บทที่ 1

บทนำ

โรคลมชักเป็นโรคที่พบได้บ่อยเป็นที่สองของโรคทางระบบประสาท โดยพบรองจากโรคปวดศีรษะ(วารินทร์ บินโฮเซ็น, 2536) เป็นโรคเรื้อรังไม่ติดต่อชนิดหนึ่ง อาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานของสมองผิดปกติไปจากเดิม พบได้บ่อยในประชาชนทั่วไป ในประเทศไทยยังไม่พบรายงานการศึกษาความชุกของโรคลมชักที่แน่นอน จากการสำรวจสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคลมชักที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศไทยของคณะกรรมการการควบคุมโรคลมชักของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2529 - 2530 พบว่าอุบัติการของโรคประมาณ 2.2 ต่อ 1,000 ราย(วารินทร์ บินโฮเซ็น, 2536) ส่วนความชุกของโรคลมชักในประเทศสหรัฐอเมริกาเกิดขึ้นร้อยละ 0.5 - 2 และร้อยละ 50 ของผู้ป่วยลมชักเริ่มมีอาการก่อนอายุ 18 ปี และพบอุบัติการของโรคประมาณ 12 รายต่อประชากร 10,000 รายต่อปี และจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ส่วนมากเป็นกลุ่มเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี(Curtis et al,1994)

โรคลมชักสามารถแบ่งได้หลายชนิด ได้แก่ primary generalized tonic - clonic seizure พบร้อยละ 15 - 30 ของการชักทั้งหมด ชนิด petit mal พบประมาณร้อยละ 7 - 9 ของการชักในเด็ก ชนิด infantile spasm พบประมาณร้อยละ 2 - 4 ลมชักชนิด myoclonic และ ชนิด atonic พบประมาณร้อยละ 7 - 10 ของการชักในเด็ก (พงษ์ศักดิ์ วิสุทธ์พันธ์ และ สุรางค์ เจียมจรรยา, 2525) จากสถิติของโรงพยาบาลเด็กที่รวบรวมตั้งแต่ปี 2520 - 2521 พบโรคลมชักชนิด tonic clonic seizure หรือ grand mal มากที่สุด ประมาณร้อยละ 80 (บุญสม รัตนศิริ, 2538) ซึ่งในแต่ละชนิดของโรคลมชักมีการตอบสนองต่อการใช้ยาแต่ละขนานแตกต่างกัน (สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ, 2537)

ปัจจุบันมียาควบคุมอาการชักชนิดต่าง ๆ ได้ผลดี จุดประสงค์ของการรักษาก็เพื่อให้หายจากอาการชัก หรือลดจำนวนครั้งที่เกิดความรุนแรงของอาการชักให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับอายุ อาชีพ บุคลิก และสติปัญญาของผู้ป่วย (สุภาพร เจียรกุล, 2536) ยาแต่ละขนานให้ผลการรักษาแตกต่างกันในลมชักแต่ละชนิด และต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอติดต่อกันเป็นเวลานานช่วงหนึ่ง ผู้ป่วยบางรายต้องได้รับยาไปตลอดชีวิต ดังนั้นการเลือกใช้ยาให้ถูกต้องเหมาะสมกับชนิดของโรคลมชักจึงมีความสำคัญ เพื่อการรักษาที่ได้ผลดีที่สุด

ในปัจจุบันเชื่อว่าการรับประทานยากันชักอย่างสม่ำเสมอ และในช่วงที่รับประทานยานั้นไม่เกิดอาการชักในเวลา 2 ปี พบว่าสามารถหยุดยาและไม่กลับมาชักซ้ำอีกร้อยละ 70 ถ้าให้รับประทานยากันชักนาน 3 ปี โอกาสหยุดยาได้ร้อยละ 80 และหากได้รับยากันชักเกิน 4 ปี โอกาสที่จะหยุดยาได้สูงถึงร้อยละ 85 นอกจากนี้การควบคุมอาการชักยังขึ้นอยู่กับชนิดของโรคลมชัก โรคลมชักชนิด infantile spasms และ complex partial seizure จะมีปัญหาในการควบคุมอาการชักค่อนข้างยากและต้องใช้ยากันชักในขนาดที่สูงเพื่อคุมอาการ ส่วนลมชักชนิด simple partial seizure เมื่อได้รับยากันชักสามารถคุมอาการได้ร้อยละ 40-60 ชนิด petit mal คุมอาการได้ร้อยละ 70-85 และชนิด generalized tonic - clonic seizure คุมอาการได้ร้อยละ 70-85 (สุวรรณี พันเจริญ, 2532) ดังนั้นจึงมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งซึ่งต้องได้รับยาไปตลอดชีวิต

ยากันชักที่ใช้บ่อยในประเทศไทยได้แก่ คาร์บามาซีพีน(carbamazepine) ฟีโนบาร์บิทาล (phenobarbital) ฟีนิโทอิน(phenytoin) และกรดวาลโพรอิก(valproic acid) ให้เป็นยาหลัก และโคลนาซีแพม(clonazepam) ไดอะซีแพม(diazepam) ไนทราซีแพม(nitrazepam) เป็นยาที่ให้ร่วมกับยาหลัก (Meyer et al,1995) ซึ่งในยาหลัก 4 รายการแรกเป็นยาที่มีช่วงการรักษาแคบ (narrow therapeutic index) การตรวจวัดระดับยากันชัก และการสังเกตอาการที่แสดงทางคลินิกจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในกระบวนการติดตามการใช้ยาโดยเฉพาะบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากค่าพารามิเตอร์ทางเภสัชจลนศาสตร์และสภาวะของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกันไปอาทิเช่น อายุ การทำงานของไตและตับ ภาวะการตั้งครรภ์ ตลอดถึงลักษณะการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ระดับยากันชักในเลือดยังส่งผลต่อประสิทธิภาพของยาในการควบคุมอาการชัก ความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์และความเป็นพิษของยา การตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย ดังนั้นระดับยาที่เหมาะสมคือ ระดับยาที่สามารถควบคุมอาการชักได้ และไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์เลยหรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ผู้ป่วยยอมรับได้ (Schmidt, 1982)

จากการศึกษาในประชากรทั่วไป ระดับยาของคาร์บามาซีพีน ที่เหมาะสมคือ 4 - 12 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร และระดับยาที่มากกว่า 12 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการพิษ ระดับยาของฟีโนบาร์บิทาลที่เหมาะสมคือ 10 - 40 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร และระดับยาที่เกิดอาการเป็นพิษคือมากกว่า 50 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร ระดับยาของฟีนิโทอิน ที่เหมาะสมคือ 10 - 20 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร และระดับยาที่เกิดอาการเป็นพิษ คือ มากกว่า 20 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร ระดับยาของกรดวาลโพรอิกที่เหมาะสมคือ 50 - 100 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร และระดับยาที่เกิดอาการเป็นพิษ คือ มากกว่า 120 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร (Curtis et al, 1994) ทั้งนี้ระดับยาที่เหมาะสมแต่ละบุคคลอาจแตกต่างจากประชากรทั่วไปทั้งนี้ควรพิจารณาอาการทางคลินิกทั้งการควบคุมอาการชัก และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์เป็นหลัก

นอกจากลักษณะเป็นยาที่มีช่วงการรักษาแคบแล้ว ยากันชักในกลุ่มนี้ยังมีคุณสมบัติในการจับโปรตีนในปริมาณสูง เช่น ฟีนิโทอินสามารถจับกับโปรตีนได้ร้อยละ 80 - 93 และกรดวาลโพรอิกสามารถจับกับโปรตีนร้อยละ 70 - 93 (Wyllie, 1993) และมักมีปัญหาการแย่งจับกับโปรตีนเมื่อให้ร่วมกับยาที่มีความสามารถในการจับกับโปรตีนสูง เช่น แอสไพริน(aspirin) ฟีนิลบิวทาโซน (phenylbutazone) และทอลบูทาไมด์(tolbutamide) ทำให้ระดับยาโดยรวมทั้งหมดในเลือดลดลง แต่ระดับยาอิสระซึ่งเป็นส่วนที่ออกฤทธิ์มีมากขึ้น หรือแม้แต่เมื่อให้ฟีนิโทอิน และกรดวาลโพรอิกร่วมกัน โดยกรดวาลโพรอิกจะแทนที่ฟีนิโทอินในการจับกับโปรตีน (Fischer, 1995)

นอกจากนี้ ยาฟีนิโทอิน ฟีโนบาร์บิทาล และคาร์บามาซีพีนมีคุณสมบัติในชักนำการสร้างเอนไซม์ที่ตับ(enzyme inducer) โดยเฉพาะ 2 ชนิดแรก ซึ่งมีผลต่อการกำจัดยาอื่นออกจากร่างกายเพิ่มขึ้นเมื่อให้ร่วมกัน จากการศึกษาตรวจหาแนวโน้มของระดับยากันชัก เมื่อให้ยากันชักดังกล่าวร่วมกันก็ไม่สามารถทำนายได้ว่าระดับยาจะเพิ่มขึ้นหรือลดลง หรือไม่เปลี่ยนแปลง ทั้งนี้เนื่องจากจะมีคุณสมบัติในการชักนำการสร้างเอนไซม์ที่ตับแล้วยังมีวิถีการเผาผลาญยา(metabolism pathway) ที่ใช้ร่วมกัน(Graves, 1993)

ส่วนกรดวาลโพรอิกมีคุณสมบัติในการยับยั้งการสร้างเอนไซม์ที่ตับ มีผลต่อการกำจัดยาอื่นลดลง และเพิ่มระดับยาในเลือดและประสิทธิภาพของยาอื่นที่ให้ร่วมกัน เช่น เมื่อให้กรดวาลโพรอิกกับฟีโนบาร์บิทาลจะเพิ่มระดับฟีโนบาร์บิทาลประมาณร้อยละ 40 ส่วนการให้กรดวาลโพรอิกร่วมกับฟีนิโทอิน และคาร์บามาซีพีนก็เกิดผลเช่นเดียวกัน (Graves, 1993)

คุณสมบัติของยากันชักดังกล่าว ทั้งคุณสมบัติการจับกับโปรตีน และการชักนำหรือยับยั้งการสร้างเอนไซม์ที่ตับจึงมีโอกาสเกิดอันตรกิริยา(drug interaction) กับยาในกลุ่มอื่นหรือยาในกลุ่มยากันชักเองได้สูง อาจส่งผลให้ระดับยากันชักสูงขึ้นหรือต่ำลงได้ ไม่ว่าการเกิดอันตรกิริยานั้นจะส่งผลทำให้ระดับยากันชักสูงขึ้น ในกรณีที่ระดับยากันชักสูงขึ้นจะส่งผลต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ (adverse drug reaction) และความเป็นพิษ(toxic effect)ได้ หรือในกรณีระดับยากันชักลดลงจะส่งผลทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการชักได้

อนึ่งอาการไม่พึงประสงค์ของยารักษาโรคลมชักสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ (Curtis et al, 1994) ได้แก่

1. **อาการไม่พึงประสงค์ชนิดไม่ทราบสาเหตุ(Idiosyncratic reaction)** เป็นอาการที่ไม่สามารถทำนายได้ และยังไม่ขึ้นกับขนาดการให้ยา โอกาสเกิดขึ้นน้อยแต่อาการมักจะรุนแรง อาการไม่พึงประสงค์ลักษณะนี้ที่พบ เช่น ความเป็นพิษต่อตับ(hepatoxicity) ตับอ่อนอักเสบ(pancreatitis) โรคโลหิตจางชนิดอะพลาสติก(aplastic anemia) และผื่นที่ผิวหนัง(skin rash) พบประมาณ 1 รายต่อ 20,000 - 50,000 ราย และมักเกิดในช่วงแรกของการใช้ยา การเกิดผื่นแพ้ยาที่ผิวหนังมักพบ

ได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับยาคาร์บามาซีพีน ฟีนิโทอิน และฟีโนบาร์บิทาล และเกิด 1 - 3 สัปดาห์แรกของการให้ยา ผื่นที่เกิดขึ้นอาจจะไม่รุนแรงไปจนถึง เอกโฟเลียทีฟเดอร์มาทิทิส(exfoliative dermatitis) สทีเวนสจอห์นสันสินโดม(Stevens Johnson syndrome) และท็อกซิกอีพิเดอร์มอลเนโครไลสิส (toxic epidermal necrolysis) (Fischer, 1995, Rodvold, 1996)

ผู้ป่วยที่ได้รับยากันชักร้อยละ 2 - 40 มีค่าเอนไซม์ทรานสามิเนส(transaminase) และเอนไซม์อัลคาไลน์ฟอสฟาเทส(alkaline phosphatase) ในซีรั่มสูงขึ้นโดยไม่มีอาการผิดปกติทางคลินิก (Pitts, Arstall and Bilston, 1986) จากการทบทวนข้อมูลของคณะกรรมการอาหารและยาประเทศสหรัฐอเมริกาย้อนหลัง ตั้งแต่ปี คศ. 1974 - 1984 พบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยความเป็นพิษต่อตับเนื่องจากการใช้กรดวาลโพรอิก 37 ราย และพบว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อยมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมาก และผู้ป่วยอายุมากกว่า 21 ปีพบ 5 ราย และพบอุบัติการของโรคประมาณ 1 ราย ต่อ 10,000 ราย (Dreifuss et al , 1987 และ 1989)

จากรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์ของคาร์บามาซีพีนต่อระบบเลือด พบโรคโลหิตจางชนิดอะพลาสติก 1 ราย ต่อ 200,000 ราย และจากรายงานปี 1964 ผู้ป่วยที่ได้รับ คาร์บามาซีพีน เกิดโรคโลหิตจางที่ไร้เม็ดเลือดแดงเนื่องจากไขกระดูกไม่เจริญ 20 ราย และเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวน้อย (leukopenia) และภาวะเกล็ดเลือดน้อย(thrombocytopenia) ประมาณร้อยละ 2 (Hart and Eastan, 1982) จากการศึกษาอาการไม่พึงประสงค์ในการใช้ยากันชักในผู้ป่วย 94 ราย พบว่าเกิดโรคโลหิตจางชนิดนิวโทรพีเนียอย่างอ่อน (mild neutropenia) 3 ราย ค่า mean corpuscular volume สูงขึ้น 5 ราย (Pitts, Arstall and Bilston, 1986) ส่วนในการศึกษา ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยากันชัก ผู้ป่วยกลุ่มอายุ 1 - 11 ปี ตรวจพบเม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 4,000 เซลล์ต่อมิลลิลิตรร้อยละ 17 และในกลุ่มผู้ป่วย อายุ 12 -17 ปี เกิดร้อยละ 8 (Silverstein, Boxer and Johnston, 1983)

2. อาการไม่พึงประสงค์ที่ขึ้นกับระดับการใช้ยา(serum concentration dependent) เป็นอาการที่เกิดขึ้นแปรผันตามระดับยาในเลือด อาการที่พบบ่อยได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน หนังตากระตุก(nystagmus) เห็นภาพซ้อน(double vision) เห็นภาพมัว(blurred vision) เดินเซ(ataxia) ความถี่และความรุนแรงที่พบจะแตกต่างกันในยากันชักแต่ละชนิด แต่จะพบอาการดังกล่าวคล้ายคลึงกันเมื่อผู้ป่วยใช้ยาในขนาดสูง ดังนั้นในผู้ป่วยส่วนมากขนาดการใช้ยาจะถูกจำกัดโดยผลข้างเคียงของยาที่เกิด นอกจากนี้ยังพบผลข้างเคียงดังกล่าวในผู้ป่วยที่ระดับยาไม่สูงแต่ได้รับยากันชักหลายรายการรวมกัน (Curtis et al, 1994)

3. อาการไม่พึงประสงค์เมื่อได้รับยาติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน(chronic toxicity) เป็นอาการที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับยากันชักติดต่อกันนาน ส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง อาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการสับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมโดยเฉพาะยาในกลุ่มบาร์บิทูเรต(Barbiturates) พบได้บ่อยถึงร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาฟีโนบาร์บิทาล ได้มีการศึกษาผลของยากันชักในขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาต่อการเรียนรู้(cognitive) ซึ่งประกอบด้วย attention span ความสามารถที่จะมีสมาธิ(concentration ability) กระบวนการให้ข้อมูล(information processing) ความเร็วในการเคลื่อนที่(motor speed) และระดับเชาวน์(intelligent quotient : I.Q.) พบว่า มีผลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ในผู้ป่วยที่ได้รับยาวาลโพรอิกมีอาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดแสบยอดอก(heart burn) ร้อยละ 5-30 แต่หากให้ร่วมกับอาหารหรือใช้ยาในรูปแบบยาเม็ดเคลือบให้ออกฤทธิ์ที่ลำไส้(Enteric coated tablet) อาการดังกล่าวจะลดลงเหลือร้อยละ 1 - 3 นอกจากนี้ยังพบภาวะผมร่วงหรือขนร่วง(alopecia) ร้อยละ 2 - 12 ในผู้ป่วยที่ได้รับ ฟีนิโทอิน การเกิดภาวะเหงือกบวม(gingival hyperplasia) ร้อยละ 50 ภาวะขนดก(hirsutism), สิว, การสร้างเม็ดสีมากกว่าปกติ(hyperpigmentation) แม้จะไม่มีอาการรุนแรงนักแต่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาและคุณภาพชีวิต อาการไม่พึงประสงค์เหล่านี้สามารถหลีกเลี่ยง ป้องกันหรือลดให้เกิดน้อยที่สุด โดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การใช้ยากันชักร่วมกันหลายชนิด การได้รับยาในขนาดที่สูง ระยะเวลาการใช้ยาที่นาน การขาดอาหาร และ ภาวะทางสุขภาพ(Rodvold, 1996)

การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ต้องอาศัยความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยและการปฏิบัติตามแพทย์สั่ง มีรายงานพบอัตราการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย(non-compliance) อยู่ระหว่างร้อยละ 25 - 59(Blackwell, 1972 ; Stewart and Cluff, 1972) สำหรับในประเทศไทยมีรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยอยู่มาก โดยผลการวิจัยที่ได้ก็พบอัตราการไม่ใช้ยาตามสั่งในอัตราที่ใกล้เคียงกับรายงานผลการวิจัยต่างประเทศ (อภิชาต วิชญาณรัตน์ และคณะ , 2522) ได้แก่ การศึกษาอัตราการไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคลมชักในโรงพยาบาลศรีสะเกษ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบผู้ป่วยโรคลมชักมีอัตราการไม่ใช้ยาตามสั่งร้อยละ 44(สมพร จึงศิรกุลวิทย์ และอภิภา ผลิโกมล, 2536)

นอกจากนี้โรคลมชักเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของบุคคลที่เป็นโรคลมชักอย่างมาก โดยทั่วไปสังคมมองว่าโรคลมชักเป็นสิ่งที่น่ากลัว ผู้ที่เคยชักมาก่อนคิดว่าอาการชักเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความหวาดกลัว ขาดความมั่นใจ และห่างเหินจากสังคม ถ้าผลของการชักทำให้ผู้ที่พบเห็นมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะแยกตัว ทำให้ขาดโอกาสในการเข้าสังคมได้ตามปกติ และอาการชักยังก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยโดยตรง นอกจากผลกระทบทางจิตใจและสังคมของผู้ป่วยแล้ว การที่ผู้ป่วยเป็นโรคลมชักตั้งแต่วัยเด็ก หากทางครอบครัวละเลยไม่ให้รับการศึกษาหรือปกป้องเด็กมากเกินไป อาจทำให้เกิดปัญหาในการพัฒนาทักษะทางสังคมและถูกปฏิเสธไม่ให้ร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นได้ (วารินทร์ บินโฮเซ็น, 2536) นอกจากจะรบกวนชีวิตประจำวันแล้ว ยังอาจจะส่งผลทำให้

สมองที่กำลังเจริญเติบโตของเด็กเสื่อมลงได้ จากการศึกษาพบว่าเด็กที่เป็นโรคลมชักนั้นมักมีระดับสติปัญญาต่ำ(Frost and Hrachovy,1989 ; Vining,1989) อาจทำให้ความจำและความสามารถในการเรียนรู้ลดลง และยังพบปัญหาด้านอารมณ์ ความผิดปกติทางจิต พฤติกรรมเบี่ยงเบน และที่สำคัญผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังเป็นภาระต้องพึ่งพาผู้ปกครองอีกด้วย (Vining, 1989)

จากเหตุผลที่ว่า หากผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม ถูกต้อง และมีความร่วมมือในการใช้ยา จะควบคุมอาการชักได้ หลังจากนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่องอีก 2 - 4 ปีโดยไม่มีอาการชักจะสามารถค่อย ๆ ลดขนาดยาจนหยุดการใช้ยาได้ จึงมีแนวความคิดว่าผู้ป่วยโรคลมชักโดยเฉพาะเด็ก หากสามารถใช้ยาได้เหมาะสมถูกต้อง และสม่ำเสมอจะสามารถหยุดยาได้ในระยะเวลาอันสั้นซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีแนวคิดที่จะเปิดบทบาทของเภสัชกรที่เข้าไปในการติดตามการใช้ยากันชักในผู้ป่วยเด็กอย่างครบวงจรตั้งแต่ขั้นตอน การสั่งใช้ยา การจ่ายยา การบริหารยา ตลอดจนถึงการตอบสนองต่อการใช้ยา เพื่อหวังผลในการพัฒนาคุณภาพการรักษาอีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป : เพื่อศึกษารูปแบบและแนวทางการติดตามการใช้ยากันชักในผู้ป่วยเด็ก

วัตถุประสงค์เฉพาะ :

1. เพื่อศึกษาผลการดำเนินการติดตามการใช้ยากันชักในผู้ป่วยเด็ก ภายใต้รูปแบบและแนวทางที่กำหนด
    1.1 ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม
    1.2 ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยา
    1.3 ผู้ป่วยและผู้ปกครองสามารถใช้ยาได้ถูกต้อง

2. เพื่อศึกษาผลกระทบของโรคลมชักต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและผู้ปกครอง

ขอบเขตและข้อจำกัดการวิจัย

เนื่องจากเป็นการวิจัยเชิงประยุกต์เพื่อทดลองจัดตั้งระบบการติดตามการใช้ยากันชักในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่คัดเลือกไว้ และขยายบทบาทของเภสัชกรให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงถือเป็นการพัฒนางานเภสัชกรรมคลินิกงานหนึ่ง ซึ่งโครงการติดตามการใช้ยากันชักในผู้ป่วยเด็กในประเทศไทยยังไม่มีผู้ทำการศึกษามาก่อน ข้อจำกัดของผู้วิจัยและระยะเวลาจึงไม่สามารถดำเนินการในโรงพยาบาลหลายแห่งได้ ดังนั้นจึงจัดทำเป็นโครงการทดลองดำเนินการในโรงพยาบาล 1 แห่ง

โรคลมชักเป็นโรคที่ต้องได้รับยาต่อเนื่องเป็นเวลานาน เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการชักได้เป็นเวลา 2-4 ปี แพทย์จะค่อย ๆ ลดขนาดยาลงจนหยุดยาได้ แต่เนื่องจากการดำเนินการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดของระยะเวลาการดำเนินการวิจัย จึงไม่สามารถตามผลการรักษาจนผู้ป่วยหยุดยาได้ นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดทางด้านลักษณะประชากร และสภาพสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน ดังนั้นข้อมูลจากการดำเนินการนี้ไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลทั้งประเทศได้ เนื่องจากมีลักษณะของประชากร และสภาพแวดล้อมแตกต่างกันออกไป การนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ควรคำนึงถึงข้อจำกัดเหล่านี้ด้วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบและแนวทางดำเนินงานติดตามการใช้ยากันชักในผู้ป่วยเด็ก
2. เพื่อเพิ่มคุณภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคลมชัก
3. เพื่อผู้ป่วยและผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคลมชักและการใช้ยากันชัก
4. เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานร่วมกันของทีมงานสุขภาพและก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างวิชาชีพ
5. ขยายบทบาทของเภสัชกรโรงพยาบาลในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการให้บริการแก่ผู้ป่วย