

## **แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคลมชักและการส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) เขตสุขภาพที่ 6**

ผู้ป่วยที่มีอาการชัก หรือ อาการที่สงสัยชัก (paroxysmal disorder) มีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง เพื่อได้รับการยืนยันวินิจฉัยโรคลมชัก เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม

### **ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองและแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมชักเด็กในเขตสุขภาพที่ 6**

ข้อบ่งชี้การส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองมีดังนี้

1. ชักแบบไม่มีสาเหตุ
2. อาการที่สงสัยชัก เช่น อาการหมดสติ อาการพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง
3. สงสัยกลุ่มอาการโรคลมชัก (Epilepsy syndrome)
4. ใช้ประกอบการพิจารณาหยุดยากันชัก
5. ชักจากไข่มากกว่าเท่ากับ 4 ครั้ง ( Simple Febrile seizure )
6. Complex Febrile seizure

ขั้นตอนการส่งตรวจดังภาพที่ 1 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 6 ที่มีผู้ป่วยตรงตามข้อบ่งชี้สามารถโทรมาทำนัดตรวจ EEG ให้ผู้ป่วยได้โดยตรง ผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลชลบุรี 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ผู้ป่วยมาตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองตามวันนัดหมายไว้ล่วงหน้า ครั้งที่ 2 พบกุมารแพทย์เฉพาะทางระบบประสาทเพื่อฟังผลตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง การวินิจฉัยโรคและคำแนะนำแนวทางการรักษา ส่งกลับรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

**ข้อบ่งชี้การตรวจภาพรังสี** เช่น CT หรือ MRI Brain แนะนำให้ส่งผู้ป่วยมาตรวจกรณีต่อไปนี้

1. อาการชักที่มีพัฒนาการถดถอย
2. อาการชักเฉพาะที่ (Focal Seizure) ที่ตรวจร่างกายทางระบบประสาทแล้วพบว่ามีคามผิดปกติ
3. อาการชักที่รักษาด้วยยาอย่างเหมาะสมทั้งชนิดยาและขนาดยาแล้วไม่ตอบสนองต่อการรักษา (Intractable epilepsy หรือ Drug resistant Epilepsy)

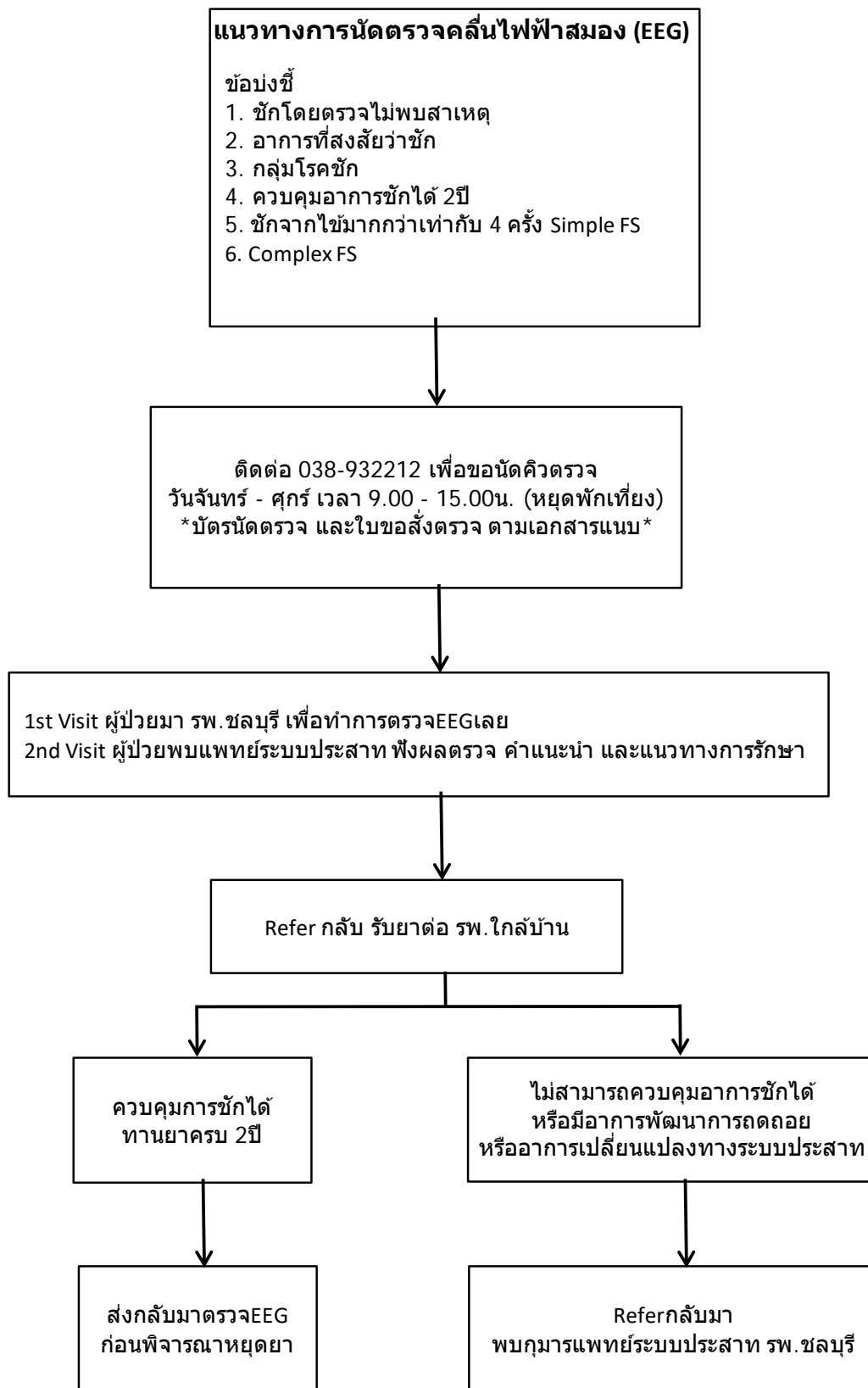
### **การขอคำปรึกษาหรือการส่งผู้ป่วยกลับมาพบกุมารแพทย์ระบบประสาท**

1. ผู้ป่วยที่ปรับยาอย่างเหมาะสมทั้งชนิดยา ขนาดยาและระดับยาแล้วแต่ยังมีอาการชักที่ควบคุมไม่ได้
  2. ผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาทเปลี่ยนแปลง เช่น พัฒนาการถดถอย พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง
- แขนขาอ่อนแรง ตามองไม่เห็น เป็นต้น

### **ช่องทางการขอรับคำปรึกษา**

ติดต่อผ่านทางศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลชลบุรีโทร 038-931042ได้ตลอดเวลา โดยให้แจ้งว่าต้องการขอคำปรึกษากุมารแพทย์ระบบประสาท เพื่อปรึกษาผู้ป่วยโรคลมชัก

ภาพที่ 1 แสดงแนวทางและขั้นตอนการส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง



## ภาพที่ 2 ใบขอส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองและคำแนะนำการเตรียมตัวของผู้ป่วย

บัตรนัดตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองโรงพยาบาลชลบุรี  
ชื่อ-สกุล.....อายุ.....  
วันที่นัดทำ.....เวลา.....สิทธิการรักษา.....

เตรียมหลักฐาน (ถ่ายสำเนา 3 ชุด)

1. ใบส่งตัวจากโรงพยาบาลต่างอำเภอ/ต่างจังหวัด
2. บัตร 30 บาท
3. ทะเบียนบ้านหรือสูติบัตร

การเตรียมตัวก่อนมาตรวจ

1. สระผมก่อนมาตรวจ
2. อดนอนโดยการให้เข้านอนดึกที่สุด
3. ทานยากันชัก หรือ ยาที่ทานประจำได้ตามปกติ

กรณีเลื่อนนัด

1. ผู้ป่วยมีไข้ ไอ มีน้ำมูก
2. กรุณาติดต่อเลื่อนนัด 038-932212

ใบขอส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองโรงพยาบาลชลบุรี  
ชื่อ-สกุล.....อายุ.....  
ส่งตัวจากโรงพยาบาล.....น้ำหนัก.....ส่วนสูง.....

ถนัดมือ ซ้าย / ขวา    นัดทำวันที่.....    นัดฟังผลวันที่.....

History.....

Physical Examination .....

Diagnosis.....

Medication.....

หมายเหตุ

-ติดต่อทำนัดตรวจทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 9.00-15.00 น.

เบอร์ติดต่อ 038-932212

-คลินิกโรคระบบประสาทในเด็ก ทุกวันพฤหัสบดี เวลา 13.00-15.00 น.