

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

The Role of Nurse in Caring for Children with Epilepsy

ประกายแก้ว ศิริพูล Prakaikaew Siripoon*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย 40002

Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand 40002

บทคัดย่อ

โรคลมชัก (epilepsy) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของสมองที่พบได้บ่อยในเด็ก ส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา เกิดความทุพพลภาพซึ่งส่งผลการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเด็ก รวมทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม ทำให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านทรัพยากรมนุษย์และเศรษฐกิจ หากผู้ป่วยเด็กโรคลมชักไม่ได้รับการรักษาและการพยาบาลที่ถูกต้อง จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตามมา ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่สำคัญควรมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ประเภทของโรคลมชัก การวินิจฉัย การรักษา และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยเด็ก ทั้งที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคลมชักและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากันชักเป็นเวลานาน และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก โดยการปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยในการชักประวัติรายละเอียดการชัก การตรวจร่างกายเด็ก การวิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษทางระบบประสาท เพื่อนำสู่การระบุปัญหาทางการพยาบาล การนำใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการชัก การป้องกันภาวะชักซ้ำ การลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยเด็กโรคลมชักและครอบครัว การส่งเสริมศักยภาพผู้ป่วยเด็กและครอบครัวในการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน รวมทั้งประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่และผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนเพื่อให้การช่วยเหลือดูแลเด็กโรคลมชักและครอบครัว

คำสำคัญ: เด็ก, บทบาทพยาบาล, พยาบาล, โรคลมชักในเด็ก

Abstract

Epilepsy is a common childhood brain disorder, which affects children physically, mentally, socially and intellectually, causing disabilities that affect the lives of children as well as their families and society. This health problem causes losses in both human resources and economy. If children with epilepsy do not receive the correct treatment and nursing care, their quality of life will be affected. Therefore, nurses who are important healthcare personnel should have the knowledge of the causes and the types of epilepsy, diagnosis, treatment and their effects on patients which are caused by epilepsy pathophysiology and complications from prolonged exposure to antiepileptic drugs. Nurses must have the ability to care for children with epilepsy. They must also perform the role of nurse in assessing patients, taking the history of epileptic seizures, performing physical examinations and analyzing laboratory results and special neurological examinations. This nursing roles must be performed in order to identify the nursing care problems, implement the nursing care process to develop a care plan to prevent complications from epileptic seizures and recurrent epileptic seizures, reduce anxiety for patients and their families, promote the potential of patients and their

Corresponding author, E-mail: prakaikaewsi@kkumail.com

วันที่ได้รับ (received) 31 ต.ค. 2564 วันที่แก้ไขสำเร็จ (revised) 7 ก.พ. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 21 ก.พ. 2565

families in performing self-care at home as well as collaborating with local health services units and relevant people in the community to provide assistance in caring for children with epilepsy and their families.

Keyword: children, the role of nurse, nurse, epilepsy in children

บทนำ

โรคลมชัก (epilepsy) เป็นภาวะที่บุคคลมีอาการชัก (seizure) เกิดขึ้นซ้ำมากกว่า 2 ครั้ง โดยเกิดขึ้นห่างกันมากกว่า 24 ชั่วโมง อาการชักเกิดขึ้นได้โดยไม่มีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน (unprovoked factor)^{1,2} มีลักษณะของการชักเป็นการชักต่อเนื่องนานมากกว่า 5 นาที มีอาการแสดงที่ผิดปกติและสามารถตรวจพบความผิดปกติของคลื่นสมอง ซึ่งสามารถนำข้อมูลมาจัดกลุ่มเป็นอาการแสดงของกลุ่มอาการของโรคลมชัก (epilepsy syndrome)³ ในการจำแนกประเภทของโรคลมชัก ซึ่งสามารถจำแนกได้หลายประเภทขึ้นอยู่กักลักษณะของการชักและตำแหน่งของสมองที่เป็นจุดกำเนิดของการเกิดอาการชัก⁴ โดยโรคลมชักเป็นโรคระบบประสาทเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก ประมาณ 50,000-200,000 รายต่อปี มีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 20⁵ ประเมินการณ์ว่าเด็กทั่วโลกร้อยละ 0.5-1.0 ได้รับผลกระทบจากโรคลมชัก พบความชุก (prevalence) ของการเกิดโรคในเด็กตั้งแต่ 58-144 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน โดยพบความชุกสูงสุดในเด็กอายุขวบปีแรก 144 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน รองลงมาคือเด็กอายุ 1-4 ปี อัตราการเกิด 61 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน และในเด็ก 5-10 ปี พบความชุก 54 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน⁶ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยพบความชุกในการเกิดโรคลมชัก ในเด็กอยู่ที่ 41-187 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน และมักพบในช่วงขวบปีแรก ส่วนอายุที่มีอาการชักมากที่สุดคือ 5-9 ปี โดยมีความชุก 17 คนต่อประชากร 1,000 คน⁷

สาเหตุของโรคลมชักในเด็กพบว่าส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิด มีสาเหตุจากการได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากการคลอด ความพิการแต่กำเนิดที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท การติดเชื้อ ความผิดปกติของระบบเมแทบอลิซึม การบาดเจ็บที่สมองจากการขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ มารดาและทารกมีหมู่เลือดไม่ตรงกัน การได้รับสารพิษ และการมีภาวะไข้สูง⁴ ซึ่งสมาพันธ์นานาชาติในการต้านโรคลมชัก (International League Against Epilepsy: ILAE) ได้แบ่งสาเหตุของการเกิดโรคลมชักออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) Genetic cause หมายถึง กลุ่มโรคลมชักที่ผู้ป่วยไม่ได้มีพยาธิ

สภาพในสมอง และน่าจะมีสาเหตุมาจากปัจจัยทางพันธุกรรม 2) Structural/metabolic cause หมายถึง กลุ่มโรคลมชักที่ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพในสมองซึ่งทำให้เกิดอาการชัก เช่น เนื้องอกในสมอง และ 3) Unknown case หมายถึง กลุ่มโรคลมชักที่น่าจะมีพยาธิสภาพในสมอง แต่การตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิทยาการในปัจจุบันยังไม่สามารถตรวจพบพยาธิสภาพได้^{1,8}

การวินิจฉัยโรคลมชักสามารถทำได้โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การวิเคราะห์เลือดเพื่อตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) ค่าอิเล็กโทรไลต์ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจน้ำไขสันหลัง การตรวจการทำงานของสมองโดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) การตรวจกายภาพของสมองด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) หรือการสร้างภาพด้วยคลื่นแม่เหล็ก (MRI) เป็นต้น^{1,2} โดยในการวินิจฉัยประเภทของการชัก ILAE มีการจัดประเภทของโรคลมชักจำแนกตามลักษณะของอาการชักและความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมองเป็นหลัก ร่วมกับลักษณะทางคลินิกอื่นๆ เช่น อายุที่เริ่มเกิดอาการชัก สถิติปัญหาของผู้ป่วย การตรวจร่างกายทางระบบประสาท ซึ่งสาเหตุของโรคลมชัก สามารถจำแนกออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) กลุ่มโรคลมชักที่มีอาการชักแบบทั้งตัว (generalized epilepsy) มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมองจาก cortical area ทั้ง 2 ซีกของสมองพร้อมกันตั้งแต่เริ่มแรกขณะที่มีอาการชัก 2) กลุ่มโรคลมชักที่มีอาการชักแบบเฉพาะที่ (focal epilepsy) มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมองเฉพาะที่ในขณะที่มีอาการชัก 3) กลุ่มโรคลมชักที่ยังไม่สามารถจำแนกได้ชัดเจนว่าอยู่ในกลุ่มชักทั้งตัวหรือชักเฉพาะที่ (combined generalized and focal epilepsy) การวินิจฉัยจะขึ้นอยู่กับอาการทางคลินิก ผลตรวจ EEG เป็นต้น และ 4) กลุ่มที่ไม่ทราบแน่ชัด (unknown) เป็นโรคลมชักที่ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นการชักเฉพาะที่หรือหรือชักทั้งตัว เนื่องจากมีข้อมูลไม่เพียงพอ⁹

อาการและอาการแสดงของโรคลมชัก มีอาการแสดงที่แตกต่างกันตามประเภทของการชัก² ซึ่งโรคลมชักที่พบบ่อยในเด็ก มีอาการและอาการแสดง ดังนี้ 1) West syndrome เป็นกลุ่มอาการของโรคลมชักที่พบได้ตั้งแต่อายุ 6-12 เดือน และพบมากช่วงอายุ 4-6 เดือน เด็กจะมีอาการชักผวา

(epileptic spasms) ทั้งในลักษณะงอตัวเหยียดตัว หรือทั้งงอและเหยียดตัว 2) Benign epilepsy of children with centrotemporal spikes (benign rolandic epilepsy) พบได้ตั้งแต่อายุ 3-13 ปี พบมากช่วงอายุ 7-8 ปี เด็กจะมีอาการชักกระตุก หรือชาบริเวณใบหน้าและปากด้านใดด้านหนึ่ง บางรายมีอาการชักทั้งตัวร่วมด้วย อาการชักชนิดนี้เกิดเวลากลางคืนมากกว่าเวลาตื่น 3) Lennox-Gastaut syndrome เป็นกลุ่มอาการของโรคลมชักที่พบได้ตั้งแต่อายุ 1-8 ปี พบมากช่วงอายุ 3-6 ปี เด็กจะมีอาการชักหลายรูปแบบ เช่น ชักเหม่อ เป็นอาการชักที่พบบ่อยที่สุด ชักเกร็ง หรือชักตัวอ่อน ในบางรายมีอาการชักแบบอื่นร่วมด้วย 4) Childhood absence epilepsy เป็นกลุ่มอาการของโรคลมชักที่พบได้ตั้งแต่อายุ 4-10 ปี พบมากช่วงอายุ 5-7 ปี เด็กจะเกิดอาการชักเหม่อและมีโอกาสชักเพิ่มขึ้น เมื่อถูกกระตุ้นด้วยการหายใจเข้าออกลึกเร็ว (hyperventilation) และ 5) Temporal lobe epilepsy with hippocampal sclerosis เป็นกลุ่มอาการของโรคลมชักที่พบได้ตั้งแต่อายุ 4-16 ปี เด็กจะมีอาการชักเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย (focal seizure) และมักมีสัญญาณบอกเหตุก่อนที่จะเกิดอาการชัก (aura) เช่น รู้สึกจุกแน่นลิ้นปี่^{1,9}

การรักษาโรคลมชักในเด็กส่วนใหญ่ให้การรักษาโดยการให้ยากันชัก (antiepileptic drugs) โดยแพทย์จะให้ยาชนิดเดียวก่อน เพื่อให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาน้อยที่สุด เด็กที่มีอาการชักต่อเนื่องจะได้รับยากันชักหลายชนิดเพื่อควบคุมอาการชักให้สงบ การคำนวณขนาดยาจะขึ้นอยู่กับภาวะการเจริญเติบโตของเด็ก และจะต้องมีการตรวจระดับยาในกระแสเลือดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น^{2,9} ซึ่งยากันชักที่ใช้ในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วยยากันชักกลุ่มมาตรฐาน (standard antiepileptic drugs) ได้แก่ carbamazepine, clobazam, clonazepam, phenobarbital, phenytoin และ sodium valproate และกลุ่มยากันชักรุ่นใหม่ (new antiepileptic drugs) ได้แก่ felbamate, gabapentin, lacosamide, lamotrigine, levetiracetam, oxcarbazepine, pregabalin, tiagabine, topiramate, vigabatrin, zonisamide เป็นต้น^{10,11} รวมทั้งในปัจจุบันมีการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ คือ ยา Cannabidiol หรือ CBC oil ในการรักษาโรคลมชักในเด็กที่รักษายาก โดยมีหลักฐานจากการศึกษาวิจัยพบว่าสามารถลดอาการชักในผู้ป่วย Dravet syndrome ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีความปลอดภัย สำหรับในประเทศไทยการใช้ยากันชักกัญชา

สำหรับเด็กโรคลมชักยังอยู่ในระยะเริ่มต้น และกำลังอยู่ในช่วงการศึกษาติดตามประสิทธิผลและผลข้างเคียงของยาอย่างใกล้ชิด¹² นอกจากนี้ยังมีวิธีการรักษาอื่นๆ ได้แก่ การให้สารอาหารเพื่อให้เกิดภาวะคีโตนเกินในร่างกาย (ketogenic diet) โดยเชื่อว่าสารคีโตนขนาดสูงจะส่งผลต่อเซลล์ประสาทกลุ่ม GABAergic ทำให้สมองมีการส่งกระแสประสาทไฟฟ้าลดลง จึงมีฤทธิ์ยับยั้งไม่ให้เกิดการส่งกระแสประสาทมากเกินไปทำให้เกิดอาการชัก (anticonvulsant action) โดยนิยมใช้วิธีนี้ในเด็กอายุมากกว่า 8 ปี ที่มีอาการชักแบบชักสะบัด (myoclonic) หรือชักเหม่อ (absence)^{2,9} การให้วิตามินขนาดสูง เป็นการรักษาด้วยการให้วิตามินบี 6 หรือไพริดอกซิน (pyridoxine) การผ่าตัดเพื่อกำจัดจุดกำเนิดชักให้หมดไปและให้หายขาดจากการชัก (curative surgery) เป็นต้น⁹

ผลกระทบของโรคลมชักในเด็กถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ก่อให้เกิดความทุพพลภาพ ซึ่งมีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเด็ก ทั้งยังเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม เกิดความสูญเสียด้านทรัพยากรมนุษย์และเศรษฐกิจของประเทศ^{1,2} โดยเฉพาะผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งสาเหตุเกิดจากหลายปัจจัยทั้งจากโรคลมชักเอง เช่น พยาธิสภาพที่เกิดกับสมอง กลุ่มอาการของโรคลมชัก ความถี่และความรุนแรงของการเกิดอาการชักแต่ละครั้ง รวมทั้งการได้รับการรักษาด้วยยา ป้องกันการชักเป็นระยะเวลานาน หรือการดูแลที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานยากันชักไม่ต่อเนื่อง จนไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ การจัดการกับอาการชักที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น ถ้าเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักไม่ได้รับการรักษาหรือการดูแลที่ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้⁹ องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักสะท้อนให้เห็นความสำคัญในการดูแลเด็กโรคลมชักเพื่อให้สามารถควบคุมอาการชักได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและลดความรุนแรงของผลกระทบจากโรคลมชักต่อเด็ก และจะต้องมีความรู้และความสามารถในการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคลมชักต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กโรคลมชัก

โดยทั่วไปหากมีอาการชักผู้ป่วยเด็กจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและถูกปรับไว้ในหอผู้ป่วยเด็ก เพื่อเฝ้าระวังอาการชักซ้ำ การติดตามประเมินอาการเพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมในการควบคุมอาการชักและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

จากการชัก พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพ และวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพเด็กเมื่อแรกรับ และมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุที่ทำให้เด็กมีไข้หรือสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้เด็กชัก เพื่อบรรณข้อมูลในการระบุปัญหาสุขภาพ และวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักและดูแลอย่างเหมาะสม ดังนี้

1.1 การชักประวัติเกี่ยวกับรายละเอียดอาการชัก

การชักประวัติรายละเอียดของการชักประกอบด้วยอาการเตือนก่อนการชัก อาการชัก และอาการหลังชัก ดังนี้

1) อาการเตือนก่อนการชัก (preictal symptoms) ได้แก่ อาการนำ (prodromes) อาจเกิดขึ้นเป็นเวลานานหลายนาที่ถึงหลายชั่วโมงก่อนมีอาการชัก และมักเป็นอาการที่ไม่มีลักษณะจำเพาะ เช่น ความรู้สึกไม่ค่อยสบาย กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ เป็นต้น และอาการเตือน (aura) เป็นอาการแรกของอาการชัก ซึ่งผู้ป่วยสามารถบอกถึงอาการเหล่านี้ได้ ลักษณะของอาการเตือนแตกต่างกันตามตำแหน่งของสมองที่ก่อให้เกิดอาการชัก อาการเตือนมักจะเป็นในลักษณะรูปแบบเดิม (stereotype) ผู้ป่วยบางคนมีอาการเตือนหลายแบบแต่มักเป็นลักษณะซ้ำๆ เดิม (pattern) ส่วนมากระยะเวลาอาการเตือนจะไม่เกิน 10 นาที ระยะเวลาเตือนเป็นสิ่งสำคัญซึ่งจะสามารถใช้เป็นแนวทางเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ในกรณีที่อาการเตือนนั้นอาจจะดำเนินต่อไปจนเกิดเป็นอาการชักทั้งตัว เช่น เหม่อลอยทำอะไรไม่รู้ตัว หรือเกร็งกระตุกทั่วตัว¹

2) อาการชัก (seizure symptom หรือ seizure) การชักประวัติรายละเอียดของการชักเกี่ยวกับเวลาที่เริ่มชัก ระยะเวลาของการชัก กิจกรรมและพฤติกรรมของเด็กที่กำลังกระทำก่อนเกิดการชัก อาการแสดงขณะชัก³ ช่วงเวลาของวันในการเกิดอาการชัก จำนวนครั้งและความถี่ของอาการชัก การเคลื่อนไหวของร่างกายและการเคลื่อนไหวซ้ำๆ ความผิดปกติทางด้านการออกเสียงและการสื่อสาร การเปลี่ยนแปลงการหายใจ ความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น เหงื่อออกมาก ชีต อาเจียน หายใจผิดปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ปัสสาวะ และ/หรืออุจจาระราด และ

การบาดเจ็บขณะเกิดอาการชัก เช่น กัดลิ้น ศีรษะกระแทกพื้น กระตุกหัก^{1,3,13}

3) อาการหลังชัก (postictal symptoms) เป็นอาการที่เกิดขึ้นหลังจากอาการชักจนกระทั่งผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติเดิม เช่น ปวดศีรษะ ซึม หลับ สับสน หรือมีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน บางรายไม่สามารถสื่อสารได้อย่างปกติ บางรายอาจมีอาการแขนขาอ่อนแรงเป็นซีก เช่น แขนซ้ายไม่สามารถขยับได้ (Todd's paralysis) พยาบาลควรมีการสอบถามอาการหลังชักด้วยว่านานเท่าใดจนกระทั่งผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติ¹ รวมทั้งปัจจัยกระตุ้นการชัก (precipitating or trigger factors) การเจ็บป่วยปัจจุบันที่อาจเป็นสาเหตุของการชัก และประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ได้แก่ ประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา และการคลอดที่มีอันตรายต่อสมอง ตลอดจนพัฒนาการของเด็ก เป็นต้น^{1,13}

1.2 การตรวจร่างกาย โดยมีการตรวจร่างกายเด็กที่มีอาการชัก ดังนี้ 1) การตรวจสัญญาณชีพโดยเฉพาะการมีไข้ และ 2) การตรวจร่างกาย ดังนี้ (1) การตรวจศีรษะ ในเด็กทารกให้วัดขนาดของรอบศีรษะ ดูขนาดกะหม่อมเด็ก ตรวจความสมดุลของรูปศีรษะ รอยแผลจากการผ่าตัดหลักฐานของการมีอันตรายต่อศีรษะ (2) การตรวจสัดส่วนของร่างกาย ความสมมาตร เช่น ร่างกายซีกหนึ่งเล็กกว่าอีกซีกหนึ่ง (hemiatrophy) แสดงว่าสมองด้านหนึ่งอาจมีความผิดปกติตั้งแต่อยู่ในครรภ์ (3) ลักษณะปากและช่องปาก ความผิดปกติของรูปปาก ภาวะ cleft lip, cleft palate ในรายที่มีประวัติชักมาก่อนให้ตรวจเหงือกดู gum hypertrophy จากการได้รับยากันชักบางตัว เช่น phenytoin รวมทั้งตรวจทางระบบประสาทที่เกี่ยวข้อง^{1,13}

1.3 การวิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยติดตามผลวิเคราะห์เลือด ได้แก่ CBC, blood sugar, serum electrolytes, BUN, creatinine, LFT, calcium, phosphate, magnesium, TFT, anti-HIV และผลตรวจอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง การติดตามผลตรวจน้ำไขสันหลัง ในเด็กที่อายุน้อยกว่า 12 เดือน ที่มีไข้ร่วมกับอาการชักจะได้รับการตรวจน้ำไขสันหลังทุกราย แม้ว่าจะตรวจร่างกายไม่พบ meningeal sign irritation เนื่องจากมีอาการทางคลินิกไม่ชัดเจนในเด็กเล็ก ส่วนเด็กที่อายุ 12-18 เดือน ที่มีไข้ร่วมกับมีอาการชักจะได้รับการพิจารณาทำการตรวจน้ำไขสันหลังเป็นรายๆ ตามความเหมาะสม^{1,13}

1.4 การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (electroencephalography, EEG) เป็นการตรวจเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัย

โรคลมชัก การพบคลื่นไฟฟ้าสมองที่มีผิดปกติแบบ epileptiform discharges จะทำให้สามารถจำแนกประเภทของอาการชัก รวมทั้งสามารถระบุตำแหน่งจุดเริ่มต้นของอาการชักได้¹

1.5 การตรวจภาพถ่ายภาพกายภาพของสมอง (neuroimaging) เพื่อค้นหาสาเหตุของอาการชักหรือโรคลมชัก โดยมีข้อบ่งชี้ในการตรวจภาพถ่ายภาพกายภาพของสมองชนิด CT scan ในผู้ป่วยเด็กโรคลมชักเฉพาะที่ ตรวจร่างกายพบความผิดปกติเฉพาะที่ ส่วนการตรวจภาพถ่ายภาพกายภาพของสมองชนิด MRI brain ตรวจในผู้ป่วยโรคลมชักที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา อาการชักในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้า แบบถดถอย (development regression) และตรวจเพื่อประเมินเพื่อเตรียมการผ่าตัดโรคลมชัก¹

2. การระบุปัญหาทางการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก สามารถวางแผนให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการชัก การป้องกันการเกิดภาวะชักซ้ำ การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล และการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเพื่อให้ดูแลเด็กที่ป่วยด้วย โรคลมชักได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{11,13} ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

1. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากอันตรายของการชัก

การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากอันตรายของการชัก พยาบาลมีบทบาท ดังนี้

1.1 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดย 1) จัดให้ผู้ป่วยเด็กนอนตะแคงไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันลิ้นไปปิดกั้นทางเดินหายใจ คลายเสื้อผ้าเด็กออกให้หลวม โดยเฉพาะรอบคอเพื่อให้เด็กหายใจได้สะดวก ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะหรือน้ำลายในปากและจมูก เพื่อป้องกันการอุดตันและการสำลักน้ำลายเข้าทางเดินหายใจ 2) ดูแลให้เด็กได้รับออกซิเจนขณะชัก เพราะกล้ามเนื้อทรวงอกและกล้ามเนื้อหน้าท้องจะมีอาการเกร็ง ทำให้การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ และขณะที่มีอาการชักร่างกายต้องการออกซิเจนช่วยในการเผาผลาญเพิ่มขึ้น หากเด็กมีอาการชักนานๆ ช่วยแพทย์ในการใส่ท่อหลอดลมคอ (endotracheal tube) เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ^{11,13} 3) ดูแลให้ได้รับยา diazepam แพทย์อาจให้ทางหลอดเลือดดำในขนาด 0.3 มก./กก. ให้ฉีดช้าๆ กรณีที่ให้ทางหลอดเลือดดำไม่ได้ แพทย์อาจให้ทางทวารหนักในขนาด 0.5 มก./กก. เพื่อให้เด็กหยุดชักและป้องกันเซลล์สมองถูกทำลายจากการชักนาน หากไม่หยุดชักแพทย์

อาจให้ซ้ำระยะห่าง 5-10 นาที ฤทธิ์ยาจะอยู่นาน 15 นาที ขณะให้ยาสังเกตการหายใจ เมื่อหยุดชักแล้วแพทย์จะให้ยาเพื่อป้องกันการชักซ้ำ เช่น ยา phenobarbital หรือ phenytoin^{1,11,13} และ 4) สังเกตและประเมินริมฝีปากปลายมือปลายเท้า ลักษณะการหายใจ วัดสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจนจากการหยุดหายใจขณะชัก¹³

1.2 ดูแลไม่ให้เกิดการบาดเจ็บจากการชัก โดย 1) จัดให้เด็กนอนบนเตียง ใช้ผ้านุ่มๆ เช่น ผ้าห่มหรือผ้าเช็ดตัว หนุนบริเวณใต้ศีรษะ ระวังแขนขากระแทกกับของแข็ง ของมีคม ยกไม้กั้นเตียงทั้งสองข้าง เก็บสิ่งของบนเตียงให้พ้นตัวเด็กขณะที่มีอาการชัก¹³ จัดสภาพแวดล้อมรอบเตียงให้เรียบง่าย 2) เฝ้ารวังอาการอย่างใกล้ชิด หมั่นสังเกตและตรวจเย็บอาการเด็กป่วยบ่อยครั้ง จัดให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้โต๊ะทำงานของพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว 3) ขณะที่มีอาการชัก ควรป้องกันการบาดเจ็บที่ศีรษะจากการล้มศีรษะกระแทกพื้น ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในเด็กโรคลมชัก³ ไม่ควรเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเด็กขณะชัก ไม่กดหรือผูกมัดเด็ก ถ้าเด็กนั่งหรือยืนอยู่จัดให้เด็กนอนลงที่พื้น เพื่อป้องกันการบาดเจ็บส่วนต่างๆ ของร่างกาย และดูแลให้เด็กนอนตะแคงเพื่อป้องกันการสำลัก^{11,13} 4) แนะนำผู้ป่วยเด็กหรือผู้ปกครองให้สังเกตอาการนำหรืออาการเตือน (aura) เช่น ปวดศีรษะ ได้ยินเสียงแว่ว ได้กลิ่นแปลกๆ ควรให้ผู้ป่วยเด็กนอนบนเตียงเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ 5) แนะนำให้ผู้ปกครองสังเกตอาการชัก อาการเตือนก่อนชัก พฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กระหว่างชัก การปัสสาวะอุจจาระราด ความถี่ของการชัก หากมีอาการชักนานเกิน 5 นาที ให้รายงานพยาบาล¹

2. เสี่ยงต่อการชักซ้ำ เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง

การดูแลเพื่อป้องกันภาวะชักซ้ำ พยาบาลมีบทบาท ดังนี้ 1) สังเกตและบันทึกลักษณะอาการชัก ระยะเวลาการชัก อาการแสดงขณะชัก อาการนำก่อนชัก 2) หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้ผู้ป่วยเด็กชักซ้ำ เช่น ดูแลไม่ให้มีไข้ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ 3) ดูแลให้เด็กได้รับยากันชักตามแผนการรักษาและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากันชัก ดังนี้ (1) ดูแลให้ยา valium ตามแผนการรักษาทางหลอดเลือดดำอย่างช้าๆ เพราะเด็กป่วยอาจหยุดหายใจได้ถ้าให้เร็วเกินไป การติดตามประเมินอัตราการหายใจและ

การเต้นของหัวใจ (2) การให้ยา dilantin ทางหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยเด็กขนาดบรรจุยา 250 mg/5 ml/vial ผสมใน 0.9% normal saline solution (0.9%NSS) เท่านั้น หลังผสมควรใช้ให้หมดภายใน 2 ชั่วโมง ไม่ควรแช่ยาในตู้เย็น และไม่ควรใช้ infusion pump ขณะให้ยาเพราะจะทำให้เกิดตะกอน ดูแลให้อย่างช้าๆ เพราะอาจทำให้หัวใจเต้นช้าผิดปกติ และความดันโลหิตต่ำ เนื่องจากระยะเวลาในการออกฤทธิ์ประมาณ 10-20 นาที โดยยาสามารถควบคุมอาการชักได้ดี ไม่กดการหายใจ และมีฤทธิ์อยู่นาน 24 ชั่วโมง ถ้าให้เร็วอาจทำให้หลอดเลือดดำอักเสบ รวมทั้งสังเกตผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ เวียนศีรษะ เห็นภาพซ้อน ซึม เหน็ดเหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก บวม สิวเพิ่มขึ้น ผลข้างเคียงที่ต้องพึงระวัง ได้แก่ ตับอักเสบ แคลเซียมต่ำ ไข้ ต่อมไทรอยด์โต เส้นประสาทอักเสบ เป็นต้น รวมทั้งการสังเกตอาการแพ้ยา เช่น การมีผื่นขึ้น Stevens-Johnson Syndrome เป็นต้น^{1,11} 4) ติดตามผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์อาจทำให้การชักเพิ่มขึ้น 5) สอนผู้ดูแลและเด็กป่วยเกี่ยวกับการดูแลเมื่อมีอาการชัก หลีกเลี่ยงปัจจัยที่อาจทำให้เกิดการชัก เช่น การติดเชื้อ การพักผ่อนไม่เพียงพอ การป้องกันอาการชัก และการดูแลเด็กป่วยขณะชัก ได้แก่ การจัดให้อนอนตะแคงหน้า ดูแลไม่ให้มีอาหารค้างในช่องปาก ไม่กัดปากหรือลิ้นปากเด็ก^{2,11} 6) ฝึกทักษะผู้ดูแลในการเช็ดตัวลดไข้ (sponging) ด้วยน้ำอุณหภูมิห้องนาน 15 - 20 นาที และต้องระมัดระวังไม่ให้เด็กมีอาการหนาวสั่น เพราะจะเพิ่มอัตราการเผาผลาญพลังงานของร่างกายและหลอดเลือดหดตัว (vasoconstriction) ความร้อนจึงไม่สามารถระบายออกจากร่างกายได้¹³ และ 7) เตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องดูดเสมหะให้พร้อมใช้ เพื่อเตรียมพร้อมกรณีฉุกเฉิน ผู้ป่วยเด็กมีอาการชักนานและต่อเนื่อง¹¹

3. ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลต่ออาการชักและความเจ็บป่วยของเด็ก

การรักษาอาการชักมีเป้าหมายคือให้สามารถควบคุมอาการชักและลดการเกิดความรุนแรงของอาการชัก โดยการรักษาที่ถูกต้องตามอาการของโรคร้อย่างต่อเนื่องควบคู่ไปกับการดูแลและการป้องกันของผู้ดูแล ซึ่งจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันการชัก การดูแลเด็กใน การทำกิจวัตรประจำวันทั่วไป การลดปัจจัยกระตุ้น รวมถึงการดูแลด้านอาหารที่เหมาะสมแก่เด็ก¹⁴ อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมีความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักไม่

มากพอ และยังมีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติม¹⁵ มีความวิตกกังวลกลัวเด็กจะชักซ้ำ กลัวเด็กเสียชีวิต¹¹ การดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลต่อการชักและความเจ็บป่วยของเด็ก พยาบาลมีบทบาท ดังนี้ 1) อธิบายให้ผู้ดูแลทราบถึงการดำเนินของโรครวมทั้งแผนการรักษาของแพทย์ 2) ให้โอกาสผู้ดูแลระบายถึงความวิตกกังวลและความรู้สึกของตนเอง และหากพบว่าผู้ดูแลมีภาวะเครียดหรือวิตกกังวลควรให้ความช่วยเหลือดูแลอย่างเหมาะสม² 3) ให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลในการดูแลบุตรที่มีอาการชักอย่างเรื้อรัง ส่งเสริมให้ผู้ดูแลบุตรที่ป่วยเหมือนเด็กคนอื่นๆ ไม่ปกป้องมากเกินไป ส่งเสริมให้บุตรทำกิจกรรมที่ตนเองสามารถทำได้เอง 4) ให้กำลังใจผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กโรคลมชักเกี่ยวกับการมีกิจกรรมหรือการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับเด็ก¹¹ ซึ่งเด็กสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันต่างๆ ได้ แต่เพิ่มความระมัดระวัง ได้แก่ (1) การอาบน้ำ หลีกเลี่ยงการอาบน้ำในอ่างน้ำ สระน้ำ หรือลำคลอง (2) การเตรียมอาหารควรระมัดระวังผู้ดูแลเด็กใกล้ชิดเมื่ออยู่ใกล้อาหารที่มีความร้อน น้ำมันทอดที่ร้อน (3) การเดินทาง เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นโรคลมชัก ควรดื่มน้ำจนกว่าจะสามารถควบคุมอาการชักได้ และแพทย์อนุญาต และ (4) การออกกำลังกาย สามารถทำได้ ในเด็กที่สามารถควบคุมอาการชักได้อย่างน้อย 1 ปี สามารถเล่นกีฬาได้แต่ควรหลีกเลี่ยงกีฬาที่มีความเสี่ยงสูง ควรมีอุปกรณ์ป้องกันและดูแล โดยแบ่งความเสี่ยงของชนิดกีฬาได้ 3 ประเภท ได้แก่ กีฬาที่มีความเสี่ยงต่ำ เช่น เบสบอล โบว์ลิ่ง กอล์ฟ ปิงปอง เวท เทรนนิ่ง (Weigh training) โยคะ กีฬาที่มีความเสี่ยงปานกลาง เช่น บาสเกตบอล แล่นเรือ ฟุตบอล ยิมนาสติก (บนพื้น) ซี่ม้า สเก็ตบอร์ด และกีฬาที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ยิมนาสติก (กับอุปกรณ์บนที่สูง) ฮอกกี้ กีฬาผาดโผน ดำน้ำ ปีนเขา วัยนักระยะไกล เป็นต้น¹

4. ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากพร่องความรู้และทักษะในการดูแลเด็กเมื่อมีอาการชัก

การดูแลเพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก พยาบาลมีบทบาท ในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ การประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคลมชัก เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม ดังนี้

1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก สาเหตุ และแนวทางการรักษา ยาที่ใช้ ความถี่ในการรับประทาน ยาต่อวัน อาการแพ้ยา และผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น

ตลอดจนปฏิกริยาระหว่างยากันชักและยาอื่นๆ ที่ใช้อยู่ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลให้การดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชักให้รับประทานยากันชักอย่างสม่ำเสมอ^{1,16} ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการชัก โดยการจัดการภาวะไข้ การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น การดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป¹⁴ รวมทั้งการดูแลเบื้องต้นเมื่อมีอาการชักเกิดขึ้น โดยผู้ดูแลจะต้องตั้งสติไม่ตื่นตระหนก ป้องกันการบาดเจ็บ โดยให้ผู้ป่วยอยู่ในบริเวณที่โล่ง ไม่มีสิ่งกีดขวางที่จะเป็นอันตราย ไม่กอดรัดผู้ป่วย หากผู้ป่วยชักแล้วมีอาการคัน ห้ามนำสิ่งใดๆ ใส่ในปากผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยอาจกัดสิ่งเหล่านั้นจนขาดและตกไปอุดหลอดลมได้ อย่าให้น้ำยาหรืออาหารแก่ผู้ป่วยจนกว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดี และในขณะที่เด็กชักจัดให้เด็กป่วยนอนตะแคง ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เช็ดน้ำลายในปากและจมูกเพื่อป้องกันการอุดตันและการสำลัก¹¹ ควรจับเวลาว่ามีอาการชักนานเท่าไร ถ้าอาการชักนานกว่า 5 นาที หรือมีอาการชักเกิดขึ้นซ้ำๆ กันหลายครั้ง ควรพาไปโรงพยาบาลทันที และการดูแลหลังจากผู้ป่วยหยุดชัก ควรจัดท่าผู้ป่วยนอนตะแคงเพื่อลดอาการสำลักเข้าหลอดลม¹ ซึ่งในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคลมชักสามารถพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ เช่น บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Computer Assisted Instruction: CAI) โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้ความรู้ให้มีเพิ่มขึ้น¹⁵

2) การให้คำแนะนำในการติดตามการรักษา เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษา การปรับขนาดยาให้เหมาะสมโดยมีเป้าหมายให้ควบคุมไม่ให้มีอาการชักเลย การติดตามประเมินพัฒนาการและความสามารถทางการเรียน ซึ่งอาจเป็นผลจากโรคลมชักและ/หรือการรักษาที่ได้รับ¹⁷ รวมทั้งการติดตามดูแลให้เด็กโรคได้รับวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามวัย โดยจะต้องระมัดระวังในการให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยักและไอกรน (DTaP) ในเด็กโรคลมชัก ซึ่งจะต้องได้รับการแนะนำจากแพทย์เฉพาะทางระบบประสาท โดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐ (CDC) แนะนำให้วัคซีน DTaP ในผู้ป่วยเด็กที่สามารถวินิจฉัยประเภทโรคลมชักและระยะการดำเนินของโรคที่ชัดเจน เนื่องจากวัคซีนชนิดนี้เคยมีประวัติทำให้เกิดโรคไขสมองอักเสบที่ทำให้เด็กมีอาการวิกฤตระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือมีระยะเวลาในการชักที่นานขึ้นภายหลังการได้รับวัคซีน DTP หรือ DTaP มาแล้ว 7 วัน⁴

3) การส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยากันชัก โดยการให้คำแนะนำแนวทางการป้องกันการล้มรับประทานยาโดย (1) ให้เก็บยาในตำแหน่งที่สามารถมองเห็นได้ในเวลาที่

ผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาโดยสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของแต่ละราย (2) หากล้มรับประทานยาสามารถรับประทานยาได้ทันทีที่นึกได้ หากไม่เกิน 2 ชั่วโมงจากเวลาที่รับประทานยาประจำ แต่ถ้านึกได้เมื่อใกล้ถึงเวลามื้อยามื้อถัดไปให้รับประทานยามื้อถัดไปในขนาดเท่าเดิม (3) การจัดทำแนวทางการแจ้งเตือนในการรับประทานยา เช่น ตั้งปลุกเตือนโดยใช้โทรศัพท์มือถือ การใช้ปฏิทินช่วยเตือนว่ารับประทานยาไปแล้วด้วยการขีดฆ่าที่ปฏิทินรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (4) สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยากันชักอย่างต่อเนื่องถึงแม้จะสามารถควบคุมอาการชักได้ดีขึ้น พยาบาลควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานยาขนาดเดิม ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง (5) อธิบายผลข้างเคียงของยากันชักหากเกิดพิษที่รุนแรง เช่น เดินเซ ตากระตุก หากมีอาการแนะนำให้ผู้ป่วยรีบกลับมาพบแพทย์¹⁷

4) การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา โดยสามารถประเมินได้โดยตรงจากการตรวจติดตามระดับยาในร่างกาย การสังเกตเมื่อผู้ป่วยรับประทานยาทุกครั้งที่น่ายาไปให้ตามเวลา หรือการประเมินทางอ้อมจากการบอกเล่าของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ผู้ดูแล บันทึกการรับประทานยา การนับเม็ดยา เป็นต้น¹⁷

5) สร้างระบบการสื่อสารที่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักสามารถติดต่อพยาบาลได้ 24 ชั่วโมงผ่านหลากหลายช่องทาง ได้แก่ สื่อสังคมออนไลน์ หรือโทรศัพท์¹⁸ เพื่อให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการของเด็กโดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีมาตรการในการกำหนดมาตรการจำกัดการเดินทาง (lockdown) ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีการติดต่อเพื่อขอรับคำปรึกษาทางโทรศัพท์เกี่ยวกับการดูแลในเด็กที่เป็นโรคลมชักโดยเฉลี่ยรายละ 1-5 ครั้ง เช่นเมื่อมีสถานการณ์เด็กเกิดการชัก การเกิดโรคลมชักที่ควบคุมไม่ได้ อาการของผู้ป่วยที่แย่ลง การสอบถามเกี่ยวกับปริมาณยากันชักที่ได้กได้รับ การติดตามเวลาที่จะได้ไปพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น¹⁹

6) จัดให้มีกระบวนการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคลมชัก โดยจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือกัน จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนด้านจิตสังคม รับฟังปัญหาให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ดูแล โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้สามารถดูแลเด็กโรคลมชักต่อเนื่องที่

บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{2,20}

7) การติดตามเยี่ยมบ้านเด็กเพื่อการดูแลต่อเนื่อง การติดตามและประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักเป็นระยะ การติดตามการรับประทานยากันชัก อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่ ในรายที่ไม่สามารถดูแลเด็กได้อย่างถูกต้อง เช่น การรับประทานยากันชักไม่ต่อเนื่องจนไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ ตลอดจนขาดการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย เป็นต้น^{2,9}

8) การดูแลเด็กโรคลมชักต่อเนื่องในชุมชน ควรมีการเชื่อมประสานการดูแลระหว่างบ้าน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน สถานบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแล โดยมีการสื่อสารการดูแลระหว่างพยาบาล กับครูที่โรงเรียน พี่เลี้ยงเด็ก อาสาสมัครด้านสุขภาพ รวมทั้งเพื่อนของเด็กให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก และมีทักษะในการดูแลช่วยเหลือเมื่อเด็กมีอาการชัก รวมทั้งการจัดให้มีระบบการช่วยเหลือส่งต่อไปยังเครือข่ายสถานบริการสุขภาพอย่างทันเวลาที่และมีประสิทธิภาพ²

บทสรุป

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กโรคลมชักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพ การซักประวัติเกี่ยวกับรายละเอียดการชัก การตรวจร่างกายเด็กโรคลมชัก การวิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสู่การระบุปัญหาทางการพยาบาล พยาบาลควรมุ่งเน้นการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญในการป้องกันอันตรายจากภาวะชัก การป้องกันการชักซ้ำ การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล รวมทั้งการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก การเตรียมผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน ในเรื่องการประเมินอาการชัก การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการเชื่อมประสานกับระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนในการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคลมชักที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. Neurological Institute of Thailand. Clinical practice guidelines for epilepsy. Bangkok: Tana Place; 2016. (in Thai)
2. Goddard A. Neurologic problems. In: Meadows-Oliver M, editor. Pediatric nursing made incredibly. 3rd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019. p. 262-67.
3. Tagher CG, Knapp LM. Pediatric nursing: a case-based approach. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020. p. 397-400.
4. Rosenblum RK, Crawford DJ. Neurologic disorders. In: Maaks DG, Starr NB, Brady MA, Gaylord NM, Driessnack M, Duderstadt KG, editors. Pediatric primary care. Missouri: Elsevier; 2020. p. 990-93.
5. Miller K. Neurological disorders. In: Richardson B, editor. Pediatric primary care: practice guideline for nurses. Indiana: HealthNet; 2017. p. 531-33.
6. Aaberg KM, Gunnes N, Bakken IJ, Soraas CL, Berntsen A, Magnus P, et al. Incidence and prevalence of childhood epilepsy: a national cohort study. Pediatrics 2017; 139(5): e20163908.
7. Nikrothanond T, Limwattananon C, Limwattananon S. Medicine possession ratio of antiepileptics in pediatric patients with epilepsy in Queen Sirikit National Institute of child health. Journal of the Department of Medical Service 2020; 45(3): 98-106. (in Thai)
8. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, Connoll MB, French J, Guilhoto L, et al. ILAE classification of the epilepsies: position paper of the ILAE commission for classification and terminology. Epilepsia 2017; 58(4): 512-21.
9. Sakulrungsajalas T. Effects of epilepsy on children: prevention and treatment. Thai Journal of Nursing Council 2018; 33(4): 5-18. (in Thai)

10. Gremi D, Rakpraisuthepsiri N. Zonisamide: topical epilepsy drugs. Thai Journal of Hospital Pharmacy 2019; 29(3): 229-40. (in Thai)
11. Lamchang S. Nursing care for children with neurological disorders. In: Ngamsuoy A, Sonkongdang W, editors. Nursing care for children with health problems. Chiang Mai: Smart coating and service; 2018. p. 249-54. (in Thai)
12. Ariyaprana P, Samantreeporn S, Toprayoon Y. Nurse's role with medical cannabis in treatment of refractory epilepsies in pediatrics. Journal of the Association of Researchers 2021; 26(2): 156-72. (in Thai)
13. Pidjadee C, Maytapattana M, Prasitsart N. Nurses' roles in caring children with febrile convulsion. Journal of The Royal Thai Army Nurse 2021; 22(1): 29-37. (in Thai)
14. Anukunwathaka N, Aree P, Lamchang S. Factors predicting seizure prevention practice in children among caregivers. Nursing Journal 2017; 44(4): 1-12. (in Thai)
15. Jarintana P, Kongsaktrakul C, Visudtibhan A. The effects of ability promoting program for caregivers of school-age children with epilepsy using CAI on knowledge, perceived self-efficacy, and outcome expectancy. The journal of Faculty of Nursing Burapha University 2019; 27(1): 13-22. (in Thai)
16. Kangwal C, Kongsaktrakol C, Maneesriwongul W, Visudtibhan A. Factors related to medication adherence among children with epilepsy. Ramathibodi Nursing Journal 2017; 23(1): 44-59. (in Thai)
17. Wachiraphan A, Chuaichum C. Promoting medication adherence in patients with epilepsy. Journal of MCU Nakhondhat 2020; 7(3): 1-14. (in Thai)
18. Thongkhum N, Treenai S. The effect of a nursing care program using Swanson's Caring Model on drug administration behavior of school-age children with epilepsy parents. Journal of the Department of Medical Service 2021; 46(2): 15-23. (in Thai)
19. Panda PK, Dawman L, Panda P, Sharawat IK. Feasibility and effectiveness of teleconsultation in children with epilepsy amidst the ongoing COVID-19 pandemic in a resource-limited country. European Journal of Epilepsy 2020; 81: 29-35.
20. Wittawassamrankul R, Sribundit N, Bunchuailua W. Development of epilepsy care program for pediatric patients from stakeholder perspectives. Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences 2022; 17(1): 13-29. (in Thai)