

การสำรวจการให้บริการทางการแพทย์ด้านโรคลมชักในประเทศไทย

ขวัญรัตน์ หวังพลพัฒนศิริ พ.บ.

หน่วยประสาทวิทยา แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500

Abstract: Survey of Medical Facilities in Epilepsy Care in Thailand

Wangphonphatthanasiri K

Neurology Division, Internal Medicine Department, Lersin Hospital, Bangrak, Bangkok, 10500

(E-mail: Khwanrat.wang@gmail.com)

(Received: May 1, 2019; Revised: August 1, 2019; Accepted: December 18, 2019)

Background: Epilepsy is common neurological disorder. Most epileptic patients could have seizure remission if appropriate epilepsy treatments are accessible. However, in Thailand, medical facilities in epilepsy care have not been provided adequately in all over regions. 58% of these patients, especially in rural regions, could not get proper medical care. Therefore, to improve treatment gap problem, basic medical facilities in epilepsy care need to be evaluated. **Objectives:** To survey the medical resources in epilepsy care in secondary hospitals in Thailand. **Methods:** Data were collected from all secondary hospitals (center hospital(A), general hospital(S) in 12 public health service areas by postal questionnaire survey during August 1-November 1,2018 **Results:** 36 out of 83 secondary hospital postal questionnaires were sent back (43.37%). This survey revealed epilepsy as nearly one fourth of neurological diseases presenting in both outpatient and inpatient units. 80.6 % of these hospitals had at least one medical personnel who was specialized in epilepsy. Internists are the main key persons taking care of this group of patients. Advanced investigations such as CT, MRI brain and EEG were available 97.2%, 34.3% and 40% respectively. 88.6% of the hospitals had all 4 types of standard oral antiepileptic drugs and all hospitals had at least one type of new antiepileptic drugs. The first and second most ones were lamotrigine and oxcarbazepine. Drug resistant epilepsy was concerned as problematic condition in most physicians (82.4%) but only 54.5% of them had experiences referring patient for epilepsy surgery. **Conclusions:** Epilepsy treatment gap has still been important health care problem, especially in difficult to treat epileptic patients commonly seen in secondary hospitals. Further medical care resources in epilepsy need to be ascertained for more accurate information.

Keywords: Epilepsy care, secondary hospital, Thailand

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: โรคลมชักเป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่พบบ่อยในทุกกลุ่มอายุ จากการสำรวจของสมาคมโรคลมชัก ปี 2555 พบว่าประเทศไทยมีความชุกของโรคลมชัก 25 ต่อประชากร 1,000 คน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ สามารถหายขาดจากอาการชักถ้าได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้อง แต่พบว่าร้อยละ 58 ของผู้ป่วยโรคลมชักในประเทศไทย ไม่สามารถเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะประชากรในชนบท ดังนั้น เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยและการรักษาของผู้ป่วย

โรคลมชักให้ครอบคลุมทั่วถึง จำเป็นที่ต้องทราบถึงข้อมูลพื้นฐานของความสามารถในการให้บริการของสถานพยาบาลระดับต่างๆ เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการรักษาโรคลมชักให้เหมาะสมและทั่วถึงต่อไป **วัตถุประสงค์:** เพื่อสำรวจการให้บริการทางการแพทย์ในด้านบุคลากรทางการแพทย์ เครื่องมือในการตรวจวินิจฉัย ชนิดของยากันชักที่มีใช้ เพื่อให้บริการในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชักในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ **วิธีการ:** เป็นการสำรวจข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ไปโรงพยาบาลศูนย์ (A) และโรงพยาบาลทั่วไป (S) ใน 12 เขตบริการสาธารณสุข ในช่วง

เวลาตั้งแต่ 1 สิงหาคม- 1 พฤศจิกายน 2561 ผล: แบบสอบถามถูกส่งกลับจากโรงพยาบาล 36 แห่งจากทั้งหมด 83 แห่ง (ร้อยละ 43.37) ผู้ป่วยโรคลมชักเป็นโรคที่พบบ่อยเกือบหนึ่งในสี่ของผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท ทั้งคลินิกผู้ป่วยนอกและใน ร้อยละ 80.6 ของโรงพยาบาลมีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคลมชัก ได้แก่ ประสาทแพทย์โรคลมชัก กุมารประสาทวิทยา หรือประสาทศัลยแพทย์ อย่างน้อย 1 คน การส่งตรวจเอกซเรย์สมองคอมพิวเตอร์ (CT), เอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมอง (MRI) และการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) ทำได้ร้อยละ 97.2, 34.3 และ 40 ตามลำดับ ด้านการรักษา ร้อยละ 88.6 ของโรงพยาบาลมียากลุ่มมาตรฐานที่เป็นรูปแบบรับประทานครบทั้ง 4 ชนิด และทุกโรงพยาบาล มียากลุ่มใหม่อย่างน้อย 1 ชนิด และที่ใช้มากที่สุดคือ lamotrigine, oxcarbazepine และ gabapentin ด้านแนวทางการรักษาโรคลมชักร้อยละ 82.4 ของแพทย์เห็นว่าโรคลมชักคือยาเป็นปัญหาในการดูแลรักษา แต่มีเพียงร้อยละ 54.5 ของแพทย์ที่เคยส่งต่อผู้ป่วยเพื่อมาประเมินการรักษาโดยการผ่าตัด **สรุป:** โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในส่วนใหญ่ภูมิภาคยังมีจำนวนแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านโรคลมชัก เครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยที่จำเป็น ได้แก่ MRI สมองและ EEG ที่ยังไม่ครอบคลุม ส่งผลต่อการเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคลมชักที่มีความซับซ้อนหรือดื้อยาได้ ดังนั้นการสำรวจข้อมูลพื้นฐานของทรัพยากรในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชักจึงยังมีความจำเป็นเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาต่อไป

คำสำคัญ: โรคลมชัก โรงพยาบาลทุติยภูมิ ประเทศไทย

บทนำ

โรคลมชักเป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่พบบ่อย ปัจจุบันคาดว่าผู้ป่วยโรคลมชักทั่วโลกราว 70 ล้านคน¹ และมีอุบัติการณ์สูงในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา 81.7 ต่อ 100,000 คนต่อปี เมื่อเทียบกับกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว 45 ต่อ 100,000 คนต่อปี^{2,3} มีการศึกษา เมื่อปี พ.ศ. 2543 ที่จังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีความชุกของโรคลมชัก 5.9-7.2 ต่อประชากร 1,000 คน^{4,5} และเพิ่มขึ้นเป็น 25 ต่อประชากร 1,000 คน ในทุกกลุ่มอายุ จากการสำรวจโดยสมาคมโรคลมชักเมื่อปี พ.ศ. 2555⁶ จึงประมาณการได้ว่าปัจจุบัน มีผู้ป่วยโรคลมชักในประเทศไทย ราว 1,650,000 คน โรคลมชักจึงเป็นโรคที่มีความสำคัญ หากผู้ป่วยยังมีอาการชักต่อเนื่องจะมีผลต่อทั้งสุขภาพกาย และจิตใจ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงมีผลกระทบต่อการครอบครัวและสังคมในวงกว้าง⁷ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคลมชักกว่าร้อยละ 70 สามารถหายขาดจากอาการชักภายใน 5 ปี ถ้าได้รับการวินิจฉัยและรักษาด้วยยาที่เหมาะสม^{8,9} และกว่าครึ่งของผู้ป่วยที่ดื้อต่อการรักษาด้วยยาสามารถหายขาดจากโรคลมชัก ถ้าได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด มีการศึกษาพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของประเทศในกลุ่ม lower middle และ upper middle income รวมถึงประเทศไทย มีปัญหาการเข้าถึงการรักษาโรคลมชักที่เหมาะสม¹⁰ และจากข้อมูลในประเทศไทยมี

ผู้ป่วยร้อยละ 58 ไม่สามารถเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสมได้^{6,8} ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประชากรในส่วนภูมิภาค ดังนั้นในการแก้ปัญหาการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคลมชักนั้น จำเป็นที่ต้องทราบถึงข้อมูลพื้นฐานของความสามารถในการให้บริการของแต่ละสถานพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ที่ต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่ เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการรักษาโรคลมชักให้เหมาะสมและทั่วถึงต่อไป¹¹

วัตถุประสงค์

เพื่อสำรวจความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์ด้านโรคลมชักของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ (A) และ โรงพยาบาลทั่วไป (S) ในประเด็นความพร้อมของแพทย์ เครื่องมือการตรวจวินิจฉัย ยากันชักที่มี รวมทั้งแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักดื้อยา เพื่อเป็นข้อมูลในการแก้ปัญหาการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชักต่อไปโดยโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ถือเป็นโรงพยาบาลหลักที่รับผู้ป่วยโรคลมชักส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชนและให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนรวมถึงคัดกรองผู้ป่วยโรคลมชักดื้อยาเพื่อส่งตัวไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือสูงกว่าเพื่อประเมินการรักษาโดยการผ่าตัดจึงถือเป็นโรงพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญที่ควรศึกษาข้อมูล

วัตถุประสงค์และวิธีการ

แบบสำรวจการให้บริการทางการแพทย์ด้านโรคลมชัก ถูกส่งทางไปรษณีย์ โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป (S) โรงพยาบาลศูนย์ (A) จำนวน 83 แห่ง ใน 12 เขตบริการสาธารณสุข จำนวนและรายชื่อโรงพยาบาลมาจากรายชื่อโรงพยาบาลของกลุ่มสำรวจโรคลมชัก สถาบันประสาทวิทยา ปี 2555 และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2555 เพื่อสำรวจข้อมูลใน 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ข้อมูลแพทย์เครื่องมือในการตรวจรักษา และข้อมูลแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักดื้อยาของแพทย์ โดยขอความร่วมมือผู้ตอบแบบสอบถามเป็นแพทย์ และ/หรือ พยาบาล ที่ดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก ระยะเวลาการรวบรวมแบบสำรวจ ตั้งแต่ 1 สิงหาคม – 1 พฤศจิกายน 2561

ผล

มีการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป (S) และโรงพยาบาลศูนย์ (A) จำนวนทั้งสิ้น 83 แห่ง มีการส่งกลับแบบสอบถาม 36 แห่ง (ร้อยละ 43.37) เป็น โรงพยาบาลในสังกัดของกรมการแพทย์ จำนวน 4 โรงพยาบาล (ร้อยละ 11.1) และโรงพยาบาลในสังกัดของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 32 โรงพยาบาล (ร้อยละ 88.9) ซึ่งจำแนกเป็นโรงพยาบาลระดับ A, S ได้ ร้อยละ 48.4, 51.6 ตามลำดับ มีจำนวนเตียงเฉลี่ย 541.5 เตียง ให้บริการผู้ป่วยนอกทางด้านระบบประสาทจำนวน (median) 4,830 รายต่อปี เป็นผู้ป่วย

นอกโรคลมชักจำนวน (median) 1,000 รายต่อปี คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ 20.70 ของผู้ป่วยนอกทางด้านระบบประสาททั้งหมดต่อปี และผู้ป่วยในของโรกระบบประสาทจำนวน (median) 1,000 ราย ต่อปี เป็นโรคลมชักจำนวน (median) 205 รายต่อปี คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ 20.5 ของผู้ป่วยในทางด้านระบบประสาททั้งหมดต่อปี (ตารางที่ 1) ด้านข้อมูลของแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลม ชักพบว่า โรงพยาบาลร้อยละ 94.4 มีอายุรแพทย์ ประสาทแพทย์ หรือกุมารแพทย์ อย่างน้อยหนึ่งคน โดยเป็นอายุรแพทย์ ประสาท แพทย์ และกุมารแพทย์ ในสัดส่วนร้อยละ 83.3, 63.9 และ 69.4 ตามลำดับ และร้อยละ 80.6 ของโรงพยาบาลทั้งหมด ที่มีประสาท แพทย์โรคลมชัก กุมารประสาทวิทยา หรือประสาทศัลยแพทย์ อย่าง น้อยหนึ่งคน ในสัดส่วนร้อยละ 2.8, 25.0 และ 72.2 ตามลำดับ ร้อย ละ 51.4 ของโรงพยาบาลมีคลินิกเฉพาะทางด้านโรกระบบประสาท และร้อยละ 11.4 มีคลินิกโรคลมชัก ด้านเครื่องมือในการตรวจ วินิจฉัย สามารถส่งตรวจทางสมองเอกซเรย์สมองคอมพิวเตอร์ (CT) และ เอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมอง (MRI) ได้ร้อยละ 97.2, 34.3 ตามลำดับ สามารถให้บริการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) ได้ร้อยละ 40 แบ่งเป็นการส่งตรวจ routine VEEG ร้อยละ 76.9 เป็น VEEG monitoring ได้แก่ multihour VEEG, longterm EEG monitoring หรือ bedside EEG รวมเป็น ร้อยละ 15.4 และมีทั้ง routine VEEG และ VEEG monitoring ร้อยละ 7.7 (ตารางที่ 2) โรงพยาบาล

มียากันชักกลุ่มมาตรฐานได้แก่ phenytoin, carbamazepine, phenobarbital และ sodium valproate แบบรับประทาน ครบ ทั้ง 4 ชนิดร้อยละ 88.6 และมีเฉพาะยา sodium valproate และ ยากันชักในกลุ่ม sodium channel block ได้แก่ carbamazepine, phenytoin หรือ phenobarbital อย่างน้อย 1 ชนิด แบบรับ ประทาน ร้อยละ 97.1 และมียาแบบฉีดเข้าเส้นเลือด ทั้ง 2 ชนิด คือยา sodium valproate และ sodium channel block ได้แก่ phenytoin, fosphenytoin หรือ phenobarbital อย่างน้อย 1 ชนิด ร้อยละ 81.2 และ มียากันชักกลุ่มใหม่อย่างน้อย 1 ชนิด ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล โดยมี lamotrigine, oxcarbamazepine และ gabapentin สูงสุด (ร้อยละ 100, 100, 97.1 ตามลำดับ) (ตารางที่ 3) ด้านแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักของแพทย์ พบมีผู้ป่วย โรคลมชักดื้อยา (median,IQR) 10 ,2.00-20.00 รายต่อเดือน ร้อย ละ 82.4 ของแพทย์คิดว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นปัญหาในการดูแล และม ีความเข้าใจหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคลมชักดื้อยาที่ถูกต้องว่าเป็นการ ใช้ยากันชักตั้งแต่ 2.39 ชนิด (mean) มาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี (ร้อยละ 36.7) ร้อยละ 80 ของแพทย์ที่ให้การรักษามีความเห็นว่ โรคลมชักดื้อยาสามารถหายขาด หรือมีอาการชักลดลงได้อย่างมีนัย สำคัญโดยการผ่าตัด แต่มีเพียงร้อยละ 54.5 ของแพทย์ที่เคยส่งต่อ ผู้ป่วยมารับการรักษาโดยการผ่าตัด (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรกระบบประสาทและโรคลมชัก

ประเภทผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ย (ราย/ปี) (median, IQR)	
	ผู้ป่วยโรกระบบประสาท	ผู้ป่วยโรคลมชัก
ผู้ป่วยนอก	4,830, 1800-7134	1,000, 500-1946
ผู้ป่วยใน	1,000, 500-2,575	205, 131-500

ตารางที่ 2 การให้บริการทางการแพทย์โรคลมชักในโรงพยาบาล (n=36)

การให้บริการทางการแพทย์	ร้อยละของจำนวนรพ.ระดับตติยภูมิ (ร้อยละของจำนวน รพ. A, รพ. S)
มีแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก(อย่างน้อย 1คน)	
- อายุรแพทย์ ประสาทแพทย์ กุมารแพทย์	94.4 (100.0, 100.0)
- ประสาทแพทย์โรคลมชัก	80.6 (100.0, 73.3)
กุมารแพทย์ประสาทวิทยา ประสาทศัลยแพทย์	
- อายุรแพทย์	83.3 (100.0, 100.0)
- ประสาทศัลยแพทย์	72.2 (100.0, 66.7)
- กุมารแพทย์	69.4 (100.0, 92.3)
- ประสาทแพทย์	63.9 (87.5, 64.3)
- จิตแพทย์	61.1 (100.0, 85.7)
- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	47.2 (100.0, 81.8)

ตารางที่ 2 การให้บริการทางการแพทย์โรคลมชักในโรงพยาบาล (n=36) (ต่อ)

การให้บริการทางการแพทย์	ร้อยละของจำนวนรพ.ระดับทุติยภูมิ (ร้อยละของจำนวน รพ. A, รพ. S)
- แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	44.4 (88.9, 72.7)
- กุมารแพทย์ประสาทวิทยา	25.0 (66.7, 8.3)
- ประสาทแพทย์โรคลมชัก	2.8 (100, 0)
คลินิกเฉพาะทาง	
- ด้านโรกระบบประสาท	51.4 (70.6, 35.3)
- ด้านโรคลมชัก	11.4 (17.6, 5.9)
มีชนิดเครื่องมือในการตรวจวินิจฉัย	
- CT	97.2 (100.0, 100.0)
- MRI	34.3 (47.1, 23.5)
- EEG	40.0 (52.9, 29.4)
- Routine VEEG (video EEG)	76.9 (66.7, 100)
- VEEG monitoring*	15.4 (22.2, 0)
* multihour VEEG/ long term VEEG/ bedside EEG	
- Routine VEEG และ Video EEG monitoring	7.7 (11.1, 0)

ตารางที่ 3 ยากันชักที่ใช้ในโรงพยาบาล (n=36)

ยากันชัก	ร้อยละของจำนวนรพ.ระดับทุติยภูมิ (ร้อยละของจำนวน รพ. A, รพ. S)
Oral standard AED (carbamazepine, sodium valproate, phenobarbital, phenytoin) original หรือ generic ครบทั้ง 4 ชนิด	88.6(82.4, 94.1)
Oral second AED อย่างน้อย 1 ชนิด	100.0(100.0, 100.0)
- Lamotrigine	100.0(100.0, 100.0)
- Oxcarbazepine	100.0(100.0, 100.0)
- Gabapentin	97.1(94.1, 100.0)
- Topiramate	85.2(88.2, 80.0)
- Levetiracetam	79.2(80.0, 77.8)
- Pregabalin	63.9(86.7, 100.0)
- Zonisamide	13.9(100.0, 100.0)
- Vigabatrin	8.3(100.0, 100.0)
- Perampanel	8.3(100.0, 0)
- Lacosamide	2.8(100.0, 0)
IV AED ทั้ง sodium valproate และ phenobarbital/ phenytoin/ fosphenytoin (อย่างน้อย 1 ชนิด)	81.2(94.1, 64.3)
Oral standard AED คือ sodium valproate และ carbamazepine/ phenobarbital/ phenytoin (อย่างน้อย 1 ชนิด)	97.1(94.1, 100.0)

ตารางที่ 4 การให้การรักษามะเร็งโรคมะเร็งโดยแพทย์ (n=36)

การให้การรักษามะเร็งโรคมะเร็งโดยแพทย์	Median, IQR
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา (ราย/ เดือน)	
- ผู้ป่วยโรคมะเร็ง	60.00, 30.0-100.0
- ผู้ป่วยโรคมะเร็งดื้อยา	10.00, 2.0-20.0
- ผู้ป่วยที่มาด้านอาการชักครั้งแรก	10.00, 4.5-20.0
- ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการชักต่อเนื่องรุนแรง (status epilepticus)	2.00, 1.0-4.0
ความคิดเห็นของแพทย์ผู้ดูแล	ร้อยละ
มีความเห็นว่า “โรคมะเร็งดื้อยา เป็นปัญหาในการดูแล”	82.4
จำนวนชนิดยาที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคมะเร็งดื้อยา (mean ± SD)	2.39 ± 0.56
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งดื้อยา ควรจะต้องส่งตัวไปประเมินการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด	
- 1 ปี	36.7
- 2 ปี	23.3
- 3-5 ปี	26.7
- มากกว่า 5 ปี	6.7
มีความเห็นว่า “โรคมะเร็งดื้อยา อาการชักอาจหายขาดหรือลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญด้วยวิธีการผ่าตัด”	80.0
แพทย์เคยส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งดื้อยาไปเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด	54.5
มีความเห็นว่า “หากมีผู้ป่วยโรคมะเร็งดื้อยาอีก จะส่งต่อไปเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด”	38.9

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป แพทย์ผู้ให้การดูแลหลักของผู้ป่วยโรคมะเร็งคือ อายุรแพทย์ (ร้อยละ83.3) เปรียบเทียบกับการศึกษาปี 2556 ที่สำรวจโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศจำนวน 1,033 แห่ง และตอบกลับแบบสำรวจร้อยละ 54.1 พบว่าแพทย์ผู้ให้การรักษามะเร็งโรคมะเร็งหลักคือแพทย์ทั่วไป (ร้อยละ 91.5) เป็นประสาทแพทย์และประสาทแพทย์โรคมะเร็ง ร้อยละ 14.4, 11.1 ตามลำดับ¹² และการศึกษาปี 2554 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย แพทย์ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลักคือ แพทย์ทั่วไปและประสาทแพทย์ โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็งเพียงร้อยละ 5¹³ อ้างอิงจากมาตรฐานการให้บริการด้านโรคมะเร็งโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ สถาบันประสาทวิทยา กำหนดว่าควรเป็นแพทย์ อายุรแพทย์ ประสาทแพทย์ หรือประสาทศัลยแพทย์^{8,14,15} ซึ่งจากการศึกษานี้ แสดงข้อมูลของปี 2560 พบว่า ร้อยละ 94.4 ของโรงพยาบาลมีอายุรแพทย์ ประสาทแพทย์ หรือ กุมารแพทย์ อย่างน้อย 1 คน โดยเป็น อายุรแพทย์ ประสาทแพทย์ และกุมารแพทย์ ร้อยละ 83.3,63.9 และ 69.4 ตามลำดับ แสดงว่า มีการกระจายตัวของแพทย์ตามเกณฑ์ศักยภาพที่พึงมีในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ที่เหมาะสม

ครอบคลุมมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมา แต่อย่างไรก็ตามในส่วนของผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็ง ได้แก่ มีประสาทแพทย์โรคมะเร็ง กุมารประสาทวิทยา หรือประสาทศัลยแพทย์ อย่างน้อย 1 คน มีร้อยละ 80.6 โดยมีจำนวนของประสาทแพทย์โรคมะเร็ง กุมารประสาทวิทยาและประสาทศัลยแพทย์ คือ ร้อยละ 2.8, 25 และ 72.2 ตามลำดับถือว่ายังมีจำนวนที่ไม่เพียงพอในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความซับซ้อน หรือดื้อยา ที่พบได้ราว ร้อยละ 36 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด⁹ ที่ต้องอาศัยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญที่จะคัดกรองผู้ป่วยเพื่อส่งต่อไปประเมินการรักษาโดยการผ่าตัดต่อไป ดังนั้นการแก้ไขปัญหามะเร็งโรคมะเร็ง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในบริบทของทรัพยากรที่จำกัด คือการสร้างระบบเครือข่ายการให้คำปรึกษาและการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลในแต่ละเขตบริการสาธารณสุขเดียวกันที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยการสนับสนุนให้ได้เข้ารับการอบรมวิชาการในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง ด้านเครื่องมือในการตรวจวินิจฉัย โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ สามารถส่งตรวจเอกซเรย์สมองคอมพิวเตอร์ (CT) , เอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมอง (MRI) และการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) ได้ ร้อยละ97.2, 34.3 และ 40 ตามลำดับ โดยสามารถส่งตรวจ CT ได้ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาล

ทั้ง 2 กลุ่ม ส่งตรวจ MRI ได้ร้อยละ 47.1, 23.5 ส่งตรวจ EEG ได้ร้อยละ 52.9, 29.4 ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เป็น routine VEEG (ร้อยละ 76.9) แต่สามารถส่งตรวจ VEEG monitoring ได้เฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์เท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาปี 2556 CT สามารถส่งตรวจได้ร้อยละ 100, 35.1 EEG ส่งตรวจได้ ร้อยละ 63.6, 5.4 ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปตามลำดับ แต่ไม่สามารถให้บริการตรวจ MRI ได้¹² ข้อมูลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ามีจำนวนของเครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลศูนย์ โดยเฉพาะเครื่องมือในการตรวจที่ซับซ้อน เช่น MRI และ EEG monitoring ที่จำเป็นในการวินิจฉัยแยกโรค ติดตามการรักษาอาการชักต่อเนื่องรุนแรง (status epilepticus) ทำให้เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีความซับซ้อนได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตามถ้ายึดตามมาตรฐานของการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ VEEG ยังถือว่าไม่ครอบคลุมในทุกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในส่วนของยากันชัก ร้อยละ 88.6 ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มียากันชักกลุ่มมาตรฐานชนิดรับประทาน ครบทั้ง 4 ชนิด ทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 82.4) และ โรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 94.1) และ ร้อยละ 97.1 ของโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม มียากันชักกลุ่มมาตรฐานชนิดรับประทาน อย่างน้อย 2 ชนิด คือ ยา sodium valproate และ ยาในกลุ่ม sodium channel blocker เช่น carbamazepine, phenytoin หรือ phenobarbital อย่างน้อย 1 ชนิด เพื่อเป็นทางเลือกกรณีแพ้ยา หรือโรคลมชักจำเพาะบางชนิด เช่น absence, myoclonic epilepsy และทุกโรงพยาบาลมียากันชักกลุ่มใหม่ อย่างน้อย 1 ชนิด และร้อยละ 81.2 ของโรงพยาบาล มียากันชักรูปแบบยาฉีด สำหรับใช้ในผู้ป่วยที่มีชักต่อเนื่องรุนแรง (status epilepticus) อย่างน้อย 2 ชนิด คือ ยา sodium valproate และ ยาในกลุ่ม sodium channel blocker เช่น phenytoin หรือ phenobarbital อย่างน้อย 1 ชนิด โดยโรงพยาบาลศูนย์มีร้อยละ 94.1 และโรงพยาบาลทั่วไปมีร้อยละ 64.3 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจของสถาบันประสาทวิทยา ปี 2555 ที่มีรูปแบบชนิดอย่างน้อย 2 ชนิดในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเพียงร้อยละ 28 และ 0.9 ตามลำดับ⁶ จากการศึกษาพบว่ายากันชักกลุ่มมาตรฐานชนิดรับประทานมีใช้ในโรงพยาบาลครอบคลุมมากขึ้นทั้งโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไป ในขณะที่ยากันชักแบบยาฉีด มีใช้ในโรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่ แต่ยังไม่เพียงพอในโรงพยาบาลทั่วไป ด้านแนวทางการดูแลผู้ป่วยของแพทย์ เนื่องจากโรคลมชักคือยาเป็นปัญหาที่สำคัญที่แพทย์ผู้ดูแลต้องตระหนักถึง และมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัดโรคลมชัก จากการศึกษาที่พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่คิดว่าโรคลมชักคือยาเป็นปัญหาใน

การดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 82.4) และมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการให้การวินิจฉัยโรคลมชักคือยา รวมทั้งทราบว่าการผ่าตัดเป็นแนวทางมาตรฐานที่สามารถรักษาอาการชักให้หายขาดหรือลดลงอย่างมีนัยสำคัญได้ (ร้อยละ 80) แต่มีเพียงร้อยละ 54.5 ของแพทย์ที่เคยส่งต่อผู้ป่วยคือยาเพื่อไปประเมินการรักษาโดยการผ่าตัด และเพียงร้อยละ 38.9 มีความคิดเห็นว่าจะส่งผู้ป่วยมาประเมินการรักษาโดยการผ่าตัดอีก ซึ่งชี้ให้เห็นว่ายังมีปัญหาของการเข้าถึงการรักษาของกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชักคือยาเพื่อเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดโรคลมชัก กลัวการผ่าตัด ไม่มีค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยที่สูง สำหรับแพทย์ แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยและสิทธิเบิกจ่ายไม่ชัดเจน ดังนั้นการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดโรคลมชักแก่ประชาชน รวมถึงการผลักดันในระดับนโยบายเกี่ยวกับสิทธิในการรักษาของผู้ป่วยโรคลมชักคือยาที่มีข้อบ่งชี้ในการเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดให้เหมาะสมมากขึ้น เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

จากการศึกษาพบว่าจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคลมชัก เครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยที่จำเป็นได้แก่ MRI สมอง และ EEG ยังมีไม่ทั่วถึงในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในส่วนภูมิภาค ส่งผลโดยตรงต่อกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชักที่มีความซับซ้อนหรือคือยา ทำให้อาจมีปัญหากับการเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมได้ อย่างไรก็ตามข้อมูลพื้นฐานของการให้บริการทางด้านการแพทย์ของผู้ป่วยโรคลมชัก ยังจำเป็นต้องได้รับการสำรวจเพิ่มเติม เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ มีข้อจำกัดในการแปลผล เพราะจำนวนการตอบกลับของแบบสอบถามที่จำกัดและข้อมูลที่ได้ไม่ครบถ้วน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ นายแพทย์ สมชาย ไตรฉะบุตร แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิทางประสาทวิทยา อดีตนายกสมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย ที่เห็นปัญหาการเข้าถึงการรักษาโรคลมชักและริเริ่มสนับสนุนการสำรวจข้อมูลการให้บริการด้านโรคลมชักในโรงพยาบาลทั่วประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการสำรวจเก็บข้อมูลของงานวิจัยนี้ ขอขอบพระคุณ อาจารย์ แพทย์หญิง อาภาศรี ลุสวัสดิ์ ประธานอนุกรรมการทีมนำโรคลมชัก สถาบันประสาทวิทยา และคณะอนุกรรมการทุกท่านที่เป็นผู้ผลักดันและเสนอแนะแนวทางในการสร้างแบบสอบถามงานวิจัย ขอขอบพระคุณศูนย์วิจัย สถาบันประสาทวิทยา ที่ให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลงานวิจัยนี้

References

1. Trinka E, Kwan P, Lee B, Dash A. Epilepsy in Asia: disease burden, management barrier, and challenges. *Epilepsia* 2019; 60:7-2.
2. Jovel CE, Nagel AG, Serrano AA, Morales IG, Nagel AG. Epidemiological profile of epilepsy in low income populations. *Seizure* 2018; 56:67-72.
3. Meinardi H, Scott RA, Reis R, Sander JW. The treatment gap in epilepsy: the current situation and the way forward. *Epilepsia* 2001; 42:136-49.
4. Asawavichienjinda T, Satthi-Amorn C, Tanyanont W. Prevalence of epilepsy in rural Thailand: a population-based study. *J Med Assoc Thai* 2002;85:1066-73
5. Department of medical service, Ministry of public health. Thailand Medical Service Profile 2015-18.
6. Towanabut S. Survey of medical facilities for epileptic patients in Thailand 2012.
7. Phabphal K, Greater A, Limapichart K, Satirapunya P, Setthawatcharawanich S. Quality of life in epileptic patients in Southern Thailand. *J Med Assoc Thai* 2009;92:762-9.
8. Center of excellence in epilepsy, Prasat Neurological Institute. Planning project 2017-21: Better accessible medical care for epileptic patients in Thailand.
9. Kwan P, Brodie MJ. Early identification of refractory epilepsy. *N Eng J Med* 2000; 342:314-9.
10. Meyer AC, Dua T, Ma J, Saxena S, Birbeck G. Global disparities in the epilepsy treatment gap: a systemic review. *Bulletin of the World Health Organization* 2010;88:260-6.
11. Mbuba CK, Ngugi AK, Newton CR, Carter JA. The epilepsy treatment gap in developing countries: a systemic review of the magnitude, causes and intervention strategies. *Epilepsia*.2008 September; 49:1491-503.
12. Tiamkao S, Towanabut S, Dhiravibulyn K, Pranboon S, Sawanyawisuth K. Is the Thailand epilepsy service adequate to help patients? *Neurology Asia* 2013; 18:271-7.
13. Pranboon S, Lertsinudom S, Tiamkao S. Facility of epilepsy service in I San. *North East Thai J neurosci* 2011; 6:19-27.
14. NICE guideline: Epilepsy care. February 2013(online). available:<http://www.nice.org.uk>
15. Strategy and Planning division, Ministry of Public health. Report on public health resources concerning the public health in the year; 2016.
16. Tiamkao S, Pranboon S. National Health Security Office Region 7. Antiepileptic drugs available in 4 provinces of I-san. *I-San j Intern Med* 2011;10:28-35.
17. Lertsinudom S, Chainirun N, Tiamkao S. Facilities and Services for people with epilepsy-A survey from Northeast Thailand. *J Med Asso Thai* 2017;100:S252-8.