

บทความพินิจวิชา

Review Article

การประเมินอาการชักเพื่อออกใบรับรองแพทย์สำหรับใบอนุญาตขับรถในประเทศไทย

Seizure Assessment for Driving License Medical Certification in Thailand

สุทธิพัชรีดา ภัทรมงคลไชย

Sutpattida Pattaramongkolchai

ณัฐนันท์ จำรูญสวัสดิ์

Nattanand Chamroonsawasdi

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

Queen Savang Vadhana Memorial hospital

DOI: <https://doi.org/10.14456/dcj.2026.17>

Received: November 12, 2025 Revised: April 7, 2026 Accepted: April 27, 2026

บทคัดย่อ

โรคลมชักเป็นภาวะทางสุขภาพที่สำคัญซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจร 1.13 ถึง 2.13 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และเป็นปัจจัยที่ทำให้มีผู้เสียชีวิตจากการขับขี่ถึงร้อยละ 0.2 จึงเป็นภาวะที่ต้องมีการประเมินทางสุขภาพก่อนขอใบอนุญาตขับขี่ บทความปริทัศน์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลอาการชัก การประเมินสุขภาพ และระยะเวลาปลอดอาการชักที่เหมาะสมในการอนุญาตขับขี่ยานพาหนะแต่ละประเภทกับอาการชักประเภทต่างๆ โดยเปรียบเทียบกฎหมายของไทยกับแนวทางปฏิบัติระดับสากล ด้วยวิธี Narrative review พบว่าปัจจุบันประเทศไทยกำหนดให้ผู้ป่วยโรคลมชักต้องมีประวัติปลอดอาการชักมากกว่า 1 ปี เพื่ออนุญาตให้ขับรถได้ เทียบเท่ากับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ในการเกิดภาวะไร้ความสามารถกะทันหันที่ประมาณร้อยละ 20 ต่อปี ในขณะที่หน่วยงานสากลมีการจำแนกระยะเวลาปลอดอาการชักตามประเภทของอาการชักและประเภทของการขับขี่อย่างชัดเจนเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดภาวะไร้ความสามารถกะทันหันของผู้ที่ขับขี่รถส่วนบุคคลและรถสาธารณะ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอเกี่ยวกับแนวทางการประเมินอาการชักโดยการชักประวัติ ตรวจร่างกายเพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่เป็นไปได้ ประเมินสมรรถนะด้านประสาทสัมผัสการรับรู้ การทำงานของกล้ามเนื้อ และการรู้คิด ร่วมกับเสนอระยะเวลาปลอดอาการชัก 10 ปีสำหรับการขับขี่รถสาธารณะในผู้ที่เป็โรคลมชักและระยะระยะเวลาปลอดอาการชักของการขับขี่รถแต่ละประเภทในใบรับรองแพทย์อนุญาตขับรถ เพื่อช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุ ลดการสูญเสีย ลดค่ารักษาพยาบาล และยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยเกี่ยวกับภาวะทางสุขภาพที่เข้มงวด

ติดต่อผู้พิมพ์: สุทธิพัชรีดา ภัทรมงคลไชย

อีเมล: mook.sutpattida@gmail.com

Abstract

Epilepsy is a significant health condition that increases the risk of traffic accidents by approximately 1.13 to 2.13 times compared with the general population and accounts for about 0.2 percent of traffic-related fatalities. Consequently, seizure disorders are recognized as a condition requiring thorough health evaluation prior to the issuance of a driving license. This narrative review aimed to examine information on seizure characteristics, health assessment procedures, and appropriate seizure-free intervals for granting driving privileges across different types of seizures and vehicle categories, with a comparative analysis between Thai regulations and international practice guidelines. Findings from the review indicated that Thailand

currently mandates a seizure-free period of more than one year before individuals with epilepsy are permitted to drive. This requirement corresponds to an acceptable annual risk of sudden incapacity of approximately 20 percent. In contrast, international authorities delineate seizure-free intervals based on both seizure type and driving category to minimize the risk of sudden incapacitation among private and commercial drivers. The authors propose that seizure assessment should include a comprehensive medical history, physical examination, and evaluation of sensory, motor, and cognitive functions to establish a probable diagnosis. Furthermore, it is recommended that a 10-year seizure-free period be required for individuals with epilepsy seeking to drive commercial vehicles. The specific seizure-free duration applicable to each vehicle category should also be clearly stated in the medical certificate for driving authorization. These measures aim to help reduce accidents, minimize losses, lower medical expenses, and enhance safety standards through stricter health-related regulations.

Correspondence: Sutpattida Pattaramongkolchai

E-mail: mook.sutpattida@gmail.com

คำสำคัญ

โรคลมชัก; ใบรับรองแพทย์สำหรับใบอนุญาตขับรถ;
การประเมินความพร้อมในการขับรถ

Keywords

epilepsy; medical certification for driving license;
fitness to drive assessment

บทนำ

การเดินทางบนท้องถนนเป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นวิธีการเดินทางด้วยรถยนต์ส่วนบุคคล หรือด้วยรถสาธารณะ ด้วยความจำเป็นต่าง ๆ ในการเดินทาง ทำให้มีผู้ใช้รถใช้ถนนเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้มีผลกระทบที่ตามมาคือ การเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน ซึ่งในปัจจุบันสถานการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มไปในทิศทางที่ดีขึ้นแต่ยอดตัวเลขผู้เสียชีวิตยังถือว่าค่อนข้างสูง โดยจากสถิติการเกิดอุบัติเหตุในท้องถนนของประเทศไทยปี พ.ศ. 2567 มีผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทั้งหมด 854,794 ราย เสียชีวิต 14,154 ราย แบ่งเป็นสาเหตุจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ 76,815 ราย หรือ ร้อยละ 8.84⁽¹⁾ การเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนส่งผลเสียหลายด้านไม่จำเป็นการสูญเสียทางด้านร่างกาย หรือทางด้านทรัพย์สิน หนึ่งในปัญหาสุขภาพสำคัญที่ส่งผลต่ออันตรายขณะขับขี่คือ โรคลมชัก สำนักงานบริหารความปลอดภัยผู้ให้บริการขนส่งทางรถยนต์ของรัฐบาลกลางของสหรัฐอเมริกา

(Federal motor carrier safety administration, FMCSA)

มีการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาต่างๆ พบว่าผู้ที่เป็โรคลมชักมีความสัมพันธ์ในการเกิดอุบัติเหตุจราจร 1.13 ถึง 2.13 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ไม่เป็นโรคลมชัก⁽²⁾ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความชุกของผู้ที่มีภาวะทางสุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของประเทศออสเตรเลีย พบว่าจำนวนอุบัติเหตุที่เกิดจากภาวะทางสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 8.54 โดยภาวะทางสุขภาพหลักที่เป็นสาเหตุคือ ภาวะหมดสติและอาการชักซึ่งคิดเป็นร้อยละ 31.6 และ 16.4 ตามลำดับ⁽³⁾ การมีอาการชักขณะขับรถอาจส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุ มีผลกระทบต่อทั้งชีวิตและทรัพย์สินเพื่อลดผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุ เช่น การสูญเสียทรัพย์สิน ร่างกาย ชีวิต หรือค่าใช้จ่ายในการรักษา จึงต้องมีการตรวจสุขภาพเพื่อประเมินภาวะทางสุขภาพก่อนทำใบอนุญาตขับรถตามกฎหมายกำหนด⁽⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินการของกรมควบคุมโรคที่จัดทำโครงการขับชีปลอดภัย ใส่ใจสุขภาพ Medical fitness to drive

โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพการให้บริการของคลินิกอาชีวเวชกรรมให้สามารถตรวจสุขภาพเพื่อประเมินความเหมาะสมในการขับขี่เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน ประเทศไทยมีแนวทางการประเมินภาวะทางสุขภาพที่มีผลต่อการขับขี่ 11 กลุ่มโรค โรคลมชักเป็นหนึ่งในโรคระบบประสาทที่ควรเสี่ยงการขับรถ และเป็นโรคที่กำหนดมิให้ผู้ป่วยโรคลมชักขับรถ ถ้ายังควบคุมอาการชักไม่ได้ถึง 12 เดือน⁽⁵⁾ โดยรูปแบบใบรับรองแพทย์สำหรับใบอนุญาตขับรถในปัจจุบันที่ได้รับการรับรองจากมติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 2/2564 ระบุว่า “ในกรณีโรคลมชัก ให้แนบประวัติการรักษาจากแพทย์ผู้รักษาว่าปลอดจากอาการชักมากกว่า 1 ปี เพื่ออนุญาตให้ขับรถได้”⁽⁶⁾ ซึ่งใช้กับการขับขี่ยานพาหนะทุกประเภท ทำให้พบช่องว่างของปัญหาว่าความเสี่ยงที่ยอมรับได้ในการเกิดสภาวะไร้ความสามารถกะทันหันหรืออาการชักของการขับรถประเภทรถยนต์ส่วนบุคคลและรถยนต์สาธารณะควรมีความแตกต่างกัน ประเทศไทยยังขาดแนวทางการประเมินผู้ที่มีอาการชัก และการกำหนดระยะเวลาปลอดอาการชักของการขับรถแต่ละประเภทที่ชัดเจน ผู้มารับบริการอาจไม่มีประวัติการรักษาจากแพทย์ผู้รักษา ปัญหาพฤติกรรมกรรมการแสวงหาใบรับรองแพทย์และข้อจำกัดการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพโรคลมชักของผู้เข้ารับการประเมิน⁽⁷⁾ ทำให้แพทย์ผู้ประเมินทำได้เพียงซักประวัติเพื่อยืนยันวินิจฉัยโรค จึงเป็นที่มาของการนำเสนอบทความฉบับนี้

บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลอาการชัก การประเมินและระยะเวลาที่เหมาะสมในการอนุญาตขับขี่ของการชักประเภทต่างๆ โดยเปรียบเทียบกฎหมายไทยตามกรมขนส่งทางบก (Department of land transport; DLT) และแนวทางของหน่วยงานต่างๆ ในระดับสากล ได้แก่หน่วยงานออกใบอนุญาตขับขี่และยานพาหนะของสหราชอาณาจักร (Driver and vehicle Licensing Agency; DVLA), คณะกรรมการการขนส่งแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Transport Commission; NTC) และสำนักงานบริหารความ

ปลอดภัยผู้ให้บริการขนส่งทางรถยนต์ของรัฐบาลกลางของสหรัฐอเมริกา (Federal motor carrier safety administration; FMCSA) รวมถึงข้อเสนอเกี่ยวกับแนวทางการประเมินอาการชักและรูปแบบใบรับรองแพทย์อนุญาตขับรถ

วิธีการสืบค้นข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการสืบค้นข้อมูล ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องด้วยวิธี Narrative reviews โดยเน้นการทบทวนบทความทางวิชาการและแนวทางปฏิบัติการประเมินความพร้อมในการขับขี่ ด้วยการสืบค้นจากฐานข้อมูล PubMed, Scopus และ Google scholar เลือบทบทวนระหว่างปี 2000-2025 หรือแนวทางปฏิบัติการประเมินความพร้อมในการขับล่าสุดของหน่วยงานสากล โดยใช้คำสืบค้นต่อไปนี้ Seizure, Epilepsy, Driving medical assessment และ Acceptable risk จากการสืบค้น พบว่ามีบทความจำนวน 1,430 เรื่อง และเลือกเนื้อหาที่มีความสอดคล้องจำนวน 15 เรื่อง จากนั้นจึงทำการสรุปและจัดเป็นหมวดหมู่ ตลอดจนเสนอแนวทางการพัฒนาการประเมินอาการชักก่อนขอใบอนุญาตขับรถ

การศึกษาครอบคลุมเนื้อหาหลักคือ อาการชัก โรคลมชัก ความเสี่ยงที่ยอมรับได้ในการเกิดสภาวะไร้ความสามารถกะทันหันของอาการชัก โอกาสในการเกิดอาการชักซ้ำและการหายจากอาการชัก การประเมินความพร้อมก่อนขับขี่ในผู้ที่ เป็นโรคลมชักให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย วิจัย สรุปผล และข้อเสนอแนะ

อาการชัก

อาการชักเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ โดยโรคที่เกี่ยวข้องโดยตรงคือโรคลมชัก ประเทศไทยมีรายงานความชุกของโรคลมชักเมื่อ พ.ศ.2543 โดยการศึกษาที่จังหวัดนครราชสีมาพบความชุกในอัตรา 7.20 ต่อประชากร 1,000 คน ประเทศไทยมีประชากรประมาณ 70 ล้านราย จะมีผู้ป่วยโรคลมชักถึงประมาณ 5 แสนราย และมีแนวโน้มมากขึ้น⁽⁸⁾ พ.ศ.2555 พบความชุกของโรคลมชักเพิ่มขึ้นเป็น 25 ต่อประชากร 1,000 ราย หรือประมาณ 1,750,000 ราย⁽⁹⁾ การศึกษาความชุกของ

ผู้รับบริการคลินิกโรคลมชักในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่าง พ.ศ. 2558-2564 จำนวน 1,329 ราย พบช่วงอายุที่เข้ารับบริการมากที่สุดคือ 18-24 ปี รองลงมาคือมากกว่า 65 ปี⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ยังมีการรวบรวมสถิติเกี่ยวกับอุบัติเหตุน้ำท่วมขังพบว่าผู้ที่มีอาการชักขณะขับรถร้อยละ 2.89 และเกิดอุบัติเหตุหลังจากมีอาการชักขณะขับรถร้อยละ 84⁽¹¹⁾ และผู้เสียชีวิตจากการขับรถยนต์มีปัจจัยมาจากโรคลมชักถึงร้อยละ 0.20⁽¹²⁾

สมาคมโรคลมชักให้ความหมายของอาการชักว่าเป็นอาการที่เกิดจากภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลันของการทำงานของเซลล์สมองโดยมีการปล่อยคลื่นไฟฟ้าที่ผิดปกติ (Epileptiform activity) ออกมาจากเซลล์สมองจำนวนมากพร้อมๆ กันจากสมองจุดใดจุด

ตารางที่ 1 ตัวอย่างปัจจัยความผิดปกติที่เป็นสาเหตุของการชัก (Provoked seizure)

Table 1 Etiology of provoking seizure

Provoked seizure ⁽¹²⁾	
Structural abnormality	• History of traumatic brain injury • Intracranial surgery • Cerebral infarction • Intracranial hemorrhage
Genetics disease	• Genetic diseases, which are often caused by gene mutations
Inflammation and infection	• Encephalitis
Toxin	• Alcohol withdrawal syndrome • Illegal drug used, Cannabis, and Kratom
Metabolic disorder	• Hypoglycemia or hyperglycemia • Hyponatremia, Hypocalcemia, and Hypomagnesemia • Uremia

อาการชักมีลักษณะที่สำคัญได้แก่ 1. อาการนำ (Preictal symptoms) ซึ่งเป็นอาการเกิดก่อนอาการชัก อาจจะมีลักษณะเฉพาะหรือไม่ก็ได้ เช่น อาการเตือน โดยลักษณะอาการเตือนแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งเริ่มต้นความผิดปกติในสมอง 2. อาการชัก (Ictal symptoms) อาการชักส่วนมากจะมีลักษณะเกร็งกระตุกตามอวัยวะ

หนึ่งหรือทั้งหมด ซึ่งสาเหตุการเกิดอาการชักแบ่งเป็น

1. อาการชักที่มีสาเหตุชัดเจน (Provoked seizure) โดยเป็นปัจจัยความผิดปกติจากระบบร่างกายไม่ว่าจะเป็นความผิดปกติของระบบเมตาบอลิก สารพิษ การอักเสบหรือติดเชื้อต่างๆ ที่ส่งผลต่อสมองหรืออาจเป็นความผิดปกติที่สมองโดยตรงที่ทำให้เกิดอาการชักดังตารางที่ 1 โดยอาการชักมักเกิดภายหลังความผิดปกติภายใน 1 สัปดาห์
2. การชักที่ไม่มีสาเหตุนำชัดเจน (Unprovoked seizure) เป็นการชักที่อาจมีหรือไม่มีพยาธิสภาพในสมองเดิมหรือไม่ก็ได้ และไม่มีการกระตุ้นจากความเจ็บป่วยปัจจุบันที่ชัดเจน อาการชักจะเกิดขึ้นโดยที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ซึ่งโรคลมชัก (Epilepsy) ถูกจัดอยู่ในกลุ่มการชักที่ไม่มีสาเหตุนำที่ชัดเจน⁽¹²⁾

หรือทั้งตัว โดยภาวะนี้ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัวและไม่สามารถควบคุมตนเองได้ซึ่งถือเป็นภาวะไร้ความสามารถกะทันหัน (Sudden incapacity) ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการพิจารณากำหนดระยะเวลาปลอดอาการชักในการประเมินการขับขี่ยานพาหนะ 3. อาการหลังชัก (Postictal symptoms) มักเป็นอาการที่พบหลังมีอาการชักเกร็งกระตุกทั้งตัว

หรือไม่รู้สึกตัว มักมีอาการซึม ลับสน อยู่ชั่วขณะ บางรายมีอาการแขนขาอ่อนแรงเฉพาะส่วน (Todd's paralysis) หรือไม่สามารถพูดได้ (Postictal aphasia)⁽⁸⁾ หลังจากชักประวัติเพื่อยืนยันอาการชักแล้ว ควรซักประวัติเพื่อแบ่งประเภทของอาการชัก โดยการสอบถามจำนวนครั้งที่เกิดอาการชัก สาเหตุอาการชักที่ชัดเจน หรือการวินิจฉัยโรคลมชัก

การชักประวัติยืนยัน และแบ่งประเภทอาการชักให้ชัดเจนจึงมีความจำเป็น เนื่องจากโอกาสการชักซ้ำของอาการชักแต่ละประเภทมีความแตกต่างกัน ส่งผลให้ระดับความเสี่ยงในการเกิดภาวะไร้ความสามารถกะทันหันที่ยอมรับได้ (Acceptable risk of sudden incapacity) แตกต่างกัน จึงเป็นที่มาของการกำหนดระยะเวลาปลอดอาการชักในการขั้ยานพาหนะทั้งการขับขี่ยานยนต์ส่วนบุคคล และการขับขี่ยานต์สาธารณะ

โรคลมชัก (Epilepsy)⁽¹³⁾

โรคลมชัก (Epilepsy) ตามนิยามของสมาพันธ์นานาชาติต่อต้านโรคลมชัก (International League Against Epilepsy: ILAE) เมื่อ พ.ศ.2565 หมายถึงโรคทางสมองที่มีอาการหนึ่งในสามข้อต่อไปนี้

1. มีอาการชัก (Unprovoked seizure or reflex seizure) ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป โดยอาการชักห่างกันมากกว่า 24 ชั่วโมง

2. มีอาการชัก (Unprovoked seizure or reflex seizure) เพียงครั้งเดียว และมีความเสี่ยงของการชักซ้ำอย่างน้อยร้อยละ 60 ภายในระยะเวลา 10 ปี

3. วินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการของโรคลมชัก

ประเภทของโรคลมชัก⁽¹³⁾

ILAE แบ่งประเภทของอาการชักเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. อาการชักเริ่มจากเฉพาะที่ (Focal onset seizure) คือ ความผิดปกติเริ่มต้นและจำกัดอยู่ที่สมองในซีกเดียวกันมักมีอาการชักระยะแรกเพียงเฉพาะอวัยวะที่เด่นชัด ซึ่งต่อมาอาจมีการกระจายไปสู่สมองทั้ง 2 ด้าน และแสดงอาการชักทั่วตัว เรียกว่า Focal to bilateral tonic-clonic seizure โดยการชักประเภทนี้ ผู้ป่วยมักจะยังมีความรู้สึกตัวในระยะแรกของอาการชัก

2. อาการชักเริ่มทั่วร่างกาย (Generalized onset seizure) คือ อาการชักที่เกิดจากความผิดปกติในสมอง โดยเริ่มจากจุดใดจุดหนึ่ง และกระจายไปสู่สมองอีกซีกหนึ่งอย่างรวดเร็ว จนแสดงอาการชักทั้งตัวตั้งแต่วัยแรก โดยผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักจะสูญเสียการรู้สึกตัวตั้งแต่วัยแรกของอาการชัก

3. อาการชักที่ไม่สามารถระบุจุดเริ่มต้นได้ (Unknown onset หรือ unclassified) ใช้สำหรับบอกรถึงอาการชักที่ไม่สามารถระบุจุดเริ่มต้นของอาการชักได้ชัดเจน

โอกาสในการเกิดอาการชักซ้ำ และการหายจากอาการชัก

โอกาสในการชักซ้ำของการชักแต่ละประเภทมีความแตกต่างกัน ในกรณีการชักที่มีสาเหตุชัดเจน (Provoked seizure) ขึ้นอยู่กับสาเหตุและปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้เกิดอาการชัก⁽¹⁴⁾ การศึกษาโอกาสในการชักซ้ำภายใน 1 ปี ของผู้ที่มีอาการชักไม่มีสาเหตุแน่ชัดครั้งแรก (Unprovoked first episode seizure) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยดังกล่าวเมื่อได้รับการรักษาด้วยยากันชักและปลอดจากการชักต่อเนื่อง 6 เดือน จะมีโอกาสชักซ้ำร้อยละ 18⁽¹⁵⁾ FMCSA อ้างอิงการศึกษาของ Chadwick et al. พบว่าผู้ที่ไม่มีอาการชักในระยะเวลา 8 ปี จะมีความเสี่ยงในการชักซ้ำประมาณร้อยละ 2 ต่อปี ไม่ว่าจะรักษาด้วยยากันชักหรือไม่ นอกจากนี้จากการศึกษาโอกาสการกลับมาชักซ้ำของการชักประเภท Unprovoked first episode seizure ระยะเวลา 5 ปี และมากกว่า 10 ปี พบว่าอยู่ที่ร้อยละ 3.90 และน้อยกว่าร้อยละ 2 ตามลำดับ⁽¹⁶⁾

หลังจากผู้ป่วยทำการรักษาโรคลมชักอย่างต่อเนื่องจนมีอาการคงที่ แพทย์อาจพิจารณาหยุดยากันชักได้เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการชักอย่างน้อย 2 ปี ร่วมกับผลตรวจร่างกายทางระบบประสาทปกติ และผลคลื่นไฟฟ้าของสมองเป็นปกติ สิ่งที่แพทย์จะพิจารณาคืออาการชักสามารถควบคุมได้ หรือถือว่าหายจากโรคลมชักนั้นประกอบไปด้วย 2 เงื่อนไขคือ หยุดยากันชักแล้วเป็นเวลา 5 ปีร่วมกับไม่มีอาการชักติดต่อกันเป็นเวลา 10 ปี⁽¹²⁾

ปัญหาโรคลมชักกับการขับขีรถสามารถสะท้อนถึงปัญหาในทุกมิติของผู้ที่เกี่ยวข้องนอกเหนือจากการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนจากโรค เช่น มิติของผู้ขับขี่ที่เป็นโรคลมชักอาจถูกระงับสิทธิในการขับขี่ ส่งผลกระทบต่อการประกอบอาชีพและการดำรงชีวิต ซึ่งนำไปสู่การปกปิดข้อมูลสุขภาพต่อแพทย์ผู้ประเมิน และพฤติกรรมแสวงหาใบรับรองแพทย์หรือ Doctor shopping⁽⁷⁾ ได้ มิติของผู้บังคับใช้กฎหมายเกี่ยวข้องกับการเชื่อมโยงของฐานข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่แยกจากกันในแต่ละโรงพยาบาล ทำให้แพทย์ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผู้รับบริการได้ และมิติของประชาชนทั่วไปมักมีความกังวลต่อความปลอดภัยในการใช้บริการรถสาธารณะ หากทราบว่าผู้ขับขี่เป็นโรคลมชัก^(17,18) เนื่องจากยังคงมีเหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์จากผู้ขับขี่รถมีอาการชัก เมื่อกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ที่กรุงเทพมหานคร ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิต 1 คน ผู้ได้รับบาดเจ็บ 2 คน หรืออุบัติเหตุจากผู้ขับขี่รถมีอาการชักเมื่อธันวาคม พ.ศ. 2567 จังหวัดแพร่ ส่งผลให้มีผู้ได้รับบาดเจ็บ 1 คน และรถยนต์เสียหาย 7 คัน เป็นต้น

การขอใบอนุญาตขับรถในประเทศไทย

พระราชบัญญัติ รถยนต์ พ.ศ.2552 กำหนดประเภทใบอนุญาตขับรถเป็น 2 ประเภทหลักคือ ใบอนุญาตขับรถประเภทส่วนบุคคล และใบอนุญาตขับรถประเภทสาธารณะ พ.ศ.2568 มีสถิติจำนวนใบอนุญาตขับรถส่วนบุคคล 32,675,651 ฉบับ และใบอนุญาตขับรถสาธารณะ 290,680 ฉบับ โดยไม่พบข้อมูลสถิติใบอนุญาตขับรถในผู้เป็นโรคลมชัก⁽¹⁹⁾ ซึ่งประเภทของใบอนุญาตขับรถของประเทศไทยมีการกำหนดประเภทที่คล้ายกับหน่วยงานต่างประเทศ เช่น DVLA และ NTC แต่มีเพียง FMCSA ที่เป็นหน่วยงานกำหนดมาตรฐานการประเมินภาวะทางสุขภาพของผู้ขับรถสาธารณะเท่านั้น ดังตารางที่ 2 ประเทศไทยมีกฎหมายกำหนดเงื่อนไขในการขอใบอนุญาตขับรถ 2 อย่าง ได้แก่

1. ผ่านทดสอบสมรรถภาพการขับขี่โดยกรมขนส่งทางบก และ 2. ใบรับรองแพทย์สำหรับขอใบอนุญาตขับรถ ซึ่งกฎหมายกำหนดภาวะทางสุขภาพของผู้ขอใบอนุญาตขับรถไว้ว่า “ไม่มีโรคประจำตัวหรือไม่มีสภาวะของโรคที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเห็นว่าอาจเป็นอันตรายขณะขับรถตามแพทย์สภากำหนด” โดยโรคลมชักเป็นหนึ่งในโรคที่แพทย์สภากำหนดขึ้น และกรมขนส่งทางบกมีมติการประชุมร่วมกับแพทย์สภาในการประชุมครั้งที่ 2/2564 และได้กำหนดรูปแบบใบรับรองแพทย์สำหรับใบอนุญาตขับรถในปัจจุบัน ซึ่งระบุว่า “ในกรณีโรคลมชัก ให้แนบประวัติการรักษาจากแพทย์ผู้รักษาวินิจฉัยปลอดจากอาการชักมากกว่า 1 ปี เพื่ออนุญาตให้ขับรถได้”⁽⁶⁾ ซึ่งใบรับรองแพทย์ขอใบอนุญาตขับรถสามารถออกได้โดยแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทุกคน แต่ในโครงการขับเคลื่อนคลินิก Medical fitness to drive อาจมีการกำหนดให้แพทย์เวชศาสตร์จราจรหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมเวชศาสตร์จราจรระยะสั้นเป็นผู้ออกใบรับรองแพทย์ขอใบอนุญาตขับรถในอนาคต เพื่อเพิ่มมาตรฐานการประเมินภาวะทางสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่งอาจเป็นหนึ่งในข้อจำกัดทางด้านจำนวนบุคลากรทางการแพทย์

จะเห็นได้ว่าการกำหนดระยะเวลาปลอดอาการชักมากกว่า 1 ปีในใบรับรองแพทย์ขอใบอนุญาตขับรถในปัจจุบันถูกกำหนดโดยมติของแพทย์สภาโดยใช้ในการขอใบอนุญาตขับรถทั้งประเภทส่วนบุคคลและสาธารณะ ซึ่งไม่มีรายละเอียดเพิ่มเติมของแหล่งที่มาของระยะเวลาปลอดอาการชัก เมื่อเทียบกับหน่วยงานของต่างประเทศซึ่งกำหนดมาตรฐานการประเมินภาวะทางสุขภาพของอาการชัก ระยะเวลาปลอดอาการชักแต่ละประเภทโดยคิดจากความเสี่ยงที่ยอมรับได้ของโอกาสการชักซ้ำ และกำหนดให้ผู้ประเมินเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามที่แต่ละหน่วยงานกำหนดอย่างชัดเจน

ตารางที่ 2 ประเภทใบอนุญาตขับรถของแต่ละหน่วยงาน

Table 2 Driving licence categories

Driver Agency	Private type	Public type
DLT ^(4,5)	Private driving licence (e.g., Private car driving license and private motorcycle driving licence)	Public driving licence (e.g., Taxi driving licence) Public Vehicle Driving Licence Class I–IV
FMCSA ⁽²⁰⁾	–	Commercial motor vehicle driver (e.g. Large trucks and buses)
NTC ⁽²¹⁾	Private vehicle driver (e.g., car, Motorcycle, and Light rigid)	Commercial vehicle driver (e.g., Medium rigid, Heavy combination, Heavy rigid, and Multiple combination)
DVLA ⁽²²⁾	Group 1 Licence (e.g., car and Motorcycle)	Group 2 Licence (e.g., Large Lorries and Buses)

ความเสี่ยงที่ยอมรับได้ในการเกิดภาวะไร้ความสามารถกะทันหันของผู้ที่มีประวัติชักในการขับรถ

ปัจจุบันมีหน่วยงานระดับสากลหลายหน่วยงานที่กำหนดแนวทางการประเมินสุขภาพความพร้อมก่อนขับรถ ยกตัวอย่างเช่น หน่วยงานออกใบอนุญาตขับขี่และยานพาหนะสหราชอาณาจักร (Driver and vehicle Licensing Agency; DVLA), คณะกรรมการการขนส่งแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Transport Commission; NTC) และสำนักงานบริหารความปลอดภัยผู้ให้บริการขนส่งทางรถยนต์ของรัฐบาลกลางของสหรัฐอเมริกา (Federal motor carrier safety administration; FMCSA) โดยประเทศไทยมีหน่วยงานกรมการขนส่งทางบก (Department of land transport; DLT) ในการกำหนดมาตรฐานการขับขี่ ซึ่งแต่ละหน่วยงานกำหนดระยะเวลาปลอดอาการชักแตกต่างกันดังตารางที่ 2 โดยระยะเวลาปลอดอาการชักของแต่ละหน่วยงานมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับข้อมูลการศึกษาที่แต่ละหน่วยงานอ้างอิง

การกำหนดความเสี่ยงที่ยอมรับได้ของการขับรถสาธารณะและส่วนบุคคลแตกต่างกันเนื่องจากการขับขี่ประเภทสาธารณะมีความหลากหลายด้านชนิดของยานพาหนะ ระยะเวลาในการขับขี่ และความรุนแรงที่เกิดขึ้น หากประสบอุบัติเหตุ มีการศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ในการขับขี่ในผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับการขับรถเพื่อการขนส่งจากการคำนวณจากสูตร⁽¹³⁾

$$RH = TD \cdot V \cdot SCI \cdot Ac$$

โดยที่ RH (Risk of harm) คือความเสี่ยงของอันตรายที่เกิดขึ้นในประชากรทั่วไป ซึ่งมีการศึกษาจากสถิติของประเทศแคนาดาได้ 0.005 (ความเสี่ยงเสียชีวิตหรืออุบัติเหตุจากการจราจร 5 ใน 100,000 ต่อปี), TD (Time driving) คือระยะเวลาที่ขับขี่ หรือทำงานโดยกำหนดเป็น 6 ชั่วโมงต่อวันจึงมีค่า 0.25, V (Vehicle) คือค่าคงที่ยานพาหนะโดยแบ่งตามประเภทยานพาหนะได้แก่ รถบรรทุกขนาดใหญ่ และรถยนต์โดยสารทั่วไป ซึ่งกำหนดจากการศึกษาทางสถิติได้ 1.00 และ 0.28

ตามลำดับ, SCI (Sudden cardiac incapacity) คือโอกาสเกิดสภาวะไร้ความสามารถกะทันหัน, Ac (Accident) คือความน่าจะเป็นของการเกิดอุบัติเหตุหลังจากเกิดสภาวะไร้ความสามารถกะทันหันเท่ากับ $0.02^{(13)}$ จึงพบว่า SCI

ของการขับที่ประเภทรถบรรทุกขนาดใหญ่ และรถยนต์โดยสารทั่วไปคือร้อยละ 1 และ 22.30 ต่อปีตามลำดับประเภทอาการชัก

ตารางที่ 3 เกณฑ์ระยะเวลาปลอดอาการชักประเภทต่างๆ ของ DLT, FMCSA, NTC, และ DVLA

Table 3 Recommended seizure-free period of DLT, FMCSA, NTC and DVLA by seizure type

Seizure type Agency		Epilepsy/Seizure disorder diagnosis	First unprovoked seizure	Provoke seizure
DLT ^(4,5)	Private type	There is no attack experience within 1 year		
	Public type			
FMCSA ⁽²⁰⁾	Regulation	Seizure-free for 8 years without medication or stable medication for 2 years	Seizure-free for 4 years without medication or stable medication for 2 years	Seizure-free 1 year *
				Seizure-free for 8 years without medication or stable medication for 2 years [#]
NTC ⁽²¹⁾	Private standard	There has been no seizure for at least 12 months	There has been no seizure for at least 6 months	There has been no seizure for at least 6 months
	Commercial standard	There has been no seizure for at least 10 years [§]	There has been no seizure for at least 5 years [§]	There has been no seizure for at least 12 months [§]
DVLA ⁽²²⁾	Group 1	Driving must cease for 12 months	Driving must cease for 6 months or 12 months if there is causative factor that may increase risk	Driving must cease for 6 months
	Group 2	Seizure-free for 10 years (without epilepsy medication)	Driving must cease for 5 years	Driving must cease up to 5 years

* ผู้ที่มีอาการชักที่เกิดจากยา, ศีรษะได้รับบาดเจ็บร่วมกับหมดสติหรือล้มเหตุการณ์น้อยกว่า 30 นาที หรืออาการชักจากการถอนสุราหรือสารเสพติด

ผู้ที่มีอาการชักจากศีรษะได้รับบาดเจ็บร่วมกับหมดสติหรือล้มเหตุการณ์มากกว่า 30 นาที, เนื้องอกในสมอง, ติดเชื้อ, เลือดออกในสมองที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

§ ผู้ที่ตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองแล้วไม่มีรูปแบบลมชักภายใน 6 เดือน และไม่มีผลคลื่นไฟฟ้าสมองอื่นที่แสดงรูปแบบลมชักในช่วง 12 เดือนล่าสุด

จากตารางที่ 2 เห็นได้ว่า FMCSA กำหนดความเสี่ยงการเกิดสภาวะไร้ความสามารถกะทันหันที่ยอมรับได้ของผู้ที่มีโรคลมชักที่ขับรถสาธารณะที่ร้อยละ 2 ต่อปี ส่วน DVLA และ NTC ยอมรับความเสี่ยงโอกาสการเกิดสภาวะไร้ความสามารถกะทันหันในผู้ที่ขับรถสาธารณะและรถส่วนบุคคลที่น้อยกว่าร้อยละ 2 และ 20 ต่อปีตามลำดับ โดยแนวทางของประเทศไทยมีการกำหนดว่าในกรณีผู้ที่มีโรคลมชักปลอดจากอาการชัก

มากกว่า 1 ปี ในการขับรถทุกประเภท ซึ่งหมายถึงการยอมรับความเสี่ยงโอกาสการเกิดสภาวะไร้ความสามารถกะทันหันในผู้ที่ขับรถสาธารณะและรถส่วนบุคคลร้อยละ 20 ต่อปี

จากข้อมูลที่กล่าวมาเห็นได้ว่าการกำหนดระยะเวลาปลอดอาการชักประเมินจากโอกาสในการกลับมาชักซ้ำในผู้ที่เป็นโรคลมชัก โดยสรุปแล้วหากยอมรับความเสี่ยงการเกิดสภาวะไร้ความสามารถกะทันหันได้ประมาณ

ร้อยละ 20 ต่อปี เท่ากับการยอมรับโอกาสในการชักซ้ำที่มากกว่า 6 เดือน แต่หากยอมรับความเสี่ยงการเกิดภาวะไร้ความสามารถกะทันหันได้น้อยกว่าร้อยละ 2 ต่อปี เท่ากับการยอมรับโอกาสในการชักซ้ำที่มากกว่า 10 ปี⁽¹⁵⁾

การประเมินความพร้อมก่อนขับรถในผู้ที่เป็นโรคลมชักให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย

ในการประเมินความพร้อมก่อนการขับรถโดยทั่วไป แพทย์จะต้องคำนึงถึงความสามารถที่ผู้ขับต้องใช้ในการขับยานพาหนะในส่วนต่างๆ แบ่งเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่ 1. ประสาทสัมผัสการรับรู้ (Sensory input) ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน และการรับรู้ของข้อต่อ 2. การทำงานของกล้ามเนื้อ (Motor function) ได้แก่ กำลังของกล้ามเนื้อ และการทำงานร่วมกันของกล้ามเนื้อ และ 3. หน้าที่การรู้คิด (Cognitive function) ได้แก่ การจดจำ ความจำ การตัดสินใจ และระยะเวลาปฏิกิริยาตอบสนอง^(4,12) โดยการประเมินทั้ง 3 ด้าน แพทย์สามารถประเมินได้จากการชักประวัติและตรวจร่างกาย ร่วมกับการทดสอบสมรรถภาพความพร้อมในการขับขี่ที่กรมขนส่งทางบกดำเนินการ ในการประเมินผู้ที่เป็นโรคลมชักจะต้องทราบถึงประวัติเฉพาะโรคเพิ่มเติม เช่น ประเภทอาการชัก อาการร่วมที่เกิดขณะชัก ความถี่ในการชักซ้ำ อาการชักครั้งล่าสุด ประวัติสาเหตุของอาการชักโดยเฉพาะประวัติอุบัติเหตุที่ส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง และประวัติร่วมกับผลตรวจร่างกายความผิดปกติของระบบประสาทหรือผลคลื่นไฟฟ้าสมองในปัจจุบัน เพื่อประเมินความพร้อมก่อนการขับรถทั้ง 3 ส่วน นอกจากนี้แพทย์ยังต้องประเมินเรื่องอาการข้างเคียงจากการเริ่มหรือการปรับยากันชัก ที่ส่งผลต่อการขับรถ และประวัติระยะเวลาการหยุดยากันชัก โดยแนะนำให้หลีกเลี่ยงการขับรถอย่างน้อย 4 เดือนหลังจากเริ่มปรับยาลดลง และ 6 เดือนหลังจากหยุดยากันชัก⁽²³⁾ แต่ในการปฏิบัติงานพบข้อจำกัดคือ แพทย์มักจะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลประวัติการรักษาโรคลมชักของผู้รับบริการได้ หากแพทย์ไม่ใช่ผู้ปฏิบัติงานที่สถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการเป็นประจำ ดังนั้นการชักประวัติที่ให้ทราบถึงสาเหตุการชักเพื่อระบุถึงประเภทอาการชัก ระยะเวลาที่ปลอดอาการชักที่ชัดเจน

และการตรวจร่างกายของแพทย์ขณะนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะบอกถึงความพร้อมในการประเมินการขับขี่ได้ ปัจจุบันในประเทศไทยมีการกำหนดผู้ที่เป็นโรคลมชักที่ปลอดจากอาการชักมากกว่า 1 ปี จึงสามารถขับรถได้ ซึ่งถือว่ายอมรับความเสี่ยงการเกิดภาวะไร้ความสามารถกะทันหันประมาณร้อยละ 20 ต่อปีในการขับยานพาหนะทุกประเภท

วิจารณ์

การประเมินสุขภาพในการอนุญาตขับขี่รถของผู้ที่มีประวัติชักจะเน้นที่การชักประวัติร่วมกับตรวจร่างกายเพื่อประเมินเกี่ยวกับประสาทสัมผัสการรับรู้ การทำงานของกล้ามเนื้อ และหน้าที่การรู้คิด แต่เนื่องจากการขาดการเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์อย่างทั่วถึงเกี่ยวกับอาการชัก ทำให้แพทย์ต้องเน้นการชักประวัติและตรวจร่างกายเพียงช่วงเวลาที่ต้องตรวจผู้รับบริการเพื่อให้วินิจฉัยได้ว่าเป็นอาการชักประเภทใด มีสาเหตุการชักหรือไม่ ซึ่งสาเหตุของอาการชักที่แตกต่างกันส่งผลให้โอกาสการชักซ้ำแตกต่างกัน โรคสำคัญของผู้ที่มีอาการชักที่แพทย์ควรนึกถึงคือโรคลมชัก ซึ่งมีข้อแตกต่างจากอาการชักประเภทอื่นๆ คือโรคลมชักอาจมีสาเหตุการเกิดที่ไม่ชัดเจนและการเกิดอาการชักซ้ำภายในระยะมากกว่า 24 ชั่วโมง โดยในปัจจุบันรูปการออกใบรับรองแพทย์สำหรับใบอนุญาตขับรถสำหรับผู้เป็นโรคลมชักให้ผู้รับบริการแนบประวัติการรักษาจากแพทย์ผู้รักษาว่าท่านปลอดจากอาการชักมากกว่า 1 ปี เพื่ออนุญาตให้ขับรถได้ หมายถึงการยอมรับความเสี่ยงการเกิดภาวะไร้ความสามารถกะทันหันได้ประมาณร้อยละ 20 ต่อปีในการขับขี่ยานพาหนะทั้งประเภทส่วนบุคคลและประเภทสาธารณะ ซึ่งแตกต่างจากแนวทางกำหนดของระดับสากลที่แบ่งประเภทอาการชัก และประเภทการขอใบอนุญาตขับขี่ยานพาหนะกับการกำหนดระยะเวลาปลอดอาการชักอย่างชัดเจน เช่น ผู้ที่มีอาการชักไม่มีสาเหตุครั้งแรก ในการขับี่รถส่วนบุคคลให้มีระยะปลอดอาการชักอย่างน้อย 1 ปี (DVLA และ NTC) และในการขับี่รถสาธารณะให้มีระยะปลอดอาการชัก

อย่างน้อย 8-10 ปี (FMCSA, DVLA และ NTC) ซึ่งหมายถึงการยอมรับความเสี่ยงการเกิดภาวะไร้ความสามารถกะทันหันได้ประมาณร้อยละ 20 และ 1-2 ต่อปีตามลำดับ

จะเห็นได้ว่าการประเมินที่เหมือนกันคือ ความเสี่ยงที่ยอมรับได้ของโอกาสการชักซ้ำของทุกหน่วยงานในการขับรถยนต์ส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคลมชักคือ ประมาณร้อยละ 20 ต่อปี แตกต่างกันที่ความเสี่ยงที่ยอมรับได้ของโอกาสการชักซ้ำในการขับรถสาธารณะซึ่งประเทศไทยยอมรับความเสี่ยงที่สูงกว่าหน่วยงานต่างประเทศ ซึ่งการกำหนดความเสี่ยงยอมรับได้ของโอกาสการชักซ้ำตามหน่วยงานของต่างประเทศนั้นมีข้อดีที่ทำให้สามารถลดโอกาสการเกิดความสูญเสียต่อสาธารณะได้ เพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงเสนอให้มีการพิจารณาระยะเวลาปลอดอาการชักเป็น 10 ปีสำหรับผู้ขอใบอนุญาตขับขี่สาธารณะ แต่ยังคงต้องตระหนักถึงผลกระทบต่องานและการดำรงชีวิตของผู้เป็นโรคลมชักโดยผู้เกี่ยวข้องอาจมีมาตรการเยียวยาด้านการดำรงชีวิตและประกอบอาชีพ สำหรับประเทศไทยยังมีข้อจำกัดหลายด้านในการยกระดับมาตรฐานการประเมินสุขภาพ เช่น ข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูลการรักษาที่ทั่วถึงของผู้มารับบริการ ทำให้ไม่สามารถยืนยันวินิจฉัยโรคลมชักหรือระบุประเภทอาการชักได้ชัดเจน ข้อจำกัดด้านจำนวนแพทย์ที่สามารถประเมินได้หากมีการขับเคลื่อนเป็น Clinic medical fitness to drive ซึ่งจะต้องเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ประเมิน และข้อจำกัดด้านข้อมูลสถิติอุบัติเหตุจราจรจากอาการชักของประเทศไทยในการนำมาหา Risk of harm (RH) หรือค่าความเสี่ยงของอันตรายที่เกิดขึ้นในประชากรทั่วไป เพื่อหาค่าความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุของประเทศไทย

สรุป

การประเมินความพร้อมในการขับขี่ของผู้ที่มีประวัติอาการชักในกรณีที่ผู้รับบริการไม่มีประวัติจาก

แพทย์ผู้รักษามาด้วย แพทย์ผู้ประเมินจึงต้องซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อให้ทราบถึงประเภท สาเหตุของอาการชัก ช่วงเวลาที่มีอาการชักครั้งล่าสุด ยาที่รับประทานอยู่ปัจจุบันหรือช่วงเวลาการปรับเปลี่ยนยา และความสามารถของผู้ขับขี่ในขณะนั้น เพื่อให้ทราบถึงความพร้อมทางสุขภาพ และประเมินระยะเวลาปลอดอาการชักที่ควรเว้นต่อการขับขี่ 1 ปีสำหรับผู้ขอใบอนุญาตขับส่วนบุคคล และ 10 ปีสำหรับผู้ขอใบอนุญาตขับรถสาธารณะ **ข้อเสนอแนะ**

1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาระบบการเข้าถึงข้อมูลการรักษาของผู้รับบริการโดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติอาการชักมาก่อน เพื่อให้แพทย์ผู้ประเมินสามารถทราบข้อมูลการวินิจฉัยประวัติอาการชักครั้งล่าสุด และการรักษาปัจจุบันของผู้รับบริการได้อย่างทั่วถึงและแม่นยำ

2. ด้านเกณฑ์การประเมินสุขภาพทางการแพทย์ของผู้ที่เป็นโรคลมชัก กรมควบคุมโรคควรพัฒนาเกณฑ์การประเมินสำหรับผู้ขับขี่รถสาธารณะให้มีความเข้มงวดขึ้นโดยการกำหนดระยะเวลาปลอดการชักเป็นอย่างน้อย 10 ปีในผู้รับบริการที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคลมชักและขอใบอนุญาตขับรถสาธารณะ รวมถึงแพทย์สภาควรระบุระยะเวลาปลอดอาการชักจำแนกตามประเภทรถส่วนบุคคล และสาธารณะโดยมีการระบุรายละเอียดใบรับรองแพทย์สำหรับผู้ขอใบอนุญาตขับรถเพื่อให้เป็นมาตรฐานในการประเมินทั่วประเทศ

3. ด้านบุคลากรทางการแพทย์ผู้ประเมินสถานพยาบาลควรสนับสนุนด้านความรู้ในการประเมินความพร้อมการขับขี่ให้แพทย์ เช่น การสนับสนุนการส่งแพทย์อบรมหลักสูตรเวชศาสตร์จราจรระยะสั้น เป็นต้น

4. ด้านการศึกษาและวิจัยในอนาคต ควรศึกษาวิจัยถึงความเสี่ยงที่ยอมรับได้ในประเทศไทย โดยอ้างอิงข้อมูลที่ได้จากการคำนวณที่กล่าวมาข้างต้น ได้แก่ Risk of harm เพื่อการศึกษาความเสี่ยงที่ยอมรับได้ของประเทศไทยเอง

การแจ้งผลประโยชน์ทับซ้อนทางเงินหรืออื่น ๆ ที่ต้อง รายงาน

ผู้ให้พินัยกรรมว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนทาง
เงินหรืออื่น ๆ ในงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Thai road safety center. Thailand's Road Traffic Accident Data [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 24]. Available from: <https://www.thairsc.com/data-compare> (in Thai)
2. Engel J, Fisher RS, Keaus GL, Krumholz A, Quigg MS. Expert Panel Recommendations Seizure Disorders and Commercial Motor Vehicle Driver Safety [Internet]. 2007 [cited 2025 Sep 1]. Available from: <https://www.fmcsa.dot.gov/sites/fmcsa.dot.gov/files/2020-04/Seizure-Disorders-MEP-Recommendations-v2-prot%2010152007.pdf>
3. Baldock MRJ, Raftery SJ. A cross-sectional study of the prevalence of medical conditions as contributors to road crashes in South Australia. Traffic Injury Prevention [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 8];26(1):24-32. Available from: <https://www.sciencedirect.com/org/science/article/pii/S1538958824000985>
4. Ministry of transport (TH). Ministerial regulations of The Regulations on Applying for and Issuing Driver's Licenses and Renewing Driver's Licenses B.E. 2563 (2020). Government Gazette Vol. 137, Part 88a, date 22nd October B.E.2563 (2020). (in Thai)
5. Department of Disease Control (TH), Division of injury prevention. Assessing medical fitness to drive [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 8]. Available from: <https://www.ddc.moph.go.th/uploads/publish/1735320250902091634.pdf> (in Thai)
6. The medical council of Thailand. Medical certification for driving license [Internet]. [cited 2025 Sep 18]. Available from: <https://tmc.or.th/Media/media-20210215224700.pdf> (in Thai)
7. Tiamkao S, Amornsinsin O, Pongchaiyakul C, Asawavichienjinda T, Yaudnopakao P, Jitpimolmard S, et al. Seizure-related injuries in northeast Thailand. Journal of Medical Association of Thailand [Internet]. 2006 [cited 2025 Dec 10];89(5):608-12. Available from: <http://www.jmatonline.com/PDF/89-PB-608-613.pdf>
8. Neurological institute of Thailand. Clinical practice guideline for epilepsy. Bangkok: Neurological institute of Thailand, Department of medical services; 2021. (in Thai)
9. Department of medical service (TH), Policy advocacy Department of medical service 2017, Nonthaburi: Department of medical service, Ministry of public health; 2017. (in Thai)
10. Intaphew R, Chainiran N, Mungmanitmongkol S, Tiamkao S. Prevalence of epilepsy clinic's patient in Srinagarind hospital. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience [Internet]. 2022 [cited 2025 Nov 11];17:41-7. Available from: <https://www.ne-neurosci.com/files/journal/535349b045194358a90781a-27c373a9e.pdf> (in Thai)
11. Inamasu J, Nakatsukasa M, Tomiyasu K. Seizures occurring while driving in patients with and without diagnosis of epilepsy: Frequency and association with automobile accidents. Journal of Clinical Neuroscience. 2019;59:75-8. doi: 10.1016/j.jocn.2018.11.003.

12. Richards KC. The risk of fatal car crashes in people with epilepsy. *Neurology*. 2004;63(6):E12–2. doi: 10.1212/01.wnl.0000142227.69091.d0.
13. Beghi E, Carpio A, Forsgren L, Hesdorffer DC, Malmgren K, Sander JW, et al. Recommendation for a definition of acute symptomatic seizure. *Epilepsia*. 2010;51(4):671–5. doi:10.1111/j.1528-1167.2009.02285.x.
14. Rizvi S, Ladino LD, Hernandez-Ronquillo L, Téllez-Zenteno JF. Epidemiology of early stages of epilepsy: Risk of seizure recurrence after a first seizure. *Seizure*. 2017;49:46–53. doi: 10.1016/j.seizure.2017.02.006.
15. Bonnett LJ, Tudur-Smith C, Williamson PR, Marson AG. Risk of recurrence after a first seizure and implications for driving: further analysis of the Multicentre study of early Epilepsy and Single Seizures. *BMJ*. 2010;341:c6477. doi: 10.1136/bmj.c6477.
16. Lawn N, Lee J, Dunne J. First-ever seizure and eligibility for commercial motor vehicle driving. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2025;96(1):4–10. doi: 10.1136/jnnp-2024-333684.
17. WHO. Epilepsy: a public health imperative [Internet]. 2019. [cited 2025 Aug 21]. Available from: <https://www.who.int/publications/item/epilepsy-a-public-health-imperative>.
18. Tiamkao S, Sawanyawisuth K, Towanabut S, Visudhipun P, Thai QOL Epilepsy Investigators. Seizure attacks while driving: quality of life in persons with epilepsy. *Canadian journal of neurological sciences*. 2009;36(4):475–9. doi: 10.1017/S0317167100007812.
19. Department of land transport (TH). The Number of Driving Licences and Transport Personnel Licences Classified by Type As of 31 Dec 2025. [Internet]. [cited 2025 Aug 21]. Available from: <https://web.dlt.go.th/statistics/> (in Thai)
20. Department of transportation (US), Federal Motor Carrier Safety Administration. the Federal seizure exemption application used by individuals newly applying to obtain a federal seizure exemption [Internet]. 2024 [cited 2025 Aug 21]. Available from: <https://www.fmcsa.dot.gov/sites/fmcsa.dot.gov/files/2024-07/NEW%20Seizure%2007082024.pdf>
21. National transport commission (AU), Austroads. Assessing Fitness to Drive for commercial and private vehicle driver 2022 edition [Internet]. 2022 [cited 2025 Aug 21]. Available from: https://austroads.gov.au/__data/assets/pdf_file/0037/498691/AP-G56-22_Assessing_Fitness_Drive.pdf
22. Driver and vehicle Licensing Agency (UK). Driving licences–Epilepsy. INS9 12/24 [Internet]. [cited 2025 Aug 21]. Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/67531f4221057d0ed56a042a/INS9_epilepsy_and_driving_information.pdf
23. Yale SH, Hansotia P, Knapp D, Ehrfurth J. Neurologic conditions: assessing medical fitness to drive. *Clinical Medicine & Research*. 2003;1(3):177–88. doi: 10.3121/cmr.1.3.177.