

การจัดการทางทันตกรรมในกลุ่มอาการเลนออกซ์-แกสโทท์: ทบทวนวรรณกรรมและรายงานผู้ป่วย 1 ราย

อรอุมา อังวรารวงศ์* วาสิตา คำเหม็ง** อิศารัตน์ อังวรารวงศ์***

บทคัดย่อ

กลุ่มอาการเลนออกซ์-แกสโทท์ เป็นกลุ่มอาการลมชักในเด็กที่มีความรุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยมีลักษณะของอาการชักหลากหลายรูปแบบ ทำให้ควบคุมอาการชักได้ยาก มีคลื่นไฟฟ้าสมองผิดปกติ และความบกพร่องในการเรียนรู้ การวินิจฉัยกลุ่มอาการนี้ต้องอาศัยลักษณะทางคลินิกร่วมกับการตรวจในห้องปฏิบัติการ การทบทวนวรรณกรรมเรื่องการจัดการทางทันตกรรมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการนี้ยังมีน้อย การจัดการที่เหมาะสมต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์หลากหลายสาขา วัตถุประสงค์ของบทความนี้ เพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอุบัติการณ์ ลักษณะทางคลินิก การวินิจฉัย ภาวะแทรกซ้อน และการจัดการทางทันตกรรมสำหรับกลุ่มอาการเลนออกซ์-แกสโทท์ รวมถึงรายงานผู้ป่วย

คำสำคัญ: การจัดการทางทันตกรรม/ ช่องปาก/ กลุ่มอาการเลนออกซ์-แกสโทท์

บทนำ

กลุ่มอาการเลนออกซ์-แกสโทท์ (Lennox-Gastaut syndrome: LGS) เป็นกลุ่มอาการลมชักในเด็กที่มีความรุนแรง (Severe childhood epileptic encephalopathies)¹⁻³ เนื่องจากผู้ป่วยมีลักษณะของอาการชักหลายชนิด และไม่ตอบสนองต่อยาต้านชัก ควบคุมอาการชักได้ยาก³ ผู้ป่วยมักจะมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น พัฒนาการล่าช้า ความพิการ และเสียชีวิตได้ ลักษณะอาการชักในผู้ป่วยกลุ่มอาการนี้มีหลายชนิด ได้แก่ อาการชักแบบแข็งเกร็ง (Tonic seizure) ชักตัวอ่อน (Atonic seizure) ชักเหม่อลอย (Absence seizure) และชักสะดุ้ง (Myoclonic seizure) พบร่วมกับลักษณะผสมของคลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalography) มีลักษณะ Diffuse slow spike-wave complex ความถี่น้อยกว่า 3 เฮิร์ต^{1,4} จากอาการต่างๆ เหล่านี้ส่งผลต่อการรักษาทางทันตกรรม บทความนี้เป็นบททบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกลุ่มอาการเลนออกซ์-แกสโทท์ และรายงานผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งจะเป็นความรู้พื้นฐานในการจัดการในกลุ่มอาการเหล่านี้เพื่อเกิดประโยชน์แก่ทันตบุคลากร และผู้เกี่ยวข้องทั่วไป

ระบาดวิทยาและสาเหตุการเกิดโรค (Epidemiology and etiology) กลุ่มอาการชนิดนี้พบได้ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง^{3,5-7} มีความชุกร้อยละ 1-2 ของโรคลมชักทั้งหมด

ที่พบในเด็ก อุบัติการณ์เกิดโรค 1 ใน 100,000 ของประชากรต่อปี⁶ มีสาเหตุมาจากหลากหลายปัจจัย² ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 75 อยู่ในกลุ่มที่สามารถหาสาเหตุของการเกิดโรคได้³ เช่น กรณีสมองได้รับการกระทบกระเทือนในช่วงก่อนและหลังคลอด ขาดออกซิเจน สมองรูปร่างผิดปกติ ภาวะติดเชื้อ หรือมะเร็ง ผู้ป่วยบางรายมีผลมาจากพันธุกรรม¹ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยร้อยละ 25-30 ไม่สามารถหาสาเหตุที่ชัดเจนได้^{7,8}

ลักษณะของกลุ่มอาการ ผู้ป่วยกลุ่มอาการ LGS มีลักษณะทางคลินิก และลักษณะทางห้องปฏิบัติการดังต่อไปนี้

ลักษณะทางคลินิกผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการครั้งแรกในช่วงอายุ 3-5 ปี^{3,7} ประมาณร้อยละ 20-50 ของผู้ป่วยเคยมีอาการชักผวาในเด็ก (Infantile spasms) ร่วมกับความผิดปกติของสมอง เรียกว่า กลุ่มอาการเวสต์ (West syndrome) เกิดนำมาก่อน เมื่ออายุมากขึ้นชนิดของการชักจะเปลี่ยนไป มีอาการชักได้หลายชนิด และผู้ป่วยมักจะมีปัญหาในด้านพัฒนาการล่าช้า^{3,6}

อาการชักหลากหลาย (Multiple seizure type)

อาการชักเกร็ง (Tonic seizure) ขณะนอนหลับ เป็นลักษณะพื้นฐานสำหรับการวินิจฉัย^{1,3,8} โดยมีลักษณะ

* ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

** ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

*** ภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

การหดเกร็งของกล้ามเนื้อเป็นเวลาหลายวินาที³ นอกจากนี้ยังพบลักษณะการชักอื่นๆ ร่วมกันหลายแบบ คือ อาการชักตัวอ่อน (Atonic seizure) อาการชักเหม่อลอย (Absence seizure) และลักษณะการชักกระตุกของแขนขา (Myoclonic jerks)²

ภาวะชักต่อเนื่องที่ไม่มีอาการเกร็งกระตุก (Nonconvulsive status epilepticus; NCSE) คือ ภาวะชักต่อเนื่องตั้งแต่ 30 นาทีขึ้นไป โดยมีอาการกล้ามเนื้อเกร็งกระตุกเพียงเล็กน้อย หรือแสดงอาการไม่เด่นชัดจน ลักษณะทางคลินิกคือมีอาการชักเกร็งหมดสติ ล้มลงทันที และเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ พบได้ประมาณ ร้อยละ 50 ของกลุ่มอาการ LGS^{3, 7} ส่วนอาการชักชนิดอื่นๆ ที่พบได้ คือ ชนิดชักเหม่อลอยพบได้ประมาณร้อยละ 65 ชนิดชักแบบตัวอ่อนพบได้ประมาณร้อยละ 60 และอาการชักเกร็งกระตุกทั้งตัว (Generalized tonic clonic seizure) พบได้ประมาณร้อยละ 55⁵

ความบกพร่องทางการรับรู้ (Cognitive impairment, learning disabilities)

กลุ่มอาการนี้จะมีความผิดปกติของสมองในวัยเด็ก ทำให้พบลักษณะสำคัญ คือ ความบกพร่องทางการรับรู้และสติปัญญาทำให้มีผลกับการเรียนรู้ ซึ่งความบกพร่องของการเรียนรู้นั้น ทำให้พัฒนาการช้าพบได้ร้อยละ 20-60 แต่บางรายยังมีการเรียนรู้อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่มีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวัน ซึ่งพบได้ร้อยละ 10-20^{2, 3} โดยส่วนใหญ่เมื่อเวลาผ่านไประดับของสติปัญญา (IQ) จะลดลง^{6, 9, 10} จากการศึกษาในระยะยาวของผู้ป่วยกลุ่มอาการ LGS มีภาวะปัญญาอ่อนได้ถึงร้อยละ 99² สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีผลความบกพร่องทางสติปัญญา ได้แก่ ภาวะชักต่อเนื่องชนิดไร้เกร็งกระตุก ผู้ป่วยที่มีอาการชักที่ทราบสาเหตุ ผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นกลุ่มอาการเวสต์ทมาก่อน และมีอาการชักตั้งแต่อายุน้อย²

ลักษณะทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยกลุ่มอาการ LGS จะมีลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองผิดปกติ

ลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมอง การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองพบลักษณะจำเพาะคือ Slow spike wave complex ความถี่น้อยกว่า 3 เฮิร์ตในขณะตื่น และแบบ Fast rhythmic bursts ความถี่ประมาณ 10 เฮิร์ตในขณะผู้ป่วยนอนหลับ^{1, 2, 11} การบันทึกคลื่นไฟฟ้าสมองเป็นพื้นฐานสำคัญในการวินิจฉัยกลุ่มอาการนี้ ลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองที่ลักษณะซับซ้อน

เรียกว่า spike (ระยะเวลาน้อยกว่า 70 มิลลิวินาที) ความถี่น้อยกว่า 3 เฮิร์ต¹ หรือมีลักษณะคลื่นแหลม (70-200 มิลลิวินาที) ตามด้วยคลื่นบวกขึ้นสูง “trough” และหลังจากนั้นมีคลื่นลดลงต่ำ (350-400 มิลลิวินาที) โดยจะเป็นบางคลื่นไฟฟ้าสมอง^{2, 3, 8}

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยที่ชัดเจนผู้ป่วยในกลุ่มอาการนี้ยังคงเป็นถกเถียงกันอยู่ ปัญหาที่พบคือกลุ่มอาการนี้ยังไม่มีตัวชี้วัดทางชีวภาพ (Biological maker) อีกทั้งข้อจำกัดในเรื่องสาเหตุการเกิดโรค และลักษณะของกลุ่มอาการ⁶ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมีเกณฑ์พื้นฐาน 3 อย่าง (Symptomatic triad) ได้แก่ มีอาการชักหลากหลายชนิด ตรวจพบคลื่นไฟฟ้าสมองผิดปกติ และความบกพร่องทางการรับรู้^{1, 6, 12} ลักษณะอาการชักที่พบบ่อย ได้แก่ ชักเกร็ง ชักตัวอ่อน ชักเหม่อลอย และชักสะดุ้ง ลักษณะต่อมาที่พบคือคลื่นไฟฟ้าสมองมีความผิดปกติแบบ Slow spike wave complexes ความถี่น้อยกว่า 3 เฮิร์ตในขณะตื่น และแบบ Fast rhythmic bursts ความถี่ 10 เฮิร์ตในขณะผู้ป่วยนอนหลับ^{1, 2} และอาการที่สำคัญคือพัฒนาการล่าช้า สิ่งสำคัญในการวินิจฉัยโรคต้องอาศัยลักษณะทางคลินิกร่วมกับลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองโดยอาจจะยังไม่แสดงอาการทั้งหมดในช่วงแรกของการเกิดโรค^{2, 3}

ผู้ป่วยบางรายมีประวัติขาดอากาศหายใจในช่วงแรกเกิด (Perinatal asphyxia) มีอาการชักผวาในเด็ก (Infant spasm) แล้วจึงมีการดำเนินโรคต่อเป็นกลุ่มอาการนี้ แต่บางกรณีไม่สามารถทราบประวัติที่ชัดเจนได้ต้องอาศัยการตรวจร่างกายอย่างละเอียด และตรวจระดับสติปัญญาเพื่อช่วยให้ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่จะตรวจพบว่ามีการเจริญของสมองส่วนเปลือกผิดปกติ (Cortical dysplasia) กลุ่มอาการชนิดนี้แพทย์มักจะให้การวินิจฉัยได้ล่าช้า เนื่องจากชนิดของอาการชักมีการเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา และผู้ป่วยบางรายยังไม่แสดงอาการทั้งหมดในช่วงเริ่มแรกของการเกิดโรค สิ่งที่สำคัญผู้ป่วยต้องมีอาการทั้งทางคลินิกร่วมกับการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง³

การวินิจฉัยแยกโรค

กลุ่มอาการนี้จำเป็นต้องวินิจฉัยแยกจากกลุ่มอาการอื่น ๆ ดังนี้

กลุ่มอาการโดส (Dose syndrome) เป็นกลุ่มที่เกิดอาการชักในช่วงอายุใกล้เคียงกับกลุ่มอาการ LGS คือ

ประมาณ 1-5 ปี มีลักษณะอาการชักเป็นกล้ามเนื้อกระตุกรัว (Myoclonus) และลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมอง 5 เฮิร์ตต์ แต่กลุ่มอาการนี้มักไม่พบความผิดปกติของสติปัญญา²

กลุ่มอาการเวสต์ (West syndrome) หรือ อาการชักผวา (Infantile spasm; IS) มักพบในเด็กแรกเกิด ช่วงขวบปีแรก ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการชักเกร็ง และอาการชักตัวอ่อน เช่นเดียวกันกับกลุ่มอาการ LGS แต่ลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองเป็นแบบ Hypsarrhythmia ผู้ป่วยจะมีความพิการทางสมองได้ร้อยละ 71-90 ทำให้มีพัฒนาการล่าช้า การพยากรณ์โรคพบผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 จะเสียชีวิตในช่วง 3 ปีแรก และผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนอายุ 10 ปี พบได้ถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังมีโอกาสพัฒนาเป็นโรคลมชักชนิดอื่นๆ ได้ถึงร้อยละ 50-70 ซึ่งมีโอกาสพัฒนาไปเป็นกลุ่มอาการ LGS ร้อยละ 18-50¹³

การพยากรณ์โรค

ผู้ป่วยมีพยากรณ์โรคไม่ดี มีอัตราการตายร้อยละ 5^{2, 7} โดยมักจะเสียชีวิตโดยการชักแบบชักเกร็งต่อเนื่อง⁸ ความเสี่ยงในการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มอาการนี้สูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 14 เท่า² สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยเนื่องจากไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ หรืออุบัติเหตุจากการล้ม (Drop attack) ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80-90 จะมีอาการชักจนโตเป็นผู้ใหญ่² และโอกาสหายขาดมีเพียงร้อยละ 0-7⁶ นอกจากนี้ปัญหาอาการชักแล้วผู้ป่วยยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ป่วยบางรายมีสติปัญญาแย่งเรื่อยๆ ผู้ป่วยที่พยากรณ์โรคไม่ดี ได้แก่ กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะชักต่อเนื่องที่ไม่มีการเกร็งกระตุกเป็นประจำ กรณีผู้ป่วยเคยมีประวัติเป็นกลุ่มอาการเวสต์มาก่อน กรณีผู้ป่วยที่ทราบสาเหตุการเกิดโรคได้ และเริ่มมีอาการชักตั้งแต่อายุยังน้อย²

แนวทางในการรักษา

การรักษากลุ่มอาการ LGS อย่างมีประสิทธิภาพยังเป็นข้อจำกัด ซึ่งประกอบด้วยแนวทางหลักในการรักษา คือ

การรักษาแบบใช้ยา การรักษากลุ่มอาการโรค LGS ไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ทั้งหมดโดยใช้ยาเพียงชนิดเดียว⁴ ยากันชักชนิดดั้งเดิม หรือ Classic antiepileptic drugs (AEDs) เช่นยาเฟนิโทอิน (Phenytoin) และ ยาคาร์บามาซีปีน (Carbamazepine) มีประสิทธิภาพในการลดอาการชักชนิดชักแบบแข็งเกร็ง และอาการชักแบบกระตุกเกร็ง แต่ทำให้เกิดอาการชักชนิดอื่นๆ เพิ่มขึ้น การเลือกยากันชักที่มีประสิทธิภาพดีที่สุดอย่างเดียวยังทำได้ยาก

จึงต้องใช้อย่างกันชักหลายชนิดร่วมกัน จากการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่มีคำแนะนำชัดเจนในการใช้ยากันชักในการรักษา กลุ่มอาการ LGS⁸ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มอาการนี้ยังไม่มีการศึกษาที่ระบุชัดเจนในการรักษาว่าใช้ยาชนิดใดในการรักษาผู้ป่วย⁵ ดังนั้นการให้ยารักษาผู้ป่วยนั้นมีความหลากหลายตามชนิดของการชัก^{3, 7} ซึ่งกลุ่มอาการนี้จะมีอาการชักหลายรูปแบบ³ ดังนั้นกลุ่มยาที่ใช้จึงมีหลากหลายชนิด เช่น วัลโปรอิกแอซิด (Valproic acid) เป็นโซไดอะเซพีน (Benzodiazepine) รูฟินามาไมด์ (Rufinamide) โทพิราเมท (Topiramate) เป็นต้น^{5, 7} นอกจากนี้การรักษาในผู้ป่วยบางรายที่ไม่ตอบสนองต่อยากันชักต้องอาศัยการรักษาอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การบริโภคอาหาร การผ่าตัด การฉีดกระตุ้นเส้นประสาท เป็นต้น^{4, 7}

การรักษาแบบไม่ใช้ยา การลดหรืองดการบริโภคอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล (Ketogenic diet) ถูกนำมาใช้รักษาโรคลมชักที่มีการดื้อยา^{5,7} และให้ผลการรักษาที่ดีในผู้ป่วยกลุ่มอาการ LGS การรักษาโดยใช้อาหารให้ผลที่ดีต่อผู้ป่วยตั้งแต่วันแรกที่เริ่มรักษา ช่วยลดอาการชักในผู้ป่วยได้มากกว่าร้อยละ 50⁵ แต่วิธีการนี้ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด แต่ยังไม่มียาผลการรักษาในระยะยาว ส่วนการรักษาโดยการผ่าตัดแยกสมอง (Corpus callosotomy) ให้ผลมีประสิทธิภาพ หากทราบตำแหน่งของพยาธิสภาพชัดเจน ซึ่งการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มอาการเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อลดอาการชัก และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัว¹⁴

การฉีดยากระตุ้นเส้นประสาทวากัส (Vagal stimulation) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ถูกนำมาใช้โดยมีเป้าหมายเพื่อลดจำนวน ระยะเวลา และความรุนแรงของการชัก โดยการกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้าอย่างอ่อนที่เส้นประสาทวากัสข้างซ้าย และเส้นประสาทขนาดใหญ่ หลังการรักษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการ LGS มากกว่าร้อยละ 50 มีอาการชักลดลง⁴ วิธีการนี้เป็นวิธีการเสริมมักใช้ควบคู่กับยากันชักกรณีที่ไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ และการผ่าตัดแยกสมองไม่สำเร็จ^{5, 7}

การจัดการทางทันตกรรม

การจัดการทางทันตกรรมในผู้ป่วยโรคลมชัก ควรจะมีการชักประวัติผู้ป่วยอย่างละเอียด โดยเฉพาะยาประจำตัวที่ผู้ป่วยรับประทานทั้งหมด เพื่อพิจารณาผลข้างเคียงของยา และผลกระทบต่อช่องปาก ทันตแพทย์

ควรซักประวัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย เพื่อให้คำแนะนำในการทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วย มีสุขภาพเหงือกและฟันที่ดี ระหว่างทำการรักษาหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นโดยระมัดระวังในการปรับโคมไฟยูนิตไม่ให้ส่องเข้าตาผู้ป่วย ก่อนทำการรักษาทางทันตกรรมต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยรับประทานยาต้านชักครบตามแพทย์สั่ง เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดอาการชักระหว่างการทำการรักษาทางทันตกรรม^{11, 15}

ปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุด คือ ภาวะเหงือกงอกเกิน (Gingival hypertrophy) โดยเฉพาะเหงือกบริเวณฟันหน้าด้านริมฝีปากซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเฟนิโทอิน และฟีนobarbิทัล ต้องได้รับการรักษาปริทันต์ หรือการผ่าตัดแต่งเหงือกในรายที่มีความรุนแรง ภาวะเหงือกงอกเกินอาจส่งผลต่อการขึ้นของฟัน การเรียงตัวของฟัน การมีเศษอาหารติด และกลิ่นปาก^{15, 16} สำหรับการบูรณะฟันในผู้ป่วยที่มีประวัติการชักบ่อย ๆ ควรเลือกใช้วัสดุที่แข็งแรงทนทาน ป้องกันการแตกหัก หรือเคลื่อนหลุดระหว่างมีอาการชัก¹⁷ การถอนฟันหรือทำศัลยกรรมช่องปากในผู้ป่วยโรคลมชักที่ได้รับยากันชักมาเป็นเวลานานมีข้อควรระวัง เช่น ภาวะเลือดหยุดยากจากผลข้างเคียงของยาวัลโพรอิกแอซิด ระงับการแตกหักของกระดูกเนื่องจากยานิโทอิน ลิโอบาร์บิทัล เพิ่มเมตาบอลิซึมของวิตามินดี ซึ่งอาจทำให้กระดูกแตกหักง่าย นอกจากนี้ยังพบปัญหาในช่องปาก เช่น การบาดเจ็บจากการกัดลิ้น ฟันได้รับอุบัติเหตุ อาจส่งผลกระทบต่อใบหน้าและขากรรไกร ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดกระดูกแตกหักเนื่องจากยากันชัก เช่น ยาเฟนิโทอิน และฟีนobarbิทัล มีผลต่อเอนไซม์เปลี่ยนแปลงการเผาผลาญ และระดับวิตามินดี ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดโรคกระดูกบาง (Osteopenia) และ โรคกระดูกอ่อน (Osteomalacia)¹⁸

สิ่งสำคัญหากผู้ป่วยมีอาการชักระหว่างการทำการรักษาต้องป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ ระมัดระวังอันตรายโดยตรงกับร่างกายส่วนต่าง ๆ ได้ จัดให้ผู้ปวยนอนราบ และรับนำเครื่องมือทางทันตกรรมออกจากช่องปากให้หมด ป้องกันการสำลัก ซึ่งอาจอุดกั้นหลอดลม^{15, 16} เป็นผลทำให้เกิดภาวะสมองขาดออกซิเจนได้ เตรียมออกซิเจนไว้และให้ทันที่ที่มีการชัก กรณีผู้ป่วยมีอาการชักนานกว่า 5 นาทีและไม่รู้สึกตัวให้ตามแพทย์โดยด่วน เนื่องจากจำเป็นต้องใช้ทีมแพทย์ฉุกเฉิน¹⁵ ภายหลังผู้ป่วยหยุดชักควรส่งตัวไปพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและดูแลรักษาต่อ ในการรักษาทางทันตกรรมควรพิจารณาแบ่งการรักษาออกเป็นช่วงสั้น ๆ และทำการรักษาที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน¹⁸

การจัดการพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเด็กพิเศษที่มีภาวะชักที่ไม่มีภาวะบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ให้การดูแลเหมือนเด็กทั่วไป สำหรับเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ร่วมด้วยสามารถสร้างการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้โดยเน้นวจนภาษา สิ่งที่สำคัญในการจัดการผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการคือการให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้และมักจะมีปัญหาในระบบทางเดินอาหาร เช่น การบดเคี้ยว การกลืน จึงเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดฟันผุ และปริทันต์อักเสบ สำหรับในระหว่างการรักษาทางทันตกรรมนั้น เด็กกลุ่มนี้จะมีคามอดทนต่อเสียง รสชาติ และสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ได้น้อยกว่าเด็กทั่วไปจึงมีแนวโน้มในการให้รักษาภายใต้ยาทำให้สงบ หรือการดมยาสลบ¹⁹

การรายงานผู้ป่วยในบทความนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้วตามเอกสาร เลขที่ HE 602374

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทยอายุ 6 ปี มารับการตรวจรักษาทางทันตกรรมที่คลินิกทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มาด้วยอาการสำคัญคือ ฟันหน้าตัดบนเปลี่ยนสี จากการซักประวัติครอบครัว ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคลมชัก ผู้ป่วยเป็นลูกคนเดียว ขณะมารดาตั้งครรภ์ ไม่มีอาการใช้ติดเชือก หรือประสบอุบัติเหตุใดๆ คลอดเมื่อมีอายุครรภ์ 7 เดือน แรกเกิดมีน้ำหนักตัว 1,340 กรัม หลังคลอดแพทย์ให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลต่ออีกเป็นเวลา 1 เดือน เนื่องจากมีภาวะติดเชือกในกระแสเลือด ได้รับยาฆ่าเชื้อ เมื่อแรกเกิดได้รับการตรวจสมอง และพัฒนาการพบว่าผู้ป่วยมีพัฒนาการปกติ เด็กยิ้มได้เมื่อถูกจ้องหน้า สามารถชันคอได้ และหันตามเสียงได้ตามปกติ มารดาให้ประวัติว่าเริ่มมีอาการชักครั้งแรก เมื่อผู้ป่วยอายุ 1 เดือน หลังจากได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรณ (Diphtheria-tetanus-pertussis 3: DTP3) โดยมีใช้สูงร่วมกับอาการชักเกร็งค้างเป็นระยะ จึงพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน อาการทุเลาลงเมื่อใช้ลด ภายหลังกลับบ้านมาพักรักษาตัวประมาณ 3 วัน ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งกระตุก แขนขาออ ผงกศีรษะ เป็นชุด ชุดละประมาณ 10 ครั้ง วันละ 5-6 ชุด แพทย์ให้คำวินิจฉัย

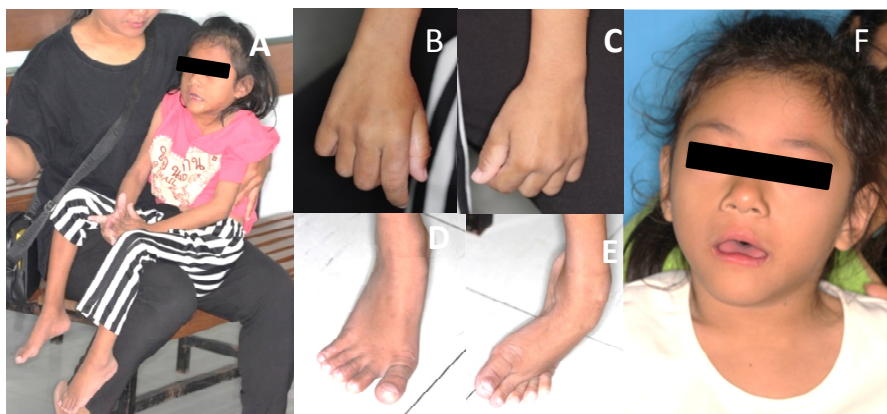
เบื้องต้นเป็นอาการชักผวาในเด็ก แพทย์จ่ายยาคลอนาซีแพม (Clonazepam) ซึ่งเป็นยาในกลุ่มเบนโซไดอาเซพีน (Benzodiazepine) ให้รับประทาน อาการทุเลาลง ต่อมาเมื่อผู้ป่วยอายุ 7 เดือน ผู้ป่วยมีอาการชักรุนแรงโดยมีการเคลื่อนไหวแขนขา บิดไปมาไร้ทิศทางวันละ 2-3 ครั้ง มีอาการชักถี่ขึ้น ชักกระตุกค้าง ชักแบบผวา ชักเกร็ง มีอาการเขียว จึงได้รับการส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และเมื่ออายุ 9 เดือนแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็น West syndrome ต่อมาเมื่อผู้ป่วยอายุ 1 ปี 11 เดือน ผู้ป่วยเปลี่ยนรูปแบบในการชักจากมีอาการเกร็งกระตุกทั้ง 2 ข้าง กลายเป็นแขนขากระตุกเพียงข้างเดียว ชักแบบแขนขาเหยียด แพทย์ประจำตัวได้ตรวจวินิจฉัยคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) เพิ่มเติมและให้การวินิจฉัยเป็น LGS เมื่ออายุ 1 ปี 11 เดือน แพทย์จ่ายยา คือ ยาคลายกลามเนื้อบาโคลเฟน (Baclofen) ยาโทพิราเมท (Topiramate) ยาคลอนาซีแพม และยาลาโมไตรจีน (Lamotrigine) แต่ผู้ป่วยยังไม่ตอบสนองต่อยา เมื่อผู้ป่วยมีอายุ 5 ปี แพทย์จึงให้การรักษาโดยการฉีดยาลดการทำงานของเส้นประสาท หลังจากนั้นผู้ป่วยไม่มีอาการชักใดๆ แพทย์จึงพิจารณาปรับลดขนาดของยากันชักลง

จากการศึกษาประวัติพบว่าภายหลังมีภาวะชัก พัฒนาการของผู้ป่วยช้าลง ไม่สามารถชันคอได้ ไม่สบตา ไม่สามารถหยิบจับสิ่งของได้ และไม่หันตามเวลา มีเสียงจากการตรวจของแพทย์พบว่าผู้ป่วยเริ่มไม่มีพัฒนาการ เมื่ออายุ 8 เดือน ปัจจุบันไม่มีอาการชักมาประมาณ 2 ปีแล้ว และพบแพทย์เป็นประจำทุก 3 เดือนที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ยาที่รับประทานในปัจจุบัน คือ ยาคลอนาซีแพม ยาลาโมไตรจีน ยาโทพิราเมท ยาบาโคลเฟน และ

ยาทิซานิดีน (Tizanidine) ขนาดและปริมาณที่รับประทานแต่ละชนิดขึ้นกับแพทย์ประจำตัว

ผู้ป่วยมีประวัติทางพันธุกรรม คือ เมื่ออายุ 5 ปี ผู้ป่วยได้รับการถอนฟัน 2 ซี่ และฉีกหุ้มและรื้อฟัน 4 ซี่ กุมารแพทย์อนุญาตให้ทำการรักษาทางพันธุกรรมได้โดยผู้ป่วยต้องรับประทานยากันชักอย่างต่อเนื่อง และขณะที่ทำการรักษาทางพันธุกรรมต้องระมัดระวังสิ่งที่กระตุ้นภาวะชัก เช่น ความเจ็บปวด ความเครียด แสงไฟจากยูนิท เป็นต้น รวมไปถึงทันตแพทย์ต้องกำจัดเชื้อโรคในช่องปากของผู้ป่วย เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อในโพรงอากาศข้างจมูก (sinusitis) หรือเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis) ที่อาจเกิดขึ้นได้

การตรวจร่างกาย ผู้ป่วยมีน้ำหนัก 13.4 กิโลกรัม อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อยกว่าปกติ และไม่สามารถประเมินส่วนสูงได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถยืนได้ (ดังรูปที่ 1) จากการตรวจภายนอกช่องปาก ใบหน้าสมมาตร ใบหน้าด้านข้างเป็นแบบตรง (straight profile) ตรวจภายในช่องปาก พบคราบจุลินทรีย์บริเวณคอฟันโดยเฉพาะฟันหน้าบน รูปร่างของฟันปกติ เป็นระยะฟันน้ำนม ฟันหน้าตัดข้างน้ำนมด้านขวาเปลี่ยนสี ภายหลังจากรักษาฟันเมื่ออายุ 5 ปี ไม่มีอาการใดๆ ไม่พบตุ่มหนอง พบฟันหน้าตัดข้างน้ำนมซี่กลางทั้งสองซี่ผุด้านใกล้กลางและด้านไกลกลาง บริเวณฟันกรามน้ำนมบนซี่ที่หนึ่งทั้งสองข้างเป็นสันเหวี่ยงไร้ฟัน ฟันน้ำนมซี่อื่นซี่เต็มซี่ ไม่พบฟันซี่อื่นๆ ในช่องปาก ฟันกรามน้ำนมได้รับการฉีกหุ้มและรื้อฟัน เมื่อประมาณ 1 ปี ก่อน วัสดุอุดอยู่ในสภาพดี (ดังรูปที่ 2)



รูปที่ 1 ลักษณะสภาพร่างกายของผู้ป่วยโดยทั่วไป A) ลักษณะสภาพร่างกาย B) มือข้างขวา C) มือข้างซ้าย D) เท้าข้างขวา E) เท้าข้างซ้าย F) หน้าตรง

Figure 1 General physical appearance in patient A) Physical appearance B) Right hand side C) Left hand side D) Right foot side E) Left foot side F) Straight face



รูปที่ 2 ภาพถ่ายในช่องปากก่อนการรักษา A) ระนาบสบบน B) ฟันหน้าบน C) ฟันหน้าล่าง D) ระนาบสบล่าง

Figure 2 Preoperative intraoral photographs A) Maxillary occlusal view B) Maxillary frontal view C) Mandibular frontal view D) Mandibular occlusal view

การจัดการทางทันตกรรม ชักประวัติผู้ป่วยอย่างละเอียด ตรวจภายนอกและภายในช่องปาก ส่งปรึกษากุมารแพทย์เกี่ยวกับโรคทางระบบของผู้ป่วยต่อการรักษาทางทันตกรรม อธิบายแผนการรักษา ข้อดี ข้อเสียของการรักษา การนัดหมาย และความคิดเห็น การยอมรับของผู้ปกครองต่อการรักษาทางทันตกรรม แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีผลดีกับสุขภาพร่างกายและช่องปาก งดรับประทานขนมที่มีลักษณะเหนียวติดฟัน และเครื่องดื่มที่มีส่วนประกอบของน้ำตาล เนื่องจากเป็นอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้ง่าย สอนผู้ปกครองแปรงฟันโดยใช้แปรงสีฟันร่วมกับยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ด้วยวิธีชั๊ปในแนวนอน (Horizontal scrub technique) โดยแนะนำให้ผู้ปกครองทำความสะอาดให้ผู้ป่วยเป็นประจำที่บ้านโดยแปรงฟันร่วมกับยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ตอนเช้าและก่อนนอน ทำการขัดฟันด้วยผงฟิมิส เคลือบฟลูออไรด์เฉพาะที่ ถ่ายภาพรังสีรอบปลายรากฟันบริเวณฟันหน้าซี่และบูรณะฟันหน้าตัดบนซี่กลางทั้งสองซี่ด้วยวัสดุอุดสีเหมือนฟัน โดยให้ผู้ปกครองช่วยจับและใช้ผ้าห่อตัวขณะทำฟัน เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ร้องไห้และดิ้น การรักษาทาง

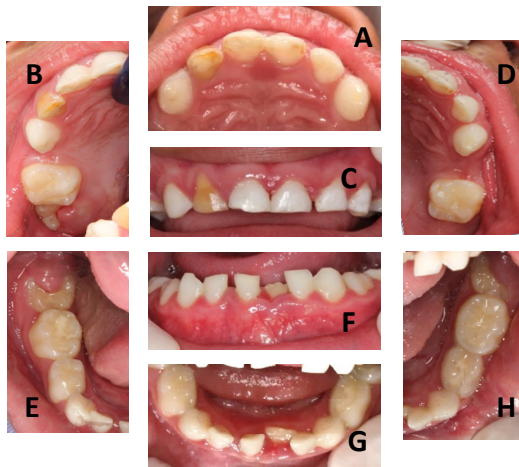
ทันตกรรมในผู้ป่วยรายนี้สามารถทำได้ เนื่องจากแพทย์ประจำตัวสามารถควบคุมอาการชักได้ดี ผู้ป่วยรับประทานยากันชักอย่างต่อเนื่อง ทันตแพทย์เน้นย้ำกับผู้ปกครองให้ผู้ป่วยรับประทานยากันชักให้ครบตามที่แพทย์สั่ง นัดรับการรักษาในช่วงเช้า ให้ผู้ป่วยหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ รับประทานอาหารเข้าเพื่อให้มีกลูโคสในกระแสเลือดเพียงพอ ช่วยลดความเครียดในระหว่างการทำหัตถการ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นโดยระมัดระวังในการปรับโหมดไฟยูวีไม่ให้ส่องเข้าตาผู้ป่วย เตรียมออกซิเจน และเครื่องวัดสัญญาณชีพไว้ในกรณีฉุกเฉินระหว่างการทำหัตถการหมั่นสังเกตอัตราการหายใจของผู้ป่วย นอกจากนี้พยายามดึงดูดความสนใจโดยการเปิดเพลงและเล่านิทานประกอบขณะทำฟัน เนื่องจากผู้ปกครองให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยชอบฟังเพลง จากนั้นนัดตรวจสุขภาพช่องปากซ้ำทุก 3 เดือน เพื่อส่งเสริมป้องกันและเฝ้าระวังโรคโดยเคลือบฟลูออไรด์วาร์นิช ประเมินและแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก

การติดตามผล หลังจากการติดตามผลการรักษา 3 เดือน เพื่อประเมินการสภาวะช่องปากและวัสดุบูรณะจากการตรวจภายในช่องปากพบว่าการเปลี่ยนสีของฟันหน้าตัดข้างซ้ายคงเดิม ไม่มีอาการใดๆ และวัสดุบูรณะบริเวณฟันหน้าตัดและฟันกรามน้ำนมอยู่ในสภาพดี (ดังรูปที่ 3) เมื่อติดตามผลการรักษา 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 0.6 กิโลกรัม จากการตรวจภายในช่องปากพบว่าการเปลี่ยนสีของฟันหน้าตัดข้างซ้ายคงเดิม ไม่มีอาการใดๆ และฟันหน้าตัดและฟันกรามน้ำนมที่ได้รับการบูรณะอยู่ในสภาพดี (ดังรูปที่ 4) จากการประเมินทางภาพรังสีก่อนการรักษากับภายหลังการรักษาที่ระยะเวลา 6 เดือน พบวัสดุอุดคลองรากฟันและวัสดุบูรณะฟันหน้าตัดข้างซ้ายมีลักษณะคงเดิม (ดังรูปที่ 5) ส่วนการประเมินการดูแลสุขภาพช่องปากพบว่าผู้ปกครองยังคงใส่ใจในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเหมือนเดิม นอกจากนี้ผู้ป่วยมีฟันเริ่มเข้าสู่ฟันชุดผสมทำให้พบฟันแท้ขึ้นมาบางส่วน มีเหงือกปกคลุม จึงพบเหงือกอักเสบเล็กน้อยบริเวณนั้น ทันตแพทย์จึงเน้นให้ผู้ปกครองดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญของการทำความสะอาดสุขภาพช่องปาก การเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและโรคปริทันต์



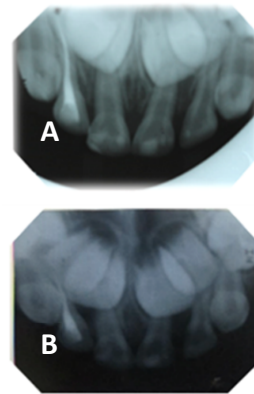
รูปที่ 3 ภาพถ่ายในช่องปากหลังการรักษา 3 เดือน A) ระนาบสบฟันหน้าบน B) ระนาบสบฟันบนด้านขวา C) ท้ากดหน้าตรง D) ระนาบสบฟันบนด้านซ้าย E) ระนาบสบฟันล่างด้านขวา F) ฟันหน้าล่าง G) ระนาบสบฟันหน้าล่าง H) ระนาบสบฟันล่างด้านซ้าย

Figure 3 Postoperative intraoral photographs in 3 months recall A) Maxillary anterior teeth view B) Maxillary right teeth view C) Frontal view D) Maxillary left teeth view E) Mandibular right teeth view F) Mandibular frontal view G) Mandibular anterior teeth view H) Mandibular left teeth view



รูปที่ 4 ภาพถ่ายในช่องปากหลังการรักษา 6 เดือน A) ระนาบสบฟันหน้าบน B) ระนาบสบฟันบนด้านขวา C) ฟันหน้าบน D) ระนาบสบฟันบนด้านซ้าย E) ระนาบสบฟันล่างด้านขวา F) ฟันหน้าล่าง G) ระนาบสบฟันหน้าล่าง H) ระนาบสบฟันล่างด้านซ้าย

Figure 4 Postoperative intraoral photographs in 6 months recall A) Maxillary anterior teeth view B) Maxillary right teeth view C) Maxillary frontal view D) Maxillary left teeth view E) Mandibular right teeth view F) Mandibular frontal view G) Mandibular anterior teeth view H) Mandibular left teeth view



รูปที่ 5 ภาพรังสีภายในช่องปาก A) ภาพรังสีก่อนการรักษา B) ภาพรังสีหลังการรักษาเป็นเวลา 6 เดือน

Figure 5 Intraoral radiographs A) Preoperative Radiograph B) Postoperative Radiograph in 6 months recall

บทวิจารณ์

กลุ่มอาการลมชักชนิดนี้มักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง⁶ แต่ในกรณีศึกษาของผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้หญิง ซึ่งไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคลมชักมาก่อน โดยไม่ทราบสาเหตุชัดเจนในการเกิดโรค โดยทั่วไปผู้ป่วยในกลุ่มอาการนี้จะมีลักษณะทางคลินิกครั้งแรกในช่วงอายุ 3-5 ปี³ แต่ผู้ป่วยรายนี้มีแสดงอาการตั้งแต่เด็ก และได้รับการวินิจฉัยเป็น LGS ตั้งแต่อายุ 1 ปี 11 เดือน เนื่องจากอาการชักหลากหลาย และเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ทำให้แพทย์ให้การวินิจฉัยได้ยาก ผู้ป่วย เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคชักผวาในเด็ก และ West syndrome มาก่อนเนื่องจากลักษณะอาการชักมีการเปลี่ยนแปลงไปเมื่ออายุมากขึ้น ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยมีเกณฑ์พื้นฐาน 3 อย่าง (Symptomatic triad) คือ มีอาการชักหลากหลายชนิด ตรวจพบคลื่นไฟฟ้าสมองผิดปกติ และความบกพร่องทางการรับรู้¹

อย่างไรก็ตาม LGS สามารถวินิจฉัยแยกโรคจากกลุ่มอาการอื่นๆ ได้โดยการชักประวัติ การตรวจทางคลินิก ร่วมกับตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง ซึ่งการวินิจฉัยกลุ่มอาการนี้ นับเป็นเรื่องที่ท้าทาย มีการศึกษาย้อนหลังแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มอาการ LGS แต่ได้รับการวินิจฉัยผิดอย่างน้อย 29 ใน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 28^{2,20} ทั้งนี้ผู้ป่วยบางคนยังไม่แสดงอาการตั้งแต่เริ่มแรก และมาแสดงอาการเมื่อผู้ป่วยมีอายุมากขึ้น ทำให้การวินิจฉัยกลุ่มอาการดังกล่าวทำได้ยาก

ผู้ป่วยได้รับยากันชักได้แก่ ยาบาโคลเฟน ยาโทพิราเมท ยาคล로나ซีแพม และยาลาโมไตรจีน แต่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยากันชักจึงรักษาโดยการฉีดยาลดการทำงานของเส้นประสาท หลังจากนั้นผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น อาการชักลดน้อยลง แต่แพทย์ประจำตัวยังให้รับประทานยากันชักอยู่ ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้โดยผู้ปกครองช่วยเป็นผู้ดูแลเนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้

ผู้ปกครองให้ความใส่ใจในด้านการทำความสะอาดช่องปาก และการดูแลสุขภาพร่างกายโดยทั่วไป เป็นอย่างดี และมีทัศนคติที่ดีในการรักษาทางทันตกรรม ทันตแพทย์ได้ให้การรักษารักษาเน้นทันตกรรมป้องกันโดยการให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ปกครอง จากการตรวจภายในช่องปากผู้ป่วยรายนี้ไม่มีภาวะเหงือกอักเสบจากการใช้ยากันชักเนื่องจากไม่ได้ใช้ยากันชักในกลุ่มยาฟีนโทอิน และฟีโนบาร์บิทอล สำหรับผู้ป่วยรายนี้ใช้เทคนิคการจัดการพฤติกรรมโดยใช้กระดานห่อตัว ร่วมกับมารดาช่วยในการจัดศีรษะ สามารถรักษาโดยไม่ต้องใช้ยาทำให้สงบหรือการดมยาสลบ ให้การรักษาทางทันตกรรมโดยการบูรณะด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน และเคลือบฟลูออไรด์ ผู้ป่วยมีเส้นเหงือกไรฟันบริเวณฟันกรามบนบนซี่ที่หนึ่งทั้งสองข้าง ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงความเสี่ยงในการเกิดอันตราย โรคประจำตัว และความร่วมมือของผู้ป่วยจึงพิจารณาไม่ใส่เครื่องมือกันที่ฟัน ผู้ป่วยมีพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษาได้ดีขึ้นเมื่อนัดมาตรวจซ้ำภายหลังการรักษา

บทสรุป

กลุ่มอาการ LGS เป็นกลุ่มอาการที่พบได้ไม่บ่อย แต่ส่งผลกระทบอย่างมากต่อรักษาทางทันตกรรม ผู้ป่วยมักจะประสบปัญหาสุขภาพและการดำรงชีวิตประจำวัน และการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการนี้ต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา ทันตแพทย์เห็นว่า มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปาก และให้การรักษาทางทันตกรรมเพื่อบำบัดความทุกข์ให้แก่ผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคุณสาธิต มั่งคั่ง ที่เป็นผู้ถ่ายภาพตลอดการรักษา และผู้ช่วยทันตแพทย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ช่วยข้างแก้อ้อในการรักษาผู้ป่วยรายนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Campos-Castelló J. Lennox-Gastaut syndrome. Orphanet Encyclopedia [updated: September 2004; cited 5 February 2017] Available from: <http://www.orpha.net/data/patho/GB/uk-Lennox.pdf>
2. Bourgeois BF, Douglass LM, Sankar R. Lennox-Gastaut syndrome: a consensus approach to differential diagnosis. *Epilepsia* 2014;55(Suppl 4):4-9.
3. Arzimanoglou A, French J, Blume WT, et al. Lennox-Gastaut syndrome: a consensus approach on diagnosis, assessment, management, and trial methodology. *Lancet Neurol* 2009;8(1):82-93.
4. Resnick T, Sheth RD. Early diagnosis and treatment of Lennox-Gastaut syndrome. *Child Neurology* 2017;1-9.
5. Al-Banji MH, Zahr DK, Jan MM. Lennox-Gastaut syndrome. Management update. *Neurosciences (Riyadh)* 2015; 20(3):207-12.
6. Arzimanoglou A, Resnick T. All children who experience epileptic falls do not necessarily have Lennox-Gastaut syndrome... but many do. *Epileptic Disord* 2011;13 Suppl 1:S3-13.
7. van Rijkevorsel K. Treatment of Lennox-Gastaut syndrome: overview and recent findings. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2008;4(6):1001-19.
8. Camfield PR. Definition and natural history of Lennox-Gastaut syndrome. *Epilepsia* 2011;52 (Suppl 5):3-9.
9. Glauser TA. Following catastrophic epilepsy patients from childhood to adulthood. *Epilepsia* 2004;45 (Suppl 5):23-6.
10. Oguni H, Hayashi K, Osawa M. Long-term prognosis of Lennox-Gastaut syndrome. *Epilepsia* 1996;37 (Suppl 3):44-7.
11. Saleh TA. Lennox gastaut syndrome, review of the literature and a case report. *Head & Face Medicine* 2008;4:1-9
12. Hancock EC, Cross JH. Treatment of Lennox-Gastaut syndrome (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; 2: 1-42

13. Riikonen R. Long-term outcome of patients with West syndrome. *Brain Dev* 2001;23(7):683-7.
14. Gibson PA. Lennox-Gastaut syndrome: impact on the caregivers and families of patients. *J Multidiscip Healthc* 2014;7:441-8.
15. Bryan RB, Sullivan SM. Management of dental patients with seizure disorders. *Dent Clin North Am* 2006;50(4): 607-23, vii.
16. Sanders BJ, Weddell JA, Dodge NN. Managing patients who have seizure disorders: dental and medical issues. *J Am Dent Assoc* 1995;126(12):1641-7.
17. Jacobsen PL, Eden O. Epilepsy and the dental management of the epileptic patient. *J Contemp Dent Pract* 2008;9(1): 54-62.
18. Aragon CE, Burneo JG. Understanding the patient with epilepsy and seizures in the dental practice. *J Can Dent Assoc* 2007;73(1):71-6.
19. Kenneth W. Norwood J, MD, Rebecca L. Oral health care for children with developmental disabilities. *American Academy of Pediatrics* 2013;131:164-69.
20. Beaumanoir A. The Lennox-Gastaut syndrome: a personal study. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol Suppl* 1982(35):85-99.

ผู้รับผิดชอบบทความ:

อรอุมา อังวรารวงศ์

ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002

โทรศัพท์: 0 4320 2405 #45157

โทรสาร: 0 4320 2862

จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: onaang@kku.ac.th

Dental Management for Lennox–Gastaut Syndrome: Review Literature and a Case Report

Onauma Angwaravong* Wasita Khammeng** Thidarat Angwarawong***

ABSTRACT

Lennox–Gastaut syndrome (LGS) belongs to the group of severe childhood epileptic encephalopathies. This disorder is characterized by several epileptic seizures, abnormal electroencephalogram (EEG) and cognitive impairment. Diagnosis is based on clinical features and laboratory tests. There are few articles concerning dental management for patients with LGS. The appropriate management usually requires a multidisciplinary approach. This article aim to review related literatures regarding the incidence, clinical features, diagnosis, complication, dental management of LGS and case report.

Keywords: Dental management/ Oral cavity/ Lennox–Gastaut syndrome

Corresponding author:

Onauma Angwaravong
Department of Pediatric Dentistry,
Faculty of Dentistry, Khon Kaen University,
Amphur Muaeng, Khon Kaen, 40002.
Tel. +66 4320 2405 #45157
Fax: +66 4320 2862
E-mail: onaang@kku.ac.th

* Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Khon Kaen University, Amphur Muaeng, Khon Kaen.

** Dental Department, Borabu Hospital, Amphur Borabu, Mahasarakham.

*** Department of Prosthodontics, Faculty of Dentistry, Khon Kaen University, Amphur Muaeng, Khon Kaen.