

1994-01-01

## Autistic Child and Dental Management(รายงานผู้ป่วยเด็กออทิสติกและ การจัดการทางทันตกรรม)

Thipawan Tharapiwattananon

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/cudj>



Part of the [Dentistry Commons](#)

---

### Recommended Citation

Tharapiwattananon, Thipawan (1994) "Autistic Child and Dental Management(รายงานผู้ป่วยเด็กออทิสติกและ  
การจัดการทางทันตกรรม)," *Chulalongkorn University Dental Journal*: Vol. 17: Iss. 1, Article 1.

DOI: 10.58837/CHULA.CUDJ.17.1.1

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/cudj/vol17/iss1/1>

This Original article is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Dental Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact [ChulaDC@car.chula.ac.th](mailto:ChulaDC@car.chula.ac.th).

## บทวิทยาการ

# รายงานผู้ป่วยเด็กออทิสติกและการจัดการทางทันตกรรม

## บทคัดย่อ

เด็กชายไทยอายุ 2 ปี 11 เดือน เข้ามารับการรักษาน้ำนมหน้าตักกลางบน 2 ขี้ ซึ่งผู้ฝึก การซักประวัติและสังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติของเด็ก นำไปสู่การปรึกษากับจิตแพทย์ที่ทำกรรักษาเด็ก ทำให้ทราบว่า เด็กเป็นออทิสซึม อันเป็นความผิดปกติทางด้านพัฒนาการเรียนรู้เกี่ยวกับสังคม อารมณ์และการสื่อสารอย่างรุนแรง ลักษณะเด่นที่เห็นได้ชัดคือ ไม่ยอมสบตา ไม่ชอบให้ใครมาอุ้มหรือเกี่ยวข้องด้วย ชอบอยู่คนเดียว เล่นกับตัวเอง ทำอะไรซ้ำ ๆ ไม่พูดหรือพูดก็เป็นภาษาแปลก ๆ รายงานนี้ได้ประมวลความรู้ประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับออทิสซึม และรายงานการจัดการในเรื่องการบำบัดรักษาและป้องกันทางทันตกรรมของผู้ป่วยเด็กรายนี้ หากทันตแพทย์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้ นอกจากจะสามารถจัดการทางทันตกรรมของผู้ป่วยแล้ว ยังอาจช่วยส่งต่อผู้ป่วยเด็กที่มีความผิดปกติดังกล่าวให้ได้รับการตรวจวินิจฉัย รักษาและกระตุ้นพัฒนาการเสียตั้งแต่ระยะแรกได้ ทำให้เด็กสามารถพัฒนาได้เต็มศักยภาพ

ทิพวรรณ ธรวิพัฒน์นนท์ ท.บ., ป. สูญคลินิก

อาจารย์ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทนำ

ออทิสซึม (Autism) เป็นปัญหาทางจิตชนิดหนึ่งที่พบในเด็ก ซึ่งหากไม่ได้สังเกตให้ทันแล้ว อาจไม่ทราบเลยว่าเด็กมีความผิดปกติ จนบางครั้งกว่าจะทราบก็สายเสียแล้ว แต่ถ้าเด็กได้รับการวินิจฉัยเสียตั้งแต่ต้น และได้รับการดูแลรักษาและการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม เด็กเหล่านี้ก็สามารถมีชีวิตอยู่ในสังคม และทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามศักยภาพที่เขามีอยู่

ในปัจจุบัน ผู้ปกครองมักพาเด็กมาพบทันตแพทย์ตั้งแต่อายุประมาณขวบครึ่งถึงสองขวบกันมากขึ้น ซึ่งช่วงอายุนี้จะสามารถสังเกตเห็นความผิดปกติของเด็กออทิสติก (Autistic) ได้ค่อนข้างชัดเจน ฉะนั้นถ้าทันตแพทย์เป็นคนช่างสังเกตและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้ ทันตแพทย์อาจเป็นผู้ช่วยให้เด็กเหล่านี้ได้รับการตรวจวินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพเสียตั้งแต่ระยะแรกได้ อันจะเป็นประโยชน์แก่เด็กอย่างมาก

วัตถุประสงค์ของรายงานนี้ เพื่อรวบรวมความรู้เกี่ยวกับ ออทิสซึม ในด้านประวัติความเป็นมา อุบัติการณ์ การพยากรณ์โรค สาเหตุ ลักษณะของผู้ป่วย การวินิจฉัย การรักษาและช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่นกระตุ้นพัฒนาการด้านต่าง ๆ พฤติกรรมบำบัด ฯลฯ และรายงานผู้ป่วย 1 ราย ในด้านทันตกรรมบำบัดและรักษา

## ประวัติความเป็นมา

ในปี 1943 KANNER<sup>1</sup> ได้เขียนอธิบายถึงลักษณะของเด็กออทิสติกไว้ว่าชอบอยู่คนเดียวอย่างมาก ไม่ทำท่ารอให้ผู้ใหญ่อุ้ม ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และชอบรูปหรือสิ่งไม่มีชีวิตมากกว่า, การพัฒนาด้านภาษาช้าหรือผิดปกติ ใช้ภาษาในการสื่อความหมายไม่ได้ โดยมีภาษาแปลก ๆ (Echolalia) และใช้สรรพนามกลับคือเธอเป็นฉัน ทำเสียงซ้ำ ๆ ในระดับเดียว, สามารถท่องจำได้ดี (Rote Memory), กิจกรรมจำกัด ชอบให้ทุกอย่างเหมือนเดิมกลัวการเปลี่ยนแปลง ชอบเล่นซ้ำ ๆ ซาก ๆ ขาดจินตนาการ KANNER ได้ตั้งชื่อกลุ่มอาการนี้ว่า อินแฟนไทล์ ออทิสซึม (Infantile Autism) เขาคิดว่ากลุ่มอาการเหล่านี้จะพบได้บ่อยกว่าที่เป็นอยู่ และเด็กเหล่านี้บางคนอาจถูกเข้าใจผิดว่า ปัญญาอ่อน หรือเป็นโรคจิตเภท

(Schizophrenia) ได้มีความสับสนมาตลอดว่า อินแฟนไทล์ ออทิสซึม เป็นการแสดงออกในระยะเริ่มต้นของโรคจิตเภท หรือเป็นความผิดปกติที่ไม่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน หลักฐานในปัจจุบันได้แสดงว่าความผิดปกติทั้ง 2 ชนิดนี้แยกออกจากกันอย่างชัดเจน<sup>2</sup> ในปัจจุบันได้มีการศึกษาอย่างกว้างขวาง และประมวลข้อมูลเกี่ยวกับ ออทิสซึม ดังนี้

## อุบัติการณ์

ในเด็กอายุต่ำกว่า 12 หรือ 15 ปี พบ 4-5 ราย ใน 10,000 ราย โดยพบว่าเด็กที่มารดามีประวัติของโรคหัดเยอรมันในระยะตั้งครรภ์ จะมีอัตราการเกิดสูงกว่า ดังนั้นจึงทำให้เกิดปัญญานอกร่วมด้วย หากนับเด็กปัญญานอกรวมกับเด็กที่รุนแรงที่เกิดร่วมกับลักษณะของออทิสซึมบางชนิดแล้ว อัตราเกิดจะสูงถึง 20 ต่อ 10,000 ส่วนใหญ่ ออทิสซึมจะเกิดก่อน 36 เดือน แต่พ่อแม่อาจจะไม่สามารถทราบได้ ซึ่งทั้งนี้ขึ้นกับความรุนแรงและการตระหนักถึงความผิดปกติชนิดนี้ของพ่อแม่ ความผิดปกตินี้จะเกิดในเพศชายมากกว่าหญิง คือประมาณ 3-4 ต่อ 1<sup>3-6</sup> แต่เด็กหญิงจะมีแนวโน้มที่อาการของโรคจะรุนแรงกว่า การศึกษาในช่วงแรก ๆ เสนอแนะว่า ความผิดปกตินี้จะพบในครอบครัวที่มีฐานะสูง แต่ในปัจจุบันพบว่าอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในเด็กฐานะต่ำ ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากการตระหนักถึงความผิดปกตินี้มากขึ้น และมีบุคลากรในด้านสุขภาพจิตเด็กซึ่งจะทำงานในด้านนี้เพิ่มมากขึ้น

## สาเหตุ

ออทิสซึม เป็นกลุ่มอาการพฤติกรรมทางด้านพัฒนาการ (Developmental Behavioral Syndrome) ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุด้วยกัน ปัจจุบันมีหลักฐานที่บ่งชี้ว่ามักมีมูลเหตุมาจากความผิดปกติทางชีววิทยา (Biological Abnormalities) ไม่ใช่จากการเลี้ยงดูดังที่เคยเชื่อ

### 1. ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic Factor)

กลุ่มอาการทางพันธุกรรมบางชนิดจะพบร่วมกับการเกิดออทิสซึม เช่น ฟีนิลคีโตนูเรีย (Phenylketonuria), กลุ่มอาการโครโมโซมเอ็กซ์เปราะบาง<sup>4</sup> (Fragile X Syndrome) มีหลายการศึกษาซึ่งแสดงให้เห็นว่า 2% ของ

พี่น้องเด็กออทิสติกจะเป็นออทิสติกด้วย<sup>5-7</sup> เมื่อเทียบความเสี่ยงของกลุ่มประชากรปกติในการเกิดออทิสซึม อัตราการเกิดในพี่น้องของเด็กออทิสติกจะเป็น 50 เท่า<sup>8</sup> FOLSTEIN และ RUTTER<sup>9</sup> พบว่าแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจะเกิดออทิสซึมทั้งคู่ถึง 36% ในขณะที่แฝดที่เกิดจากไข่ 2 ใบ อัตราดังกล่าวจะเป็นศูนย์ RITVO<sup>10</sup> เสนอว่ากลุ่มย่อยของออทิสซึมนี้อาจเกิดจากการถ่ายทอดทางโครโมโซมด้อย (Recessive Gene Transmission)

## 2. ปัจจัยโดยกำเนิด หรือในช่วงเกิด (Congenital or Perinatal Factor)

ปัญหาในช่วงก่อนและหลังคลอด เช่นการคลอดที่เด็กอยู่ในท่าก้น (Breech Delivery) น้ำหนักแรกเกิดต่ำ, เด็กออทิสติกจะพบบิลลิรูบินในเลือดสูงมากกว่าเด็กปกติ<sup>11-12</sup> WERRY<sup>14</sup> เสนอแนะว่า ออทิสซึมอาจเป็นสิ่งที่แสดงออกของความเสียหายทางสมองที่เป็นมาแต่กำเนิดอย่างรุนแรงหรือในช่วงเกิด (Severe Congenital or Perinatal Brain Damage)

## 3. ปัจจัยทางประสาทวิทยา (Neurologic Factor)

มีการศึกษาซึ่งแสดงให้เห็นว่าเด็กออทิสติกจำนวนมากมีความผิดปกติของสมอง (Organic Brain Disorders) ตั้งแต่ 30-100%<sup>11</sup> ได้แก่ ซีรีบรัล พาลซี (Cerebral Palsy), รูเบลลา ทอกโซพลาสโมสิส ตั้งแต่กำเนิด (Congenital Rubella Toxoplasmosis), เยื่อหุ้มสมองอักเสบ, เลือดคั่งในสมองอย่างรุนแรง, โรคลมชัก ฯลฯ ประมาณ 50% ของเด็กออทิสติกมีคลื่นสมองผิดปกติ<sup>6,16,17,18</sup> ได้มีการศึกษาพบว่า การเคลื่อนไหวของตาเด็กออทิสติกจะเหมือนเด็กทารกปกติมากกว่ากลุ่มควบคุมที่อายุเท่ากัน ซึ่งแสดงถึงการไม่พัฒนาตามวัย<sup>19,20</sup> นอกจากนั้นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในการได้ยินก็ไม่พัฒนาตามวัยเช่นกัน<sup>21,22</sup> เด็กออทิสติกบางคน จะมีความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น มีการเต้นของหัวใจผิดปกติ (Arrhythmia) มากกว่าเด็กปกติ<sup>23</sup> พบ 30-75% ของผู้ป่วยออทิสติก<sup>6,15</sup> มีการทำงานของกล้ามเนื้อผิดปกติ (Hyper หรือ Hypotonia) เงอะงะ กล้ามเนื้อกระตุก ทำย่นผิดปกติ มือและนิ้วมือสั้น ตาเหล่

## 4. ปัจจัยทางชีวเคมี (Biochemical Factor)

หนึ่งในสามของเด็กออทิสติกมีระดับซีโรโทนินใน

เลือดสูง และพบความสัมพันธ์ระหว่างการเพิ่มขึ้นของระดับซีโรโทนินในเลือดและการลดลงของกรดไฮดรอกซีอินโดลอะซีติก (5 Hydroxyindole Acetic Acid) ในน้ำไขสันหลัง และพบซีโรโทนิน เมทาบอไลต์ 5 ไฮดรอกซี เอ็น, เอ็น-ไดเมทิล ทริพทามีน (5 Hydroxy-N, N-Dimethyl-Tryptamine) ในปัสสาวะของเด็กออทิสติกและครอบครัว แต่ไม่พบในกลุ่มควบคุม<sup>24</sup> CAMPBELL<sup>25</sup> พบว่าสารที่สกัดกันโดพามีนรีเซพเตอร์ (Dopamine Receptor Blocking Agent) จะควบคุมระบบหลาย ๆ อย่างเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและทำให้เด็กออทิสติกให้ความร่วมมือและยอมรับ ขบวนการศึกษาพิเศษได้ดีขึ้น

## 5. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychogenic Factor)

ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาใด ๆ ที่จะพิสูจน์ว่า ปัจจัยทางจิตวิทยาหรือสังคมจะเป็นสาเหตุของการเกิดอินแฟนไทล์ ออทิสซึมได้ ไม่ว่าจะเป็นการเลี้ยงดู เศรษฐฐานะ บุคลิก ลักษณะของพ่อแม่

## ลักษณะของเด็กออทิสซึม

### ด้านร่างกาย

เด็กออทิสติกอายุ 2-7 ปี มีแนวโน้มว่าจะเตี้ยกว่าเด็กในวัยเดียวกันของประชากรปกติ และจะมีความถนัดทั้งมือซ้ายและมือขวาในอายุที่เด็กปกติจะถนัดข้างใดข้างหนึ่งมากกว่าอีกข้างหนึ่ง และมักมีลายมือ ลายเท้า ที่แตกต่างจากประชากรทั่วไป ซึ่งอาจบ่งชี้ว่าเกิดการขัดขวางการเจริญเติบโตในช่วงนิวโรเอกโตเดอร์มัล (Neuroectodermal Development) เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปกติ จะพบอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน (Upper Respiratory Infections) มากกว่า เรอมากผิดปกติ มีอาการชักจากไข้สูง ท้องผูก และ อุจจาระเหลวมากกว่าเด็กปกติ ซึ่งอาจแสดงให้เห็นถึงระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System) ที่ไม่พัฒนาเต็มที่หรือผิดปกติ เด็กออทิสติกจะมีอุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้นจากโรคติดเชื้อ แต่จะไม่บ่นถึงความเจ็บปวดไม่ว่าจะด้วยคำพูดหรือท่าทาง และอาจไม่แสดงถึงท่าทางอ่อนเพลียเหมือนเด็กปกติที่ป่วย เป็นที่น่าสนใจว่าพฤติกรรมและความสัมพันธ์กับผู้อื่นจะปรับปรุงดีขึ้นในช่วงที่เจ็บป่วย และในบางโอกาask ก็จะเป็นเครื่องบ่งบอกถึงปัญหาทางสุขภาพได้



## ด้านภาษา

ความผิดปกติในการพัฒนาการด้านภาษา และความเข้าใจในการพูดจะพ้อง เป็นเกณฑ์สำคัญในการวินิจฉัย อินแฟนไทล์ออทิสซึม เด็กออทิสติกที่ปัญญาอ่อนอย่างรุนแรง จะไม่มีพัฒนาการเข้าใจความหมายของคำพูด ในรายที่ไม่รุนแรงจะเข้าใจคำสั่งง่าย ๆ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องอยู่ในขณะนั้น หรือโดยใช้ท่าทางประกอบ แต่อาจไม่เข้าใจในรื่องนามธรรม ในขวบปีแรกเด็กออทิสติกมักจะพูดอ้อแอ้น้อยกว่าเด็กปกติ หรือมีลักษณะการพูดอ้อแอ้ที่ผิดปกติ บางคนอาจจะไม่พูดเลยจนอายุ 5 ปี ครั้งหนึ่งของเด็กออทิสติกจะไม่พูดเลยตลอดชีวิต<sup>27</sup> เด็กบางคนจะเปล่งเสียงซึ่งเป็นลักษณะเดียวกันหมด ซ้ำ ๆ เช่นเสียงกรีก ๆ, กรีดร้อง ส่งเสียงแหลมหรือออกเสียงเป็นพยางค์ที่ไร้ความหมาย โดยไม่มีความต้องการจะสื่อกับใคร เด็กปกติทั่วไปจะมีความเข้าใจในการรับรู้ภาษาก่อนที่จะพูดเป็น แต่เด็กออทิสติกจะพูดมากกว่าเข้าใจ ในบางครั้งเด็กจะพูดบางคำพูดหรือทั้งประโยคได้ครั้งหนึ่งและจะไม่พูดอีกเป็นอาทิตย์ เดือน หรือปี ภาษาพูดมักจะเป็นการพูดซ้ำ ๆ เลียนแบบคำพูดคนอื่นโดยไม่มี ความหมาย (Echolalia) เด็กเหล่านี้มักใช้สรรพนามกลับ เช่น เธอเป็นฉัน เช่นพูดว่าเธออยากได้ของเล่นใหม่ แปลว่าฉันอยากได้ของเล่น และมักมีปัญหาในการออกเสียงให้ชัดถ้อยชัดคำ คุณภาพและจังหวะของเสียงจะแปลก ๆ เด็กออทิสติกที่ฉลาดบางคนจะสนใจตัวเลขและตัวอักษรอย่างมาก บางคนจะเรียนรู้การอ่านได้เองในวัยเรียน แต่ส่วนใหญ่จะอ่านโดยไม่มี ความเข้าใจ

## ด้านพฤติกรรม

1. ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ได้ เด็กออทิสซึม ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับพ่อแม่และคนอื่นได้ ในช่วงที่เป็นทารก หลาย ๆ คน อาจไม่ยิ้มกับผู้อื่นหรือไม่ ทำท่ารอให้ผู้ใหญ่อุ้ม ไม่สบตาไม่ติดพ่อแม่พี่เลี้ยง ไม่ทราบความแตกต่างระหว่างบุคคลสำคัญในชีวิตเช่น พ่อแม่พี่น้องหรือครู ไม่มีความกลัวหากต้องแยกจากพ่อแม่หรือพี่เลี้ยง และเมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยกับคนแปลกหน้า เมื่ออายุเข้าสู่ช่วงวัยเรียนการชอบอยู่คนเดียวอาจลดน้อยลงหรือไม่เด่นชัดโดยเฉพาะเด็กที่มีความรุนแรงน้อย แต่มักจะมีปัญหาในการเล่นกับเพื่อนสร้างมิตรมีความเคอะเขินและ

ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในการเข้าสังคม และมักจะไม่พัฒนาในด้านความเห็นอกเห็นใจต่อผู้อื่น ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายเด็กออทิสติกบางรายที่พัฒนามากที่สุดจะต้องการสร้างมิตรภาพ อย่างไรก็ตามการเข้าหาพบปะพูดคุยกับเพื่อนมักจะไม่เหมาะสม การไม่สามารถจะตอบสนองต่อผู้อื่นในแง่ความสนใจ อารมณ์ และความรู้สึกเป็นสิ่งที่กีดกันในการสร้างมิตรภาพ เด็กวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ที่เป็นออทิสซึมจะมีความรู้สึกทางเพศตามปกติ แต่การที่ขาดความสามารถและความชำนาญในด้านสังคม ทำให้ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ทางเพศได้ ดังนั้นจึงพบว่ามี การแต่งงานน้อยมากในประชากรออทิสติก

2. ความผิดปกติในการเล่น ในปีแรกเด็กออทิสติกจะไม่เล่นสำรวจ (Exploratory Play) เหมือนเด็กทั่วไปหรือมีน้อยมาก และมักจะจับต้องของเล่นหรือสิ่งของอื่น ๆ แตกต่างไปจากที่ควรจะเป็น การเล่นมักจะซ้ำ ๆ เป็นพิมพ์เดียวกันหมดรูปแบบของการเล่นมักไม่ยืดหยุ่น, จำกัด, มีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก, เด็กเหล่านี้มักจะหมุ่น เคาะ และ เรียงสิ่งของเป็นแถวและมักผูกพันกับสิ่งของที่ไม่มีชีวิต และไม่ชอบเล่นกับผู้อื่น ไม่มีความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการ เด็กออทิสติกจะไม่สามารถเล่นเลียนแบบหรือเข้าใจการละเล่นที่เกี่ยวข้องกับการไต่

3. เด็กเหล่านี้จะชอบความเหมือนเดิม และต่อต้านการเปลี่ยนแปลง เช่น ย้ายบ้าน, ย้ายเครื่องเรือนในห้องหรือให้ทำอะไรที่ไม่เหมือนกับที่เคยทำประจำ จะทำให้ตกใจกลัว และออกฤทธิ์อาละวาดได้

4. การตอบสนองต่อสิ่งเร้าความรู้สึก (Response to Sensory Stimuli) เด็กออทิสติกอาจจะตอบสนองสิ่งเร้าความรู้สึก (เช่น เสียงหรือความเจ็บปวด) มากขึ้นหรือน้อยลง อาจเลือกที่จะเพิกเฉยต่อผู้อื่นที่พูดกับเขา จึงมักถูกเข้าใจผิดว่าหูหนวก อย่างไรก็ตามเขาอาจแสดงความสนใจพิเศษต่อเสียงของนาฬิกาข้อมือ บางคนจะมีเทรชโฮลต่อความเจ็บปวด (Pain Threshold) ลดน้อยลง หรือมีการตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่ผิดปกติออกไป เด็กเหล่านี้ อาจทำให้เกิดบาดแผลกับตนเองอย่างรุนแรง และไม่ร้องไห้เลย เด็กออทิสติกหลายคนชอบดนตรี เขามักจะฮัมเพลงหรือร้องเพลง หรือเพลงโฆษณาได้ก่อนที่จะพูดได้ บางคนชอบการกระตุ้นต่อเวสทิบูล (Vestibular Stimulation) ได้แก่ การหมุน ไล่ แกว่ง หรือ เคลื่อนไหวขึ้น ๆ ลง ๆ

5. อาการทางพฤติกรรมอื่น ๆ การเคลื่อนไหวมากเกินไป (Hyperkinesis) จะพบได้บ่อยในเด็กออทิสติกที่อายุน้อย พบการเคลื่อนไหวน้อยกว่าปกติ (Hypokinesis) ได้น้อยกว่า และหากว่าพบก็มักจะสลับกับการเคลื่อนไหวมากเกินไป อาจพบอาการก้าวร้าวและอาละวาดทำฤทธิ์เดช โดยไม่มีเหตุผล มักทำร้ายตัวเองโดยเอาศีรษะชนฝาหรือพื้น หรือวัตถุ, กัด เกา และดึงผม มีช่วงความสนใจสั้น ๆ หรืออาจไม่สามารถจะมุ่งความสนใจไปกับงานนอนไม่หลับ มีปัญหาในการกินอาหาร บั๊สสวะและอุจจาระราด

### ด้านสติปัญญา

40% ของเด็กออทิสติกจะมีระดับไอคิว (I.Q. Score) ในช่วงต่ำกว่า 50 ถึง 55 (ปัญญาอ่อนระดับปานกลาง รุนแรง หรือลึก) 30% อยู่ในช่วงสูงกว่า 50 ถึง 70 (ปัญญาอ่อนน้อย) และ 30% อยู่ในช่วงสูงกว่า 70<sup>28</sup> การศึกษาทางระบาดวิทยาแสดงให้เห็นว่าความเสี่ยงต่อการเกิดออทิสซึมสูงขึ้น หากระดับไอคิวต่ำลง ประมาณ 1 ใน 5 ของเด็กออทิสซึมมีสติปัญญาที่ไม่ใช้ภาษาปกติและมักแสดงให้เห็นปัญหาเกี่ยวกับการเรียงลำดับคำพูดและความชำนาญในการสรุป มากกว่าความชำนาญในเรื่องท่องจำ และในเรื่องเกี่ยวกับระยะเวลาการเห็น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความบกพร่องในเรื่องกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาษา นอกจากนี้มักพบความสามารถแปลก ๆ ในเด็กออทิสติก เช่น เด็กบางคนจะท่องจำได้ สามารถคำนวณได้อย่างมหัศจรรย์เหนือเด็กอายุเดียวกัน ยังมีการอ่านเองได้ดี (ถึงแม้จะไม่เข้าใจสิ่งที่อ่าน) จำได้ว่าปากเปล่าได้ดี รวมทั้งความสามารถในด้านดนตรี (ร้องเพลงหรือจำเพลงต่าง ๆ ได้)

### การวินิจฉัยจากความผิดปกติอื่น ๆ

ความผิดปกติอื่น ๆ ที่ต้องวินิจฉัยแยกจากออทิสซึมที่สำคัญคือ

1. โรคจิตเภทซึ่งเกิดในวัยเด็ก (Childhood Onset of Schizophrenic Disorder) โรคจิตเภทในเด็กต่ำกว่า 5 ปี พบน้อยมาก มักเกิดร่วมกับภาพหลอน เพ้อคลั่ง และมีอุปนิสัยของการชัก และ ปัญญาอ่อน น้อยกว่า และมีระดับสติปัญญาม่ำเสมอว่าเด็กออทิสติก

2. ปัญญาอ่อนซึ่งมีอาการทางพฤติกรรมร่วมด้วย

(Mental Retardation with Behavioral Symptom) เด็กปัญญาอ่อนอาจมีอาการทางพฤติกรรมซึ่งเป็นลักษณะของออทิสติก หากมีความผิดปกติทั้งคู่ร่วมกันก็ควรได้รับการวินิจฉัยทั้ง 2 อย่าง

ลักษณะสำคัญที่แบ่งแยกออทิสซึมจากปัญญาอ่อนคือ

1. เด็กปัญญาอ่อนมักจะสัมพันธ์กับผู้ใหญ่และเด็กอื่นตามระดับอายุของสติปัญญาที่เขาได้อยู่  
2. ใช้ภาษาที่มีอยู่ในการสื่อสารกับผู้อื่น  
3. ลักษณะปัญญาอ่อนจะค่อนข้างสม่ำเสมอ ไม่ใช่มีบางโอกาสที่จะมีสติปัญญาปราดเปรื่องในบางเรื่อง (Splinter Functions) เหมือนเด็กออทิสติก

3. ความผิดปกติของพัฒนาการด้านภาษา (Developmental Language Disorder : Receptive Type) มีลักษณะคล้าย ๆ เด็กออทิสติก ทำให้การวินิจฉัยแยกโรคทำได้ยาก เด็กกลุ่มนี้มักพบว่ามีหูหนวกร่วมด้วย ระดับสติปัญญาอาจสูญเสียไปบ้างแต่ไม่รุนแรง มีการเล่นที่ใช้จินตนาการ มีการสื่อที่ใช้ท่าทาง ไม่พบพฤติกรรมแบบพิมพ์เดียวกันหรือถ้าพบก็ไม่รุนแรง

4. การไม่พูดที่เกิดร่วมกับการชัก (Acquired Aphasia with Convulsion) เป็นสภาวะที่พบน้อย และบางครั้งยาก ที่จะแยกออกจากออทิสซึม หรือ จิตพิการถดถอย (Disintegrative Psychosis) เด็กเหล่านี้มีพัฒนาการปกติหลายปีก่อนที่จะสูญเสียภาษาที่เกี่ยวกับการรับรู้หรือการแสดงออกภายในไม่กี่อาทิตย์หรือไม่กี่เดือน ส่วนใหญ่จะเกิดการชักและมักพบคลื่นสมองผิดปกติในขณะที่เกิดขึ้น แต่จะไม่คงอยู่จากนั้นจะพบความผิดปกติอย่างมากในความเข้าใจเกี่ยวกับภาษาโดยที่จะมีรูปแบบของคำพูดผิดเพี้ยนไป หรือสูญเสียไปเด็กบางคนจะพัฒนาดีขึ้น แต่จะมีร่องรอยของความผิดปกติในเรื่องภาษาหลงเหลืออยู่

5. หูหนวกแต่กำเนิดหรือการสูญเสียการได้ยินชนิดรุนแรง (Congenital Deafness or Severe Hearing Impairment) เด็กออทิสติกมักจะไม่ได้พูดหรือเลือกไม่สนใจภาษาพูดบางชนิดในช่วงทารก เขามักจะถูกผู้อื่นคิดว่าหูหนวก ลักษณะที่จะแยกได้คือ เด็กออทิสติกอาจทำเสียงอ้อแอ้บ้าง แต่ไม่บ่อย ในขณะที่เด็กหูหนวกจะมีประวัติว่าทำเสียงอ้อแอ้เป็นปกติแล้วค่อย ๆ น้อยลง จนในที่สุดจะหยุดอ้อแอ้ในช่วง 6 เดือน ถึง 1 ปี เด็กหูหนวกจะตอบสนองต่อ

เสียงดัง ๆ เท่านั้น ในขณะที่เด็กออทิสติกจะละเลยเสียงดัง หรือเสียงปกติและอาจตอบสนองต่อเสียงที่นุ่มนวลหรือแผ่วเบาได้ ที่สำคัญคือ เมื่อตรวจวัดการฟังด้วยออดิโอแกรม (Audiogram) จะพบว่าการสูญเสียการได้ยินในเด็กหูหนวก แต่เขาจะสัมพันธ์กับพ่อแม่ อยากได้รับความรัก และชอบให้อุ้ม ซึ่งต่างกับเด็กออทิสติก

6. เด็กที่ขาดสภาวะทางจิตใจและสังคมที่เหมาะสม (Psychosocial Deprivation) ปัญหารุนแรงในด้านร่างกายและอารมณ์ (เป็นต้นว่าขาดแม่, การอยู่ในโรงพยาบาล หรือ เติบโตช้า) จะทำให้เด็กเหล่านี้ ไม่สนใจสิ่งรอบข้าง, ชอบอยู่คนเดียว และทำตัวห่างเหิน ความชำนาญในด้านภาษา และการเคลื่อนไหวจะช้าลง เด็กเหล่านี้จะพัฒนาดีขึ้นอย่างรวดเร็วถ้าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม แต่ในเด็กออทิสซึมจะไม่เป็นเช่นนั้น

7. จิตพิการชนิดถดถอย (Disintegrative Regressive) มักเกิดในช่วงเด็กอายุ 3-5 ปี พบน้อยกว่าออทิสซึม เด็กเหล่านี้มักมีพัฒนาการปกติจนกระทั่งเริ่มเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งจะพบการถดถอยหรือเสื่อมโทรมลงของสติปัญญาและพฤติกรรมทุกด้าน และมักพบร่วมกับการทำอะไรซ้ำซาก เป็นแบบพิมพ์เดียวกันหมด และใช้คำพูดบางคำติดเป็นนิสัย การเจ็บป่วยนี้จะรุนแรงขึ้นในช่วง 2-3 เดือน ซึ่งอาจจะเกิดตามมาจากการเจ็บป่วยชนิดไม่รุนแรง หรือมีการติดเชื้อจากไวรัส

## การพยากรณ์โรค

ออทิสซึมเป็นความผิดปกติชนิดเรื้อรังและการพยากรณ์โรคจะไม่แน่นอน เด็กที่มีระดับสติปัญญาสูงกว่า 70 และมักใช้ภาษาในการสื่อสารที่อายุ 5 ถึง 7 ปี เป็นกลุ่มที่การพยากรณ์โรคดีที่สุด จากการศึกษาคู่มือที่เป็นออทิสซึมพบว่า สองในสามของผู้ที่เป็นออทิสติก จะมีความพิการชนิดรุนแรง และจะอยู่โดยอิสระไม่ได้ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น อาจอาศัยอยู่กับญาติหรือในสถาบันเป็นระยะเวลานาน เพียง 1 หรือ 2% จะมีชีวิตที่ปกติและเป็นอิสระมีงานทำได้ 5 ถึง 20% อยู่ในสภาวะก้ำกึ่งปกติ การพยากรณ์โรคจะดีขึ้นหากสิ่งแวดล้อมหรือครอบครัวสนับสนุนและสามารถตอบสนองต่อความต้องการที่มากขึ้นของเด็กเหล่านี้ แม้ว่า จะพบอาการลดน้อยลงในหลาย ๆ ราย แต่อาจพบการทำร้ายตัวเองอย่างรุนแรง, ความก้าวร้าว และพฤติกรรม

ถดถอย ประมาณ 4% - 32% จะเกิดการชักชนิดแกรนด์-มาล (Grand Mal Seizure) ในปลายช่วงเด็กหรือวัยรุ่น และทำให้การพยากรณ์โรคเลวลง

## การรักษาความผิดปกติชนิดออทิสซึม

จุดประสงค์ของการรักษา คือลดอาการทางพฤติกรรม และช่วยเพิ่มพัฒนาการในส่วนซึ่งช้าหรือยังเป็นขั้นต่ำอยู่ หรือไม่มีพัฒนาการเลย เช่นภาษาและความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง พ่อแม่มักเศร้าใจจึงควรได้รับการปลอบประโลมและคำแนะนำ

วิธีบำบัดทางพฤติกรรมและการเรียนรู้ใช้ได้ผลดี ในปัจจุบัน การฝึกในห้องเรียนซึ่งมีแบบแผนร่วมกับวิธีพฤติกรรมบุกรุก (Intrusive Behavioral Methods) เป็นวิธีที่มีประสิทธิผลสูงสุด การศึกษาแสดงให้เห็นว่าเด็กจะพัฒนาในด้านภาษาและความรู้ความเข้าใจและจะลดพฤติกรรมที่ไม่ปรับตัวเข้ากับสังคมลง หากใช้วิธีดังกล่าว การฝึกปฏิบัติอย่างจริงจังและสอนพ่อแม่เป็นรายบุคคลในเรื่องการปรับพฤติกรรมร่วมกับการช่วยแก้ปัญหาและลดความกังวลให้พ่อแม่ จะช่วยให้พัฒนาการของเด็กดีขึ้นทั้งในด้านภาษา ความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรม อย่างไรก็ตาม การฝึกนี้จะกวัดข้นมากและต้องใช้เวลาของพ่อแม่เป็นอย่างมาก เด็กออทิสติกต้องมีแบบแผนในการฝึกฝนมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และทุกวันจะใช้จำนวนชั่วโมงมากที่สุดที่จะเป็นไปได้ในการฝึก

แม้จะไม่มียาซึ่งเฉพาะเจาะจง การใช้ยาก็เป็นสิ่งช่วยเสริมการฝึกปฏิบัติได้ การใช้ฮาโลเพอริดอล (Haloperidol) จะลดอาการทางพฤติกรรมและช่วยให้เรียนรู้เร็วขึ้น ยาจะลดการเคลื่อนไหวมากเกินไป พฤติกรรมแบบพิมพ์เดียวกัน การอยู่คนเดียว ความหงุดหงิด ความสัมพันธ์ที่ผิดปกติกับวัตถุ ความฉุนเฉียว<sup>31</sup>

เฟนิลฟลูรามีน (Fenfluramine) เป็นยาซึ่งมีคุณสมบัติในการต่อต้าน ซีโรโทนิน มีรายงานว่าสามารถลดอาการทางพฤติกรรม และลดความผิดปกตินี้ได้ ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในบางรายคือไม่เจริญอาหาร น้ำหนักลด ง่วงซึม

## รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเป็นเด็กชายไทยอายุ 2 ปี 11 เดือน มารับการรักษาที่ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันต-

แพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เนื่องจากฟันน้ำนม  
ดัดขึ้นกลางบนขวาและซ้าย (#51 และ #61) ผุ จากการ  
ซักรั้วฟัน ผู้ปกครองให้ข้อมูลว่าเด็กมีสุขภาพร่างกาย  
แข็งแรงดีแต่ไม่พูด ขณะนี้ฝึกพูดที่โรงพยาบาลยุวประสาท  
อยู่ เด็กชอบเล่นคนเดียว ไม่พูด ถ้าไม่พอใจจะกรี๊ดร้อง  
เสียงดัง บางครั้งกลืนหายใจจนหน้าเขียว และยังดูคนม  
ขวดก่อนนอนทุกครั้ง ไม่เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรม  
มาก่อน เมื่อปรึกษากับจิตแพทย์ผู้ทำการรักษาจึงทราบว่า  
เป็นออทิสซึม ไม่ได้รับประทานยาใด ๆ นอกจากวิตามิน  
รวมผสมฟลูออไรด์ 1 มิลลิกรัมทุกวัน

การตรวจสภาพนอกช่องปากพบว่าปกติ น้ำหนัก 15  
กิโลกรัม เนื้อเยื่ออ่อนในช่องปากปกติฟันน้ำนมขึ้นครบ  
20 ซี่ การสบฟันเป็นแบบ นิวโทร (Neutro Occlusion)  
ฟันน้ำนมดัดขึ้นกลางบนขวาและซ้าย (#51, 61) ผุทางด้าน  
ใกล้กลางและด้านดัด จากภาพถ่ายรังสีพบว่ารอยผุทะลุ  
ประสาทฟัน ฟันน้ำนมดัดขึ้นข้างบนซ้าย (#62) ผุด้านใกล้  
กลาง

ในการตรวจช่องปากครั้งแรกนี้ ทันตแพทย์ได้ใช้  
วิธี Tell Show Do ในการปรับพฤติกรรมเด็ก แต่เด็ก  
ไม่มีการสื่อสาร (Communication) กับทันตแพทย์เลย  
ไม่ให้ความร่วมมือ ไม่นั่งนิ่ง เคลื่อนไหวตลอดเวลา กรี๊ดร้อง  
ดิ้น ต่อด้าน และอาเจียน เมื่อทราบประวัติทางการแพทย์  
ว่าเด็กเป็นออทิสซึม จึงวางแผนการบำบัดรักษาในครั้งที่  
สอง โดยให้เด็กรับประทานยาแก้ปวดประสาทร่วมกับดม  
ก๊าซไนตรัสออกไซด์ ออกซิเจน และบูรณะฟัน #51,  
#61, #62 รวมทั้งทำผิวนิกหลุมร่องฟันของฟันกรามน้ำนม  
ซี่ที่เหลือหากเป็นไปได้ และในครั้งที่สามจะสอนวิธีดูแล  
สุขภาพช่องปากให้ผู้ปกครอง

ในครั้งที่ 2 นี้ไม่ให้ผู้ป่วยรับประทานยา 4 ชั่วโมง  
ก่อนมาถึง ยาแก้ปวดประสาทรที่ใช้ คือ คลอโรลไฮเดรท  
(Chlorol Hydrate) ในขนาด 60 มก./กก. เท่ากับ 900  
มก. และร่วมกับฟิเนอร์แกน (Phenergan) ในขนาด 1.3  
มก./กก. คือ 20 มก. เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาแล้ว อีก  
ประมาณ 1 ชั่วโมง 15 นาทีก็เริ่มหลับ นำผู้ป่วยเข้าห้อง  
ทันตกรรม เริ่มให้ดมก๊าซไนตรัสออกไซด์ออกซิเจน ใน  
ปริมาตร 50:50 เด็กตื่นขึ้นต่อด้านและร้องตลอดเวลา เมื่อ  
รออีก 20 นาที ก็เริ่มเปลี่ยนปริมาตรก๊าซไนตรัสออกไซด์  
ออกซิเจน เป็น 80:20 เพื่อทำการฉีดยาชา 2% เมพิวาเคน

(Mepivacaine) และอีพิเนฟริน (Epinephrine) 1:100,000  
โดยคำนวณไว้แล้วว่าตลอดการรักษาจะใช้ไม่เกิน 54 มก.  
และใส่แผ่นยางกันน้ำลายบริเวณฟันหน้าบน เปลี่ยนปริมาตร  
ก๊าซไนตรัสออกไซด์ออกซิเจนเป็น 60:40 แล้วทำการ  
รักษา #51, #61 ด้วยวิธีฟัลเพคโตมิโดยซิงค์ออกไซด์  
ยูจินอล และทำครอบฟันเหล็กไร้สนิม, #62 บูรณะด้วย  
คอมโพสิทเรซิน แล้วฉีดยาชาใส่แผ่นยางกันน้ำลายที่บริเวณ  
ฟันกรามน้ำนมซี่ที่สองล่างขวา และทำผิวนิกหลุมร่องฟัน  
ในฟันกรามน้ำนมล่างขวาซี่ที่หนึ่งและสอง (#84, #85)  
ใช้เวลาในการรักษาทั้งสิ้นประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที  
เนื่องจากเด็กตื่นและร้องตลอดการรักษา จึงชะลอการทำ  
ผิวนิกหลุมร่องฟันในฟันกรามน้ำนมซี่อื่น ๆ ไว้ก่อน การให้  
รับประทานยาแก้ปวดประสาทรในครั้งนี้ไม่ได้ผลนัก ซึ่งจะ  
กล่าวถึงต่อไปในบทวิจารณ์ หลังเสร็จสิ้นการรักษาเด็ก  
รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการง่วงซึมเลย

ในครั้งที่ 3 นัดผู้ปกครองมาเพื่ออธิบายความสำคัญ  
ของการป้องกันการเกิดโรคในช่องปากโดยเฉพาะอย่างยิ่ง  
การเลืกนมขวด และการจำกัดอาหารหวาน ซึ่งจะให้รับ-  
ประทานเฉพาะในมื้ออาหาร และเลืกเลืกเด็กด้วยอาหาร  
ที่ไม่ก่อให้เกิดโรคฟันผุ เช่น ผลไม้ อาหารประเภทถั่ว และ  
กลุ่มโปรตีน สอนการแปรงฟันวิธีสลับและการใช้เส้นใย  
ขัดฟันให้ผู้ปกครองสามารถทำได้ถูกต้องและมีประ-  
สิทธิภาพ และนัดมาตรวจประเมินการรักษาอีกครั้งใน  
6 เดือนข้างหน้า

ในการเรียกกลับมาตรวจ 6 เดือน เด็กมีพฤติกรรม  
ดีขึ้น แม้จะร้องไห้บ้างก็สามารถให้ความร่วมมือได้ในระดับ  
ดีพอใช้ ผู้ปกครองให้ข้อมูลว่ายังไปฝึกในชั้นเรียนพิเศษที่  
โรงพยาบาลยุวประสาทอยู่อาทิตย์ละ 1 วัน ส่วนอีก 4 วัน  
ไปเรียนที่โรงเรียนอนุบาลสำหรับเด็กปกติ ซึ่งเด็กปรับตัว  
ได้ดี แต่ยังมีปัญหาในการพูดสื่อความหมายอยู่บ้าง ทันต-  
แพทย์ได้ทำผิวนิกหลุมร่องฟันในฟันกรามน้ำนมซี่ที่หนึ่ง  
และสองในด้านบนขวา, บนซ้ายและล่างซ้าย (#55, 54,  
65, 64 และ 75, 74) โดยใช้ยาชาเฉพาะที่ชนิดเจล (Gel)  
ทา คือ เบนโซเคน 5% (Benzocaine) ทาบริเวณขอบ  
เหงือกและใส่แผ่นยางกันน้ำลายสำหรับทุกควอดแรนท์  
(Quadrant) ที่ทำผิวนิกหลุมร่องฟัน ในระหว่างการทำ  
เด็กอาเจียน 1 ครั้ง และการรักษาเสร็จสิ้นลงด้วยการขัดฟัน  
และเคลือบฟลูออไรด์ การบอกเล่า แสดง ทำ (Tell Show

Do Technique) เป็นวิธีที่ใช้ในการจัดการกับพฤติกรรมของเด็กตลอดการรักษา ในครั้งนี้ผู้ปกครองบอกว่าได้หยุดการรับประทานฟลูออไรด์ไประยะหนึ่งเนื่องจากเด็กไม่ยอมรับประทาน เพราะเมื่อรสชาติ ทันตแพทย์จึงได้กล่าวถึงความสำคัญของการรับประทานฟลูออไรด์ และให้เด็กลองรับประทานฟลูออไรด์ชนิดอื่นซึ่งรสชาติแตกต่างกันไป เด็กก็ยอมรับประทาน รวมทั้งได้แสดงวิธีการใช้เส้นใยขัดฟันให้ผู้ปกครองอีกครั้ง ผู้ปกครองบอกว่าเป็นผู้แปรงฟันให้เด็กทุกวัน

## บทวิจารณ์และสรุป

การป้องกันการเกิดโรคในช่องปากเป็นสิ่งสำคัญในเด็กออทิสติก เนื่องจากเด็กเหล่านี้มักมีสุขภาพในช่องปากไม่ดี เพราะไม่ชอบให้ใครมายุ่งกับตัวเขา และพฤติกรรมกินที่มักชอบอาหารเหลวและอาหารที่มีรสหวาน ประกอบกับการฝึกเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ ครูมักจะให้ขนมหวานเป็นรางวัลเมื่อเด็กสามารถกระทำกิจกรรมแต่ละขั้นตอนได้ เนื่องจากเด็กเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่เข้าใจคำชมเชยหรือความสนใจเอาใจใส่ ซึ่งเป็นการให้รางวัลชนิดสังคม (Social Reinforcement) นัก มีการศึกษาพบว่าอัตราการเกิดฟันผุและเหงือกอักเสบของเด็กออทิสติกจะไม่ต่างจากเด็กปกติ<sup>32,33</sup> แต่การรักษาก็จะกระทำได้ยาก เนื่องจากเด็กไม่สามารถให้ความร่วมมือได้ และการปรับพฤติกรรมชนิดอเวอร์ซีฟ (Aversive) เช่น การใช้มือปิดปากเด็ก (Hand Overmouth Exercise) ไม่แนะนำให้ใช้เลย เนื่องจากเด็กเหล่านี้จำนวนมากปัญญาอ่อน และถึงแม้มีระดับสติปัญญาก็มีปัญหาในเรื่องของความรู้ความเข้าใจและการใช้ภาษา การใช้วิธีอเวอร์ซีฟ อาจเกิดผลเสียต่อจิตใจผู้ป่วย ทำให้ตกใจและอาจมีผลทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น RUTTER<sup>34</sup> รายงานว่าเด็กออทิสติกจะมีอาการหงุดหงิดเมื่อไปรับการรักษาทางทันตกรรม สำหรับเด็กที่มีอาการของความผิดปกติรุนแรง และปัญญาอ่อน การดมยาสลบจะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุดในการรักษาทางทันตกรรม การให้รับประทานยาลดความกังวล พบว่าไม่สามารถคาดผลที่แน่นอนได้ BRAFF และ NEOLON<sup>35</sup> รายงานว่า การใช้ไนเซนต์ิล (Nisentil) ฉีดใต้ผิวหนัง ฟีนอร์แกน (Phenergan) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือ วิสตาริล (Vistaril)

ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ร่วมกับการดมก๊าซไนตรัสออกไซด์ออกซิเจน จะให้ผลดีที่สุด

สำหรับเด็กออทิสติกที่ได้รับการศึกษาพิเศษ และฝึกฝนมาพอสมควร ฟังคำพูดได้รู้เรื่อง ก็สามารถให้วิธีบอกเล่า แสดงและทำร่วมกับการใช้ยาชา เพื่อให้เกิดทันตกรรมไร้ความเจ็บปวด (Painless Dentistry) ร่วมกับการให้รางวัลเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ดี (Positive reinforcement) แต่ต้องอาศัยเวลาและความอดทน และต้องพยายามทำความเข้าใจกับเด็ก จึงจะได้ผลดี เมื่อเด็กยอมรับการรักษาโดยทันตแพทย์คนไหนแล้วไม่ควรเปลี่ยนหมอ ไม่ควรให้รอนานหรือทำฟันนาน เพราะเด็กจะมีพฤติกรรมต่อต้าน ไม่ให้ความร่วมมืออีกได้ ในเด็กออทิสติกที่มีปัญหาโรคลมชัก และได้รับยากันชักอยู่ หากผู้ปกครองไม่ได้รับการแนะนำให้ทำความสะอาดช่องปากให้ดี ก็อาจพบเหงือกบวมโต (Gingival Hyperplasia) ได้ ดังนั้นทันตกรรมป้องกันจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่พ่อแม่ของเด็กเหล่านี้จะได้เรียนรู้เพื่อดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กได้ เพื่อการรักษาจะไม่ยุ่งยาก เพราะมีแต่กรรมวิธีง่าย ๆ ซึ่งจะส่งเสริมให้เด็กเหล่านี้ยอมรับทันตกรรมได้ดีขึ้น

นอกจากนั้นแล้ว ทันตแพทย์อาจจะเป็นผู้ที่ส่งต่อผู้ป่วยเด็กออทิสติกไปรับการรักษา และกระตุ้นพัฒนาการ เด็กออทิสติกที่ไม่มีปัญญาร่วมด้วย ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมก่อนอายุ 4 ปี จะกลายเป็นบุคคลปัญญาอ่อนไปในที่สุด แต่ถ้าได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่วัยก่อน 4 ปีอย่างต่อเนื่องก็จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้เหมือนเด็กปกติที่มีคุณภาพต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์หญิง ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล ที่ให้คำปรึกษาและคำแนะนำทำให้การรายงานนี้เป็นไปได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 1943;2:217-50
2. Rutter M. Infantile autism and other pervasive development disorders. In: *Childhood Adolescent Psychiatry: Modern Approaches* (Edited by Rutter M., Hersov, L.) Blackwell Scientific Publications, Oxford, England, 1985 2<sup>nd</sup> ed, pp. 545

3. Knoblock H, Pasamanick B. Some etiologic and prognostic factors in early infantile autism and psychosis. *Pediatrics* 1975;55:182-91
4. Brown WT, Jenkins EC, Friedman E, Brooks J, Wisniewski K, et al. Autism is associated with the fragile-X syndrome. *J Autism Dev Disord* 1982;12:303-8
5. Rutter M. Psychotic disorders in early childhood. *Br J Psychiatry, Special Publication No. 1* 1967;133-58
6. Tsai LY, Stewart MA, August G Implication of sex differences in the familial transmission of infantile autism. *J Autism Dev Disord* 1981;11:165-73
7. Minton J, Campbell M, Green WH, Jennings S, et al. Cognitive assessment of siblings of autistic children. *J Am Acad Child Psychiatry* 1982;3:256-61
8. Lotter V. Epidemiology of autistic conditions in young children. I. Prevalence. *Soc Psychiatry* 1966;1:124-37
9. Folstein S, Rutter M. Infantile autism: A genetic study of 21 twin pairs. *J Child Psychol Psychiatry* 1977;18:297-321
10. Ritvo ER, Freeman BJ, Geller E, Yuwiler A. Effects of fenfluramine on 14 outpatients with the syndrome of autism. *J Am Acad Child Psych* 1983;22:549-58
11. Fish B, Ritvo Er. Psychoses of childhood, in Noshpitz Jd (ed): *Basic Handbook of Child Psychiatry*. New York, Basic Books, 1979:249
12. Finegan JA, Quarrington B. Pre-, peri-, and neonatal factors and infantile autism. *J Child Psychiatry* 1979;20:119-28
13. Gillberg C, Gillberg IC. Infantile autism : A total population study of reduced optimality in the pre-, peri and neonatal period. *J Autism Dev Disord* 1983;13:153-66
14. Werry JS. The childhood psychoses, in Quay HC, Werry JS (eds): *Psychopathological Disorders of Childhood*, ed 2. New York, John Wiley & Sons, 1979
15. DeMyer M, Barton S, DeMyer W, Norton J, Allen J, Steele R Prognosis in autism: A follow-up study. *J Autism Child Schizo* 1973;3:199-46
16. Small JG. EEG and neurophysiological Studies of early infantile autism. *Biol Psychiatry* 1975;10:385-97
17. Waldo MC, Cohen DJ, Caparulo BK, Young G, et al. EEG profiles of neuropsychiatrically disturbed children. *J Am Acad Child Psychiatry* 1978;17:656-70
18. Tsai LY, Tsai MC. Using EEG diagnosis to subtype autistic syndrome. *Proceedings, International Conference of the National Society for Children and Adults with Autism*. San Antonio, Texas, July 1984
19. Ornitz EM, Dreaming sleep in autistic twins. *Arch Gen Psychiatry* 1965;12:77-9
20. Tanguay PE, Ornitz EM, Forsythe AB, Ritvo ER. Rapid eye movement (REM) activity in normal and autistic children during REM sleep. *J Autism Child Schizo* 1976;6:275-88
21. Student M, Sohmer H. Evidence from auditory nerve and brainstem evoked responses for an organic brain lesion in children with autistic traits. *J Autism Child Schizo* 1978;8:13-20
22. Skoff B, Mirsky AF, Turner D. Prolonged brainstem transmission time in autism. *Psychiatr Res* 1980;2:157-66
23. Hutt C, Forrest SJ, Richer J. Cardiac arrhythmia and behavior in autistic children. *Acta Psychiatr Scand* 1975;51:361-72
24. Young JG, Kavanagh ME, Anderson GM, Shaywitz BA, ed al. *Clinical neurochemistry of autism and associated disorders*. *J Autism Dev Disord* 1982;12:147-65
25. Campbell M. Treatment of childhood and adolescent schizophrenia, in Wiener JM (ed): *Psychopharmacology in Childhood and Adolescence*. New York, Basic Books, 1977, 101-18
26. Wing, L. Sex ratios in early childhood autism and related conditions. *Psychiatr Res*. 1981;5:129
27. Ricks DM, Wing L. Language, communication and the use of symbols, in Wing L (ed): *Early Childhood Autism*. Oxford, Pergamon Press, 1976, 93-134
28. Rutter M Diagnosis and definition, in Rutter M, Schopler E (eds): *Autism-A Reappraisal of Concepts and Treatment*. New York and London, Plenum Press, 1978:1-25
29. Frankel F, Tymchuk AJ, Simmons JQ III. Operant analysis and intervention with autistic children: Implications of current research, in Ritvo ER (ed): *Autism: Diagnosis, Current Research and Management*. New York, Spectrum, 1976
30. Lovaas OI, Schreibment L, Koegel RL A behavior modification approach to the treatment of autistic children, in Schopler E, Reichler RJ (eds): *Psychopathology and Child Development*. New York, Plenum Press, 1976
31. Campbell M, Anderson LT, Meier M, Cohen IL, et al. A comparison of haloperidol and behavior therapy and their interaction in autistic children. *J Am Acad Child Psychiatry* 1978b;17:640-55
32. Kamens, Skier J. Dental management of the autistic child. *Spec. Care. Dentist*. 1985;5:20-3
33. Shapira J. Oral health status and dental needs of an autistic population of children and young adults. *Spec Care Dentist* 1989;9:38-41
34. Rutter M, Barak L. Causes of infantile autism: some considerations for recent research. *J. Autism Child Schizophr*, 1971;1:20-32
35. Braff M, Nealon L. Sedation of the autistic patient for dental procedures. *J. Dent. Child*. 1979;40:4-07



## Original Article

# Autistic Child and Dental Management

### Abstract

*A two-year, eleven-month old Thai boy was brought in for the treatment of deep caries of the upper left and right primary incisors. Taking history and observing the child's behavior led to consultation with the child psychiatrist which revealed that the child was autistic, a complex disorder of language, socialization and perceptual-motor difficulties. The distinct characteristics are : poor eye contact, resistance to being held, inability to relate himself in the ordinary way to people and situations, aloneness, solitary play, repetitive activity, inability to speak or abnormalities in the form or content of speech. This paper presents a literature review of many aspects of autism and reports the dental preventive and curative dental management of an autistic boy. If a dentist has sufficient knowledge and understanding about autistic children, beside the dental management ability, he could refer the child patient with this disorder for early proper diagnosis, treatment, developmental stimulation to help the child attain his full potential.*

**Key words :** Autism, Autistic child

Thipawan Tharapiwattananon D.D.S., Dip in Clin Sci.

Instructor, Pediatric Dentistry Department  
Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University.