



ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคลมชักในเขตสุขภาพที่ 11

EPILEPSY SERVICE IN 11TH HEALTH REGION

อุดม ภู่วโรดม¹ ชลภวิวัฒน์ ตรีพงษ์²

¹ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

² สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

โรคลมชักเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นภาระของโลก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุพพลภาพซึ่งมีผลต่อการดำรงชีวิต ทำให้เป็นภาระต่อครอบครัว ส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ โรคลมชักบางชนิดสามารถรักษาให้หายขาดได้ หากได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่าผู้ป่วยโรคลมชักมากกว่า 50 ล้านคนทั่วโลก และกว่า 5 แสนคนในประเทศไทย ซึ่งยังไม่มีข้อมูลที่เป็นรายละเอียดในภาพรวมของประเทศ ที่สามารถแสดงความสามารถในการเข้าถึงการรักษา แต่มีข้อมูลจากการศึกษาในประเทศกำลังพัฒนา พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักสามารถเข้าถึงการบริการรักษาที่เหมาะสมมีเพียงร้อยละ 44 การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาพรวมของระบบการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคลมชักในเขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งประกอบไปด้วยจังหวัดชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี พังงา นครศรีธรรมราช ภูเก็ต และกระบี่ พบว่ายังมีข้อจำกัดของทรัพยากร ในด้านต่างๆ ในการให้บริการผู้ป่วยโรคลมชักที่ดีตามมาตรฐานการรักษา ทั้งด้านแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยา กุมารแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยา หรือแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยาโรคลมชัก ด้านทรัพยากรอื่นๆ ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ช่วยในการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนชนิดและความหลากหลายของยากันชักซึ่งยังมีข้อจำกัดสำหรับการเลือกใช้ยาให้เหมาะสมในบางกรณี การจัดทำระบบเครือข่ายการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการมีองค์ความรู้เรื่องข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการตรวจประเมินในเวลาอันเหมาะสม จะช่วยลดช่องว่างในการเข้าถึงการให้บริการรักษาโรคลมชักที่เหมาะสมได้

คำสำคัญ : โรคลมชัก ภาวะต่อต่อยากันชัก ยากันชัก



Abstract

Epilepsy is a major public health problem and global burden affecting to the quality of life of the patients and impacting on society and nation. Some type of epilepsy can be cured if proper diagnosis and treatment are accessed. Data from World Health Organization found that there were more than 50 million people with epilepsy worldwide and over 500,000 people in Thailand. There are no overall country information about the ability to access the treatment. The systematic review from many developing countries revealed that people with epilepsy received appropriate treatment for their conditions which was estimated of 44%. The purpose of this study was to provide an overview of the health service system for epilepsy patients in 11th health region which composed of 7 provinces including Chumporn, Ranong, Surat Thani, Phang-nga, Nakhon Si Thammarat, Phuket and Krabi. The results show that there are limited resources available to treat epilepsy patients in accordance with treatment standards especially the neurologists and epileptologists. Other resources including diagnostic equipment and a variety of antiepileptic drugs are also limited. The effective referral system as well as an optimal knowledge of indication in referring patients in a timely manner will help to reduce the treatment gap in access to appropriate epilepsy services.

Keywords : Epilepsy, Drug-resistant epilepsy, Antiepileptic drugs



บทนำ

โรคลมชักเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทที่มีความสำคัญและมีผลกระทบต่อด้านสุขภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคลมชักมากกว่า 50 ล้านคนทั่วโลก โดยประมาณ 40 ล้านคนอาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (World Health Organization, 2010) สำหรับประเทศไทย ประมาณการมีผู้ป่วยโรคลมชักประมาณห้าแสนคน (กาญจนา อันวรค์, 2559) โรคลมชักมีผลกระทบต่อผู้ป่วยในแง่ของสุขภาพกาย และผลกระทบต่อคุณภาพการดำเนินชีวิต ตั้งแต่การศึกษา การทำงาน การแต่งงาน และการมีบุตร องค์การอนามัยโลกประกาศให้โรคลมชักเป็นภาระของโลก (Global Burden) ในทุกช่วงอายุในปี พ.ศ. 2557

โรคลมชักแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ โรคลมชักชนิด focal epilepsy ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของเซลล์สมองเฉพาะจุด เกิดขึ้นตั้งแต่กำเนิดหรือเป็นความผิดปกติของสมองในภายหลังก็ได้ และโรคลมชักชนิด generalized epilepsy ซึ่งเกิดขึ้นจากความผิดปกติในการทำงานของสมองจุดใดจุดหนึ่งแล้วก่อให้เกิดกระแสไฟฟ้ากระจายไปยังสมองทั้งสองข้างอย่างรวดเร็ว การส่งตรวจตามแนวทางการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการชักเป็นครั้งแรกด้วยการพิจารณาส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (Level B) เพื่อช่วยยืนยันการตรวจวินิจฉัยและแยกชนิดของโรคลมชัก และการตรวจเอกซเรย์สมอง (Level B) เพื่อค้นหาความผิดปกติของสมองหรือสาเหตุของโรคลมชัก อันเนื่องมาจากความผิดปกติของสมอง (Krumholz A, 2007) การได้รับการตรวจประเมินที่เหมาะสมจะนำไปสู่การให้การดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเลือกชนิดของยากันชักเพื่อการรักษาตามชนิดของโรคลมชัก หรือการให้การรักษาด้วยการผ่าตัดในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานยากันชักตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปแต่ยังไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ซึ่งเข้าเกณฑ์วินิจฉัยภาวะโรคลมชักที่ติดต่อการให้การรักษา (Kwan P, 2010) หรือกรณีตรวจพบความผิดปกติของสมองอันเป็นสาเหตุของการชัก เช่น เนื้องอกสมอง หลอดเลือดสมองผิดปกติ (Cavernoma) เป็นต้น

ในปี พ.ศ. 2559 องค์การโรคลมชักสากล (International League Against Epilepsy: ILAE) ได้ส่งหนังสือถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขขอความร่วมมือระบบการสาธารณสุขของประเทศไทยที่สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชักได้เป็นอย่างดี ข้อมูลจากการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบถึงการเข้าถึงบริการรักษา โรคลมชักที่เหมาะสมในประเทศกำลังพัฒนา พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักสามารถเข้าถึงการบริการรักษาที่เหมาะสม มีเพียงร้อยละ 44 เท่านั้น (Mbuba CK และคณะ, 2008) ตัวเลขดังกล่าวสะท้อนให้เห็นความเหลื่อมล้ำด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคลมชัก ปัญหาในการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักเกิดขึ้นตั้งแต่ขั้นตอนการวินิจฉัย ระบบการให้บริการ

รักษาและการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคลมชักที่อาศัยในส่วนภูมิภาคมีความแตกต่างกับระบบการให้บริการในพื้นที่ส่วนกลาง สาเหตุนอกจากจะเกิดจากรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติในการรับนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลแล้ว ยังเกิดจากการที่โรงพยาบาลขาดแคลนอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ยากันชัก หรือแพทย์เฉพาะทางที่จะดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติโรคลมชัก (กาญจนา อันวรค์, 2559) ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะศึกษาภาพรวมของระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคลมชักโดยทำการศึกษา ในเขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งเป็นตัวแทนของระบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคลมชักในส่วนภูมิภาค

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาภาพรวมของระบบการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคลมชักในเขตสุขภาพที่ 11 โดยศึกษาข้อมูลความพร้อมของทรัพยากรในด้านต่างๆ ได้แก่ แพทย์เฉพาะทาง เครื่องมือที่ใช้ช่วยในการตรวจวินิจฉัย ยากันชัก แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคลมชัก ตลอดจนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชักคือยาของแพทย์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนระบบบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคลมชัก เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงการรักษาได้อย่างเป็นระบบและครอบคลุมทั่วประเทศ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ได้รับการอนุมัติให้ทำการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 046/2561 โดยการส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งหมด 80 แห่ง แบ่งตามศักยภาพของโรงพยาบาลเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับ A หมายถึงโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยาก ซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง (advance & sophisticate technology) มีภารกิจด้านแพทยศาสตรศึกษาและงานวิจัยทางการแพทย์ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาธารณะ และสาขาย่อยครบทุกสาขาตามความจำเป็น ระดับ S หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยาก ซับซ้อน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาธารณะ และสาขาย่อยบางสาขา ระดับ M หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก 120 เตียงขึ้นไป ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขา และ



สาธารณสุขบางสาขาที่จำเป็น ระดับ F หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน น้อยกว่า 120 เตียง ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลัก บางสาขา แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลด้านการให้บริการ ข้อมูลความรู้ด้านโรคลมชัก และข้อมูลความมั่นใจในการให้บริการ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

จากการส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งหมด 80 แห่ง ได้รับการตอบกลับจำนวน 78 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 97.5 แบ่งเป็นโรงพยาบาลระดับ A จำนวน 3 แห่ง โรงพยาบาลระดับ S จำนวน 3 แห่ง โรงพยาบาลระดับ M จำนวน 14 แห่ง และโรงพยาบาล ระดับ F จำนวน 58 แห่ง จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ในเขตสุขภาพที่ 11 มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำประมาณ 1,119 คน โดยมีแพทย์เฉพาะทางสาขาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคลมชัก ได้แก่อายุรแพทย์จำนวน 105 คน แพทย์เฉพาะทางสาขaprสาทวิทยาจำนวน 8 คน กุมารแพทย์จำนวน 70 คน และ กุมารแพทย์เฉพาะทางสาขaprสาทวิทยาจำนวน 2 คน โดยเขตสุขภาพที่ 11 ไม่มีแพทย์เฉพาะทางสาขaprสาทวิทยาโรคลมชักปฏิบัติงานอยู่เลย สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัยโรคลมชัก พบว่ามีเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองจำนวนทั้งหมด 7 เครื่อง เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จำนวนทั้งหมด 14 เครื่อง และเครื่องเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจำนวนทั้งหมด 3 เครื่อง ในเขตสุขภาพที่ 11 มีโรงพยาบาลที่สามารถเปิดให้บริการคลินิกเฉพาะทางโรกระบบประสาทจำนวน 4 แห่ง และคลินิกโรคลมชักจำนวน 2 แห่ง ดังแสดงในตารางที่ 1

จากการวิเคราะห์ข้อมูลรายการยากันชักทั้งชนิดฉีดและชนิดรับประทานที่มีใช้ในโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 11

พบว่าโรงพยาบาลระดับ A, S และ M มียากันชักชนิดฉีดประมาณ 3 - 4 ชนิด ได้แก่ phenytoin, valproic acid, phenobarbital, levetiracetam ยังไม่มีโรงพยาบาลใดในเขตสุขภาพที่ 11 ที่มียาฉีด lacosamide แต่ถ้าพิจารณารวมกับยาฉีดที่ใช้เพื่อเป็นยานำสลบ (anesthetic drugs) และมีฤทธิ์เป็นยากันชักด้วย ซึ่งได้แก่ midazolam, diazepam, propofol, ketamine และ thiopental โรงพยาบาลระดับ A, S และ M จะมียากันชักชนิดฉีดรวมกันประมาณ 8 - 9 ชนิด ซึ่งแตกต่างกับโรงพยาบาลในระดับ F ที่มียากันชักชนิดฉีดเพียง 1 - 3 ชนิดเท่านั้น ได้แก่ phenytoin, valproic acid และ phenobarbital และมีโรงพยาบาลจำนวน 2 แห่งเท่านั้นในระดับ F ที่มียาฉีดนำสลบและมีฤทธิ์เป็นยากันชัก คิดเป็นร้อยละ 3.39 สำหรับยากันชักชนิดรับประทานทั้งชนิดเม็ดและชนิดน้ำพบว่าโรงพยาบาลในระดับ A และ S มียากันชักชนิดรับประทานประมาณ 5 - 9 ชนิด โรงพยาบาลระดับ M มียากันชักชนิดรับประทานประมาณ 3 - 5 ชนิด ยกเว้นโรงพยาบาลป่าตองที่มียากันชักชนิดรับประทานเทียบเท่ากับโรงพยาบาลในระดับ A และ S ส่วนโรงพยาบาลในระดับ F มียากันชักชนิดรับประทานเพียง 1 - 5 ชนิดเท่านั้น ในเรื่องความต้องการมียากันชักที่ยังไม่มีใช้ในโรงพยาบาลพบว่า มีความแตกต่างกันในระหว่างโรงพยาบาลยากันชักชนิดฉีดที่เป็นที่ต้องการมากที่สุดคือ phenobarbital คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาได้แก่ valproic acid (15.38%), midazolam (12.82%) และ levetiracetam (11.54%) ตามลำดับ ส่วนความต้องการมียากันชักชนิดรับประทานเรียงลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุดได้แก่ levetiracetam (28.21%), phenobarbital (24.36%), valproic acid (16.67%) และ lamotrigine (10.26%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงอัตรากำลังของแพทย์ที่ปฏิบัติงานจำแนกตามสาขาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคลมชัก จำนวนเครื่องมือสนับสนุนการตรวจวินิจฉัยโรคลมชัก การให้บริการคลินิกเฉพาะทางโรกระบบประสาทและคลินิกเฉพาะทางโรคลมชัก

ระดับโรงพยาบาล	A	S	M	F	รวม
จำนวนแพทย์ปฏิบัติงานประจำ (คน)	442	109	288	280	1,119
จำนวนอายุรแพทย์ (คน)	67	7	31	0	105
จำนวนแพทย์ประสาทวิทยา (คน)	6	1	1	0	8
จำนวนแพทย์ประสาทวิทยาโรคลมชัก (คน)	0	0	0	0	0
จำนวนกุมารแพทย์ (คน)	33	10	24	3	70
จำนวนกุมารแพทย์ประสาทวิทยา (คน)	2	0	0	0	2
เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (เครื่อง)	4	1	2	0	7
เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (เครื่อง)	3	3	6	2	14
เครื่องเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (เครื่อง)	2	1	0	0	3
คลินิกเฉพาะทางโรกระบบประสาท (แห่ง)	2	1	1	0	4
คลินิกเฉพาะทางโรคลมชัก (แห่ง)	1	0	1	0	2



ตารางที่ 2 แสดงจำนวนโรงพยาบาลที่มียากันชักชนิดฉีด ชนิดรับประทาน และความต้องการมียากันชักยังไม่มีใช้ในโรงพยาบาล

ชนิดยากันชัก	โรงพยาบาลที่มียากันชักชนิดฉีด (%)	โรงพยาบาลที่มียากันชักชนิดรับประทาน (%)	ความต้องการมียากันชักชนิดฉีด (%)	ความต้องการมียากันชักชนิดรับประทาน (%)
Phenytoin	78 (100)	78 (100)	N/A	N/A
Phenobarbital	39 (50)	65 (83.33)	26 (33.33)	2 (2.56)
Valproic acid	15 (19.23)	48 (61.54)	12 (15.38)	13 (16.67)
Levetiracetam	6 (7.69)	5 (6.41)	9 (11.54)	22 (28.21)
Diazepam	42 (53.85)	54 (69.23)	6 (7.69)	4 (5.13)
Midazolam	17 (21.79)	N/A	10 (12.82)	N/A
Clobazam	N/A	N/A	N/A	2 (2.56)
Topiramate	N/A	6 (7.69)	N/A	5 (6.41)
Zonisamide	N/A	1 (1.28)	N/A	1 (1.28)
Lacosamide	N/A	N/A	4 (5.13)	7 (8.97)
Carbamazepine	N/A	47 (60.26)	N/A	7 (8.97)
Lamotrigine	N/A	6 (7.69)	N/A	8 (10.26)
Ketamine	13 (16.67)	N/A	4 (5.13)	N/A
Propofol	13 (16.67)	N/A	2 (2.56)	N/A
Thiopental	20 (25.64)	N/A	5 (6.41)	N/A

N/A หมายถึง ไม่มียาชนิดนั้นหรือไม่ต้องการยานั้นในรูปแบบฉีดหรือรับประทาน

ในด้านความมั่นใจในการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักที่ห้องฉุกเฉิน และที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่าความมั่นใจในการให้บริการที่ห้องฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 62.82 และอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 35.90 ส่วนการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่ามีความมั่นใจในระดับปานกลางและมากคิดเป็นร้อยละ 65.38 และ 28.21 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3 และเมื่อมีความจำเป็น

ต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาที่อื่นเนื่องจากเกินศักยภาพของโรงพยาบาล พบว่าทุกโรงพยาบาลมีการส่งต่อผู้ป่วยไปตามลำดับขั้นของระบบการส่งต่อ สำหรับข้อมูลความรู้ด้านโรคลมชัก พบว่าร้อยละ 61.54 ของโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามทราบข้อมูลโรคลมชักสามารถผ่าตัดรักษาให้หายขาดได้ ในขณะที่ทราบข้อมูลจำกัดความของภาวะโรคลมชัก ที่ติดต่อยากันชักคิดเป็นร้อยละ 57.69 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 แสดงความมั่นใจในการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักที่ห้องฉุกเฉิน และที่แผนกผู้ป่วยนอก

ระดับโรงพยาบาล	A (N=3) (%)	S (N=3) (%)	M (N=14) (%)	F (N=58) (%)	รวม (N=78) (%)
ความมั่นใจในการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักที่ห้องฉุกเฉิน					
มาก	1 (33.33)	2 (66.67)	9 (64.29)	16 (27.59)	28 (35.90)
ปานกลาง	2 (66.67)	1 (33.33)	5 (35.71)	41 (70.69)	49 (62.82)
น้อย	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1.72)	1 (1.28)
ความมั่นใจในการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักที่แผนกผู้ป่วยนอก					
มาก	0 (0)	1 (33.33)	8 (57.14)	13 (22.41)	22 (28.21)
ปานกลาง	3 (100)	1 (33.33)	6 (42.86)	41 (70.69)	51 (65.38)
น้อย	0 (0)	1 (33.33)	0 (0)	4 (6.90)	5 (6.41)

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลความรู้ด้านโรคลมชัก

ระดับโรงพยาบาล	A (N=3) (%)	S (N=3) (%)	M (N=14) (%)	F (N=58) (%)	รวม (N=78) (%)
ทราบข้อมูลโรคลมชักสามารถผ่าตัดรักษาให้หายขาดได้					
ทราบ	3 (100)	2 (66.67)	12 (85.71)	31 (53.45)	48 (61.54)
ไม่ทราบ	0 (0)	1 (33.33)	2 (14.29)	27 (46.55)	30 (38.46)
ทราบข้อมูลจำกัดความของภาวะโรคลมชักที่ติดต่อยากันชัก					
ทราบ	1 (33.33)	2 (66.67)	9 (64.29)	33 (56.90)	45 (57.69)
ไม่ทราบ	2 (66.67)	1 (33.33)	5 (35.71)	25 (43.10)	33 (42.31)



อภิปรายผล

เขตสุขภาพที่ 11 ประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ ชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี พังงา นครศรีธรรมราช ภูเก็ต และกระบี่ ครอบคลุมพื้นที่กว่า 41,600 ตารางกิโลเมตร จากข้อมูลของ กองตรวจราชการปิงบประมาณ 2560 พบว่ามีจำนวนประชากร ประมาณ 4,427,782 คน จากผลการศึกษานี้ อัตราากำลังแพทย์ ปฏิบัติงานประจำในเขตสุขภาพที่ 11 มีจำนวนประมาณ 1,119 คน คิดเป็นจำนวนแพทย์ต่อประชากรโดยประมาณ 1 ต่อ 3,957 คน ซึ่งสูงกว่าข้อมูลสถิติที่เผยแพร่จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จำนวนแพทย์ ต่อประชากร ในปี 2559 ประมาณ 1 ต่อ 2065 คน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) อัตราส่วนแพทย์ที่ต่องดแลประชากรที่มากขึ้นนี้อาจก่อให้เกิด ปัญหาในการเข้าถึงการบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และอาจ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์อีกด้วย สาขาแพทย์ที่ได้รับความคาดหวังให้เป็น ผู้ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชักได้แก่ อายุรแพทย์ แพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยา แพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยาโรคลมชัก กุมารแพทย์ หรือกุมารแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยา แต่จากการศึกษานี้พบว่า ในเขตสุขภาพที่ 11 มีแพทย์สาขาเหล่านี้รวมกัน 185 คนเท่านั้น ในจำนวนนี้มีแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยา และกุมารแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยา จำนวน 8 และ 2 คนตามลำดับ และไม่มี แพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยาโรคลมชักเลย เมื่อเทียบกับ ของสถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร มีจำนวนแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยา 16 คน ในจำนวนนี้เป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยาโรคลมชักจำนวน 4 คน และ กุมารแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยาจำนวน 4 คน ด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากร ส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชักในเขตสุขภาพที่ 11 ต้องอาศัยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นผู้ให้บริการด้วยการส่งตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือพิเศษมีความจำเป็น ต้องดำเนินการในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการชักเป็น ครั้งแรกได้แก่ การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง และการถ่ายภาพเอกซเรย์สมอง ด้วย เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือเครื่องเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า พบว่าในเขตสุขภาพที่ 11 มีเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองทั้งหมด 7 เครื่องกระจายอยู่ในโรงพยาบาลระดับ A 4 เครื่อง โรงพยาบาลระดับ S 1 เครื่อง และโรงพยาบาลระดับ M 2 เครื่อง คิดเฉลี่ยทั้งเขตสุขภาพจังหวัดละ 1 เครื่อง ซึ่งน่าจะเพียงพอ สำหรับการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองเพื่อประกอบการวินิจฉัยกรณี ชักครั้งแรก ส่วนการถ่ายภาพเอกซเรย์สมองซึ่งตามแนวทาง เวชปฏิบัติด้านโรคลมชัก (กาญจนา อันวรค์, 2559) กำหนดให้มีการส่งตรวจในผู้ป่วยที่มีอาการชักครั้งแรกทุกราย โดยสามารถ ตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือเครื่องเอกซเรย์ คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าก็ได้ ในเขตสุขภาพที่ 11 มีจำนวนเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ จำนวนทั้งหมด 14 เครื่อง เฉลี่ยจังหวัดละ 2 เครื่อง และเครื่องเอกซเรย์ คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า จำนวน 3 เครื่อง

เฉลี่ยจังหวัดละไม่ถึง 1 เครื่อง ซึ่งอาจทำให้การพิจารณาส่งตรวจ ภาพถ่ายเอกซเรย์สมองในกรณีชักครั้งแรกไม่เป็นไปตามคำแนะนำ ตามแนวทางเวชปฏิบัติด้านโรคลมชัก ทั้งนี้ยังไม่มีความแนะนำ จำนวนที่เหมาะสมที่ควรมีของเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือเครื่องเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า แต่การมีเครื่องมือดังกล่าว ในจำนวนที่เพียงพอต่อการให้บริการ จะทำให้การพิจารณา ส่งตรวจทำได้ง่ายขึ้น ซึ่งในผู้ป่วยที่มีอาการชักครั้งแรกบางราย พบว่ามีสาเหตุจากความผิดปกติของเนื้อสมองเช่น เนื้องอก ในสมอง หลอดเลือดผิดปกติ เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการ ส่งต่อเพื่อรับการรักษาเฉพาะในทันทีที่ได้รับการวินิจฉัย

จากผลการศึกษานี้เขตสุขภาพที่ 11 มีการเปิดให้บริการ คลินิกเฉพาะทางโรกระบบประสาท หรือคลินิกเฉพาะทาง โรคลมชักเป็นจำนวนน้อย โดยให้บริการคลินิกเฉพาะทาง โรกระบบประสาท จำนวน 4 แห่ง เป็นโรงพยาบาลระดับ A 2 แห่ง โรงพยาบาลระดับ S 1 แห่ง และโรงพยาบาลระดับ M 1 แห่ง ส่วนคลินิกเฉพาะทางโรคลมชัก มีการเปิดให้บริการใน โรงพยาบาลระดับ A และ M อย่างละ 1 แห่งเท่านั้น แม้จะไม่ได้ เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพของการบริการรักษาผู้ป่วยโรคลมชัก อย่างชัดเจน แต่มีหลักฐานว่าการให้มีการจัดตั้งคลินิกเฉพาะทาง โรคลมชัก การจัดการระบบส่งต่อ และการติดตามผลการรักษา อย่างต่อเนื่องที่เป็นระบบ จะช่วยให้ประสิทธิภาพในการรักษา โรคลมชักดีขึ้น (Rajpura, A และ Sethi S, 2004)

สำหรับรายการยากันชักที่มีใช้ในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า ยากันชักชนิดชนิดที่มีใช้ในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 สูงสุด 5 อันดับแรกได้แก่ phenytoin (100%), diazepam (53.85%), phenobarbital (50%), thiopental (25.64%) และ midazolam (21.79%) ยากันชักชนิดชนิดที่มีใช้ในทุกรัฐบาล คือ phenytoin ส่วน diazepam และ phenobarbital พบมีการใช้ในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งทั้ง phenytoin และ phenobarbital จัดเป็นยากันชักในกลุ่ม aromatic ส่วนยา diazepam เป็นยาที่ใช้ฉีดเพื่อระงับอาการชักชั่วคราวเท่านั้น ไม่มีหลักฐานทางวิชาการที่บ่งบอกให้ใช้เป็นยาฉีดป้องกัน อาการชักซ้ำได้ ส่วน thiopental และ midazolam จัดเป็นยาฉีด เพื่อนำสลบ (anesthetic drugs) ในทางปฏิบัติไม่ได้นำมาใช้เพื่อ ป้องกันอาการชักซ้ำเช่นกัน ยกเว้นในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการชัก ต่อเนื่อง (status epilepticus) สามารถนำมาใช้เพื่อระงับอาการ ชักต่อเนื่องเพียงชั่วคราวได้ ดังนั้น ในกรณีที่มีความจำเป็นต้อง ใช้ยากันชักชนิดชนิดเพื่อป้องกันอาการชักซ้ำและผู้ป่วยมีประวัติ การแพ้ยากลุ่ม aromatic ส่งผลให้การเลือกใช้ยากันชักชนิด ชนิดมีน้อยลง ส่วนยากันชักชนิดชนิดที่ไม่ใช่กลุ่ม aromatic ได้แก่ valproic acid, levetiracetam พบว่ามีใช้ในเขตสุขภาพที่ 11 คิดเป็นร้อยละ 19.23 และ 7.69 ตามลำดับเท่านั้น ซึ่งอาจจะเป็น ข้อจำกัดของการเลือกใช้ยากันชักชนิดชนิดสำหรับผู้ป่วยโรคลมชัก ที่ไม่สามารถใช้ยา phenytoin หรือ phenobarbital ได้ และเมื่อสอบถามถึงความต้องการยากันชักชนิดชนิดที่ไม่มี ใช้ในโรงพยาบาลพบว่า ยากันชักชนิดชนิดที่โรงพยาบาล



มีความต้องการใช้มากที่สุดได้แก่ phenobarbital (33.33%) valproic acid (15.38%) midazolam (12.82%) และ levetiracetam (11.54%) ซึ่งความต้องการยากันชักชนิดชนิดที่ไม่มีใช้ในโรงพยาบาลสอดคล้องกับรายการยากันชักชนิดชนิดที่แต่ละโรงพยาบาลมีอยู่แล้ว สำหรับยากันชักชนิดรับประทานจากผลการศึกษาพบว่ายากันชักชนิดรับประทานที่มีใช้ในทุกรัฐบาลในเขตสุขภาพที่ 11 มีเพียงชนิดเดียวคือ phenytoin โดย 5 อันดับแรกของยากันชักชนิดรับประทานที่มีใช้ในเขตสุขภาพที่ 11 ได้แก่ phenytoin (100%) phenobarbital (83.33%) diazepam (69.23%) valproic acid (61.54%) และ carbamazepine (60.26%) จะเห็นได้ว่ายากันชักชนิดรับประทานมีความหลากหลายมากกว่าชนิดชนิด ทั้งในแง่ของข้อบ่งใช้ที่มีให้เลือกใช้ได้กับผู้ป่วยโรคลมชัก ทั้งที่เป็นแบบ focal หรือ generalized ในกรณีผู้ป่วยมีประวัติการแพ้ยากันชักบางชนิดหรือทั้งกลุ่ม ยังมียากันชักในกลุ่มอื่นที่แตกต่างออกไปให้เลือกใช้ได้ เป็นการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงยากันชักที่เหมาะสมและปลอดภัยมากขึ้น ส่วนยากันชักชนิดรับประทานที่โรงพยาบาลมีความต้องการใช้มากที่สุดได้แก่ levetiracetam (28.21%), valproic acid (16.67%) และ lamotrigine (10.26%) ซึ่งสอดคล้องกับรายการยากันชักชนิดรับประทานที่แต่ละโรงพยาบาลมีเช่นเดียวกับยากันชักชนิดชนิด

ความมั่นใจในการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักที่ห้องฉุกเฉินและที่แผนกผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่มากกว่า 90% ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 มีความมั่นใจในระดับปานกลางขึ้นไป เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่มีระดับความมั่นใจในการให้บริการน้อย พบว่าร้อยละ 6.41 ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 มีความมั่นใจน้อยในการให้บริการดูแลผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก ในขณะที่ร้อยละ 1.28 มีความมั่นใจน้อยในการให้บริการดูแลผู้ป่วย ที่ห้องฉุกเฉิน ทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจากการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักที่ห้องฉุกเฉินเป็นไปเพื่อบรรเทาและทุเลาอาการ แต่การรักษาต่อเนื่องต้องมีการติดตามต่อที่แผนกผู้ป่วยนอกซึ่งอาจมีความยุ่งยากซับซ้อนกว่า เมื่อผู้ป่วยโรคลมชักมีความยุ่งยากซับซ้อนและจำเป็นต้องส่งต่อ พบว่าโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 ส่วนใหญ่มีการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปตามแนวทางของระบบการส่งต่อ (Referral system) โดยไม่ได้คำนึงถึงศักยภาพหรือเหตุผลอื่น

นอกเหนือจากการรักษาโรคลมชักด้วยการให้ยากันชักแล้ว ปัจจุบันการผ่าตัดก็จัดเป็นหนึ่งในวิธีการรักษามาตรฐาน จากผลการศึกษานี้พบว่าร้อยละ 61.54 ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 ทราบว่าปัจจุบันโรคลมชักสามารถรักษาด้วยการผ่าตัดจนหายขาดได้ โดยโรงพยาบาลในระดับ A ตอบว่าทราบคิดเป็นร้อยละ 100 โรงพยาบาลในระดับ S ตอบว่าทราบคิดเป็นร้อยละ 66.67 และโรงพยาบาลในระดับ M ตอบว่าทราบคิดเป็น ร้อยละ 85.71 ส่วนโรงพยาบาลในระดับ F ตอบว่าทราบมีเพียงร้อยละ 53.45 ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลในระดับ F จะทราบ

ว่าโรคลมชักสามารถรักษาด้วยการผ่าตัดจนหายขาดได้ ในจำนวนที่น้อยกว่าโรงพยาบาลในระดับที่สูงกว่า แต่เมื่อพิจารณาจากข้อมูลระบบการส่งต่อแล้ว พบว่าการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปตามลำดับขั้นขึ้นไปจนถึงโรงพยาบาลระดับ A ซึ่งทราบผู้ป่วยลมชักบางรายสามารถผ่าตัดรักษาได้จนหายขาด ดังนั้นจึงลดข้อจำกัดด้านข้อมูลความรู้ด้านโรคลมชักข้อนี้ลงไปได้อย่างไรก็ตาม แพทย์ที่ให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักต้องมียังความรู้เพียงพอที่จะพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยได้ในเวลาอันเหมาะสม เพื่อไปรับการตรวจประเมินเพื่อรับการผ่าตัดโดยหนึ่งในข้อบ่งชี้ที่สำคัญคือ ภาวะต่อต่อยากันชัก ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับยากันชักชนิดและขนาดที่ถูกต้องเหมาะสมกับชนิดของ โรคลมชักตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปทั้งได้รับยา 2 ชนิดนั้นพร้อมกันหรือคนละคราวก็ได้ (Kwan P และคณะ, 2010, Kwan P และคณะ, 2011) จากผลการศึกษานี้โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 ที่ทราบและไม่ทราบภาวะต่อต่อยากันชักมีจำนวนที่ใกล้เคียงกันคิดเป็นร้อยละ 57.69 และ 42.31 ตามลำดับ

จากการศึกษาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคลมชัก ในเขตสุขภาพที่ 11 นี้แสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดของทรัพยากรในด้านต่างๆ ในการให้บริการผู้ป่วยโรคลมชักที่ดีตามมาตรฐานการรักษา ทั้งในด้านบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทาง ด้านเครื่องมือที่ใช้ช่วยในการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนงบประมาณและรายการ ยากันชักที่ควรมีใช้ในโรงพยาบาล ความไม่เพียงพอด้านบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยา กุมารแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยา และแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยาโรคลมชัก มีหลายปัจจัยเกี่ยวข้องทั้งในเรื่องการกระจายตัวสำหรับแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยา และปริมาณการผลิตแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยาโรคลมชัก ซึ่งมีเพียง 1-3 คนต่อปี และ กุมารแพทย์ประสาทวิทยาจำนวน 3-6 คนต่อปี ทำให้ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญ ส่งผลให้การจัดตั้งคลินิกเฉพาะทางโรคระบบประสาท หรือคลินิกเฉพาะทางโรคลมชัก เป็นไปได้ยาก ดังนั้นการพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับการให้บริการโรคลมชัก จำเป็นต้องดำเนินการจัดทำระบบเครือข่ายการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพโดยมีแม่ข่ายเป็นศูนย์ส่งต่อที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางไว้ให้การรักษาในกรณีที่ผู้ป่วยมีความยุ่งยากซับซ้อน และเป็นแหล่งของข้อมูลเพื่อสนับสนุนทางวิชาการ ตลอดจนให้คำปรึกษาหรือถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ให้สามารถดูแลผู้ป่วย โรคลมชักเบื้องต้นตามมาตรฐานโรงพยาบาลในระดับที่ต่ำกว่าได้ นอกจากนี้การให้ข้อมูลเรื่องข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการตรวจประเมินในเวลาอันเหมาะสมมีความสำคัญซึ่งจะช่วยลดช่องว่างของการเข้าถึงการบริการรักษาที่เหมาะสมได้รวดเร็วกว่า แต่การดำเนินการให้เกิดการกระจายตัวของทรัพยากรที่เหมาะสมก็จำเป็นต้องดำเนินการควบคู่กันไป



สรุปผล

ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคลมชักในเขตสุขภาพที่ 11 ยังมีข้อจำกัดของทรัพยากรในด้านต่างๆ ในการให้บริการผู้ป่วยโรคลมชักที่ดีตามมาตรฐานการรักษา ทั้งด้านแพทย์เฉพาะทางสาขาศรีษาศาวิทยาลัย กุมารแพทย์เฉพาะทางสาขาศรีษาศาวิทยาลัย หรือแพทย์เฉพาะทางสาขาศรีษาศาวิทยาลัยโรคลมชัก ด้านทรัพยากรอื่นๆ ได้แก่ เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และเครื่องเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ตลอดจนยากันชักทั้งชนิดฉีดและชนิดรับประทาน

ข้อเสนอแนะ

การจัดทำระบบเครือข่ายการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการมีองค์ความรู้เรื่องข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการตรวจประเมินในเวลาอันเหมาะสม จะช่วยลดช่องว่างในการเข้าถึงการให้บริการรักษาโรคลมชักที่เหมาะสมได้

เอกสารอ้างอิง

Krumholz A, Wiebe S, Gronseth G, et al. (2007). Practice parameter: evaluating an apparent unprovoked first seizure in adults (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society. *Neurology*, 69, 1996–2007.

Kwan, P, Arzimanoglou, A, Berg, AT, Brodie, MJ, Hauser, WA, Mathern, G, Moshe, SL, Perucca, E, Wiebe, S, French, J. (2010). Definition of drug resistant epilepsy: Consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia*, 51(6), 1069–1077.

Kwan, P, Schachter, S, Brodie, MJ. (2011). Drug-Resistant Epilepsy. *The New England Journal of Medicine*, 365, 919–26.

Mbuba CK, Ngunjiri AK, Newton CR, Carter JA. (2008). The epilepsy treatment gap in developing countries: A systematic review of the magnitude, causes, and intervention strategies. *Epilepsia*, 49(9), 1491–1503.

Office of The National Economic and Social Development Board. Population per health personnel. Retrieved November 4, 2018, from <http://social.nesdb.go.th/social/Default.aspx?tabid=131>

Rajpura, A, Sethi S. (2004). Evidence-based standards of care for adults with epilepsy - a literature review. *Seizure*, 13, 45–54.

Unwong, Kanchana. (2016). *Clinical Practice Guidelines for Epilepsy*. Bangkok: Tanapress.

World Health Organization. (2010). Global disparities in the epilepsy treatment gap : a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 260-266.