



# Acute Repetitive Cluster of Seizures: Post Streptococcal Glomerulonephritis

ศ. นพ. สมศักดิ์ เทียมเก่า

อนุสาขาวิชาประสาทวิทยา สาขาวิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กลุ่มวิจัยโรคลมชักแบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

email:somtia@kku.ac.th, 081 050 4626

# ประเด็นที่ชวนคิด

- สาเหตุของการชักแบบ ARCS
- **Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome : PRES**
- การรักษาอาการชักแบบ ARCS
- **ควรรักษาแบบ status epilepticus ?**
- ระวังภาวะ respiratory failure
- การให้ยา phenytoin ในผู้ป่วย renal failure, hypoalbuminemia
- **ต้องระมัดระวังอะไรบ้าง ?**

# Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome : PRES

- Severe hypertension
- GTC
- Underlying disease : immune process, renal failure, uremia
- CT brain : normal
- PE: no neuro deficit
- **สิ่งที่แย้ง : ไม่มีความผิดปกติของ vision** แต่ก็พบได้
- **DDx : Cerebral venous sinus thrombosis**

# การรักษา acute repetitive cluster of seizures

- ควรให้การรักษามือถือกับ **status epilepticus**
- ให้การรักษาด้วย **benzodiazepine** และตามด้วย **loading** ยากันชัก
- รายนี้ให้การรักษาด้วย **benzodiazepine** และ **loading phenytoin** และ **maintenance** ต่อด้วย **phenytoin**
- มีการชักแบบ **GTC** ซ้ำจึงได้ **loading phenytoin** ซ้ำอีก **2** ครั้ง รวม **dose** ที่ได้ **1,000 mg**
- น้ำหนักของผู้ป่วย **30 kg** ถ้าให้ **30 mg/kg** ก็จะสูงไปนิดหน่อย แต่ถ้าผู้ป่วยมี **hypoalbuminemia** ก็อาจเกิด **high level** หรือ **toxic level** ได้

# การให้ยา phenytoin ในผู้ป่วย renal failure with HD

AED	GFR > 60 ml/minute	CKD stage 3 GFR 30-59 ml/minute	CKD stage 4 GFR 15-29+ ml/minute	CKD stage 5 GFR < 15 ml/minute	ESRD
Phenytoin	150-200 mg BID or TID	Oral loading dose not needed. Otherwise no change.	Oral loading dose not needed. Otherwise no change.	Oral loading dose not needed. Otherwise no change.	Oral loading dose not needed. Otherwise no change.
Phenobarbital	60-100 mg BID or TID	Use with caution: dose reduction may be needed	Use with caution: dose reduction may be needed	Use with caution: dose reduction may be needed	No clear consensus. Consider 50% DD in PD and as post-HD supplement
Carbamazepine	Titrate up from 200 mg BID, Max 1600 mg/day.	No adjustment necessary	No adjustment necessary	No adjustment necessary	No adjustment necessary
Gabapentin	Titrate up from 300 mg TID, Max 3600 mg/day	200-700 mg BID	200-700 mg QD	100-300 mg QD, Use with caution	100-200% DD as post-HD supplement
Pregabalin	150-600 mg/day BID to TID	50% dose reduction	25-150 mg QD to BID	25-75 mg QD	100-200% DD as post-HD supplement
Lacosamide	Titrate up from 50 mg BID, Max 400 mg/day	No adjustment necessary	Slow titration, Max 300 mg/day	Slow titration, Max 300 mg/day	50% DD post-HD supplement
Levetiracetam	500-1500 mg BID	50% dose reduction	50% reduction	50% dose reduction	500-100 mg daily
Valproic acid	30-60 mg/kg/day BID to TID	No adjustment necessary	No adjustment necessary	No adjustment necessary	Supplementation usually not given. High-flux dialyzers can likely remove drug.
Lamotrigine	Varies due to indication and concomitant AEDs 100-500 mg QD to BID	Use with caution; dose reduction may be needed	Use with caution; dose reduction may be needed	Use with caution; dose reduction may be needed	Consider post-HD supplemental dosing
Topiramate	100-20 mg BID	50% dose reduction	50% dose reduction	50% dose reduction	50% DD as post-HD supplement
Zonisamide	100-600 mg/day QD to BID	No adjustment necessary	Unclear: slow titration is ideal	Unclear: slow titration is ideal	Give QA after HD Supplement needed for post-HD seizures

# การให้ยา phenytoin ในผู้ป่วย renal failure with HD

- ความจำเป็นต้องให้ยา **phenytoin** เพิ่มอีกภายหลังการทำ hemodialysis ?
- คำแนะนำให้ประเมินจากอาการ และ **drug level**

# ผู้ป่วยซึมหลังจากหยุดชัก

- ผู้ป่วยมีภาวะ **non-convulsive SE**
- ผู้ป่วยมีภาวะ **drug toxicity**
- ผู้ป่วยมี **side effect** ของ **phenobarbital**
- ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น **sepsis, electrolyte imbalanced**

# การให้ยา phenobarbital ในภาวะ SE

- Dose ที่ให้ขนาดสูงประมาณ 20 mg/kg
- สามารถให้ซ้ำได้หลายครั้ง หรือทุกครั้งที่มึ้อากาารชัก
- สามารถให้ได้ทั้งแบบ IV หรือ NG feeding แบบ tablet