สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บทสรุปเชิงนโยบาย (Policy Paper)

สิทธิประโยชน์การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง ด้วยการใส่อิเลกโทรดในสมอง (SEEG และ SDE) สำหรับผู้ป่วยลมชักดื้อต่อยากันชัก

กลุ่มภารกิจขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์

กันยายน 2569

ความเป็นมา

โรคลมชักเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าความชุกของผู้ป่วยโรคลมชักในประชากรไทยเท่ากับ 7.2 ต่อ 1000 โดยประมาณได้ว่า จากจำนวนประชากรของประเทศไทย เท่ากับ 66,054,830 คน ดังนั้น จำนวนผู้ป่วยโรคลมชักโดยประมาณในประเทศไทยเท่ากับ 475,595 คน การรักษาโรคลมชักมีหลายวิธีทั้งการรักษาด้วยยาและการรักษาที่ไม่ใช้ยา เช่น การผ่าตัด แต่การรักษาด้วยยากันชักเป็นการรักษาลำดับแรก (treatment of choice) ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยากันชักจะพิจารณาให้การรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น การผ่าตัด

ตามกระบวนการพัฒนาสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2566 (The Universal Health Coverage Benefit Package of Thailand: UCBP) กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย เสนอการตรวจวินิจฉัยจุดกำเนิดการชักด้วยการใส่ขั้วไฟฟ้า (Stereo-Electroencephalography; SEEG) และคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข ครั้งที่ 2/2566 เมื่อวันที่ 30 สิงหาคม 2566 เห็นชอบหัวข้อเพื่อเข้าสู่การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ โดยได้รับการสนับสนุนการศึกษาจากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องการประเมินต้นทุน-อรรถประโยชน์ของการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองด้วยการใส่อิเล็กโทรดในสมองสำหรับผู้ป่วยลมชักดื้อต่อยากันชัก

สถานการณ์

โรคลมชักเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย จำนวนผู้ป่วยโรคลมชักโดยประมาณในประเทศไทยจะเท่ากับ 474,987 คน การรักษาโรคลมชักมีหลายวิธีทั้งการรักษาด้วยยาและการรักษาที่ไม่ใช้ยาเช่น การผ่าตัด แต่การรักษาด้วยยากันชักเป็นการรักษาลำดับแรก อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยโรคลมชักจำนวนหนึ่งที่ไม่ตอบสนองต่อยากันชัก โดยผู้ป่วยที่ดื้อต่อยากันชัก คือผู้ป่วยโรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ด้วยยากันชัก 2 ชนิดขึ้นไปจากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาทั่วโลก พบว่าอุบัติการณ์ การดื้อต่อยากันชัก ในเด็กที่เป็นโรคลมชักเท่ากับ 25% และอุบัติการณ์ในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคลมชักเท่ากับ 14.6% ในการศึกษาที่เป็นการศึกษาในโรงพยาบาล (Hospital-based study)ในประเทศไทยมีการศึกษาความชุกการดื้อต่อยากันชักในผู้ป่วย partial seizure ที่มารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยาระหว่างปี ค.ศ. 1995 ถึง 1996 พบว่าความชุกของ DRE ในผู้ป่วย partial seizure เท่ากับ 26.1%

ที่มา

ณัฏฐิญา ค้าผล, และคณะ (2568). *รายงานฉบับสมบูรณ์ การประเมินต้นทุน-อรรถประโยชน์ของการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองด้วยการใส่อิเล็กโทรดในสมองสำหรับผู้ป่วยลมชักดื้อต่อยากันชัก (Cost-utility analysis of stereo electroencephalography monitoring for drug-resistant epilepsy patients).* สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.

แนวทางการรักษา

ผู้ป่วยโรคลมชักที่ดื้อต่อยากันชักอยู่ในข้อบ่งชี้ของการรักษาโรคลมชักด้วยการผ่าตัด(31) โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยเพื่อหาจุดกำเนิดการชักหรือ epileptogenic zone ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจเพื่อหาจุดกำเนิดการชักคือ video-EEG monitoring และ magnetic resonance image (MRI) แต่มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถหาจุดกำเนิดการชักจากการตรวจด้วย video-EEG monitoring และ magnetic resonance image (MRI) ได้ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการตรวจเพื่อหาจุดกำเนิดการชักด้วยวิธี invasive intracranial monitoring ปัจจุบันการตรวจด้วยวิธี invasive intracranial monitoring มี 2 วิธีหลักคือ 1) subdural electrode (SDE) และ stereoelectroencephalography (SEEG) monitoring จากการศึกษาของประเทศออสเตรเลียพบว่าประมาณ 30-40% ของผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการตรวจหาจุดกำเนิดการชัก ไม่พบจุดกำเนิดการชักจากการตรวจด้วย MRI หรือไม่สามารถสรุปผลจากการตรวจด้วยวิธี non-invasive และจำเป็นต้องได้รับการตรวจด้วยวิธี SEEG หรือ SDE

แนวทางเวชปฏิบัติ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักชนิดดื้อยากันชักของประเทศไทย จากแนวทางเวชปฏิบัติโรคลมชักสำหรับแพทย์ จัดทำโดยสมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 มีการกำหนดข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดและการส่งประเมินเพื่อผ่าตัดในผู้ป่วยโรคลมชักดังต่อไปนี้

1. มีภาวะดื้อต่อยากันชัก ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต
2. มี structural lesion ในสมองที่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้
3. มีภาวะดังต่อไปนี้ cortical dysplasia, tuberous sclerosis complex, polymicrogyria, hypothalamic hamartoma, hemispheric syndromes, Sturge Weber Syndrome, Rasmussen syndrome, Landau Kleffner syndrome และ other pathologies with evidence of cortical injury

ความพร้อมของระบบบริการ

- การตรวจด้วยวิธี SDE และ SEEG สามารถทำได้สถานพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีศูนย์โรคลมชัก
- มีบุคคลากรในสาขา กุมารประสาทวิทยา ประสาทวิทยา และประสาทศัลยศาสตร์ (ข้อมูล ณ ธันวาคม 2567 มีจำนวน 1,707 ราย)
- สถานพยาบาลแต่ละแห่งสามารถตรวจด้วย SEEG + SDE ได้ประมาณ 10-15 รายต่อปี
- สถานพยาบาลที่สามารถทำได้ ด้วย SEEG และ SDE รวม 91 ได้แก่
    - โรงพโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 16 คน/ปี
    - โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 16 คน/ปี
    - โรงพยาบาลรามาธิบดี 16 คน/ปี
    - สถาบันประสาทวิทยา 12 คน/ปี
    - สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 10 คน/ปี
    - โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ สามารถทำได้เฉพาะ SEEG 1 คน/ปี
    - โรงพยาบาลศิริราช 10 คน/ปี
    - โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ สามารถทำได้เฉพาะ SDE 10 คน/ปี

ผลกระทบด้านงบประมาณ ปี 2570

ที่	รายการ	(ร่าง) อัตราจ่าย บาท/เส้น	กลุ่มเป้าหมาย (คน)	ปริมาณการใช้ (เส้น) ใช้ 6 เส้น/คน	คาดการณ์งบประมาณ
1	สายวัดประจุไฟฟ้าในการผ่าตัดผู้ป่วยโรคลมชัก (Subdural electrode) ชนิด 1x6 ขั้ว	33,300	20	120	3,996,400
2	สายวัดประจุไฟฟ้าในการผ่าตัดผู้ป่วยโรคลมชัก (Subdural electrode) ชนิด 2x8 ขั้ว	38,500	20	120	4,620,000
3	สายขั้วไฟฟ้าบันทึกสัญญาณไฟฟ้าสมองชนิดฝัง ในเนื้อเนื้อสมอง	32,500	60	360	11,700,000
4	Guiding screws หรือ อุปกรณ์ยึดติดกับกะโหลกศีรษะ (SEEG Anchor Bolt)	6,000			2,160,000
	รวม		100	600	**22,476,400**

มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2569 วันที่ 2 กันยายน 2569

เห็นชอบให้หัตถการ SDE และ SEEG เป็นรายการบริการภายใต้ระบบการเบิกจ่ายค่าบริการ (Fee schedule) โดยจ่ายค่าบริการทั้ง 2 ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐ โดยมอบ สปสช.จัดทำประกาศการจ่ายฯรองรับ หลังจาก 1 ปีแล้ว ให้จ่ายครอบคลุมเฉพาะ SEEG เนื่องจากมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูงกว่า SDE