

**Influenza-associated benign acute childhood myositis: A case series**

Yanisa Sirinarumitr, Rattakorn Pinpattanapong\*

Department of Pediatrics, Golden Jubilee Medical Center,  
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Received April 15, 2026 Revised September 23, 2026 Accepted September 29, 2026

**Abstracts**

Benign acute childhood myositis is an uncommon pediatric complication, frequently associated with influenza, that often causes significant parental anxiety due to the acute onset of gait abnormalities. This article presents a case series of three pediatric patients, aged 7–13 years old, treated at the Golden Jubilee Medical Center between November 2025 and March 2026, all of whom exhibited a similar clinical course starting with prodromal respiratory symptoms followed by acute bilateral calf pain and difficulty with weight-bearing. Laboratory investigations confirmed Influenza A (1 case) and Influenza B (2 cases), with significant elevations in serum creatine phosphokinase (CPK) levels (831, 740, and 3,033 U/L, respectively) and AST, while neurological examinations remained unremarkable. Following treatment with intravenous fluids and oseltamivir, all patients achieved clinical recovery within 4 days without severe complications such as acute kidney injury, highlighting that clinical awareness is essential for rapid differential diagnosis, avoiding unnecessary investigations, and effectively alleviating parental concerns.

**Keywords:** Benign acute childhood myositis, Influenza, Children, Creatine Phosphokinase (CPK), Creatine kinase, Myositis

## รายงานผู้ป่วยเด็ก 3 รายที่มีภาวะกล้ามเนื้ออักเสบจากการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่

ญานิสรา ศิริณฤมิตร, รัฐธำกร ปิ่นพัฒนพงศ์\*

แผนกกุมารเวชกรรม ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

### บทคัดย่อ

ภาวะกล้ามเนื้ออักเสบจากการติดเชื้อไวรัส เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ไม่บ่อยในเด็ก แต่มักสร้างความวิตกกังวลแก่ผู้ปกครองเนื่องจากอาการเดินผิดปกติเฉียบพลัน โดยส่วนใหญ่มักเกิดจากไวรัสไข้หวัดใหญ่ บทความนี้นำเสนอรายงานผู้ป่วยเด็กจำนวน 3 ราย อายุระหว่าง 7-13 ปี ที่เข้ารับการรักษา ณ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ในช่วงพฤศจิกายน 2568- มีนาคม 2569 ผู้ป่วยทุกรายมีอาการทางคลินิกที่คล้ายคลึงกัน คือมีอาการนำของระบบทางเดินหายใจ ตามด้วยอาการปวดและกดเจ็บบริเวณกล้ามเนื้อน่องทั้งสองข้างอย่างเฉียบพลันจนเดินลงน้ำหนักลำบาก

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A (1 ราย) และสายพันธุ์ B (2 ราย) โดยพบระดับเอนไซม์กล้ามเนื้อ Creatine Phosphokinase (CPK) สูงขึ้นอย่างชัดเจน (831, 740 และ 3,033 U/L ตามลำดับ) ร่วมกับการเพิ่มขึ้นของเอนไซม์ AST แต่ไม่พบความผิดปกติทางระบบประสาท ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำและยาต้านไวรัส oseltamivir จนอาการดีขึ้นและสามารถกลับบ้าน โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อน เช่น ไตวายเฉียบพลัน หรือกล้ามเนื้ออักเสบรุนแรงขึ้นการตระหนักถึงภาวะนี้จะช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยแยกโรคได้อย่างรวดเร็ว หลีกเลี่ยงการส่งตรวจที่ไม่จำเป็น และลดความกังวลของผู้ปกครองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** ภาวะกล้ามเนื้ออักเสบจากการติดเชื้อไวรัส, ไข้หวัดใหญ่, ผู้ป่วยเด็ก, Creatine phosphokinase, CPK

## บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้ออักเสบจากไวรัส (benign acute childhood myositis) เป็นภาวะ ที่พบไม่บ่อย มักพบอาการที่สงสัยการติดเชื้อไวรัสทั่วไปนามาก่อน อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หรืออ่อนเพลียตามด้วยอาการกล้ามเนื้ออักเสบ กดเจ็บบริเวณกล้ามเนื้อโดยเฉพาะน่อง มีการเดินผิดปกติเขยิบพลัน เดินลงน้ำหนักได้ลำบาก หรือพบอาการขาอ่อนแรง โดยพบเฉลี่ยประมาณ 3 วันหลังจากอาการติดเชื้อไวรัส อาการปวดกล้ามเนื้อมักเกิดในลักษณะสมมาตรกันทั้งสองข้าง และพบร่วมกับระดับเอนไซม์กล้ามเนื้อ โดยเฉพาะ creatine phosphokinase (CPK) เพิ่มขึ้น<sup>1-4</sup>

ภาวะกล้ามเนื้ออักเสบจากไวรัสอาการจะดีขึ้นอย่างชัดเจนและฟื้นตัวสมบูรณ์ภายในระยะเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ ภาวะนี้จึงมีการพยากรณ์โรคที่ไม่รุนแรงและมีระยะเวลาดำเนินโรคค่อนข้างสั้น ซึ่งแตกต่างจากภาวะกล้ามเนื้ออักเสบจากภูมิคุ้มกัน หรือโรคทางระบบประสาทอื่นเช่น Guillain-Barré syndrome (GBS) อย่างไรก็ตาม ภาวะนี้อาจมีผลแทรกซ้อนรุนแรงคือภาวะกล้ามเนื้อสลาย (rhabdomyolysis) หรือการเกิดความเสียหายต่อไตได้ ภาวะกล้ามเนื้ออักเสบจากไวรัสมักเกิดจากไวรัสไข้หวัดใหญ่มากที่สุด มีอัตราการเกิดประมาณ 2.6/100,000 ประชากร โดยมีรายงานแสดงตัวอย่างผู้ป่วยในช่วงที่ผ่านมา<sup>2,6-9</sup>

ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกฯ มีรายงานผู้ป่วย 2 รายที่มีภาวะกล้ามเนื้ออักเสบจากไวรัสไข้หวัดใหญ่ในช่วงที่มีการระบาดของไข้หวัดใหญ่ในปีพ.ศ. 2568 และอีก 1 รายในปี พ.ศ. 2569 โดยทั้ง 3 รายมีการตรวจยืนยันผลการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ด้วย nasopharyngeal swab (antigen-based RIDT) และมีรายละเอียดอาการที่คล้ายกัน

ผู้นิพนธ์จึงขอนำเสนอรายงานผู้ป่วยเพื่อเป็นการให้รายละเอียดและเพิ่มความตระหนักถึงภาวะกล้ามเนื้ออักเสบจากไวรัสไข้หวัดใหญ่

## รายงานผู้ป่วย

### ผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงอายุ 7 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดน่องทั้ง 2 ข้างหลังตื่นนอน เดินเขย่ง ลงน้ำหนักไม่ได้เต็มที่ 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้ ร่วมกับไอ น้ำมูก ได้รับการวินิจฉัยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A โดยวิธีตรวจ nasopharyngeal swab และกำลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส oseltamivir ผู้ป่วยเคยมีอาการคล้ายกัน และได้รับการรักษาภาวะกล้ามเนื้ออักเสบจากการติดเชื้อไวรัส เมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2567 โดยหลังจากได้รับการรักษา อาการและค่าเอนไซม์กล้ามเนื้ออยู่ในระดับปกติ (CPK 174 U/L) ไม่มีอาการปวดน่องหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงจนต้องได้รับการรักษาอีก

ตรวจร่างกายแรกพบ ไม่มีไข้ (T 36.8°C) สัญญาณชีพอื่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตรวจร่างกายระบบข้อและกล้ามเนื้อพบกดเจ็บบริเวณกล้ามเนื้อน่องทั้ง 2 ข้าง ตรวจร่างกายระบบประสาทไม่พบอาการอ่อนแรงและความผิดปกติอื่น

#### ผลการสืบค้นเพิ่มเติม

- Complete blood count (CBC): Hb 11.8 g/dL (11.5-14.5 g/dL), HCT 35.5% (33-43%), WBC 3,680/ $\mu$ L (4,000-15,500/ $\mu$ L) (N 15, L 70), platelet 163,000/ $\mu$ L (150,000-450,000/ $\mu$ L)
- BUN 12 mg/dL (2-20 mg/dL), Cr 0.37 mg/dL (0.3-0.7 mg/dL), AST 55 U/L (15-50 U/L), ALT 13 U/L (5-55 U/L), CPK 831 U/L (5-200 U/L)
- Urinalysis: urine specific gravity 1.008, WBC 0-1/HPF, RBC 0-1/HPF
- Nasopharyngeal swab for Influenza virus antigen (rapid test) พบเชื้อ Influenza A

ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล มีการให้ยาต้านไวรัสไข้หวัดใหญ่ต่อจนครบ 10 โดส ให้สารน้ำ มีการติดตามอาการและค่าเอนไซม์กล้ามเนื้อ

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยกล้ามเนื้ออักเสบจากไวรัสไข้หวัดใหญ่ หลังได้รับการรักษา แม้จะเริ่มดีขึ้น น้ำหนักได้ใน 3 วัน แต่ค่าเอนไซม์กล้ามเนื้อยังขึ้นสูง จนสูงสุดในวันที่ 3 (CPK 1,159 U/L, AST 74 U/L) และเริ่มลดลงในวันถัดมา จึงได้รับการปล่อยตัวกลับบ้านหลังจากรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน เมื่อมาติดตามอาการ ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรืออาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อ และระบบประสาทอีก ค่าเอนไซม์กล้ามเนื้อผู้ป่วยมีค่าลดลง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเอนไซม์กล้ามเนื้อ (AST, ALT, CPK) ผู้ป่วยรายที่ 1

| ค่าเอนไซม์<br>กล้ามเนื้อ | วันที่มีอาการ |          |          |          |          |           |
|--------------------------|---------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
|                          | วันที่ 1      | วันที่ 2 | วันที่ 3 | วันที่ 4 | วันที่ 5 | วันที่ 12 |
| AST (U/L)                | 55            | 65       | 74       | 72       | 71       | 36        |
| ALT (U/L)                | 13            | 18       | 22       | 26       | 35       | 33        |
| CPK (U/L)                | 831           | 1,056    | 1,159    | 843      | 391      | 152       |

เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติอาการกล้ามเนื้ออักเสบซ้ำเป็นครั้งที่ 2 ร่วมกับมีประวัติปวดขาเมื่อวิ่งเล่นเป็นระยะแต่อาการดีขึ้นเองโดยไม่ได้มีการรักษาเพิ่มเติม จึงได้มีการส่งตรวจแอนติบอดีต่อกล้ามเนื้อ (myositis profile antibodies: anti-Mi-2, anti-ku, anti-PM-Scl, anti-Jo, anti-PL, anti-SRP, anti-EJ, anti-OJ, anti-TIF1 Gamma, anti-MDA5, anti-NXP2, anti-cN-1A, antiHMGCRCR, anti-SAE1, anti-Ro-52 ) เพิ่มเติม เพื่อสืบค้นเรื่องกล้ามเนื้ออักเสบเรื้อรัง ผลตรวจเป็นลบ ครั้งนี้จึงนึกถึงภาวะกล้ามเนื้ออักเสบจากการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่มากที่สุด

## ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยหญิง อายุ 13 ปี มาโรงพยาบาลด้วย 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ น้ำมูก 1 วันก่อนมีไข้สูง ร่วมกับปวดขาทั้ง 2 ข้าง ตรวจร่างกายพบ ไข้สูง (T 39.2 °C) ชีพจรและอัตราการหายใจเร็วเล็กน้อย (pulse rate 103/minute, respiratory rate 24/minute) สัญญาณชีพอื่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตรวจร่างกายระบบข้อและกล้ามเนื้อพบกดเจ็บบริเวณกล้ามเนื้อน่องทั้ง 2 ข้าง ตรวจร่างกายระบบประสาทไม่พบอาการอ่อนแรงและความผิดปกติ ผลการสืบค้นเพิ่มเติม

- Complete blood count (CBC): Hb 14 g/dL (12-15 g/dL), HCT 42.7% (35-45%), WBC 8,720/ $\mu$ L (4,000-13,500/ $\mu$ L) (N 74, L 23.6), platelet 195,000/ $\mu$ L (150,000-450,000/ $\mu$ L)
- BUN 6 mg/dL (2-20 mg/dL), Cr 0.57 mg/dL (0.5-1 mg/dL), AST 45 U/L (10-40 U/L), ALT 14 U/L (5-55 U/L), CPK 740 U/L (5-200 U/L)
- Urinalysis: urine specific gravity 1.007, WBC 0-1/HPF, RBC 0-1/HPF, blood negative
- Nasopharyngeal swab for Influenza virus antigen (rapid test) พบเชื้อ Influenza B
- Chest X-rays: Patchy opacity at left upper lung

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยปอดติดเชื้อจากไข้หวัดใหญ่และกล้ามเนื้ออักเสบจากไวรัสไข้หวัดใหญ่ จึงได้รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีการให้ยาต้านไวรัสไข้หวัดใหญ่จนครบ 10 โดส ให้สารน้ำ มีการติดตามอาการและค่าเอนไซม์กล้ามเนื้อ ระดับเอนไซม์กล้ามเนื้อดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเอนไซม์กล้ามเนื้อ (AST, ALT, CPK) ผู้ป่วยรายที่ 2

| ค่าเอนไซม์<br>กล้ามเนื้อ | วันที่มีอาการ |          |          |           |
|--------------------------|---------------|----------|----------|-----------|
|                          | วันที่ 1      | วันที่ 2 | วันที่ 3 | วันที่ 33 |
| AST (U/L)                | 45            |          | 33       |           |
| ALT (U/L)                | 14            |          | 13       |           |
| CPK (U/L)                | 740           | 576      | 348      | 45        |

หลังจากรับการรักษาในโรงพยาบาล 4 วัน ผู้ป่วยได้รับการปล่อยตัวกลับบ้าน ไม่มีไข้ และไม่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ รวมถึงปอดติดเชื้อดีขึ้น เมื่อมาติดตามอาการ ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ลงน้ำหนักได้ปกติหรืออาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อ และระบบประสาทอีก

### ผู้ป่วยรายที่ 3

ผู้ป่วยชาย อายุ 12 ปี มีไข้สูง ไอ น้ำมูก 4 วัน ต่อมา มีอาการปวดน่องทั้ง 2 ข้างมากขึ้น เดินลงน้ำหนักได้ลำบากมากขึ้น 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลตรวจร่างกายแรกพบไม่มีไข้ (T 36.8°C) สัญญาณชีพอื่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตรวจร่างกายระบบข้อและกล้ามเนื้อพบกดเจ็บบริเวณกล้ามเนื้อน่องทั้ง 2 ข้าง ตรวจร่างกายระบบประสาทไม่พบอาการอ่อนแรงและความผิดปกติ

#### ผลการสืบค้นเพิ่มเติม

- Complete blood count (CBC): Hb 13.4 g/dL (12.5-16.1 g/dL), HCT 41.5% (36-47%), WBC 2,790/ $\mu$ L (4,000-13,500) (N 41, L 50), platelet 159,000/ $\mu$ L (150,000-450,000)
- BUN 21 mg/dL (2-20 mg/dL), Cr 0.79 mg/dL (0.5-1 mg/dL), AST 116 U/L (10-40 U/L), ALT 31 U/L (5-55 U/L), CPK 3,033 U/L (5-200 U/L)
- UA: urine specific gravity 1.027, WBC 0-1/HPF, RBC 0-1/HPF, blood negative
- Nasopharyngeal swab for Influenza virus antigen (rapid test) พบเชื้อ Influenza B

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยกล้ามเนื้ออักเสบจากไวรัสไข้หวัดใหญ่ ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล มีการให้ยาต้านไวรัสไข้หวัดใหญ่จนครบ 10 โดส เนื่องจากยัง swab พบเชื้อไข้หวัดใหญ่ มีอาการทางระบบทางเดินหายใจ และระยะเวลาเริ่มที่มีอาการไม่ชัดเจน (2-4 วัน) ให้สารน้ำ ร่วมกับการติดตามอาการและค่าเอนไซม์กล้ามเนื้อ ซึ่งค่าเอนไซม์กล้ามเนื้อดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเอนไซม์กล้ามเนื้อ (AST, ALT, CPK) ผู้ป่วยรายที่ 3

| ค่าเอนไซม์<br>กล้ามเนื้อ | วันที่มีอาการ |          |          |          |           |
|--------------------------|---------------|----------|----------|----------|-----------|
|                          | วันที่ 1      | วันที่ 2 | วันที่ 3 | วันที่ 4 | วันที่ 20 |
| AST (U/L)                | 116           | 87       | 73       | 59       | 23        |
| ALT (U/L)                | 31            | 25       | 30       | 39       | 14        |
| CPK (U/L)                | 3,033         | 1,874    | 1,022    | 504      | 88        |

ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีไข้ อาการทางระบบทางเดินหายใจดีขึ้น อาการปวดน่องดีขึ้น แม้จะยังมีค่า CPK สูงที่ระดับ 504 U/L แต่ผู้ป่วยสามารถลงน้ำหนักได้ดี ไม่มีอาการปวดตึงน่องหรือกล้ามเนื้อบริเวณอื่น จึงพิจารณาให้กลับบ้านเมื่อรับการรักษาในโรงพยาบาล 4 วัน เมื่อมาติดตามอาการประมาณ 3 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีอาการปกติและค่าเอนไซม์กล้ามเนื้อลงสู่ระดับปกติ รวมถึงค่าการทำงานของไตที่มีระดับใกล้เคียงช่วงนอนโรงพยาบาล (BUN 17 mg/dL, Cr 0.62 mg/dL) เช่นกัน

### อภิปรายและวิจารณ์

แม้การเกิดกล้ามเนื้ออักเสบจากการติดเชื้อไวรัสยังไม่มีกลไกที่ชัดเจน แต่การศึกษาพบว่าอาจเกิดจากเชื้อไวรัสทำลายเซลล์กล้ามเนื้อโดยตรง หรือการกระตุ้นจากภูมิคุ้มกัน<sup>2,10,11</sup> ผู้ป่วยจึงมีอาการปวดกล้ามเนื้อ ร่วมกับการพบค่าเอนไซม์กล้ามเนื้อ CPK ขึ้นสูง อาการมักดีขึ้นในช่วง 3-4 วัน ขณะที่ค่า CPK อาจลงสู่ระดับปกติในช่วง 1-2 สัปดาห์ จึงอาจพบ CPK ที่สูงแม้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

จากการศึกษาก่อนหน้า อาการกล้ามเนื้ออักเสบจากการติดเชื้อพบเกิดจากไวรัสไข้หวัดใหญ่เป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียน อัตราส่วนเพศชายมากกว่าเพศหญิง และเกิดจากไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ B มากกว่า<sup>4,5,12-17</sup> แต่ผู้ป่วยจากรายงานฉบับนี้ มีทั้งเด็กหญิงและเด็กชาย และอาการกล้ามเนื้ออักเสบพบทั้งจากไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A และไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ B พิจารณาอาการของผู้ป่วยทั้ง 3 รายพบว่าเป็นลักษณะที่คล้ายกัน คือมีอาการนำของการติดเชื้อทางเดินหายใจประมาณ 4-5 วัน ก่อนที่จะมีการปวดบริเวณกล้ามเนื้อน่อง จับพลง ตรวจร่างกายไม่พบอาการอ่อนแรง (muscle power grade V) และมีอาการดีขึ้นเมื่อได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำ

เมื่อมีการตรวจเพิ่มเติมพบระดับเอนไซม์กล้ามเนื้อขึ้นสูง โดยพบว่า CPK และ AST มีระดับที่สูงเกินค่าปกติ ซึ่งเข้าได้กับการทบทวนวรรณกรรมโดย Agyeman P. และคณะ ที่รายงานค่า CPK, AST และ LDH สูง<sup>12</sup> โดยเฉพาะในผู้ป่วยรายที่ 3 ที่มี CPK ขึ้นสูงถึง 3,033 U/L การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) เข้าได้กับลักษณะการติดเชื้อไวรัส เมื่อมีการตรวจหาเชื้อไวรัส ทั้ง 3 รายพบผลบวกต่อเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ การวินิจฉัยจึงเข้าได้กับภาวะกล้ามเนื้ออักเสบจากไวรัสไข้หวัดใหญ่

หลังได้รับการรักษาโดยการให้สารน้ำและยาต้านไวรัสไข้หวัดใหญ่ ผู้ป่วยทั้งหมดอาการดีขึ้น โดยไม่มีผลแทรกซ้อน มีปัสสาวะปกติและค่าการทำงานของไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ แม้จะยังไม่มียารายงานว่าการให้ยาด้านไวรัสไข้หวัดใหญ่จะทำให้อาการกล้ามเนื้ออักเสบดีขึ้นเร็ว แต่ผู้ป่วยทั้ง 3 รายก็ได้รับยา oseltamivir เพื่อรักษาไข้หวัดใหญ่และได้รับสารน้ำร่วมกับการตรวจติดตามเอนไซม์กล้ามเนื้อเพื่อรักษาภาวะกล้ามเนื้ออักเสบ

สำหรับผู้ป่วยรายที่ 1 เนื่องจากมีประวัติการเกิดอาการกล้ามเนื้ออักเสบก่อนหน้านี้ จึงได้มีการส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อสืบค้นเรื่องกล้ามเนื้ออักเสบจากภูมิคุ้มกัน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยไม่มีอาการอื่นเช่นผื่นผิวหนัง หรืออาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง รวมถึงผลแลปไม่พบภูมิคุ้มกันผิดปกติ จึงนึกถึงการเกิดซ้ำของภาวะกล้ามเนื้ออักเสบจากไวรัสมากกว่า ซึ่งมีการศึกษาพบว่าสามารถเกิดได้ร้อยละ 3-21<sup>3,6,18</sup>

## บทสรุป

ไข้หวัดใหญ่มีการระบาดตลอดทั้งปี แม้ภาวะกล้ามเนื้ออักเสบจากไวรัสในเด็กเป็นอาการแทรกซ้อนที่พบไม่บ่อย การตระหนักถึงภาวะนี้ก็เป็นสิ่งสำคัญ การวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วจะช่วยวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะกล้ามเนื้ออักเสบอื่น ลดการส่งตรวจโดยไม่จำเป็น ให้การรักษาและติดตามอาการได้อย่างถูกต้อง รวมถึงช่วยลดความกังวลของผู้ปกครองด้วย

## เอกสารอ้างอิง

1. Jarkoc T, Cengic A, Selmanovic V, Hadzimuratovic A, Vukas E, Uzicanin S, et al. Characteristics of patients with benign acute childhood myositis (BACM). Mater Sociomed. 2025;37:106-10.
2. Majava E, Renko M, Kuitunen I. Benign acute childhood myositis: A scoping review of clinical presentation and viral etiology. Eur J Pediatr. 2024;183:4641-7.
3. Capoferri G, Milani GP, Ramelli GP, Ferrarini A, Bianchetti MG, Lava SAG. Sporadic acute benign calf myositis: Systematic literature review. Neuromuscul Disord. 2018;28:443-9.
4. Buss BF, Shinde VM, Safranek TJ, Uyeki TM. Pediatric influenza-associated myositis - Nebraska, 2001-2007. Influenza Other Respir Viruses. 2009;3:277-85.

5. Delavar MA, Ebrahimi HK, Borhani N, Karimian P, Ehsanipour F, Jafarnejad S, et al. Evaluation of the prevalence and clinical and laboratory features of acute viral myositis in children with influenza referred to the emergency department of Ali Asghar Tehran Hospital in 2019 and 2020. *J Family Med Prim Care*. 2022;11:2744-9.
6. Brisca G, Mariani M, Pirlo D, Romanengo M, Pistorio A, Gaiero A, et al. Management and outcome of benign acute childhood myositis in pediatric emergency department. *Ital J Pediatr*. 2021;47:57.
7. Huzior MC, Chernicki BP, Nguyen L, Kumar B. Benign acute childhood myositis in a pediatric patient post influenza B infection. *Cureus*. 2023;15:e51171.
8. Jogie JA, Arain A, Jogie J, Satnarine T, Arain S. Viral myositis in a pediatric patient following influenza infection: A case report. *Cureus*. 2024;16:e71294.
9. Pattiyakumbura TT, Jayasundara J, Premarathne P, Abeywardana S, Jayamaha CJS. Influenza B-associated acute myositis in a child in Sri Lanka: A case report. *J Med Case Rep*. 2025;19:394.
10. Costa Azevedo A, Costa ESA, Juliana Silva C, Poço Miranda S, Costa M, Martinho I. Benign acute childhood myositis: A 5-year retrospective study. *Arch Pediatr*. 2022;29:490-3.
11. Arrab R, Benchehab Y, Alaammari I, Dini N. Benign acute myositis in children: A case series. *Cureus*. 2024;16(11):e73303.
12. Agyeman P, Duppenhaler A, Heininger U, Aebi C. Influenza-associated myositis in children. *Infection*. 2004;32:199-203.
13. Yoon JW, Choi DY, Lee SH, Sin SR, Yu ST. Analysis of clinical manifestations and laboratory findings in children with influenza B-associated myositis: A single center study. *Korean J Fam Med*. 2018;39:37-41.
14. Kerr J, Macartney K, Britton PN. Influenza-associated myositis: A single-centre, 5-year retrospective study. *Eur J Pediatr*. 2021;180:577-84.
15. Turan C, Yurtseven A, Cicek C, Keskin G, Saz EU. Benign acute childhood myositis associated with influenza A/B in the paediatric emergency department and the efficacy of early-onset oseltamivir. *J Paediatr Child Health*. 2022;58:1022-7.
16. Jiang S, Li J, Cao J, Ou Y, Duan Y, Gan X. Clinical characteristics of 118 pediatric patients with acute benign myositis associated with influenza a virus infection. *Pediatr Infect Dis J*. 2024;43:626-9.

17. Kosmeri C, Papasavva ME, Kyrkou A, Gketsi V, Siomou E, Ladomenou F, et al. Influenza-associated benign acute childhood myositis during the 2024-2025 season: A retrospective multicenter study. *Children (Basel)*. 2025;12:1333.
18. Alghamdi NA, Ajeebi AA, Alajlan AK, Aldaffaa AY, Philip W, Hameed TK. Benign acute childhood myositis: A retrospective cohort study from a large tertiary care children's hospital. *Front Pediatr*. 2025;13:1653651.