

ผลกระทบจากโรคลมชักในเด็ก: มิติการป้องกันและดูแลรักษา

ตะวันรัตน์ สุกุลรุ่งจิรัส พย.ม*

บทคัดย่อ:

โรคลมชักเป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่ส่งผลกระทบต่อเด็กหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งสาเหตุเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ 1) จากโรคลมชักเอง เช่น พยาธิสภาพที่เกิดกับสมอง กลุ่มอาการของโรคลมชัก ความถี่และความรุนแรงของการเกิดอาการชักแต่ละครั้ง 2) การได้รับการรักษาด้วยยาป้องกันการชักเป็นระยะเวลานาน หรือการดูแลที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานยาป้องกันการชักไม่ต่อเนื่อง จนไม่สามารถคุมอาการชักได้ การจัดการกับอาการชักที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น ถ้าเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักไม่ได้รับการรักษาหรือการดูแลที่ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันหรือลดความรุนแรงของผลกระทบจากโรคลมชักให้กับเด็ก และจะต้องมีความสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมศักยภาพในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชัก ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก และผลกระทบจากโรคลมชักในเด็กอย่างถูกต้อง บทความนี้จะนำเสนอความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก ผลกระทบจากโรคลมชักที่พบได้บ่อยในเด็ก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดผลกระทบจากโรคลมชัก และบทบาทของพยาบาลในการป้องกันและดูแลรักษาเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคลมชัก

วารสารสภาการพยาบาล 2561; 33(4) 5-18

คำสำคัญ: โรคลมชักในเด็ก/ ความบกพร่องด้านสติปัญญา/ สมาธิสั้น/ ภาวะซึมเศร้า/ การป้องกันและดูแลรักษา

*อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย Email: punpoonaja@hotmail.com

Effects of Epilepsy on Children: Prevention and Treatment

Tawanrat Sakulrungsakul, M.N.S*

Abstract:

Epilepsy is a chronic neurological disease with several physical, psychological, emotional, social, and intellectual impacts on children. Epilepsy is caused by two major kinds of factors: epilepsy-related factors and treatment-related factors. Epilepsy-related factors include brain dysfunction, epilepsy symptoms, and frequency and severity of each seizure. Treatment-related factors include prolonged use of antiepileptic drugs or improper care, for example, irregular intake of antiepileptic drugs, which could result in an uncontrollable seizure, and improper seizure management.

Without proper care or treatment, epilepsy could have adverse effects on epileptic children's quality of life. Nurses, therefore, play an important part in preventing or alleviating such impacts of epilepsy on children, as well as in providing caregivers with advice, to enhance their capacity to take care of epileptic children. In addition, nurses should possess accurate knowledge and understanding of epilepsy and its effects on children. In response to such needs, this article presents important facts about epilepsy, its common effects on children, factors related to its effects, and roles of nurses in preventing epilepsy in children and caring for epilepsy-affected children.

Thai Journal of Nursing Council 2018; 33(4) 5-18

Keywords: epilepsy in children; intellectual disability; attention deficit; depressive

*Instructor in Pediatric Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Email: punpoonaja@hotmail.com

บทนำ

โรคลมชักเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยในเด็ก จากการศึกษาพบอุบัติการณ์เกิดโรคลมชักในเด็กอยู่ที่ประมาณ 41 – 187 คนต่อประชากร 1 แสนคนต่อปี พบมากในประเทศที่กำลังพัฒนา และในเด็กช่วงขวบปีแรก ด้านความชุก พบว่า ประเทศที่กำลังพัฒนามีความชุกของโรคลมชักในเด็กมากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว¹ ประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความชุกของโรคลมชักที่เฉพาะเจาะจงในเด็ก แต่จากการสำรวจโรคลมชักทุกกลุ่มอายุในจังหวัดนครราชสีมา พบความชุกของโรคลมชักมากในกลุ่มอายุ 5-9 ปี คิดเป็น 17 คนต่อประชากร 1,000 คน²

โรคลมชักเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อเด็กเป็นอย่างมาก จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าเกือบร้อยละ 80 ของเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักจะมีผลกระทบตามมาอย่างน้อย 1 ด้านโดยร้อยละ 55 เป็นความผิดปกติด้านร่างกาย (medical disorders) เช่น ท้องผูก กรดไหลย้อน ร้อยละ 43 เป็นความผิดปกติด้านพัฒนาการและจิตใจ (development/psychiatric disorder) เช่น สมาธิสั้น ซึมเศร้า และร้อยละ 41 เป็นความผิดปกติด้านระบบประสาท (neurologic disorders) เช่น ความบกพร่องด้านสติปัญญา³ ถ้าเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักที่ได้รับผลกระทบเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตามมา ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่สำคัญจึงควรมีความรู้และความสามารถในการประเมินผลกระทบที่เกิดจากการเป็นโรคลมชักและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักได้ถูกต้อง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงหรือป้องกันผลกระทบจากโรคลมชัก นอกจากการดูแลเรื่องโรคแล้วยังต้องคำนึงถึงการเจริญเติบโตและพัฒนาการ

รวมถึงความบกพร่องด้านสติปัญญาและสมาธิสั้นเนื่องจากเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการล่าช้า มีปัญหาเรื่องของการเรียน การปรับตัวเข้าสังคม และการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันตามมา นอกจากนี้การดูแลด้านจิตใจก็เป็นสิ่งสำคัญ เพราะบางครั้งความวิตกกังวลของครอบครัวและบุคคลรอบข้างทำให้มีการดูแลไม่ถูกต้อง เช่น จำกัดการทำกิจกรรม ส่งผลให้เด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักเกิดความเครียดและเกิดภาวะซึมเศร้าบทความนี้ขอกล่าวถึงผลกระทบจากโรคลมชักในเด็ก ได้แก่ ความบกพร่องด้านสติปัญญา สมาธิสั้น และภาวะซึมเศร้าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดผลกระทบจากโรคลมชักและบทบาทของพยาบาลในการป้องกันและดูแลรักษาเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคลมชัก

คำจำกัดความของโรคลมชัก

สมาพันธ์ต่อต้านโรคลมชักนานาชาติได้ให้คำจำกัดความโรคลมชักว่าเป็นโรคที่มีอาการชักจากสมองส่งกระแสประสาทไฟฟ้ามากผิดปกติหรือส่งออกมาจากจุดกำเนิดพร้อม ๆ กันหลายแห่ง (epileptic seizure) อย่างน้อยหนึ่งครั้งและอาการชักส่งผลกระทบต่อทั้งทางกายภาพ การคิด จิตใจและสังคม⁴

สาเหตุของโรคลมชักในเด็ก

สาเหตุของโรคลมชักพบได้หลายสาเหตุ ได้แก่ การติดเชื้อทางระบบประสาท เช่น เชื้อพยาธิตัวตืด (neurocysticercosis) เชื้อวัณโรค (tuberculosis) เชื้อทอกโซพลาสโมซิส (cerebral toxoplasmosis) การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ เช่น เชื้อไวรัสซิกา (zika virus) เชื้อไซโตเมกะโลไวรัส (cytomegalovirus: CMV) การติดเชื้อแบบเฉียบพลันที่ส่งผลให้เกิดโรคลมชักตามมาได้ภายหลัง เช่น เชื้อไวรัสไข้สมองอักเสบ (viral

encephalitis) เป็นต้น ความผิดปกติของการสร้าง/สลายสารในร่างกาย เช่น การขาดวิตามินบี 6 (pyridoxine-dependent seizure) การขาดโฟเลต (cerebral folate deficiency) โรคทางพันธุกรรม โรคภูมิคุ้มกันตนเองที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบของระบบประสาทส่วนกลาง (autoimmune-mediated central nervous system) โรคหลอดเลือดสมอง โรคทางระบบประสาทที่พบความผิดปกติร่วมกับผิวหนัง (neuro-cutaneous syndrome) การบาดเจ็บที่ศีรษะ และโรคลมชักที่ไม่มีสาเหตุจำเพาะ (unknown etiology)⁵⁻⁷

ชนิดของอาการชัก (Classification of seizure)

การจำแนกอาการชักตามตำแหน่งที่เกิดความผิดปกติของคลื่นสมองหรือจุดกำเนิดชัก (onset of seizure) ได้แก่

1. อาการชักเฉพาะที่ (Focal onset seizure) เป็นอาการชักที่มีจุดกำเนิดชักอยู่ที่จุดใดจุดหนึ่งของสมองเพียงด้านเดียว ดังนั้นเด็กจะมีอาการชักเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย และขณะชักเด็กจะรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหลังชัก (focal onset aware seizures) หรือมีอาการสับสน เหม่อลอย พฤติกรรมผิดปกติ เช่น เคี้ยวปาก ทำปากขมุขมิบ (focal onset impaired awareness seizure)⁶⁻⁸

2. อาการชักทั้งตัว (Generalized onset seizure) เป็นอาการชักที่มีจุดกำเนิดอยู่ที่สมองทั้งสองด้าน ดังนั้นเด็กจะมีอาการชักทั่วร่างกาย และไม่รู้สึกตัว ลักษณะอาการชักที่พบ ได้แก่ ชักเหม่อ ชักสะดุ้ง ชักกระตุก ชักเกร็ง หรือชักตัวอ่อน⁶⁻⁸

3. อาการชักที่ไม่ทราบจุดกำเนิดชักชัดเจน (Unknown onset seizures) เป็นอาการชักที่ไม่สามารถจำแนกชนิดของอาการชักได้ เนื่องจากไม่ทราบจุดกำเนิดชักที่ชัดเจนว่าเกิดที่จุดใดจุดหนึ่งของสมองเพียงด้านเดียวหรือทั้งสองด้าน⁶⁻⁸

กลุ่มอาการของโรคลมชัก (Epilepsy syndrome)

การนำข้อมูลชนิดของอาการชัก และคลื่นไฟฟ้าสมองที่ผิดปกติมาจัดกลุ่มรวมกัน ร่วมกับลักษณะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุที่เริ่มเกิดอาการชัก การดำเนินของโรค สาเหตุของโรคลมชัก ผลกระทบที่เกิดร่วมกับโรคลมชัก (comorbidity) ซึ่งการนำข้อมูลเหล่านี้มาจัดกลุ่มจะทำให้ง่ายต่อการวินิจฉัย การพยากรณ์โรค และการรักษา การจำแนกกลุ่มอาการชักของโรคลมชักยึดตามเกณฑ์สมาพันธ์ต่อต้านโรคลมชักนานาชาติ ปี พ.ศ. 2553 แต่เนื่องจากกลุ่มอาการของโรคลมชักมีหลากหลาย ในที่นี้ขอกล่าวถึงเฉพาะกลุ่มอาการของโรคลมชักที่พบบ่อยในเด็ก⁶⁻⁸ ดังนี้

1. West syndrome เป็นกลุ่มอาการของโรคลมชักที่พบได้ตั้งแต่อายุ 6-12 เดือน และพบบ่อยในช่วงอายุ 4-6 เดือน เด็กจะมีอาการชักผวา (epileptic spasms) ได้ทั้งในลักษณะงอตัว เหยียดตัว หรือทั้งงอและเหยียดตัว ด้านคลื่นไฟฟ้าสมองพบ high voltage slow waves and spikes ที่มีลักษณะเฉพาะ เรียกว่า hypsarhythmia⁹⁻¹⁰

2. Benign epilepsy of childhood with centrotemporal spikes (benign rolandic epilepsy) เป็นกลุ่มอาการของโรคลมชักที่พบได้ตั้งแต่อายุ 3-13 ปี พบบ่อยในช่วงอายุ 7-8 ปี เด็กจะมีอาการชักกระตุก หรือชาบริเวณใบหน้าและปากด้านใดด้านหนึ่ง บางรายมีอาการชักทั้งตัวร่วมด้วย อาการชักชนิดนี้เกิดเวลานอนมากกว่าเวลาตื่น ด้านคลื่นไฟฟ้าสมองพบ high amplitude sharp and slow wave complex ที่บริเวณ centrotemporal electrodes⁸⁻¹¹

3. Lennox-Gastaut syndrome เป็นกลุ่มอาการของโรคลมชักที่พบได้ตั้งแต่อายุ 1-8 ปี พบบ่อยในช่วงอายุ 3-6 ปี เด็กจะมีอาการชักหลาย

รูปแบบ เช่น ชักเหม่อเป็นอาการชักที่พบบ่อยที่สุด ชักเกร็ง หรือชักตัวอ่อน ในบางรายมีอาการชักแบบอื่นร่วมด้วย เช่น ชักสะดุ้ง ชักเกร็งกระตุก หรือชักเฉพาะที่ ส่วนใหญ่เด็กกลุ่มนี้จะมีอาการชักบ่อยจึงมีโอกาสเกิดอาการชักติดต่อกันนานมากกว่า 5 นาที เรียกว่า ภาวะชักต่อเนื่อง (status epilepticus) ด้านคลื่นไฟฟ้าสมองพบ slow spikes-wave < 3 Hz ในช่วงตื่น และพบ spikes-wave 10-20 Hz ในช่วงหลับ^{9,11}

4. Childhood absence epilepsy เป็นกลุ่มอาการของโรคลมชักที่พบได้ตั้งแต่อายุ 4-10 ปี พบมากช่วงอายุ 5-7 ปี เด็กจะเกิดอาการชักเหม่อ และมีโอกาสเกิดอาการชักเพิ่มขึ้น เมื่อถูกกระตุ้นด้วยการหายใจเข้าออกลึกเร็ว (hyperventilation) ด้านคลื่นไฟฟ้าสมองพบ generalized and wave complex 3 Hz⁸⁻¹¹

5. Temporal lobe epilepsy with hippocampal sclerosis เป็นกลุ่มอาการของโรคลมชักที่พบได้ตั้งแต่อายุ 4-16 ปี เด็กจะมีอาการชักเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย (focal seizure) และมักมีสัญญาณบอกเหตุก่อนที่จะเกิดการชัก (aura) เช่น รู้สึกจุกแน่นลิ้นปี่ (epigastric rising sensation)¹²

การวินิจฉัยโรคลมชัก

โรคลมชักเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความซับซ้อน ดังนั้นการค้นหาข้อมูลจากเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักและผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจนจะช่วยให้การวินิจฉัยและการหาสาเหตุของโรคลมชักง่ายขึ้น ทำให้เด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักได้รับการรักษาที่เหมาะสม สามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

1. การซักประวัติ เป็นขั้นตอนสำคัญที่สุดของการวินิจฉัยโรคลมชัก ข้อมูลที่ควรซักถาม ได้แก่

ประวัติเกี่ยวกับอาการชัก เช่น กิจกรรมที่ทำก่อนมีอาการชัก ลักษณะอาการชัก ระยะเวลาในการชัก ความถี่ของอาการชัก เป็นต้น ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่เกี่ยวข้อง เช่น ชักจากไข้สูงที่เป็นสาเหตุให้เกิดการแข็งตัวของสมองบริเวณฮิปโปแคมปัส (hippocampal sclerosis) ประวัติการคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น การบาดเจ็บที่ศีรษะขณะคลอด การติดเชื้อจากมารดาสู่เด็ก ประวัติครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับอาการชักและโรคทางระบบประสาท เพราะโรคทางพันธุกรรมบางชนิดเป็นสาเหตุของโรคลมชักได้^{8,9}

2. การตรวจร่างกาย ได้แก่ การตรวจศีรษะที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท เช่น วัดขนาดรอบศีรษะ ตรวจดูขนาด รูปร่าง รอยแผลจากการผ่าตัดหรืออุบัติเหตุบนศีรษะ การตรวจผิวหนังเพื่อประเมินอาการของโรคทางระบบประสาทที่พบความผิดปกติร่วมกับผิวหนัง⁸

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นการตรวจเพื่อช่วยค้นหาสาเหตุของโรคลมชักนอกเหนือจากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย เช่น การตรวจนับเม็ดเลือด (complete blood count) การตรวจวิเคราะห์น้ำไขสันหลัง เป็นต้น⁸

4. การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalography: EEG) เป็นการตรวจพิเศษเพื่อใช้สนับสนุนผลการวินิจฉัยให้ชัดเจน สามารถระบุจุดกำเนิดชักทำให้ง่ายต่อการรักษา และใช้จำแนกชนิดของอาการชักและกลุ่มอาการของโรคลมชัก^{8,9}

แนวทางการรักษาโรคลมชัก

1. การให้ยาป้องกันการชัก (Antiepileptic drugs) เป็นการรักษาหลักในเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชัก หลักการคือแพทย์จะเลือกใช้ยาป้องกันการชักให้เหมาะสมกับชนิดของอาการชักและมีโอกาสได้รับผลข้างเคียงจากยาน้อย โดยการรักษาจะเริ่มจากการให้

ยาป้องกันการชักเพียงชนิดเดียวก่อน (monotherapy) ถ้าไม่สามารถคุมชักได้ จะพิจารณาเพิ่มชนิด (polytherapy) หรือเปลี่ยนกลุ่มยาป้องกันการชัก เมื่อไม่มีอาการชักติดต่อกัน 2 ปีแพทย์จะพิจารณาหยุดยาป้องกันการชัก¹³ ยาป้องกันการชักที่ใช้ในเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชัก แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1.1 กลุ่มยาป้องกันการชักรุ่นแรก เป็นกลุ่มยาหลักที่ใช้ในการรักษา (first line therapy) เพราะส่วนใหญ่ออกฤทธิ์ครอบคลุมอาการชักหลายชนิดและราคาถูก ยาในกลุ่มนี้ที่พบได้บ่อย เช่น sodium valproate, phenobarbital, carbamazepine, phenytoin และ ethosuximide¹³⁻¹⁴

1.2 กลุ่มยาป้องกันการชักรุ่นสองและสาม เป็นกลุ่มยาที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาในเด็กที่ไม่ตอบสนองต่อยาป้องกันการชักรุ่นแรก ช่วยลดการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาในเด็กที่ต้องรับการรักษาด้วยยาป้องกันการชักหลายชนิด และลดโอกาสเกิดผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยในยาป้องกันการชักรุ่นแรก เช่น ปัญหาการคิดรู้ ปัญหาพฤติกรรม การแพ้ยารุนแรง พิษต่อตับ เป็นต้น ส่วนใหญ่ยาเหล่านี้จะนำมาใช้รักษาในรูปแบบยาป้องกันการชักชนิดเดียว (monotherapy) หรือมาใช้เป็นกลุ่มยาเสริมร่วมกับยาป้องกันการชักรุ่นแรก เพื่อให้เด็กสามารถคุมอาการชักได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามยาเหล่านี้ยังมีข้อจำกัดไม่สามารถใช้ได้กับทุกช่วงอายุ ดังนั้นต้องมีการพิจารณาก่อนให้ในเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักแต่ละราย ตัวอย่างยาป้องกันการชักรุ่นสอง เช่น lamotrigine, levetiracetam, oxcarbazepine, topiramate, vigabatrin, zonisamide gabapentin, felbamate, และ tiagabine และตัวอย่างยาป้องกันการชักรุ่นสาม เช่น lacosamide, perampanel และ rufinamide¹³⁻¹⁴

2. การให้สารอาหารเพื่อให้เกิดภาวะคีโตนเกินในร่างกาย (ketogenic diet) เป็นการรักษาด้วยการให้สารอาหารที่มีปริมาณไขมันสูง คาร์โบไฮเดรตต่ำ และโปรตีนที่เพียงพอต่อการเจริญเติบโตของเด็ก ทำให้เด็กเกิดภาวะคีโตนสูงในร่างกาย ในปัจจุบันยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าสารคีโตนขนาดสูงจะส่งผลต่อเซลล์ประสาทกลุ่ม GABAergic ทำให้สมองมีการส่งกระแสประสาทไฟฟ้าลดลง บางการศึกษาเชื่อว่าสารคีโตนมีโครงสร้างที่คล้ายคลึงกับสารสื่อประสาท GABA จึงมีฤทธิ์ช่วยยับยั้งไม่ให้มีการส่งกระแสประสาทไฟฟ้ามากเกินไปทำให้เกิดอาการชัก (anticonvulsant action)^{9,15} การให้สารอาหารชนิดนี้จะใช้รักษาในเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการสร้าง/สลายสารในร่างกาย กลุ่มอาการของโรคลมชักที่อาการชักส่งผลต่อการทำงานของสมอง (epileptic encephalopathy) เช่น Lennox Gastaut syndrome หรือใช้รักษาร่วมกับยาป้องกันการชักในเด็กที่ไม่สามารถควบคุมอาการชักได้¹⁶

3. การให้วิตามินขนาดสูง เป็นการรักษาด้วยการให้วิตามินบี 6 หรือไพริดอกซิน (pyridoxine) ขนาดสูง ใช้รักษาในเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักที่มีสาเหตุจากการขาดไพริดอกซิน (pyridoxine dependent)⁹

4. การผ่าตัด เป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษา มีวัตถุประสงค์เพื่อกำจัดจุดกำเนิดชักให้หมดไปและให้หายขาดจากอาการชัก (curative surgery) ใช้รักษาในเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักที่พบจุดกำเนิดชักชัดเจน มักมีอาการชักเฉพาะที่หรือชักทั้งตัวร่วมด้วย เช่น temporal lobe epilepsy การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการชัก (palliative surgery) ใช้รักษาในเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักที่มีอาการชักทั้งตัว มีจุดกำเนิดชักหลายจุดใน

สมองจนไม่สามารถกำจัดจุดกำเนิดชักได้หมด หรือหาจุดกำเนิดชักไม่พบ และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาป้องกันการชักอย่างน้อย 2 ชนิด แต่จำเป็นต้องผ่าตัดเพื่อลดความรุนแรงจากอาการชักและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี⁹

5. การฝังอุปกรณ์ไฟฟ้ากระตุ้นประสาทสมองเส้นที่ 10 เป็นการรักษาด้วยการฝังอุปกรณ์กระตุ้นเส้นประสาทไว้ที่บริเวณหน้าอกด้านซ้าย เชื่อว่าการกระตุ้นประสาทสมองเส้นที่ 10 จะเพิ่มการไหลเวียนเลือดของสมองส่วนทาลามัส (thalamus) และเพิ่มระดับสารฟอสโฟเอทานอลามีน (phosphoethanolamine) ที่ช่วยกระตุ้นการทำงานของ GABA ทำให้เกิดอาการชักลดลง ใช้รักษาในเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น การให้ยาป้องกันการชัก การผ่าตัด เป็นต้น⁹

6. การรักษาด้วยฮอร์โมน เป็นการรักษาด้วยการให้ฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคทรอปิก (adrenocorticotrophic hormone) และ คอร์ติโคสเตอรอยด์ (corticosteroids) ในปัจจุบันยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าฮอร์โมนไปช่วยปรับปริมาณสารสื่อประสาท GABA ทำให้เกิดอาการชักลดลง แต่การรักษาด้วยวิธีนี้มีผลข้างเคียงค่อนข้างมาก เช่น การกดภูมิคุ้มกัน (immunosuppression) การติดเชื้อ เป็นต้น ใช้รักษาในเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักกลุ่มอาการ west syndrome^{9,15}

7. การรักษาด้วยยาลดการอักเสบ เป็นการรักษาด้วยการให้โอมูโนโกลบูลินทางหลอดเลือดดำ (intravenous immune globulin: IVIG) ซึ่งเชื่อว่าเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักจะเกิดปฏิกิริยาอักเสบหลังจากเซลล์ประสาทถูกทำลายจึงนำโอมูโนโกลบูลินมาช่วยลดการอักเสบในร่างกาย ใช้รักษาในเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาป้องกันการชักหรือฮอร์โมน⁹

ผลกระทบจากโรคลมชักในเด็ก

โรคลมชักสามารถส่งผลกระทบต่อเด็กได้หลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ และสังคม ซึ่งผลกระทบเหล่านี้เกิดขึ้นจากหลายปัจจัย เช่น ตำแหน่งพยาธิสภาพที่เกิดกับสมอง ความถี่และความรุนแรงของการเกิดอาการชัก ผลข้างเคียงจากการได้รับยาป้องกันการชักเป็นเวลานาน เป็นต้น ในที่นี้จะขอลำถึงผลกระทบที่พบได้บ่อยในเด็ก ดังนี้

1. ความบกพร่องด้านสติปัญญา (Intellectual disability)

ความบกพร่องด้านสติปัญญาเป็นภาวะที่มีระดับเชาว์ปัญญาน้อยกว่า 70 จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 30-40 ของเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักมีความบกพร่องด้านสติปัญญาตามมาซึ่งถือเป็นผลกระทบที่พบบ่อยที่สุด¹⁷ ความบกพร่องด้านสติปัญญาจะมีผลต่อการเกิดพัฒนาการล่าช้า ทั้งด้านกล้ามเนื้อเล็ก มัดใหญ่ การใช้ภาษา การช่วยเหลือตนเองและสังคม ดังนั้นถ้าไม่ได้รับการดูแลที่ดีอาจทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเองลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมหรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้และเรียนไม่ทันเพื่อนในวัยเดียวกัน^{18,28}

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความบกพร่องด้านสติปัญญาในเด็กโรคลมชัก

1. อายุที่เริ่มเป็นโรคลมชัก พบว่าเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักที่อายุน้อยกว่า 5 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชักมีโอกาที่จะเกิดความบกพร่องด้านสติปัญญาสูง¹⁸⁻¹⁹

2. ความถี่ของการชัก พบว่าเด็กที่มีอาการชักบ่อย ๆ จะส่งผลให้สมองมีการพัฒนาหรือเติบโตล่าช้า ทำให้เกิดความบกพร่องด้านสติปัญญา^{18,20}

3. ยาป้องกันการชักจากการศึกษาพบว่า ผลข้างเคียงของยาป้องกันการชักที่ทำให้เกิด ความบกพร่องด้านสติปัญญามากที่สุด คือ phenobarbital, topiramate และ zonisamide รองลงมา คือ carbamazepine, phenytoin และ sodium valproate^{18,20} นอกจากนี้ การได้รับการรักษาด้วยยาป้องกันการ ชักติดต่อกันอย่างน้อย 5 ปี มีโอกาสสูงที่จะเกิด ความบกพร่องด้านสติปัญญา¹⁹

4. พยาธิสภาพของสมอง พบว่ามีความ สัมพันธ์กับระดับสติปัญญา⁹ โดยเฉพาะโรคลมชักที่มี จุดกำเนิดชักอยู่ที่บริเวณด้านใน (mesial) ของสมอง ส่วน temporal lobe ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับ ความจำ และสติปัญญา ดังนั้นเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักที่มี พยาธิสภาพบริเวณ temporal lobe จึงมีโอกาสเกิด ความบกพร่องด้านสติปัญญาสูงกว่าเด็กที่ป่วยด้วย โรคลมชักที่มีพยาธิสภาพในบริเวณอื่น¹⁹⁻²⁰

5. กลุ่มอาการของโรคลมชักพบว่า Lennox Gastaut syndrome และ West syndrome (Infantile spasm)^{9,18,20} เป็นกลุ่มอาการของโรคลมชักที่มีโอกาส เกิดความบกพร่องด้านสติปัญญาสูงกว่ากลุ่มอาการ ของโรคลมชักชนิดอื่น เนื่องจากเป็นกลุ่มอาการของ โรคลมชักที่อาการชักแต่ละครั้งมีความรุนแรง จน ส่งผลต่อการทำงานของสมอง และมักไม่ตอบสนอง ต่อการรักษาด้วยยาป้องกันการชักจึงควบคุมอาการ ชักได้ยาก⁹

2. สมาธิสั้น (Attention deficit/ hyperactivity disorder: ADHD)

สมาธิสั้นเป็นภาวะที่เกิดจากความบกพร่องใน การทำงานของสมองทำให้เด็กเกิดปัญหาพฤติกรรม ที่สำคัญ ได้แก่ 1) ขาดสมาธิ (inattention) เด็กจะมี พฤติกรรมวอกแวกต่อสิ่งรอบข้างได้ง่าย ไม่รอบคอบ ในการทำงาน ทำให้เกิดความผิดพลาดบ่อยๆ ไม่มี

สมาธิในการเรียนหรือพูดคุยกับผู้อื่น ชอบเหม่อลอย มักชอบลืมของสำคัญ หรือลืมการทำกิจวัตรประจำวัน 2) ซุกซนไม่อยู่นิ่ง (hyperactivity) เด็กจะมีพฤติกรรม อยู่ไม่สุข นั่งนิ่งนานๆ ไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจกรรม หรือเล่นแบบเงียบๆ ได้ 3) อาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) เด็กจะมีพฤติกรรมใจร้อน ทำอะไรโดยไม่มีการคิดล่วงหน้า ชอบขัดจังหวะหรือพูดแทรก ผู้อื่น²¹ จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 12-39 ของเด็กที่ ป่วยด้วยโรคลมชักมีสมาธิสั้นตามมา¹⁷ ถ้าไม่ได้รับการ รักษาสมาธิสั้นอาจส่งผลให้เกิดปัญหาการเรียนรู้อและ ความจำ ทำให้ไม่สามารถเรียนได้ทันกับเพื่อนในวัย เดียวกัน ปัญหาการเข้าสังคมหรือการสร้าง สัมพันธภาพกับผู้อื่น ปัญหาการใช้ยาเสพติด และ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี^{21,22}

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดสมาธิสั้นใน เด็กโรคลมชัก

1. ความถี่และความรุนแรงของการชักพบว่าจำนวนครั้งของอาการชักและการชักแต่ละครั้ง ที่ รุนแรงจะส่งผลให้มีการทำลายระบบประสาทส่วน กลางเพิ่มมากขึ้น (central nervous system damage) ทำให้มีโอกาสเกิดสมาธิสั้นตามมา^{17,18,22}

2. ยาป้องกันการชักพบว่าอาการข้างเคียง ของยาป้องกันการชักบางชนิดสามารถทำให้เกิด พฤติกรรมซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) ขาดสมาธิ หรือมีสติจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งลดลง (attention deficit, worse concentration, impair concentration) ซึ่งเป็นหนึ่งในอาการของสมาธิสั้น จากการศึกษาพบ ว่ายาป้องกันการชักที่พบผลข้างเคียงเหล่านี้ได้บ่อย คือ phenobarbital, topiramate, sodium valproate, levetiracetam, phenytoin และ gabapentin นอกจากนี้ เด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาป้องกันการชักหลาย ชนิด (polytherapy) จะมีโอกาสสูงที่จะเกิดสมาธิสั้น ตามมา^{18,22,23}

3. พยาธิสภาพของสมอง พบว่า โรคลมชักที่มีพยาธิสภาพของสมองบริเวณ prefrontal cortex ในส่วนของ frontal lobe ซึ่งตามปกติมีหน้าที่ควบคุมกระบวนการคิดบริหารจัดการ (executive function) ทำให้รู้จักยับยั้งชั่งใจ มีสมาธิจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง คิดก่อนทำ และสามารถควบคุมตนเองได้ดี ดังนั้นเมื่อเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักที่สมองเกิดพยาธิสภาพบริเวณ frontal lobe จะมีโอกาสเกิดสมาธิสั้นมากกว่าเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักที่มีพยาธิสภาพในตำแหน่งอื่น^{9,10,18}

4. กลุ่มอาการของโรคลมชัก จากการศึกษาพบว่า frontal lobe epilepsy, childhood absence epilepsy และ benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes (benign rolandic epilepsy) เป็นกลุ่มอาการของโรคลมชักที่พบการเกิดสมาธิสั้นตามมาสูงกว่ากลุ่มอาการของโรคลมชักชนิดอื่น²²

3. ภาวะซึมเศร้า (Depression)

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่เด็กมีอาการเศร้า หงุดหงิดง่าย มีความสนใจต่อสิ่งรอบข้างลดลง มีสมาธิจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งลดลง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความมั่นใจในตนเอง ชอบโทษตัวเอง ความอยากอาหารลดลง หรือนอนไม่หลับ²⁴ จากการศึกษพบว่าร้อยละ 10-30 ของเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย^{18,19,25} ถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือช่วยเหลืออย่างถูกต้องอาจส่งผลกระทบต่อ การเรียน การเข้าสังคม การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักบางรายที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 27 ของเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักมีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง²⁵

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคลมชัก

1. ความถี่และความรุนแรงของการชัก พบว่าจำนวนครั้งของอาการชักและการชักแต่ละครั้งที่รุนแรงจะส่งผลให้มีการทำลายระบบประสาทส่วนกลางเพิ่มมากขึ้น (central nervous system damage) ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา^{18,26}

2. ยาป้องกันการชัก จากการศึกษาพบว่าผลข้างเคียงของยาป้องกันการชักที่มีผลต่ออารมณ์คือ phenobarbital และ phenytoin¹⁸

3. กลุ่มอาการของโรคลมชัก พบว่า temporal lobe epilepsy with hippocampal sclerosis เป็นกลุ่มอาการของโรคลมชักที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากสมองบริเวณฮิปโปแคมปัสมีการแข็งตัวจนเสียหายที่ในการทำงาน โดยสมองจะมีการหลั่ง cortisol มากผิดปกติทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า หงุดหงิดง่าย สนใจต่อสิ่งรอบข้างลดลง ซึ่งเป็นอาการของภาวะซึมเศร้า^{9,18,24}

4. ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (psychosocial factors) เนื่องจากอาการชักเป็นอาการหลักของโรคที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันของเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชัก ทำให้ครอบครัวและบุคคลรอบข้างรู้สึกวิตกกังวล จึงมักจำกัดการทำกิจกรรม ให้การดูแลปกป้องเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักมากเกินไป ทำให้เด็กโรคลมชักเกิดความเครียดและมีภาวะซึมเศร้าตามมา จากการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลของผู้ดูแล สัมพันธภาพไม่ดีภายในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมทางลบมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชัก²⁷

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันและดูแลรักษาเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคลมชัก

โรคลมชักส่งผลกระทบต่อเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักเป็นอย่างมาก ถ้าไม่ได้รับการรักษาและดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตต่อไปในอนาคต พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่สำคัญจึงควรมีความรู้และความสามารถในการประเมินอาการ การให้คำแนะนำ ชี้แนะ ตลอดจนให้เด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนทางการพยาบาลเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. การประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชัก เนื่องจากเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักส่วนใหญ่เป็นเด็กเล็ก¹ จึงมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อย ทำให้หน้าที่ในการดูแลส่วนใหญ่เป็นของผู้ดูแล ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการติดตามและประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักเป็นระยะ เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งในรายที่ไม่สามารถดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักได้อย่างถูกต้อง เช่น การรับประทานยาป้องกันการชักไม่ต่อเนื่องจนไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ ไม่สามารถจัดการอาการชักได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนขาดการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย เป็นต้น อีกทั้งพยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค และแนวทางการรักษาที่อาจส่งผลกระทบให้เกิดความผิดปกติอื่นๆที่นอกเหนือจากอาการชัก เช่น ความบกพร่องด้านสติปัญญา สมาธิสั้น และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อสามารถประเมินอาการและให้การดูแลเมื่อเกิดผลกระทบเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสมกับเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักแต่ละราย

2. การดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญา เป้าหมาย เพื่อให้เด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักสามารถควบคุมอาการชักได้และลดผลกระทบด้านสติปัญญาให้น้อยที่สุด โดยพยาบาลควรส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชัก (self-management and family management skills) ดังนี้ 1) การจัดการและป้องกันอาการชัก ได้แก่ การดูแลที่ถูกต้องเมื่อเด็กมีอาการชัก การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการชัก เช่น เมื่อมีไข้สูงควรรีบรับประทานยาและเช็ดตัวลดไข้ ควรแนะนำให้เด็กนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 2) การจัดการเรื่องยาป้องกันการชัก เช่น การให้เด็กได้รับยาป้องกันการชักตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติจากการได้รับยาป้องกันการชัก 3) การจัดการชีวิตประจำวัน เช่น การจัดการความเครียดของเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักและผู้ดูแล²⁸ นอกจากนี้ควรมีการส่งเสริมพัฒนาการให้เหมาะสมกับเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักแต่ละราย หรือการบำบัดทางด้านสติปัญญา (cognitive therapy) ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถช่วยเรื่องของการฟื้นฟูสภาพทางด้านสติปัญญาได้แต่สามารถช่วยให้เด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและบุคคลรอบข้างง่ายขึ้น¹⁸

สำหรับเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ควรแนะนำผู้ดูแลเพิ่มเติมเรื่องของการดูแลสุขอนามัย การบำบัดระบบทางเดินหายใจ การให้อาหารที่ถูกต้องวิธีเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก การบริหารกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันข้อยึดติดพร้อมกับประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กโรคลมชักและผู้ดูแลเป็นระยะๆ เพื่อให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดปัญหาการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมากขึ้น

3. การเฝ้าระวังการเกิดสมาธิสั้นในเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชัก เป้าหมายคือ การลดผลกระทบที่อาจเกิดจากปัญหาสมาธิสั้นตามมาโดยพยาบาลควรมีการประเมินอาการและอาการแสดงของโรคสมาธิสั้นเป็นระยะ (early detection)²⁹ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักที่มีความผิดปกติของสมองบริเวณ frontal lobe กลุ่มอาการของโรคลมชักที่พบสมาธิสั้นได้บ่อย เช่น frontal lobe epilepsy, childhood absence epilepsy และ benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes เป็นต้น และเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักที่ได้รับการรักษาด้วยยาป้องกันการชักที่มีผลข้างเคียงกระทบต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรม เช่น phenobarbital, topiramate, valproic acid, levetiracetam, phenytoin และ gabapentin เป็นต้น ตลอดจนให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการสังเกตอาการที่ผิดปกติ เพราะกลุ่มอาการของโรคลมชักบางชนิด เช่น childhood absence epilepsy พบว่า จะแสดงอาการขาดสมาธิ (inattentive type) มากกว่าแสดงอาการซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (hyperactive type) ทำให้ผู้ดูแลขาดการรายงานอาการผิดปกติเหล่านี้แก่แพทย์²² นอกจากนี้ควรมีการอธิบายลักษณะอาการของสมาธิสั้นในเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักแก่ผู้ดูแลให้มีความชัดเจน เพราะการประเมินอาการและอาการแสดงของสมาธิสั้นตั้งแต่ต้นจะช่วยให้เด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ลดผลกระทบที่อาจก่อให้เกิดกับเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักและผู้ดูแล

4. การดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักที่มีปัญหาสมาธิสั้น เป้าหมายคือ การดูแลให้เด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักและผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากปัญหาสมาธิสั้นน้อยที่สุด และสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลควรดูแลให้เด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักได้รับยา methylphenidate ตามแผนการรักษาพร้อมกับ

สังเกตอาการและอาการแสดงจากอาการข้างเคียงของยาซึ่งอาการข้างเคียงของยาที่พบบ่อย คือ ความอยากอาหารลดลง ตลอดจนสังเกตความถี่ของอาการชักว่าเพิ่มขึ้นหรือลดลงหลังจากได้รับการรักษาด้วยยา methylphenidate นอกจากนี้ควรมีการปรับพฤติกรรมด้วยวิธีพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) โดยขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักแต่ละราย ไม่มากหรือน้อยจนเกินไป ควรเปิดโอกาสให้เด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักได้ฝึกแก้ปัญหาด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มความมั่นใจ และควรมีการส่งเสริมและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและครูในการปฏิบัติต่อเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชัก รวมถึงการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักที่มีปัญหาสมาธิสั้นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ^{21,22}

5. การป้องกันและดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักที่มีภาวะซึมเศร้า เป้าหมายเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดจากภาวะซึมเศร้าและป้องกันความคิดฆ่าตัวตาย โดยพยาบาลควรมีการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าเป็นระยะ (early detection) ถ้าพบว่าเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักมีอาการของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางควรได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัด แต่ถ้ามีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงมากควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้าในปริมาณน้อย (low dose) เพราะยาต้านซึมเศร้าบางชนิดถ้าให้ในขนาดสูงมีโอกาสมเพิ่มความเสี่ยงของอาการชัก หลังจากให้การรักษจะต้องมีการติดตามประเมินอาการเป็นระยะ ๆ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงที่ก่อให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายตามมา นอกจากนี้พยาบาลควรรับฟังปัญหาความรู้สึกและการให้คำปรึกษาแก่เด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชัก ตลอดจนการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลและบุคคลรอบข้าง เช่น ครู เพื่อนสนิทญาติพี่น้องให้เข้าใจและ

ยอมรับอาการและการดำเนินโรคของเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชัก รวมถึงแนวทางการปฏิบัติตัวต่อเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักที่เหมาะสม เช่น การเปิดโอกาสให้เด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักได้ระบายความรู้สึก การส่งเสริมการทำกิจกรรมที่เด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักชอบโดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา การให้โอกาสทางการศึกษาแก่เด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักเช่นเดียวกับเด็กทั่วไป เป็นต้น³⁰

สรุป

โรคลมชักเป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่ส่งผลกระทบต่อเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา และจิตใจ โดยเฉพาะความบกพร่องด้านสติปัญญา สมาธิสั้น และภาวะซึมเศร้าที่พบได้บ่อยและเกิดปัญหาต่อเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักเป็นอย่างมาก ทั้งด้านการเรียนที่เรียนไม่ทันเพื่อนในวัยเดียวกัน ด้านสังคมที่ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมหรือสร้างสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่นได้ ด้านการทำกิจกรรมประจำวันที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยลำพัง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตามมา ผลกระทบเหล่านี้เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมอง ทั้งนี้ขึ้นกับตำแหน่งพยาธิสภาพสมอง กลุ่มอาการของโรคลมชัก ชนิด ความถี่และความรุนแรงของการชัก อายุที่เริ่มเป็นโรคลมชัก และการรักษาด้วยยาป้องกันการชัก ดังนั้นการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักจึงไม่เพียงแต่มุ่งเน้นเฉพาะการควบคุมอาการชัก การพยาบาลก่อน ชะนะ และหลังจากที่มีอาการชักเท่านั้น แต่ควรให้ความสำคัญถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักร่วมด้วย แม้ว่าแนวทางการรักษาผลกระทบดังกล่าวยังมีความไม่ชัดเจน แต่พยาบาลสามารถให้การดูแลเพื่อป้องกันและลดปัญหาเหล่านี้ได้โดยการประเมิน

อาการและอาการแสดงที่ผิดปกติเป็นระยะโดยเฉพาะในเด็กกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบจากโรคลมชักได้ง่าย เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ ตลอดจนการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักที่เหมาะสม นอกจากนี้พยาบาลควรมีการติดตามความก้าวหน้าด้านการรักษาพยาบาลจากงานวิจัยเพื่อนำไปสู่การประยุกต์การพยาบาลที่ทันสมัย รวมถึงควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักในการป้องกันและลดผลกระทบจากโรคลมชักดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักมีคุณภาพชีวิตที่ดี

References

1. Camfield P, Camfield C. Incidence, prevalence and aetiology of seizures and epilepsy in children. *Epileptic Disord* 2015; 17(2): 117–23.
2. Asawavichienjinda T, Sitthi-Amorn C, Tanyanont W. Prevalence of epilepsy in rural Thailand: a population-based study. *J Med Assoc Thai* 2002; 85(10): 1066–73.
3. Aaberg KM, Bakken IJ, Lossius MI, Lund Soraas C, Haberg SE, Stoltenberg C, Suren P, Chin R. Comorbidity and childhood epilepsy: a nationwide registry study. *Pediatrics* 2016; 38(3): 1–10.
4. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross H, Elger CE, et al. A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia* 2014; 55(4): 475–82.
5. Al-Qudah AA, Albsoul-Younes A, Masri AT, Aburahmah SK, Alabadi IA, Nafi OA, et al. Type and etiology of pediatric epilepsy in Jordan. a multi-center study. *Neurosciences* 2017; 22(4): 267–73.

6. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, Connolly MB, French J, Guilhoto L, et al. ILAE classification of the epilepsies: position paper of the ILAE commission for classification and terminology. *Epilepsia* 2017; 58(4): 512–21.
7. Falco-walter JJ, Scheffer IE, Fisher RS. The new definition and classification of seizures and epilepsy. *Epilepsy Res* 2018; 139: 73–9.
8. Prasat Neurological Institute. Clinical practice guidelines for epilepsy. Bangkok: Tanapress CO., LTD; 2016. (in Thai)
9. Visudtiban A. Textbook of epilepsy. Bangkok: holistic publishing CO., LTD; 2011. (in Thai)
10. Pellock JM, Nordli Jr DR, Sankar R, Wheless JW, editors. Pellock's pediatric epilepsy: diagnosis and therapy. United States of America: SCI; 2017.
11. Boonyapisit K. Idiopathic epilepsy syndromes. In: Bhidayasiri R, Pulkes T, Muengtawepongsa S, editors. Textbook of clinical neurology volume 1. Bangkok: The neurological society of Thailand; 2013. p. 220–26. (in Thai)
12. Nickels KC, Wong-Kisiel LC, Moseley BD, Wirrell EC. Temporal lobe epilepsy in children. *Epilepsy Res Treat* 2012; 1–16.
13. Dang LT, Silverstein FS. Drug treatment of seizure and epilepsy in newborns and children. *Pediatr Clin N Am* 2017; 64: 1291–1308.
14. Rosati A, De masi S, Guerrini R. Antiepileptic drug treatment in children with epilepsy. *CNS Drugs* 2015; 29: 847–63.
15. Kossoff EH, Haney CA. Ketogenic diets. In: Shorvon S, Perucca E, Engel Jr J, editors. The treatment of epilepsy. Singapore: Markono Print Media; 2016. p. 288–97.
16. Chomto K. Continuum: non-pharmacological, non-surgical treatment for epilepsy. *Epilepsy digest* 2009: 4–5. (in Thai)
17. Wei SH, Lee WT. Comorbidity of childhood epilepsy. *Journal of the Formosan Medical Association* 2015; 114: 1031–38.
18. St. Louis EK, Ficker DM, O'Brien TJ, editors. Epilepsy and the interictal state: co-morbidities and quality of life. India: Laserwords Private Limited; 2015.
19. Bujoreanu IS, Ibeziako P, Demaso DR. Psychiatric concerns in pediatric epilepsy. *Child Adoles Psychiatric Clin N Am* 2010; 19: 371–86.
20. Parbparl K. Treatment of epilepsy in common special situations. Bangkok: Sahamitpattana Printing; 2014. (in Thai)
21. Boonyasidhi V. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2012; 57(4): 373–86. (in Thai)
22. Vidaurre J, Twanow J D E. Attention deficit hyperactivity disorder and associated cognitive dysfunction in pediatric epilepsy. *Semin Pediatr Neurol* 2017; 24: 282–91.
23. Verrotti A, Moavero R, Panzarino G, Di Paolantonio C, Rizzo R, Curatolo P. The challenge of pharmacotherapy in children and adolescents with epilepsy-ADHD comorbidity. *Clin Drug Investig* 2018; 38(1): 1–8.
24. Arunpongpaisal S, Vasiknanonte S, editors. Textbook of depressive disorders. Khonkaen: Klungnanavithata Press; 2015. (in Thai)
25. Guilfoyle SM, Monahan S, Wesolowski C, Modi AC. Depression screening in pediatric epilepsy: evidence for the benefit of a behavioral medicine service in early detection. *Epilepsy Behav* 2015; 44: 5–10.

26. Sidtirak N, Wannasewok K, Wannarit K, Pukrittayakamee P, Apinuntavech S, Katumarn P, editors. Psychiatry Siriraj DSM-5. Bangkok: Prayoonsanthai Press; 2015. (in Thai)
27. Puka K, Widjaja E, Smith ML. The influence of patient caregiver, and family on symptoms of anxiety and depression in children and adolescents with intractable epilepsy. *Epilepsy Behav* 2017; 67: 45-50.
28. Buelow JM, Shore CP. Management challenges in children with both epilepsy and intellectual disability. *Clin Nurse Spec* 2010; 24(6): 313-20.
29. Kwong KL, Lam D, Tsui S, Ngan M, Tsang B, Lam S. Attention deficit hyperactivity disorder in adolescents with epilepsy. *Pediatr Neurol* 2016; 57: 56-63.
30. Salpekar JA, Mishra G, Hauptman AJ. Key issues in addressing the comorbidity of depression and pediatric epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2015; 46: 12-8.