **>6** months).

Diagnostic Criteria for Somatic Symptom Disorder

Specify if:

- With predominant pain (previously known as “pain disorder” in DSM IV-TR): for individuals whose somatic symptoms predominantly involve pain.
- Persistent: A persistent course is characterized by severe symptoms, marked impairment, and long duration (>6 months).

Risk factors for SSD

- **Temperament** have associated SSD with increasing by age



Expressing symptoms through physical symptoms without consciously.

Stress reliever and decrease other expectations

Risk factors for SSD

- **Age and gender**
 - In children: lack of communication skill, expression of thought
 - Adolescent: common in female
 - Ruminative coping style



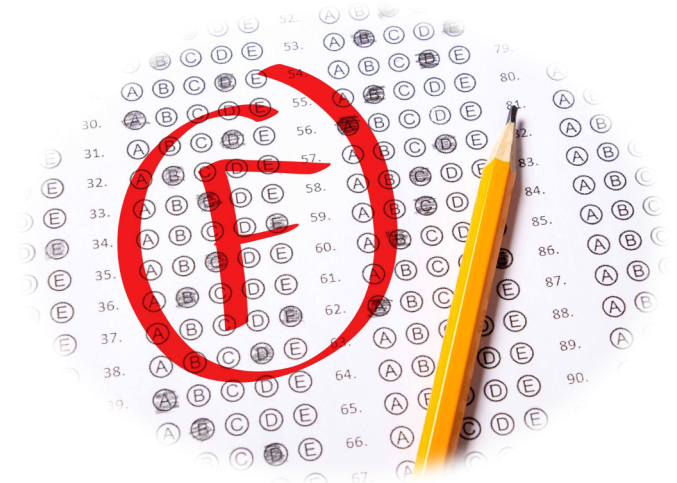
Risk factors for SSD

- **Cognitive and learning difficulties**

- Adolescent with poor grades
- High expectation from their families

- **Physical illness**

- Feeling and anxiety cause thinking that disease will relapse.
- Overprotective, indulgent parenting



Risk factors for SSD

- **Family history**

- Maternal chronic illness: genetic predisposing, social learning theory “sick role”
- Anxiety disorders, depressive disorders

- **Life adversities:** psychic trauma, poor prognosis

- School: new school, underachievement, bullying
- Family: divorce, child abuse, maltreatment
- Disaster



Risk factors for SSD

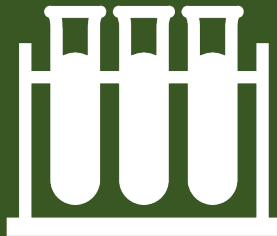
- **Biological**

- Overresponse sympathetic activity
- Unbalance cortical perception
- Small amygdala
- Decrease white matter
- Decrease glyceimic metabolism in basal ganglia

Assessment: medical



- Discordant between history and physical examination
- Organic cause **must be** ruled out.



- Some SSDs have true organic cause but cannot be explained all symptoms.
- Investigation should be **performed as necessary**.

Over-investigation may increase anxiety



Assessment: psychosocial

Psychosocial may trigger SSD both precipitating factors and promote persistence of symptoms.

- Patient and family insights for somatic symptoms
- Effect of somatic symptoms
- History of psychiatric disease (patient and family)
- Past medical illnesses
- Growth and developmental history
- Past mental health and social history
- Coping skill, stress (patient and family)



***Look for strength, previous success,
resilience!!***

Management plan

Assessment: patient and family engagement

- Engaging patient and family in the process from assessment is **useful**.
- Daring to reveal feeling and their concern
- Allowing accurate assessment
- Good communication skill and empathy make **trust**.
- Physical must control our anxiety.
- If SSD is the diagnosis
 - Don't be anxious or nervous for misdiagnoses
 - Make family **more anxiety and less trust**



Management SSDs

Pediatricians

Multidisciplinary team

- General pediatricians
- Pediatric psychiatrist
- Nurse
- Others



Parents

Enroll all steps

- Assessment
- Set treatment goal
- Well understanding of SSDs
- Regular follow-up



Patient

1.

แจ้งผลการวินิจฉัยและให้ข้อมูลเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและครอบครัว



หลีกเลี่ยงท่าทีลังเล

ไม่ตีตราผู้ป่วยว่าเป็นโรคจิตเวช

ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเป็น
ต้นเหตุ

2.

ให้ความมั่นใจว่าไม่มีว่าเหตุทางร่างกายที่เป็นอันตราย

make sure



เตรียมตัวรับมือกับปฏิกิริยาของผู้ป่วยและผู้ปกครอง

3.

นัดติดตามอาการเป็นระยะ



ลดการส่งตรวจซ้ำซ้อน

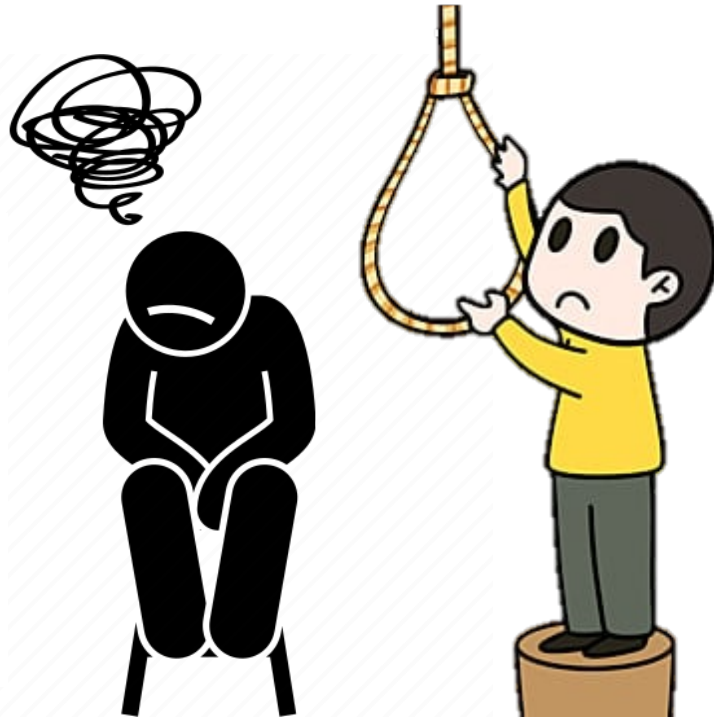
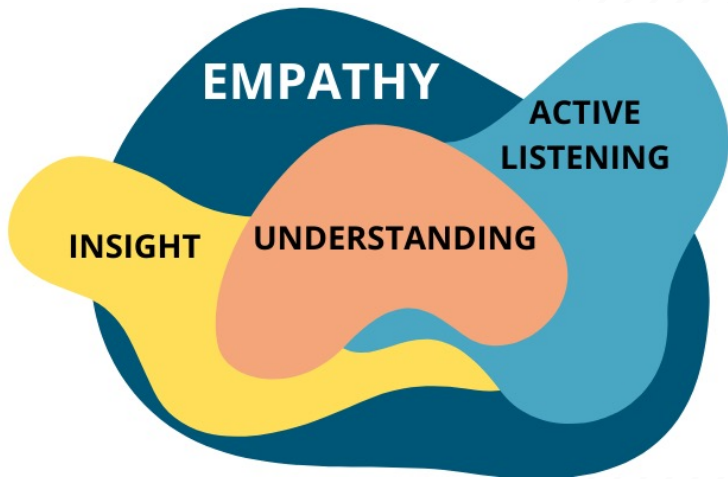
ลดการรักษาเกินจำเป็น

ลดการส่งพบแพทย์เฉพาะทางเกินจำเป็น

การติดตามอาการ ทำให้ทราบอาการที่อาจมีขึ้นภายหลังและส่งเสริมให้เด็กสามารถ
ดำเนินชีวิตประจำวันได้ปกติ

4.

ระดับการครองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว



ให้ความมั่นใจ

ระดับการครองเด็กและครอบครัว

เด็กไม่ได้แก้งทำ

5.

ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว



No sick role!!



เน้นให้ทำสิ่งต่างด้วยตนเองตามวัย เข้าใจและไม่โกรธเมื่อเด็กมีอาการ

6.

ให้คำแนะนำแก่โรงเรียน

สื่อสารกับคุณครูให้ชัดเจนว่า**ไม่มีอันตราย**จากอาการทางกาย



ลดความตกใจ

ลดความกังวลของคุณครู

ดูแลที่โรงเรียนอย่างเป็นทางการ

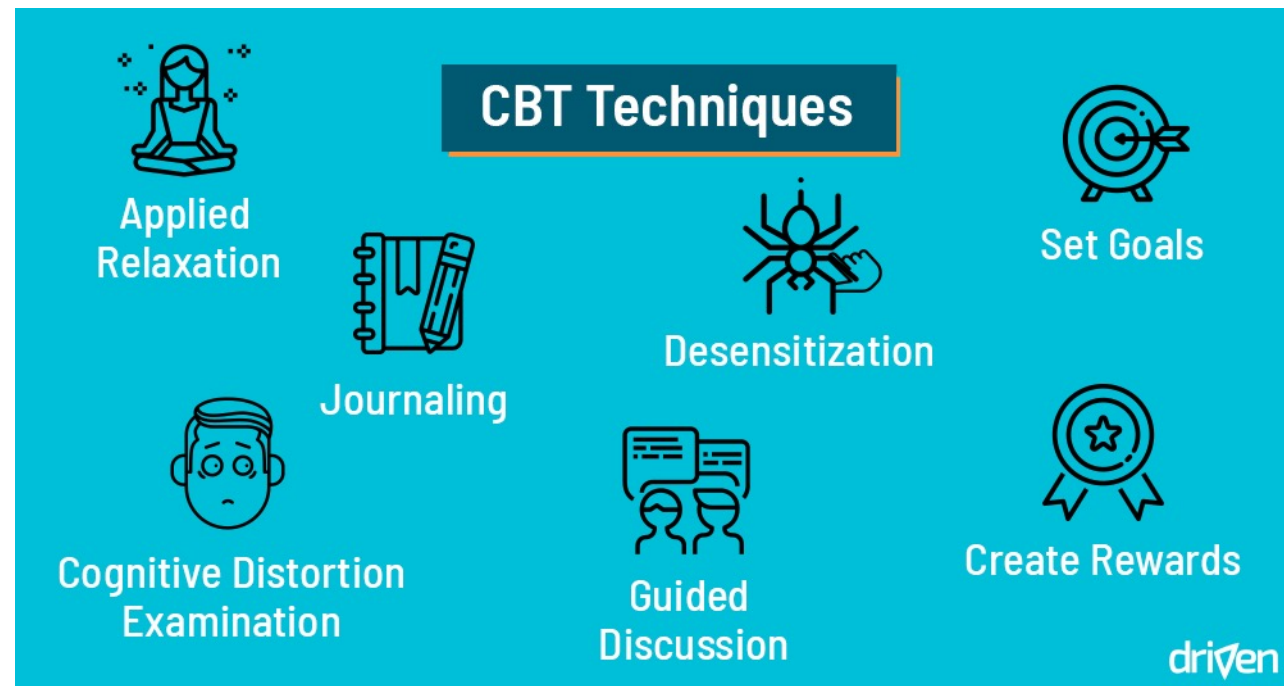
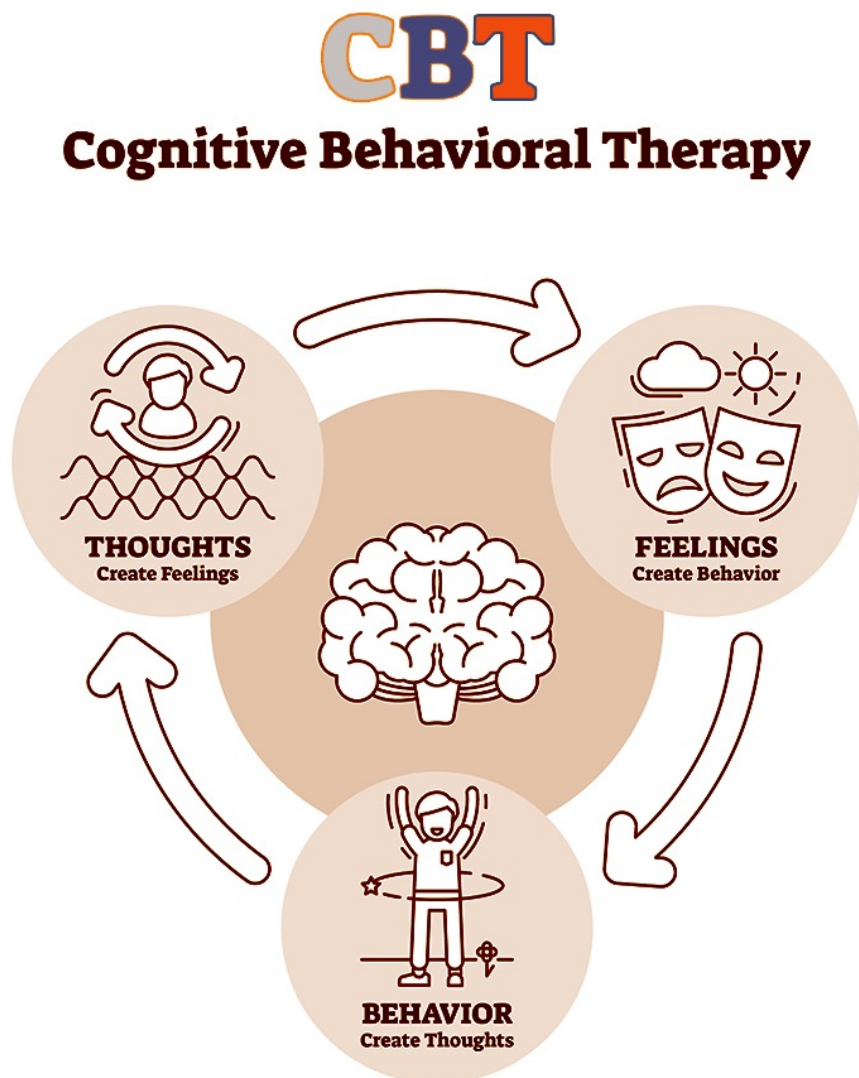
7.

การรักษาทางยา

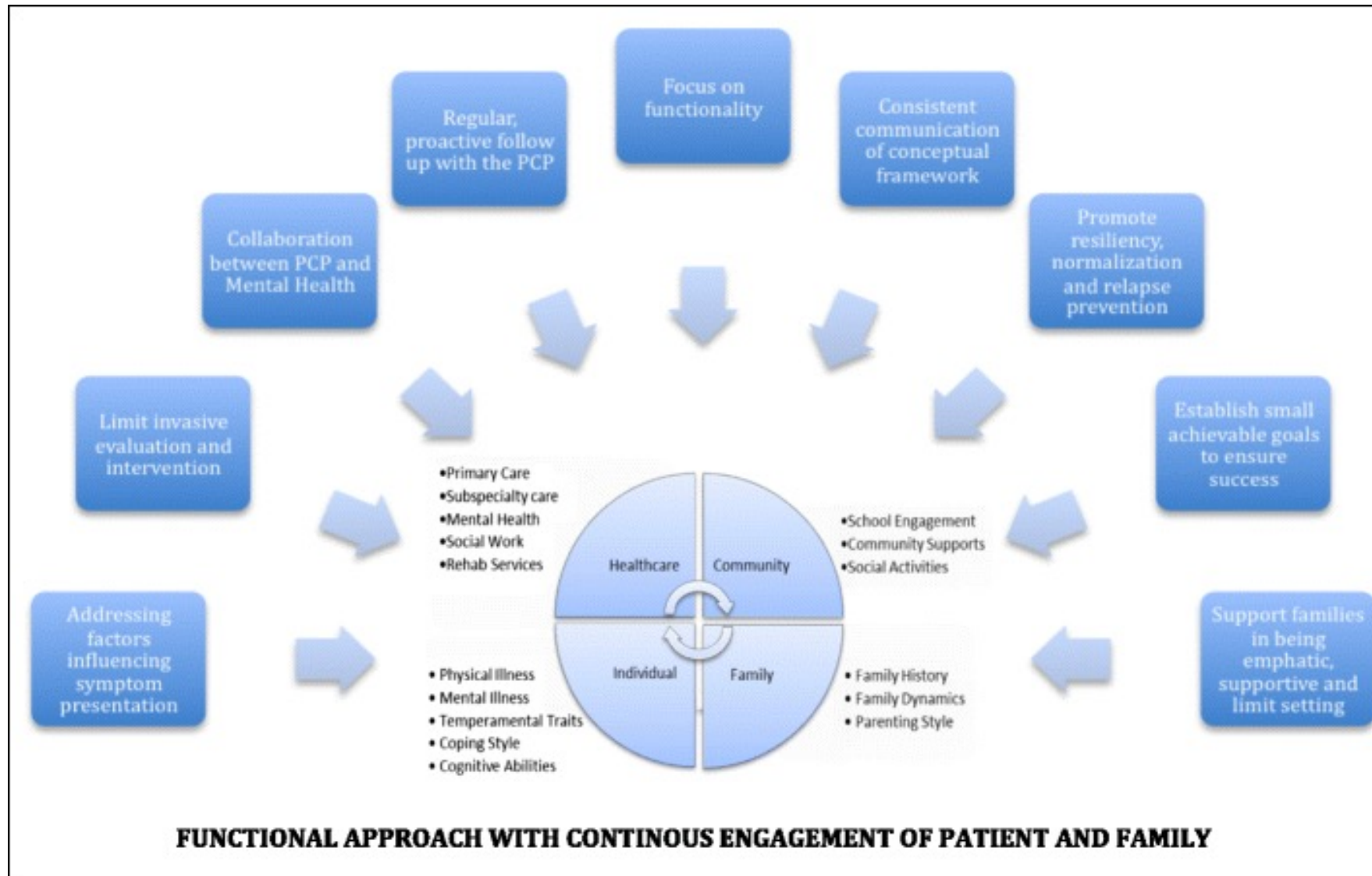
ไม่มียาที่รักษาอาการทางกายโดยตรง

First-Line Antidepressants and Recommended Starting Doses for Children with Depressive Disorders

Medication	Starting Dose (mg/day)	Target Dosage (mg/day)	Half-Life	Additional Clinical Observations
Citalopram	5 to 10 mg	20 to 40 mg	20 hours	Useful in functional pain syndromes.
Escitalopram	2.5 to 5 mg	10 to 20 mg	27 to 32 hours	The active enantiomer of citalopram that inhibits serotonin reuptake. FDA approved for children ≥ 12 years.
Fluoxetine	10 mg	20 to 40 mg	4 to 6 days	Long half-life, activating. FDA-approved for children ≥ 8 years.
Sertraline	12.5 to 25 mg	50 to 200 mg	26 hours	FDA-approved for use in OCD in children age ≥ 6 years.



มุ่งสู่ชีวิตสมดุล



Progression: 16th Sep 2022

ไปรร.ได้แค่วันเดียว มีอาการอื่นเพิ่มเติมคือแขนกระตุก เป็นมากช่วงเช้า เลยไปรร.ไม่ไหว

- สิ่งกระตุ้นไม่ชัดเจน แต่มักเป็นเวลาพอดูเรื่องไปรร.
- ก่อนนอนมีอาการกระตุกเหมือนกัน สังเกตว่าหลับไปแล้วยังเป็น ประมาณ 30 นาทีหลังหลับ ขณะอยู่รพ.ก็มีกระตุก แต่รู้ตัวตลอด

Management:

- Fluoxetine (20) 1 tablet po od เข้า
- Clonazepam (0.5) 1 tablet po hs
- นัดติดตามอาการอีก 1 สัปดาห์

Progression: 23rd Sep 2022

คุณตาและคุณยายพามาพบ. ให้ประวัติว่าอาการกระตุกลดลง แต่มามีอาการที่รพ. เพิ่งไปสอบที่ร.มา บอกว่าทำได้ คุณพ่อขู่ว่าจะให้ไปรร.ประจำ ตอนนี้พ่อให้นอนกับคุณตา

Management:

- Reassurance ตายาย เนื่องจากยังไม่ค่อยมั่นใจเวลาผู้ป่วยเกิดอาการ
- ให้จดบันทึกอาการและช่วงเวลาที่มีอาการ

บันทึกอาการและช่วงเวลาที่มีอาการ

- 25/9/65 มีอาการกระตุกช่วงบ้างช่วงตอนเย็นหลายครั้ง หลับประมาณ 23.00 น.หลังกินยา
- 26/9/65 มีกระตุกบ้างแต่น้อยกว่าเมื่อวาน หลับ 23.00 น.
- 27/9/65 มีกระตุกตอน 20.00 น. หลับ 23.00 น.
- 28/9/65 ตื่นเช้าประมาณตี 5 เศษ อาบน้ำ มีกระตุกเล็กน้อย เตรียมตัวไปสอบ หลังตีสามมีกระตุกเล็กน้อย
- 29/9/65 ตื่นตี 5 อาบน้ำ เตรียมตัวไปสอบ มีกระตุกเล็กน้อยตอน 17.00 น. บ่นปวดแขน หลับ 22.00 น.
- 30/9/65 กระตุกเล็กน้อยในรถก่อนไปสอบ หลับ 22.00 น.

Progression: 1st Oct 2022

ผู้ป่วยไปสอบครบทุกวัน ยังมีเกร็งกระตุกแต่ลดลง มักเป็นก่อนนอน มีปวดท้องข้างขวาล่าง คลื่นไส้มา 2 วัน ปวดเวลาขยับตัว กินได้ปกติ ถ่ายเหลว 2 ครั้งต่อวัน ไม่มีไข้ ตอนนี้นอนกับตาอยู่ ตากับยายดูกังวลลดลง พ่อกับแม่ไม่ค่อยได้เจอผู้ป่วย ผู้ป่วยเล่นแต่เกมส์ ดูไม่สนใจการเรียน บ่นแต่ว่าเครียดไม่อยากทำอะไร

Physical examination: voluntary guarding abdomen, no rebound tenderness

Management: Reassurance ตายาย เนื่องจากยังไม่ค่อยมั่นใจเวลาผู้ป่วยเกิดอาการ

Progression: 1st Oct 2022

พ่อยังมีทัศนคติเรื่องเรียน โรงเรียนเริ่มไม่เข้าใจผู้ป่วย ตายายพยายามให้ไปรร. แต่ผู้ป่วย หงุดหงิดใส่พักหลังอาการกระตุกลดลง ระยะเวลาสั้นลง

ขณะอยู่ใน OPD ลอง encourage เรื่องไปรร. ผู้ป่วยดูโกรธ ไม่ตอบ เอาแต่หลับตา

Management:

นัดติดตามอีก 1 เดือนพร้อมนัดพูดคุยกับคุณครูที่โรงเรียน



Thanks for your attention