



ระยะสุขภาพ

✓ ตรวจดีได้ ✗ ตรวจร้ายเสีย

ใช้ระยะสุขภาพด้วยตนเองได้ที่
www.mycheckup.in.th



เช็คเลย!



ยศ ตีระวัฒนานนท์
ปฤษฎพร กิ่งแก้ว
ศรียพิณ ตันติเวสส
ธัญญา คู่พิทักษ์ขจร

ใช้ระยะเวลาสุขภาพ
ตรวจดีได้ ตรวจร้ายเสีย



เช็คระยะสุขภาพ ตรวจได้ ตรวจร้ายเสีย

เรียบเรียง ยศ ตีระวัฒนานนท์
 ปฤษฎูพร กิ่งแก้ว
 ศรีเพ็ญ ตันติเวสส
 ธัญญา คู่พิทักษ์จร

ออกแบบรูปเล่ม บริษัท ดีเซมเบอร์ จำกัด
พิมพ์ครั้งที่ 1 ธันวาคม 2557
จำนวน 1,000 เล่ม

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-590-4374-5 โทรสาร 02-590-4369
www.hitap.net
E-mail: hitap@hitap.net



ปี 2552 คนไทย 
ใช้จ่ายเงิน จากกระเป๋า
ตนเองในการตรวจคัดกรองสุขภาพ
ถึง **2,200** ล้านบาท

สารบัญ

	หน้า
คำนำ: เช็คระยะสุขภาพ ตรวจดีได้ ตรวจร้ายเสีย	5
ศัพท์พื้นฐานที่ควรรู้	9
ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองสุขภาพ	12
ตรวจดีได้	14
โรคเบาหวาน	15
โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง	21
ภาวะทูปโภชนาการ	24
ภาวะโลหิตจาง	25
เอชไอวี / เอ็ดส์	26
ปัญหาการดื่มสุรา	27
อุบัติเหตุจราจรทางถนน	29
มะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี	30
มะเร็งปากมดลูก	31
มะเร็งเต้านม	32
มะเร็งลำไส้ใหญ่	33
ตรวจร้ายเสีย	36
การตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากด้วย PSA	37
การเอ็กซเรย์ปอด	40
การตรวจเลือดเพื่อดูการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ	41
อัลตราซาวด์ช่องท้องบางส่วน	42
การตรวจคัดกรองวัณโรคในผู้ที่ไม่มีอาการ	42
การตรวจหาโรคหัดในผู้ที่ไม่มีอาการ	43
การตรวจค้นหาโรคไตอักเสบ นิ้วในไต	44
บทสรุปส่งท้าย	46
เอกสารอ้างอิง	47

ใช้ระยะเวลาสุขภาพ ตรวจดีได้ ตรวจร้ายเสีย

ยศ ติระวัฒนานนท์
ปฤชวุฒพร กิ่งแก้ว
ศรีเพ็ญ ตันติเวสส
รณัญญา คู่พิทักษ์จร

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

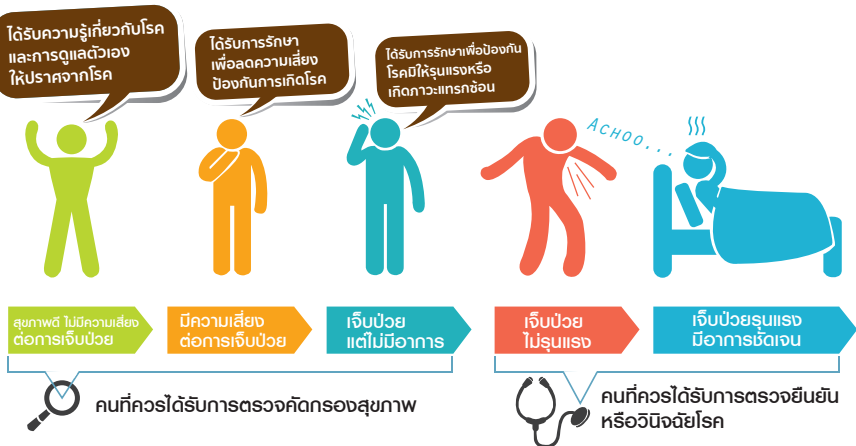


ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2552 ระบุว่า คนไทยใช้จ่ายเงินจากกระเป๋าตนเองในการตรวจคัดกรองสุขภาพ คิดเป็นมูลค่ารวมกันสูงถึง 2,200 ล้านบาท ซึ่งสูงกว่าตัวเลขจากการสำรวจครั้งก่อนในปี พ.ศ. 2550 ที่มีมูลค่า 1,700 ล้านบาท ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายดังกล่าวยังไม่รวมงบประมาณที่ใช้ในการตรวจคัดกรองสุขภาพของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ระบบบัตรทอง หรือ 30 บาทรักษาทุกโรค) และระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งสนับสนุนให้ผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการทั้งสองได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นประจำทุกปี ซึ่งหากคำนวณค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองสุขภาพโดยรวมของทั้งประเทศคงจะไม่ต่ำกว่า 5 พันล้านบาทต่อปี

จะเห็นได้ว่าคนไทยจำนวนไม่น้อยให้ความสำคัญกับการตรวจสุขภาพ เพื่อค้นหาโรคในระยะที่เริ่มเป็น หากตรวจพบจะได้รับป้องกันไม่ให้เกิดลุกลาม หรือหาทางรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ อย่างไรก็ตาม ยังมีประชาชนบางส่วนที่ยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองสุขภาพ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย เมื่อปี พ.ศ. 2551-2552 พบว่า กว่าหนึ่งในสามของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานมาก่อน ซึ่งการรักษาโรคเบาหวานโดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมจะช่วยลดหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ตามมาได้

การตรวจคัดกรองสุขภาพในที่นี้ หมายถึง การซักถามหรือตรวจอย่างเป็นระบบในเบื้องต้น เพื่อค้นหาความเสี่ยงหรือโรค ของบุคคลซึ่งไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองมีความเสี่ยงหรือเป็นโรคนั้นแล้ว โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะป้องกัน ลดความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรค (ดูรูปที่ 1)

รูปที่ 1 การตรวจคัดกรองสุขภาพและการตรวจยืนยันหรือวินิจฉัยโรค... ต่างกันอย่างไร?



การตรวจคัดกรองสุขภาพมีประโยชน์ต่อทั้งผู้ให้บริการทางการแพทย์และผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองเอง เพราะเป็นช่องทางให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือผู้ที่เจ็บป่วยแต่ไม่มีอาการได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง เพื่อลดความเสี่ยงหรือป้องกันมิให้โรคลุกลามรุนแรง จนเกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ ในกรณีของผู้ที่ยังไม่เจ็บป่วยหรือไม่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การตรวจคัดกรองสุขภาพยังช่วยสร้างโอกาสให้แพทย์ได้แนะนำ ให้ความรู้ สร้างความตระหนักเพื่อป้องกันมิให้บุคคลเหล่านั้นเกิดความเสี่ยงหรือเจ็บป่วยต่อไปในอนาคต

นอกเหนือไปจากประโยชน์ที่กล่าวมาแล้ว การตรวจคัดกรองสุขภาพยังมีประโยชน์ในวัตถุประสงค์อื่น ๆ เช่น เพื่อค้นหาบุคคลที่เหมาะสมในการทำงานบางประเภท รวมทั้งการคัดเลือกบุคคลเข้ารับราชการทหาร ส่วนระบบประกันสุขภาพเอกชนใช้การตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อประเมินความเสี่ยงและกำหนดอัตราเบี้ยประกันชีวิต เป็นต้น

ถึงแม้ประชาชนทั่วไปจะรู้จักและอาจจะเคยได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพมาบ้างแล้ว แต่คนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจว่า มีการตรวจคัดกรองสุขภาพเพียงบางอย่างที่มีประโยชน์ต่อผู้รับการตรวจ ขณะที่การตรวจคัดกรองสุขภาพทุกชนิดทำให้เกิดผลเสียได้หากนำมาใช้อย่างไม่เหมาะสม และการตรวจคัดกรองสุขภาพบางอย่างไม่ควรดำเนินการเลย

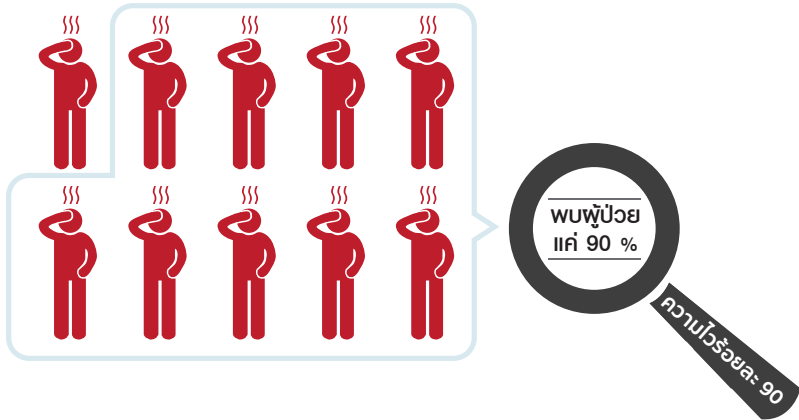
หนังสือเล่มนี้เขียนขึ้นจากผลการวิจัยของ ‘โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ’ หรือ ‘ไฮแทป’ (www.hitap.net) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับคนไทยให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยใช้เวลาในการวิจัยกว่า 2 ปี พร้อมทั้งได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและข้อคิดเห็นทางวิชาการจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาที่เกี่ยวข้องกว่า 60 ท่าน

หนังสือเล่มนี้มุ่งหวังที่จะให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้อ่านที่เป็นประชาชนทั่วไป ให้เลือกรับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพสำหรับตนเอง คนในครอบครัว และญาติพี่น้อง ได้อย่างเหมาะสม “ตรวจดีได้” หลีกเลี่ยงผลเสียต่อสุขภาพและความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น “ตรวจร้ายเสีย” โดยเน้นการตรวจคัดกรองสุขภาพสำหรับวัยรุ่น ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ศัพท์พื้นฐานที่ควรรู้

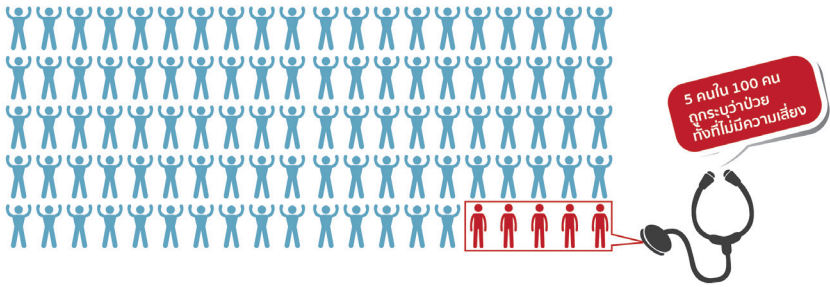
ความไวของการตรวจ (sensitivity) คือ ค่าร้อยละที่แสดงสัดส่วนของผู้ที่มีความเสี่ยงหรือผู้ป่วยที่การตรวจนั้นๆ ให้ผลบวก เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความเสี่ยงหรือผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับการตรวจ เช่น การตรวจที่มีความไวร้อยละ 90 นั้นหมายความว่า หากมีจำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงหรือผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับการตรวจ 100 คน การตรวจจะสามารถให้ผลบวกหรือระบุผู้ป่วยได้ 90 คนเท่านั้น

รูปที่ 2 ภาพแสดงการตรวจคัดกรองโรคที่มีความไว ร้อยละ 90



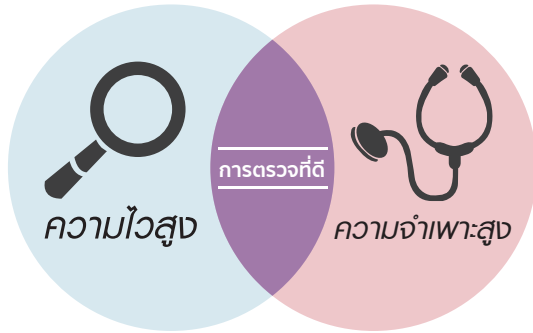
ความจำเพาะของการตรวจ (specificity) คือ ค่าร้อยละที่แสดงสัดส่วนของผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่เป็นโรคที่การตรวจนั้นๆ ให้ผลลบ เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงหรือผู้ไม่เป็นโรคทั้งหมดที่มารับการตรวจ เช่น การตรวจที่มีความจำเพาะร้อยละ 95 นั้นหมายความว่า หากมีจำนวนคนปกติทั้งหมด 100 คน การตรวจจะสามารถให้ผลลบได้ 95 คน อีก 5 คนจะถูกระบุว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงหรือป่วย ทั้งที่ในความเป็นจริง ไม่ได้มีความเสี่ยงหรือเป็นโรค

รูปที่ 3 ภาพแสดงการตรวจคัดกรองโรคที่มีความจำเพาะ ร้อยละ 95



การตรวจคัดกรองสุขภาพที่ดีควรมีค่าความไวสูง คือ ไม่พลาดที่จะตรวจพบผู้ที่มีความเสี่ยงหรือผู้ป่วย (ไม่แสดงผลว่าผู้ที่มีความเสี่ยงหรือผู้ป่วยเป็นคนปกติ ซึ่งทำให้คนกลุ่มนี้ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม) ขณะเดียวกันการตรวจนั้นๆ ก็ควรมีค่าความจำเพาะสูง คือ ทำให้คนปกติจำนวนน้อยที่สุดถูกระบุว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงหรือเป็นผู้ป่วย ต้องไปรับการตรวจยืนยันที่อาจจะอันตรายต่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น หรือไปรับการดูแลรักษาโดยไม่จำเป็น จนเกิดผลเสีย เช่น อาการข้างเคียงจากการรักษาอื่นๆ

อย่างไรก็ตาม ด้วยธรรมชาติของการตรวจคัดกรองสุขภาพทุกประเภท การตรวจที่ให้ความไวสูงมักมีค่าความจำเพาะต่ำ และในทางตรงกันข้ามการตรวจคัดกรองสุขภาพที่ให้ความจำเพาะสูงก็มีความไวต่ำ ดังนั้นในการพัฒนาเครื่องมือตรวจคัดกรองสุขภาพ นักวิทยาศาสตร์จึงต้องพิจารณาหาจุดสมดุลให้ความไวและความจำเพาะให้ค่าที่เหมาะสม และนี่เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การตรวจคัดกรองสุขภาพบางประเภทไม่มีความสมบูรณ์ คือ ให้ผลลบในคนที่มีความเสี่ยงหรือเป็นโรคได้บ้าง และให้ผลบวกในคนปกติในบางครั้ง



การตรวจที่ดี = ความไวสูง + ความจำเพาะสูง

ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ การตรวจคัดกรองสุขภาพ

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า การตรวจคัดกรองทุกประเภทไม่สามารถให้ผลที่มีความถูกต้องร้อยละ 100 หรือทุกครั้งที่ตรวจ (รูปที่ 4) การตรวจคัดกรองผู้ที่มีความผิดปกติและจะเป็นโรคในอนาคตบางคนอาจแสดงผลเป็นลบ (ผลลบหลง) ทำให้ไม่ได้รับการป้องกันและดูแลอย่างถูกต้อง ในขณะที่คนปกติบางรายอาจได้ผลการคัดกรองที่เป็นบวก (ผลบวกหลง) คนกลุ่มนี้จะถูกส่งต่อเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ซึ่งมักเป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงและอันตรายเพิ่มขึ้น อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา นอกจากนี้ มีหลักฐานที่ชัดเจนว่า มิใช่ผู้ป่วยทุกรายที่มีความผิดปกติทางพยาธิวิทยา (คือมีความผิดปกติของเซลล์หรือการทำงานของอวัยวะ) จะเกิดความเจ็บป่วยจากโรคนั้นๆ ทุกราย เช่นในกรณีของโรคมะเร็งหลายชนิดที่พบว่าถึงแม้จะมีเซลล์มะเร็งจริง แต่ในบางรายเซลล์มะเร็งไม่ลุกลามจนก่อให้เกิดโรค ผู้ที่มีเซลล์มะเร็งเหล่านั้นกลับอยู่ได้อย่างปกติจนกระทั่งเสียชีวิตด้วยโรคอื่นๆ ดังนั้นคนกลุ่มนี้แม้จะได้รับผลการตรวจที่ถูกต้อง (ผลบวกจริง) แต่กลับไม่ได้ประโยชน์จากการตรวจคัดกรอง ตรงกันข้ามกลับต้องพบกับความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงจากการรักษาโรค (ที่ไม่ควรรักษา) ซึ่งในบางครั้งอาจรุนแรงถึงชีวิต

รูปที่ 4 ภาพแสดงผลของการตรวจคัดกรองสุขภาพ 6 ประเภท





ตรวจดีได้



ตรวจได้ โรคที่ควรตรวจ



โรคเบาหวาน



อุบัติเหตุจากรถยนต์



ปัญหาการดื่มสุรา



มะเร็งตับ



ภาวะทุพโภชนาการ



มะเร็งปากมดลูก



ภาวะโลหิตจาง



มะเร็งเต้านม



เอชไอวี / เออดส์



มะเร็งลำไส้ใหญ่



โรคหัวใจขาดเลือด และ โรคหลอดเลือดสมอง

ตรวจดีได้

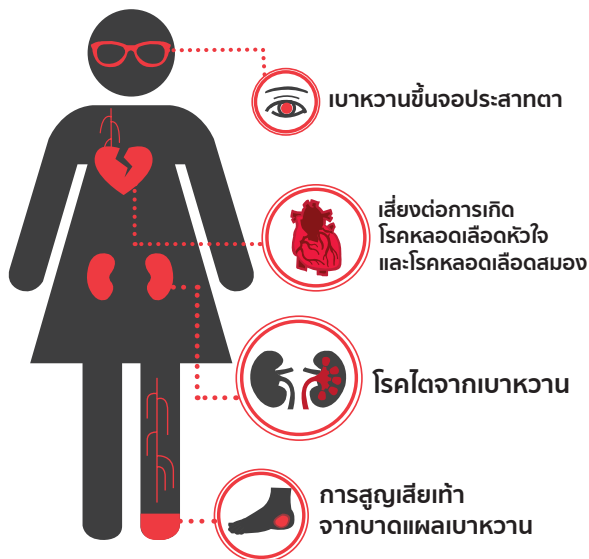
ในส่วนนี้จะกล่าวถึงการตรวจคัดกรองสุขภาพที่มีหลักฐานว่ามีความเหมาะสมสำหรับเป็นชุดตรวจสุขภาพของคนไทยในวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ทั้งนี้ไม่ได้กล่าวถึงการตรวจคัดกรองสุขภาพทั้งหมดแต่**เน้นเฉพาะโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญกับคนไทย** ซึ่งคัดเลือกโดยตัวแทนผู้บริหารหน่วยงานด้านสุขภาพที่สำคัญ แพทย์จากราชวิทยาลัยต่างๆ และตัวแทนภาคประชาชนและประชาสังคม โดยกระบวนการคัดเลือกนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยที่ได้กล่าวข้างต้น ทั้งนี้โรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญกับคนไทยและการตรวจคัดกรองที่เหมาะสม ได้แก่



โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยที่พบได้บ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ หนึ่งในสามของผู้ป่วยเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานมาก่อน เนื่องจากโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกจะไม่มีอาการ และผู้ป่วยบางส่วนจะมีอาการของภาวะแทรกซ้อนแล้วในขณะที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่สำคัญ ได้แก่ เบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรคไตจากเบาหวาน และการสูญเสียเท้าจากแผลเบาหวาน นอกจากนี้ โรคเบาหวานยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นความมุ่งหวังของการรักษาโรคเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ตามเกณฑ์ที่กำหนดตั้งแต่เนิ่นๆ เพื่อให้โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง

รูปที่ 5 ภาพแสดงภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่สำคัญ



การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานที่ใช้ในปัจจุบันมีหลากหลาย ที่สามารถพบได้ทั่วไป (ตามร้านขายยา) คือ การตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Self-monitoring blood glucose หรือ SMBG) ซึ่งสามารถวัดระดับน้ำตาลในเลือดได้ด้วยการเจาะเลือดที่บริเวณปลายนิ้วและทราบผลได้ทันที อย่างไรก็ตาม การตรวจแบบนี้มีผลบวกและผลลบสูงมาก เมื่อเทียบกับวิธีมาตรฐาน คือ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะเลือดภายหลังการงดอาหารจำนวน 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose หรือ FPG) โดยใช้เกณฑ์ระดับน้ำตาลในเลือดมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dl) ทั้งนี้ การวินิจฉัยโรคเบาหวานจะกระทำต่อเมื่อมีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะเลือดภายหลังการงดอาหารเพื่อยืนยันอีกครั้งในวันถัดไป

ในปัจจุบันสถานพยาบาลบางแห่ง มีการบรรจุการตรวจวัดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดหรือ HbA_{1c} ใน “ชุดตรวจร่างกาย” เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดที่เจาะภายหลังการงดอาหารนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นกับการควบคุมอาหาร เมื่อเวลาใกล้การเจาะเลือด ซึ่งต่างจากการตรวจวัดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ซึ่งเป็นการวัดระดับน้ำตาลที่สะสมเป็นเวลาประมาณ 3 เดือน อีกทั้งเมื่อไม่นานมานี้ ต่างประเทศให้การยอมรับการตรวจวัดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมนี้เพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน อย่างไรก็ตาม สำหรับประเทศไทยเอง ยังไม่แนะนำให้ใช้การตรวจวัดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมสำหรับการตรวจคัดกรองหรือวินิจฉัยโรคเบาหวานในปัจจุบัน เนื่องจากสถานพยาบาลที่สามารถให้บริการจะต้องมีการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของเครื่องมือตามหลักสากล แต่จะใช้เพื่อการติดตามและประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในสถานพยาบาลที่มีความพร้อมเพียงบางแห่ง อีกทั้งการตรวจชนิดนี้มีข้อจำกัดในการตรวจผู้ป่วยบางประเภท เช่น การตรวจในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรคตับ โรคโลหิตจางบางประเภท ดังนั้น ท่านควรแจ้งให้แพทย์ทราบ หากท่านตรวจวัดระดับน้ำตาลชนิดนี้

เบาหวานตรวจเมื่อใดและบ่อยแค่ไหน ?

แนะนำให้ท่านที่มีอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไปตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะเลือดภายหลังการงดอาหารจำนวน 8 ชั่วโมง เป็นประจำอย่างน้อยทุกๆ 5 ปี

แต่ถ้าท่านเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เช่น เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือท่านขาดความดันโลหิต มีประวัติครอบครัวสายตรง (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เป็นโรคเบาหวาน มีอายุเกิน 45 ปีขึ้นไป น้ำหนักเกินหรืออ้วน ท่านสามารถตรวจคัดกรองโรคเบาหวานได้

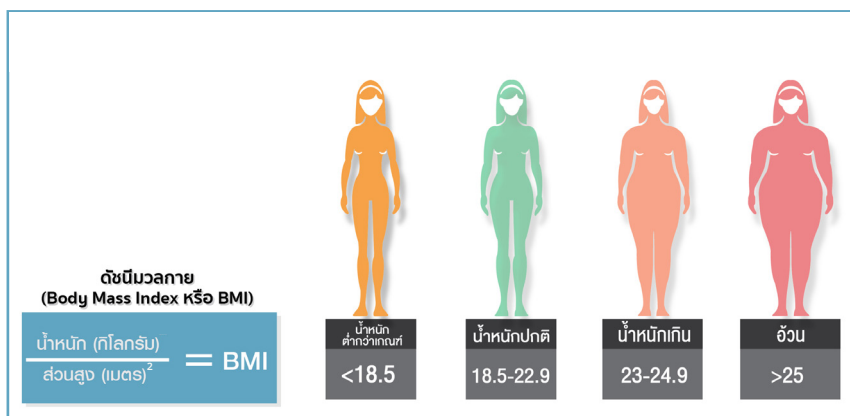


การโทษตัวเองโดยการงดอาหารประเภทแป้ง หรืออาหารหวานๆ ช่วงก่อนตรวจระดับน้ำตาลในเลือด อาจส่งผลร้ายต่อท่าน เนื่องจากเป็นการสร้างความมั่นใจที่ผิดพลาดได้ **เท่ากับว่าการตรวจคัดกรองจะไม่มีประโยชน์เลย** ถ้าท่านไม่พยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตของท่าน โดยการทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้น ท่านก็สามารถห่างไกลโรคร้ายนี้ได้ด้วยตัวของท่านเอง

ในทางการแพทย์ พิจารณาได้อย่างไรว่าท่าน “น้ำหนักเกิน” หรือเป็นโรค “อ้วน”

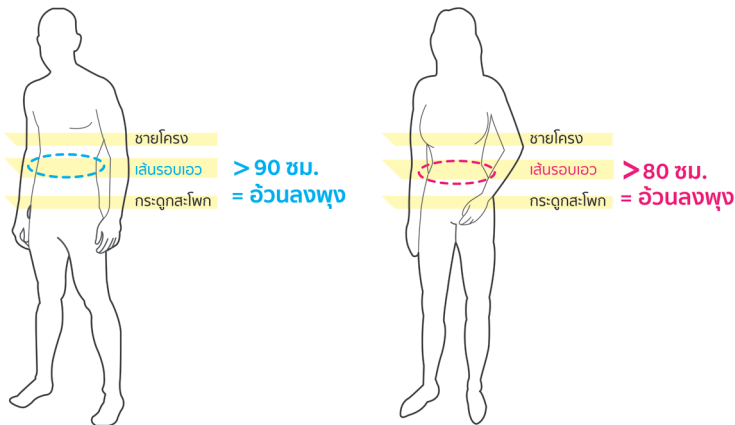
1. การวัดดัชนีมวลกาย (Body mass index หรือ BMI) เป็นการคำนวณจากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง หากดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 23 – 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร ถือว่าท่าน “น้ำหนักเกิน” และถ้าเกิน 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ถือว่าท่านเป็นโรค “อ้วน”

รูปที่ 6 ภาพแสดงการวัดดัชนีมวลกาย (Body Mass Index - BMI)



2. การวัดเส้นรอบเอว (Waist circumference) เพื่อพิจารณาภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งสามารถประเมินได้จากการวัดเส้นรอบเอว โดยกำหนดจุดกึ่งกลางระหว่างชายโครงล่างสุดและปุ่มกระดูกสะโพก ทำการวัดโดยให้ผู้ถูกวัดอยู่ในท่ายืนแยกขาเล็กน้อย แล้วใช้เทปชนิดอ่อนวัดทาบไปผ่านจุดดังกล่าวรอบเอวโดยไม่มีบีบรัดเกินไปและวัดในช่วงหายใจออก เกณฑ์ภาวะอ้วนลงพุงในผู้หญิงและผู้ชายจะแตกต่างกัน โดยผู้หญิงจะอยู่ในภาวะ “อ้วนลงพุง” หากเส้นรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร (32 นิ้ว) และผู้ชายจะอยู่ในภาวะอ้วนลงพุงหากเส้นรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร (36 นิ้ว)

รูปที่ 7 ภาพแสดงการวัดเส้นรอบเอว (Waist Circumference)



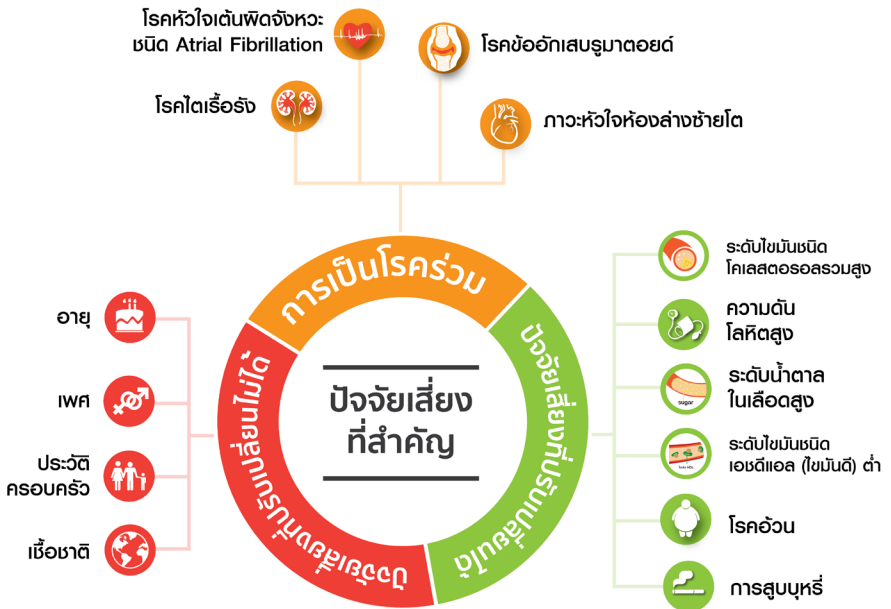
ข้อควรระวัง การวัดเส้นรอบเอวในผู้หญิง จะเชื่อถือได้น้อยหากค่าดัชนีมวลกายมีค่ามากกว่า 35 กิโลกรัม/ตารางเมตร



โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหัวใจขาดเลือด (Ischaemic heart disease) และโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในลำดับต้นๆ ของคนไทย ในแต่ละปีจะมีคนไทยเสียชีวิตจากทั้งสองโรคนี้ถึงสามหมื่นกว่ารายต่อปี ในปัจจุบันยังไม่มีมาตรการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาโรคเหล่านี้โดยตรง มีเพียงแนวคิดเรื่องการตรวจคัดกรองสุขภาพโดยค้นหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) ซึ่งรวมถึงโรคที่กล่าวข้างต้น

รูปที่ 8 ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง



ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและมีหลักฐานทางวิชาการว่าสัมพันธ์กับการเกิดโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ประเภทแรกเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น อายุ เพศ ประวัติครอบครัว และเชื้อชาติ ประเภทที่สองเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันชนิดโคเลสเตอรอลรวมสูง ระดับไขมันชนิดเอชดีแอล (ไขมันดี) ต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง โรคอ้วน และการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ การเป็นโรคร่วมดังต่อไปนี้ ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เช่นกัน ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต

การประเมินความเสี่ยงโดยรวม (Global risk score) เป็นการประเมินปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยพร้อมๆ กัน เพื่อทำนายว่า ภายในอนาคตข้างหน้าท่านจะมีโอกาสเกิดโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดมากน้อยเพียงใด ซึ่งการประเมินความเสี่ยงโดยรวมนี้ มีความมุ่งหวังเพื่อให้ท่านได้ทราบความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตของท่านเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรค และเพื่อให้แพทย์พิจารณาสั่งจ่ายยาได้อย่างเหมาะสมในกรณีที่เป็น เช่น ยาลดไขมัน เป็นต้น

โดยสรุปคำแนะนำในปัจจุบันเพื่อการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) คือ แนะนำท่านที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ขึ้นไป ประเมินความเสี่ยงโดยรวมโดยแพทย์ที่สถานพยาบาลเป็นประจำทุกๆ 5 ปี หรือท่านที่มีประวัติครอบครัวสายตรงเคยเกิดภาวะเจ็บเค้นอก (Angina) หรือภาวะหัวใจวาย (Heart attack) สามารถคัดกรองปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เป็นเวลาที่เหมาะสมได้ และหากท่านที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป ควรคัดกรองโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation ด้วยการตรวจวัดชีพจรทุกครั้งที่ได้รับบริการที่สถานพยาบาลอีกด้วย

นอกจากนี้ ท่านสามารถตรวจสอบอายุหัวใจของท่านจากที่บ้านได้ที่ www.mycheckup.in.th เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โดยการกรอกข้อมูลแล้วเครื่องจะคำนวณอายุหัวใจของท่านให้ทราบโดยอัตโนมัติ ยกตัวอย่างเช่น ท่านอายุ 55 ปี เพศชาย สูบบุหรี่ มีภาวะอ้วนลงพุง มีความดันโลหิตสูง มีระดับไขมันชนิดโคเลสเตอรอลรวมเกินกำหนด¹ หัวใจของท่านจะมีอายุเท่ากับหัวใจของผู้ชายในวัย 85 ปี แต่ถ้าท่านมีโรคเบาหวานร่วมด้วย หัวใจของท่านจะมีอายุเท่ากับหัวใจของผู้ชายในวัย 90 ปี ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเป็นอย่างมาก ดังนั้น ท่านจะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต โดยการทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการเลิกบุหรี่ สามารถทำให้หัวใจของท่านกลับมาเหมือนอายุจริงๆ ของท่าน

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดเป็นเพียงปัจจัยเพื่อการทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเป็นปัจจัยที่นักวิทยาศาสตร์ในปัจจุบันพบว่าสัมพันธ์กับการเกิดโรค จึงไม่ได้หมายความว่า “ไม่เสี่ยงแล้วจะไม่เกิดโรค” ดังนั้น หากท่านพบเห็นคนรอบข้างหรือประสบกับอาการเหล่านี้ ได้แก่ อาการเจ็บเค้นหน้าอก ใจสั่น เหงื่อออก เหนื่อยง่ายขณะออกกำลังกาย เป็นลมหรือหมดสติ ซึ่งเป็นสัญญาณว่าบุคคลนั้นอาจเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ให้โทรแจ้งบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผ่านสายด่วน 1669 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้ถึงมือแพทย์ให้เร็วที่สุด โดยที่ท่านไม่ต้องสำรองจ่าย ไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น และสามารถรักษาที่โรงพยาบาลใดก็ได้ที่ใกล้ท่านที่สุด ซึ่งเป็นหนึ่งบริการสำคัญที่ประเทศไทยเราจัดให้ท่าน

เลิกบุหรี่ เลิกได้ ถ้าตั้งใจ

หัวใจสำคัญของการเลิกบุหรี่ คือ ความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของท่าน ในปัจจุบันมีแนวทางการเลิกบุหรี่ที่หลากหลาย หากท่านไม่สามารถเลิกได้เอง ยังมีทางเลือกอื่นๆ อีกมากมาย ไม่ว่าจะเป็น ยาสมุนไพร ยาอดบุหรี่ หรือ สารนิโคตินทดแทน และท่านสามารถขอคำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่เพิ่มเติม ผ่านสายด่วน Quitline 1600 ทุกวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 7.30 – 20.00 น. หรือ คลินิกอดบุหรี่ในสถานพยาบาลที่มีการจัดบริการ

1 มากกว่าหรือเท่ากับ 280 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dl)



ภาวะทุพโภชนาการ

อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต แต่การได้รับอาหารในปริมาณที่ไม่ถูกต้องส่วน ไม่ว่าจะน้อยหรือมากเกินไปจนเกินความต้องการของร่างกายย่อมก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพได้ การได้รับอาหารน้อยเกินไปจนเกิดภาวะผอมจะส่งผลต่อพัฒนาการ การเจริญเติบโต และสติปัญญา นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย และอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ส่วนภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนจะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจากระบบต่างๆ ในร่างกายตามมา เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการซึ่งอาจก่อให้เกิดผลเสียตามมาดังกล่าว แนะนำให้ท่านที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป หมั่นประเมินค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index หรือ BMI) โดยการคำนวณจากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง หากได้ค่า 18.5-22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร แสดงว่าท่านมีภาวะโภชนาการปกติ หากได้ค่าต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร แสดงว่าท่านมีภาวะผอม หากได้ค่า 23-24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร แสดงว่าท่านมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน และหากได้ค่ามากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร แสดงว่าท่านมีภาวะอ้วน ทั้งนี้ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับกระดูกสันหลัง เช่น หลังค่อม หรือไม่สามารถยืนวัดส่วนสูงได้ แนะนำให้ใช้ความยาวระหว่างแขน 2 ข้างในหน่วยนับเป็นเมตร ใช้แทนส่วนสูงในสูตรคำนวณค่าดัชนีมวลกาย นอกจากนี้ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ให้ประเมินค่าดัชนีมวลกายร่วมกับการพิจารณาประวัติการบริโภคอาหาร และค่าของน้ำหนักตัวที่ลดลงร้อยละ 10 จากน้ำหนักเดิมโดยไม่ได้ตั้งใจในช่วง 6 เดือน และ/หรือมีน้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 5 ใน 1 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม แม้ว่า BMI จะเป็นวิธีการที่ประเมินได้ง่าย แต่ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากไม่สามารถบ่งชี้ความอ้วนในคนที่อ้วนลงพุงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ดังนั้นแนะนำให้ประเมินความยาวรอบเอวต่อส่วนสูง (Waist-to-Height Ratio) เพื่อบ่งชี้ความอ้วนลงพุงร่วมด้วย โดยความยาวรอบเอวควรมีค่าไม่เกินครึ่งหนึ่งของความสูง เช่น หากท่านผู้อ่านสูง 160 เซนติเมตรรอบเอวของท่านไม่ควรเกิน 160 หาร 2 คือ 80 เซนติเมตร หากมีค่าเกินกว่านี้แสดงว่าท่านมีไขมันในช่องท้องมาก ยิ่งเกินมากยิ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ

และหลอดเลือดมาก ท่านต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ส่วนในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตสูง มีการเปลี่ยนแปลงความสูงตามอายุและเวลาการเข้าสู่วัยรุ่นต่างกันไปในแต่ละเพศ ดังนั้น แนะนำให้ผู้ปกครองใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กที่ได้รับจากสถานพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลสุขภาพเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนเด็กอายุ 6 ปี ส่วนเด็กวัยเรียนแนะนำให้ใช้บัตรบันทึกสุขภาพประจำตัวนักเรียน (ส.ศ. 3) และแบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียนเป็นเครื่องมือในการดูแลสุขภาพ



ภาวะโลหิตจาง

ภาวะโลหิตจางเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งจากการเสียเลือดเรื้อรัง มีพยาธิ ตลอดจนความผิดปกติทางพันธุกรรม แต่สาเหตุหนึ่งที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาที่สำคัญของประชากรโลกทั้งในประเทศพัฒนาและกำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทย คือ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กทารกและหญิงตั้งครรภ์ที่มีความต้องการธาตุเหล็กสูง ธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของเม็ดเลือดแดง ซึ่งทำหน้าที่ขนส่งออกซิเจนไปเลี้ยงสมองและส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติ จึงมีบทบาทหลายอย่างในร่างกายที่สำคัญ ทั้งด้านพัฒนาการ การเรียนรู้และสติปัญญา การทำงานด้านกายภาพ ตลอดจนการสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันการเจ็บป่วย ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจะมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และทารกที่คลอดออกมาเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำ มีธาตุเหล็กสะสมน้อย ทำให้ทารกมีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางสูง เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการต่อการเรียนรู้ช้า ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์ควรเข้ารับบริการฝากครรภ์ในสถานพยาบาลตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางที่อาจเกิดขึ้น และที่สำคัญหากท่านมีบุตรหลานอายุระหว่าง 9-12 เดือน ควรพาไปรับการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางด้วยการตรวจความสมบูรณ์ของ

เม็ดเลือด (Complete blood count หรือ CBC) หรือการตรวจปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit หรือ Hct) พร้อมการไปรับวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR) เข็มแรกในสถานพยาบาล เพื่อให้ตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นซึ่งจะเป็นผลดีสำหรับการรักษาต่อไป



เอชไอวี/เอดส์

เอชไอวี เป็นไวรัสที่ทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกายมนุษย์ ทำให้ติดเชื้อต่างๆ ได้ง่ายขึ้น วัณโรค เยื่อหุ้มสมองอักเสบ และไวรัสที่ทำให้ตาบอด เมื่อเชื้อเอชไอวีลุกลามถึงระยะที่เรียกว่าเป็นโรคเอดส์ ร่างกายจะอ่อนแอลงอย่างมากจนถึงขั้นเสียชีวิตในที่สุด การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งรวมถึงการสำล่อนทางเพศ เปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ ไม่ใช้ถุงยางอนามัย และการใช้ยาเสพติดชนิดฉีด เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ

แม้การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยืนยาวกว่าสมัยก่อนที่ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงยาอย่างเห็นได้ชัด แต่ในปัจจุบันโรคนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ผู้ป่วยต้องกินยาไปตลอดชีวิตนอกจากนี้ ทั้งการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและการดูแลสุขภาพด้านอื่นๆ จะให้ผลดีก็ต่อเมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อตั้งแต่อยู่ในระยะเริ่มแรก และเข้ารับการรักษาเสียแต่เนิ่นๆ

การตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นบริการที่มีอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง ทุกท่านขอรับการตรวจได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ไม่ว่าจะอยู่ในกลุ่มเสี่ยงหรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้ โรงพยาบาลรวมถึงบุคลากรที่ให้คำปรึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของการตรวจเลือด จะเก็บข้อมูลของผู้เข้ารับการตรวจไว้เป็นความลับ



ปัญหาการดื่มสุรา

ท่านรู้หรือไม่ว่า “สุรา” หรือ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ จัดเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง แต่สุรายังเป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมายและมีขายทั่วไป ประเทศไทยต้องสูญเสียมูลค่าทางเศรษฐกิจไปเป็นจำนวนถึงหนึ่งแสนห้าหมื่นล้านบาทต่อปี ซึ่งภาครัฐสามารถควบคุมการบริโภคสุรา ผ่านการรณรงค์ให้ความรู้ การจำกัดการโฆษณา การจำกัดอายุที่สามารถซื้อ จำกัดวันและเวลาการขาย หรือ แม้แต่การขึ้นภาษีเพื่อให้ราคาของสุราเพิ่มมากขึ้น ได้เท่า่นั้น แต่ปัญหาการดื่มสุราก็ยังคงเป็นอีกหนึ่งปัญหาสำคัญของประเทศไทยที่มีความพยายามในการแก้ไขปัญหานี้อย่างต่อเนื่อง



**ประเทศไทยต้องสูญเสียมูลค่าทางเศรษฐกิจ
ราว 15,000 ล้านบาทต่อปี จากปัญหาการดื่มสุรา**

การดื่มสุราสร้างผลเสียต่อร่างกายนานปีการ เช่น โรคตับแข็ง โรคมะเร็งตับ โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร โรคสมองเสื่อม ปัญหาทารกในครรภ์ เป็นต้น แต่การดื่มสุราก็ยังถือว่าเป็นเรื่องปกติในสังคมไทย ไม่ว่าจะเป็นการสังสรรค์ในหมู่เพื่อน การดื่มสุราเพื่อคลายเครียด ท่านรู้หรือไม่ว่า การดื่มสุรานอกจากจะทำให้เกิดโรคต่างๆ ต่อตัวท่านเอง จะก่อผลเสียอย่างไรได้บ้าง ที่แน่ๆ คือ “การขาดสติ”

สุราทำให้การยับยั้งซึ่งใจลดลง ก่อให้เกิดปัญหาความรุนแรง ปัญหาการข่มขืน ปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ปัญหาการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์จากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เป็นต้น อีกประการที่สำคัญ คือ สมรรถภาพในการขับขี่รถยนต์ รถจักรยานยนต์ ลดลง ซึ่งจะกล่าวเพิ่มเติมในเรื่องอุบัติเหตุจากรถทางถนน

“ล้ายอง” ในบทประพันธ์อมตะเรื่อง “ทองเนื้อเก้า” เป็นหนึ่งตัวละครที่แสดงให้เห็นถึงความร้ายกาจของ “ยาตอง” ซึ่งก็คือ “สุรา” ชนิดหนึ่งนั่นเอง ตัวละครนี้แสดงให้เห็นถึงคนที่มีอาการติดสุรา โดยสังเกตง่ายๆ จากความรู้สึกอยากดื่มสุราที่รุนแรง มีผู้คนแสดงความกังวลหรือตกใจเตือนเรื่องการดื่มสุรา เป็นต้น ในทางการแพทย์มีการนิยามผู้ที่มีอาการติดสุรา โดยใช้แบบสอบถามที่เรียกว่า ASSIST ซึ่งมีคำถามสั้นๆ อยู่ 6 คำถาม เกี่ยวกับประสบการณ์เกี่ยวกับการดื่มสุราในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาว่า 1) ท่านดื่มถี่มากน้อยเพียงไร 2) ท่านเคยรู้สึกอยากที่ดื่มสุราอย่างรุนแรง บ่อยเพียงไร 3) การดื่มสุรา ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครัว สังคม กฎหมาย หรือการเงินกับท่าน บ่อยเพียงไร 4) ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมที่ท่านควรทำได้ตามปกติเนื่องจากท่านดื่มสุรา บ่อยเพียงไร 5) เพื่อนฝูง ญาติ หรือคนอื่นเคยแสดงความกังวลหรือตกใจเตือนท่านเกี่ยวกับการดื่มสุราของท่านหรือไม่ 6) ท่านเคยพยายามหยุดดื่ม หรือลดปริมาณการดื่มสุราลง แต่ทำไม่สำเร็จหรือไม่ ซึ่งหากติดสุรามากๆ สามารถบำบัดการดื่มสุราโดยใช้ยาได้

ท่านสามารถวัดระดับการติดสุราของท่านหรือบุคคลที่ท่านรักได้จากเว็บไซต์ <http://www.1413.in.th/audit/drinkingProblems.htm> หรือท่านสามารถโทรศัพท์ปรึกษา สายด่วน 1413 ซึ่งสามารถขอคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเลิกสุราได้ด้วย

คงไม่มีใคร “ปฏิเสธ” ว่าการดื่มสุราเป็นโทษต่อร่างกายของเราและก่อผลเสียต่อคนรอบข้าง แล้วทำไมถึงยังมีคนดื่มสุราก็อย่างมากมายในสังคมเรา นั่นก็เพราะสุราคือ “สาร” ที่ “law” แล้ว “ติด” นั่นเอง



อุบัติเหตุจราจรทางถนน

อุบัติเหตุจราจรทางถนนยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดความสูญเสียคุณภาพชีวิต ชีวิตและทรัพย์สินในลำดับต้น ๆ ของประเทศไทย โดยธรรมชาติ การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรทางถนนนั้น ไม่สามารถจำกัดอยู่เพียงหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากการแก้ไขปัญหานี้มีหลากหลายมิติตั้งแต่การป้องกันก่อนการเกิดอุบัติเหตุ การป้องกันขณะเกิดอุบัติเหตุ และการเยียวยาภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ อีกทั้งมาตรการต่างๆ สามารถมุ่งไปที่บุคคล เช่น ผู้ขับขี่ ผู้โดยสาร หรือยานพาหนะ หรือแม้กระทั่งมาตรการที่มุ่งไปที่ถนนและสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม ความสูญเสียที่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนนบางส่วนเกิดจากผู้ขับขี่เอง ดังนั้น การหาแนวทางหรือมาตรการในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่มุ่งไปที่ผู้ขับขี่จึงมีความสำคัญ

หนึ่งในการคัดกรองที่สามารถช่วยลดอุบัติเหตุได้ดี คือ การตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ หรือที่เราเห็นกันตามจุดต่างๆ คือการตั้งด่านตรวจโดยคุณตำรวจ เนื่องจากการดื่มสุราจะทำให้สมรรถภาพในการขับขี่รถยนต์ รถจักรยานยนต์ ลดลง ทำให้โอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า หากระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด¹ ดังนั้น หากท่านคิดที่จะดื่ม โปรดอย่าขับรถหรือขี่รถจักรยานยนต์ แต่ควรเลือกที่จะกลับบ้านโดยรถสาธารณะจะดีกว่า สำหรับท่านที่อายุมาก (เกิน 60 ปี) แล้วยังขับรถอยู่ ก็ควรตรวจสายตาเป็นประจำ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการมองเห็นไม่ชัดด้วย

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่า “อุบัติเหตุ” ทางถนนบางครั้งเราไม่สามารถป้องกันได้ แต่หากเราป้องกันตัวเองด้วยการขับขี่อย่างปลอดภัย คือ การมีสติ ไม่เมา ไม่ง่วง ไม่คุยโทรศัพท์ ไม่ส่งข้อความ คาดเข็มขัดหรือสวมหมวกกันน็อคให้เป็นนิสัย ก็จะสามารถลดความรุนแรงของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุได้เช่นเดียวกัน

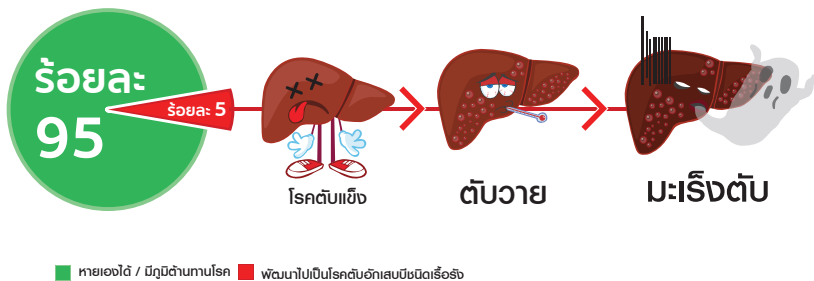
1 ระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดน้อยกว่า 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์



มะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี

มะเร็งตับเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่งในเพศชายและอันดับสามในเพศหญิงในประเทศไทย สาเหตุสำคัญหนึ่งของการเกิดโรคคือการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งสามารถติดต่อได้ผ่านทางเลือดและสารคัดหลั่ง การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ทั้งนี้ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแบบเฉียบพลันจะสามารถหายเองได้และมีภูมิคุ้มกันโรค แต่ที่เหลืออีกร้อยละ 5 จะพัฒนาไปเป็นโรคตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง โรคตับแข็ง ตับวาย และกลายเป็นมะเร็งตับในที่สุด ประเทศไทยได้บรรจุวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีไว้ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 โดยเด็กทุกคนจะได้รับการฉีดวัคซีนครั้งแรกภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ครั้งที่สองตอนอายุ 1-2 เดือน และครั้งที่สามตอนอายุ 6-7 เดือน ทำให้มีภูมิคุ้มกันโรคซึ่งสามารถป้องกันการติดเชื้อได้ อย่างไรก็ตาม ในผู้ที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 และไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีมาก่อน ยังมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ข้อมูลจากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า มาตรการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในประชากรอายุ 31-40 ปี โดยการตรวจเลือด

รูปที่ 9 แผนภูมิวงกลมแสดงจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแบบเฉียบพลันและการพัฒนาการของโรค



หาตัวบ่งชี้ถึงการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B surface antigen หรือ HBsAg) และตรวจหาการมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B surface antibody หรือ Anti-HBs) ร่วมกับการให้วัคซีนในผู้ที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกัน เป็นมาตรการที่มีประโยชน์และมีความคุ้มค่า ดังนั้น หากท่านมีอายุตั้งแต่ 31 ถึง 40 ปี และยังไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ท่านควรเข้ารับ การตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเพื่อให้ได้รับการรักษาหรือป้องกัน อย่างเหมาะสมตั้งแต่เริ่มต้น เป็นการป้องกันการพัฒนาของโรคไปเป็นตับแข็ง ตับวาย และมะเร็งตับที่นำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด

สำหรับมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่พบมากในคนไทยแถบภาคอีสาน โดยปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่ การรับประทานปลาน้ำจืดแบบดิบหรือ ดิบ ๆ สุก ๆ เช่น ก้อยปลา ซึ่งจะส่งผลให้มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ รวมทั้งการรับ ประทานอาหารหมักดอง เช่น ปลาร้า ปลาสาม ปลาจ่อม การติดเชื้อไวรัสตับอัก เสบชนิดบีและซี และการดื่มสุรา โดยช่วงแรกไม่มีอาการรุนแรง แต่จะตรวจพบ หลังจากโรคได้ดำเนินไปมากแล้วซึ่งการรักษาทำได้ผล นอกจากนี้ประสิทธิผล ของการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดียังไม่มีความแน่ชัด ดังนั้น ท่านผู้อ่านควร หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีตามที่ได้กล่าวข้างต้น



มะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสองในสตรีไทย โดยสาเหตุ หลักของการเป็นโรคเกิดจากการติดเชื้อฮิวแมนแพปพิโลมาไวรัส (Human papillomavirus) หรือที่เรียกกันว่าเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) ข้อมูลจากการ ศึกษาในปัจจุบันพบว่า มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่มีโอกาสในการรักษาให้ หายขาดได้สูงหากตรวจพบตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ปัจจุบันประเทศไทยมีวิธีการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ใช้โดยทั่วไป 2 วิธี วิธีแรกคือการตรวจแปปสเมียร์ (Pap smear) เป็นการใช้อุปกรณ์เก็บตัวอย่างเซลล์ปากมดลูก บ้ายใส่สไลด์และ

ส่งตรวจ ส่วนวิธีที่สองคือการตรวจวีไอเอ (Visual Inspection with Acetic acid) เป็นการใช้น้ำส้มสายชูเจือจางโซลุมปากมดลูกแล้วตรวจดูความผิดปกติของเซลล์ แม้ว่าในปัจจุบันจะมีวัคซีนที่สามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีได้ แต่ผู้ที่ฉีดวัคซีนดังกล่าวยังคงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง เนื่องจากวัคซีนสามารถป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกจากเชื้อไวรัสเอชพีวีได้เพียงบางสายพันธุ์ ดังนั้น การตรวจคัดกรองจึงยังคงเป็นสิ่งจำเป็นแม้ว่าท่านจะได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันการโรคมะเร็งก็ตาม ปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้สนับสนุนงบประมาณสำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หากท่านเป็นสตรีไทยที่มีอายุตั้งแต่ 30 ถึง 60 ปี ไม่ว่าจะใช้สวัสดิการรักษายาบาลด้วยสิทธิใดก็ตาม ท่านสามารถเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ฟรีโดย สปสช. เป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายในการตรวจให้ทั้งหมด และขอให้ท่านเข้ารับบริการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอทุก 5 ปี เพื่อให้ตรวจพบและทำการรักษาได้เร็ว ซึ่งจะช่วยลดโอกาสการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกได้



มะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมนับเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้หญิงชาวตะวันตก ทั้งนี้อาจอธิบายได้ด้วยวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น มีบุตรน้อย การรับประทานฮอร์โมนเพื่อคุมกำเนิด หรือภาวะอ้วน เป็นต้น จึงไม่น่าแปลกใจว่ามีการพบมะเร็งชนิดนี้มากขึ้นเรื่อยๆ ในผู้หญิงชาวตะวันออกรวมทั้งผู้หญิงไทย จนกลายเป็นมะเร็งในระบบสืบพันธุ์สตรีที่พบบ่อยที่สุดแห่งหน้ามะเร็งปากมดลูกไปแล้ว ในบ้านเราคงเคยได้ยินคำแนะนำให้ผู้หญิงตรวจคลำเต้านมด้วยตนเอง หรือไปพบแพทย์เพื่อคลำเต้านมเพื่อเป็นการคัดกรองมะเร็งเต้านม อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า จนถึงปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานการคลำเต้านมไม่ว่าด้วยตนเองหรือแพทย์จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยมะเร็งเต้านมลงได้ เพราะก้อนมะเร็งเต้านมที่คลำได้มักเป็นมะเร็งในระยะลุกลาม สายเกินไปที่จะรักษาให้หายขาดได้ ทั้งนี้การตรวจคัดกรองเดียวที่มีหลักฐานว่าสามารถลด

โอกาสการเสียชีวิตด้วยมะเร็งเต้านมของผู้หญิงที่ได้รับการตรวจ (ลดได้ประมาณร้อยละ 20) คือ การตรวจเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรม (Mammogram) ซึ่งเป็นเครื่องเอ็กซเรย์เต้านมโดยเฉพาะ ในประเทศที่ร่ำรวยมีเครื่องแมมโมแกรมอย่างเพียงพอ จึงมีข้อแนะนำให้ผู้หญิงทุกรายเข้ารับการตรวจตั้งแต่อายุ 45 หรือ 50 ปี โดยตรวจทุก 3 ปี ไปจนถึงอายุ 70 ปี

ประเทศไทยยังไม่มีเครื่องแมมโมแกรมอย่างเพียงพอที่สามารถดำเนินการให้ครอบคลุมทั้งประเทศได้ โดยมี 14 จังหวัดในประเทศไทยที่ยังไม่มีเครื่องแมมโมแกรมเลยสักเครื่องเดียว ประกอบกับหากมีการคัดกรองอย่างทั่วถึงจริงๆ อาจเกิดปัญหาการวินิจฉัยและการรักษาเกินความจำเป็น เพราะมะเร็งเต้านมไม่ได้มีความร้ายแรงกับผู้หญิงทุกคน ผู้หญิงบางรายที่มีมะเร็งชนิดนี้อยู่อาจไม่ได้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมเลยก็ได้ ดังนั้น หากท่านพิจารณาเปรียบเทียบกับข้อดีและข้อเสียจากการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมอย่างรอบคอบแล้ว และต้องการตรวจ ท่านก็ควรเข้ารับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมทุก 3-5 ปี โดยเริ่มตรวจที่อายุ 40 ปีเป็นต้นไป (ในผู้หญิงชาวเอเชียอาจเริ่มตรวจเร็วกว่าผู้หญิงชาวตะวันตกเล็กน้อย เพราะพบมะเร็งเต้านมในกลุ่มอายุน้อยกว่า)



มะเร็งลำไส้ใหญ่

มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งอีกชนิดหนึ่งที่พบบ่อยในปัจจุบันอันเนื่องมาจากพฤติกรรมการกินและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การรับประทานเนื้อสัตว์มาก แต่รับประทานผักและผลไม้ น้อย การตรวจคัดกรองมีหลายวิธี ได้แก่ การฉีดสารทึบรังสีเข้าไปทางทวารหนักและนำไปเอ็กซเรย์ การส่องกล้องทางลำไส้ใหญ่ และการถ่ายภาพรังสีสามมิติหรือ CT scan (Computerised Tomography scan) ทั้งหมดนี้ล้วนแต่พบว่ามีข้อเสียมากกว่าข้อดี จึงไม่แนะนำให้ใช้สำหรับคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ แต่อีกวิธีหนึ่ง คือ การตรวจหาเลือดที่ปนมาในอุจจาระนั้น เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางว่ามีประโยชน์มากกว่าโทษ โดยลดโอกาส

การเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ประมาณร้อยละ 15 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับการคัดกรองเลย จึงเริ่มมีการคัดกรองด้วยวิธีดังกล่าวในระดับประชากรในหลายประเทศที่มีฐานะร่ำรวย แต่ในประเทศไทยยังไม่มีมีการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยการตรวจหาเลือดที่ปนมาในอุจจาระในวงกว้าง เพราะไม่มีการศึกษาหารูปแบบการให้บริการที่เหมาะสม และขณะนี้อยู่ระหว่างการศึกษาวิจัยเรื่องประโยชน์จากการคัดกรองและความคุ้มค่าของการคัดกรองในคนไทย คาดว่าผลการวิจัยน่าจะใช้ในการพัฒนานโยบายเพื่อคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประเทศไทยต่อไป สำหรับท่านผู้อ่านที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปและไม่เกิน 70 ปี ก็อาจพิจารณาเข้ารับ การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยการตรวจหาเลือดที่ปนมาในอุจจาระ ทุกๆ 1-2 ปี



ตรวจร้ายเสีย





ตรวจร้ายเสีย เพราะมีโทษต่อร่างกาย



การตรวจคัดกรอง
มะเร็งต่อมลูกหมากด้วย PSA



การเอ็กซเรย์ปอด



ตรวจร้ายเสีย เพราะเสียเงินโดยเปล่าประโยชน์



การคัดกรองวงโรค
ในผู้ที่ไม่มีอาการ



การตรวจหาโรคหัด
ในผู้ที่ไม่มีอาการ



อัลตราซาวด์ช่องท้องบางส่วน



การตรวจค้นหาเนื้อในไต
โรคไตอักเสบ



การตรวจเลือดเพื่อดูการทำงานของอวัยวะต่างๆ

ตรวจร้ายเสีย

หลังจากได้เรียนรู้การตรวจคัดกรองสุขภาพในกลุ่ม “ตรวจดีได้” แล้ว ในส่วนต่อไปนี่เราจะได้รู้จักการตรวจคัดกรองที่ไม่แนะนำหรือจัดได้ว่าเป็นกลุ่ม “ตรวจร้ายเสีย” กันบ้าง ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว การตรวจคัดกรองสุขภาพในกลุ่มนี้มีเป็นจำนวนมากเกินที่จะนำมาบอกเล่าได้ทั้งหมด และบางอย่างเป็นการตรวจที่ไม่มีอยู่ในประเทศไทยและนิยมตรวจกันอย่างแพร่หลาย ทั้งนี้ จะเริ่มด้วยการตรวจคัดกรองสุขภาพที่มีหลักฐานที่ชัดเจนระบุว่ามิโทษมากกว่าประโยชน์ ซึ่งได้แก่



การตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากด้วย PSA

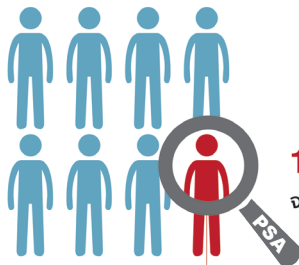
PSA หรือ Prostate-specific antigen เป็นเอ็นไซม์ชนิดหนึ่งที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของมะเร็งต่อมลูกหมาก จึงถูกนำมาใช้ในการวางแผนและติดตามประเมินผลการรักษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522 ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ต่อมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 ได้มีการใช้ PSA สำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก จนกระทั่งในภายหลังพบว่า ถึงแม้การตรวจคัดกรองด้วย PSA จะช่วยเพิ่มการวินิจฉัยมะเร็งระยะแรกอย่างชัดเจน ส่งผลให้มีผู้ป่วยได้รับการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมากทั้งในสหรัฐอเมริกาและยุโรป แต่จำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งชนิดนี้กลับไม่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เพราะการคัดกรองทำให้เกิดวินิจฉัยและรักษาคนไข้เกินความจำเป็น เนื่องจากมะเร็งต่อมลูกหมากโดยทั่วไปเป็นมะเร็งที่ไม่รุนแรง ผู้ป่วยหลายรายจะไม่เสียชีวิตจากมะเร็งชนิดนี้ การรักษาจึงไม่ได้ประโยชน์ ในทางตรงกันข้ามกลับเกิดโทษจากการวินิจฉัยเพิ่มเติมและการรักษา

นอกจากนี้ การตรวจคัดกรองด้วย PSA ไม่มีความจำเพาะต่อมะเร็งต่อมลูกหมาก เอ็นไซม์ดังกล่าวอาจสูงขึ้นจากหลายสาเหตุ เช่น ต่อมลูกหมากอักเสบ มีการหลั่งน้ำอสุจิ เป็นต้น ซึ่งหากผู้ป่วยมีค่า PSA ผิดปกติแพทย์มักตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยการตรวจชิ้นเนื้อ ส่งผลให้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ ได้มีการวิจัยสรุปข้อเสียของการคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากด้วย PSA ไว้ที่น่าสนใจดังนี้

- 1 ใน 8 ของผู้ชายที่ตรวจคัดกรองด้วย PSA ตลอดชีวิตจะได้รับผลบวกลวง คือพบความผิดปกติทั้งที่ไม่เป็นโรคมะเร็ง
- ร้อยละ 76 ของชายเหล่านี้ได้ตรวจชิ้นเนื้อต่อมลูกหมาก แล้วพบว่าไม่ได้เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก
- ต้องคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากด้วย PSA กว่า 1,000 รายจึงป้องกันมิให้ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากตายได้ 1 ราย แต่ในทางตรงกันข้าม ในจำนวนคนที่เหลือ (999 คน) พบว่ากว่า 120 คนจะได้ผลบวกลวง และ 30 คนจาก 120 คนนี้ได้รับผลกระทบจากการวินิจฉัยและรักษาจนหย่อนสมรรถภาพทางเพศ และอีก 20 คนกลายเป็นคนกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ อีก 2 คนเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดอย่างรุนแรง และ 1 รายที่ไม่ป่วยก็ต้องเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

จากข้อมูลทั้งหมดนี้ส่งผลให้ระบบประกันสุขภาพและสมาคมแพทย์เกือบทั้งหมดทั่วโลกไม่แนะนำให้ตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากอีกต่อไป แต่เราก็ยังไม่ได้เห็นโรงพยาบาลในประเทศไทยเสนอบริการคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากให้ชายไทยอย่างดาษดื่น

รูปที่ 10 ภาพแสดงข้อมูลของผลการคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากด้วย PSA



1 ใน 8 ของชาย ที่ตรวจกรองด้วย PSA ตลอดชีวิต จะได้รับผลบวกปลอม คือพบความผิดปกติซึ่งไม่เป็นโรคมะเร็ง



ร้อยละ 76 ของชายเหล่านี้ ได้ตรวจชิ้นเนื้อลูกหมากแล้วพบว่าไม่ได้เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก

ต้องคัดกรอง
1,000 ราย
ถึงจะป้องกันได้
1 ราย



ต้องคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากด้วย PSA กว่า 1,000 ราย จึงจะป้องกันมิให้มีผู้ป่วยตายจากมะเร็งต่อมลูกหมากได้ 1 ราย



แต่ในตรงกันข้าม ในจำนวนที่เหลือ (999 คน) พบว่า 120 คน ได้รับผลบวกปลอม และ 30 คนจาก 120 คนได้รับผลกระทบจากการวินิจฉัยและรักษา จนหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

20 คน จาก **999** คน
กลืนปัสสาวะ
หรือ อุจจาระไม่ได้



และอีก 20 คน กลายเป็นคนกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

2 คน จาก **999** คน
เกิดภาวะแทรกซ้อน
อย่างรุนแรง



อีก 2 คนเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ และหลอดเลือดอย่างรุนแรง

1 ใน **999** คน
ต้องตายจาก
ภาวะแทรกซ้อน



และ 1 รายที่ชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ



การเอ็กซเรย์ปอด

ถึงแม้ว่าการเอ็กซเรย์ปอดเป็นวิธีการหนึ่งที่ได้รับการยอมรับสำหรับวินิจฉัยวัณโรคซึ่งเป็นโรคติดต่อร้ายแรง และจากการที่วัณโรคส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด จึงทำให้คนทั่วไปคิดว่า การเอ็กซเรย์ปอดน่าจะเป็นการคัดกรองวัณโรคที่ดี เช่นเดียวกับการที่มะเร็งปอดเป็นมะเร็งที่รักษายากที่สุดอย่างหนึ่ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเสียชีวิตอย่างรวดเร็วภายหลังการวินิจฉัย จึงทำให้มีความพยายามที่จะใช้การเอ็กซเรย์ปอดในการคัดกรองมะเร็งปอดเพื่อนำไปสู่การรักษาในระยะเริ่มแรก ด้วยเหตุดังกล่าวการเอ็กซเรย์ปอดถูกนำมาบรรจุไว้ใน “ชุดตรวจร่างกาย” ทั้งๆ ที่ไม่มีหลักฐานที่แสดงว่ามีประโยชน์ในการตรวจคัดกรองความเสี่ยงหรือโรคดังกล่าว เพราะมีโอกาสน้อยมากที่การเอ็กซเรย์ปอดของคนทั่วไปแล้วจะช่วยให้ตรวจพบวัณโรค เนื่องจากมีความไวและความจำเพาะต่ำในการค้นหาวัณโรค

ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่าการเอ็กซเรย์ปอดนอกจากจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งจากการได้รับรังสีเอ็กซ์แล้ว ยังมีโอกาสทำให้เกิดผลบวกลวง ทำให้ผู้ตรวจพบความผิดปกติต้องเข้ารับการวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น การส่องกล้องเข้าไปในระบบทางเดินหายใจ หรือบางรายถึงกับต้องผ่าตัดตรวจออก ทำให้ทุพพลภาพหรือเสียชีวิตไปเลยก็มี นอกจากนี้ มีข้อค้นพบจากงานวิจัยว่า การเอ็กซเรย์ปอดในผู้ที่สูบบุหรี่ หากผลการตรวจแสดงว่าไม่ผิดปกติ ผู้ที่ได้รับการตรวจจะเกิดความประมาท ทำให้มีแนวโน้มที่จะไม่เลิกบุหรี่มากกว่าคนที่ไม่ได้รับการเอ็กซเรย์ปอดอีกด้วย จึงสรุปได้ว่าการเอ็กซเรย์ปอดน่าจะเป็นการ “ตรวจร้ายเสีย” สำหรับคนทั่วไปที่ไม่มีปัญหาสุขภาพมาก่อนหน้า

ในส่วนต่อไปนี้เป็น การตรวจที่อาจไม่มีโทษอย่างชัดเจน แต่ก็ไม่พบว่ามีประโยชน์เช่นกัน การตรวจคัดกรองสุขภาพเหล่านี้จึงเป็นการ “ตรวจร้ายเสีย” ทางกาารเงิน ซึ่งได้แก่



การตรวจเลือดเพื่อดูการทำงานของอวัยวะต่างๆ

การตรวจการทำงานของอวัยวะต่างๆ นับเป็นการตรวจคัดกรองแบบเหวี่ยงแห (ตามนิยามของนักวิชาการต่างประเทศที่เรียกว่า General health check) ซึ่งเป็นการตรวจแบบไม่มีจุดหมายเฉพาะ ว่าต้องการค้นหาความเสี่ยงหรือโรคใดโรคหนึ่ง เช่น การตรวจการทำงานของไต (การตรวจค่า BUN และ Creatinine) หรือตรวจการทำงานของตับ ในผู้ที่ไม่มีอาการหรือประวัติความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การศึกษาในหลายประเทศให้ข้อมูลที่สรุปได้ว่า การตรวจคัดกรองแบบเหวี่ยงแหเป็นการตรวจที่ไม่ให้ประโยชน์ เพราะไม่มีความไว คือ หากเป็นผู้ป่วยจริง การตรวจเช่นนี้จะให้ผลบวกหรือผิดพลาดก็ต่อเมื่อมีอาการของโรคลุกลามไปมากแล้ว เช่น ผู้ป่วยที่พบความผิดปกติจากการตรวจการทำงานของไต แสดงว่าไตมีการเสื่อมสภาพไปมากกว่าร้อยละ 70 ซึ่งอาจสายเกินไปที่จะแก้ไขและป้องกันภาวะไตวาย

นอกจากนี้ การตรวจคัดกรองแบบเหวี่ยงแหไม่มีความจำเพาะ คือ ไม่สามารถระบุได้ว่าความผิดปกติเหล่านี้มีสาเหตุมาจากโรคใดโรคหนึ่ง เพราะในคนที่ไม่มีเป็นโรคก็อาจให้ผลการตรวจที่ผิดปกติได้เช่นกัน เช่น ขาดน้ำ เสียเหงื่อมาก ออกกำลังกายมาก รับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์มาก หรือการใช้ยาบางอย่างก็อาจทำให้ค่า BUN และ Creatinine สูงขึ้นชั่วคราว

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การตรวจการทำงานของอวัยวะต่างๆ หรือการตรวจแบบเหวี่ยงแหเช่นนี้ เป็นสิ่งที่ไม่ควรดำเนินการ เพราะนอกจากไม่ช่วยให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็วขึ้นแล้ว ยังอาจจะเพิ่มโทษจากการได้ผลตรวจที่เป็นลบลง โดยทำให้เกิดความมั่นใจแบบผิดๆ ว่าตนเองไม่เป็นโรคหรือไม่มีความเสี่ยงได้ หรืออาจจะเพิ่มโทษจากการได้ผลบวกลง โดยทำให้ต้องตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมซึ่งสูญเสียเงิน และบางครั้งก็อาจจะมีความเสี่ยงและอันตรายจากการวินิจฉัยเพิ่มเติม



อัลตราซาวด์ช่องท้องบางส่วน

“การตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนบนหรือส่วนล่าง” เป็นวิธีการตรวจร่างกายที่พบเห็นได้อย่างแพร่หลายในชุดตรวจสุขภาพที่ประชาชนสัมพันธ์ในโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งที่ไม่เคยมีหลักฐานที่สนับสนุนให้ใช้วิธีการดังกล่าวในการตรวจคัดกรองสุขภาพสำหรับคนทั่วไปที่ไม่มีอาการหรือประวัติความเสี่ยงของโรคต่างๆ กล่าวคือไม่พบว่ามีประโยชน์อย่างชัดเจน สำหรับผลเสียของการตรวจอัลตราซาวด์ในช่องท้องที่พบบ่อยคือ การสร้างความกังวลใจให้แก่ผู้รับการตรวจในกรณีที่พบความผิดปกติที่ยังไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา เช่น นิ่วในถุงน้ำดี ทั้งนี้เนื่องจากการมีนิ่วในถุงน้ำดีโดยไม่มีอาการแสดงใดๆ ไม่จำเป็นต้องรักษา

สำหรับ “การตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องทั้งหมด” เพื่อการคัดกรองสุขภาพนั้น มีหลักฐานสนับสนุนให้ใช้เฉพาะในการคัดกรองภาวะเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง หรือ Abdominal aortic aneurysms ซึ่งพบมากในชาวตะวันตก โดยพบว่า การคัดกรองมีประโยชน์เฉพาะในเพศชายที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปเท่านั้น เพราะพบว่า การคัดกรองดังกล่าวสามารถช่วยวินิจฉัยภาวะเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองได้ก่อนที่จะเกิดการแตก เลือดออกในช่องท้องจนเสียชีวิต โดยผู้ป่วยที่วินิจฉัยได้จะได้รับการผ่าตัดเส้นเลือดแดงใหญ่นั้น ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องทั้งหมดในประชากรกลุ่มอื่นๆ จึงไม่น่ากระทำ



การตรวจคัดกรองวัณโรคในผู้ที่ไม่มีอาการ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่มีการกล่าวถึงในเอกสารต่างๆ มาตั้งแต่ยุคโบราณ สำหรับเมืองไทยของเรานั้นเป็นประเทศหนึ่งที่มีผู้ป่วยด้วยโรคนี้ทั้งรายใหม่ รายเก่ามากที่สุด (เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมด) ที่จริงแล้วพวกเราหลายคนอาจจะมีเชื้อวัณโรคอยู่ในตัวโดยไม่ได้แสดงอาการใดๆ แต่เชื่อนี้จะคอยฉวยโอกาสเข้าเต็มเมื่อเจ้าของร่างกายมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นโรคอื่นๆ ที่ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง

จากการที่วัณโรคส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอดและระบบทางเดินหายใจ เป็นเหตุให้ “การถ่ายภาพรังสีทรวงอก” หรือที่รู้จักกันดีว่า “การเอกซเรย์ปอด” ถูกนำมาบรรจุไว้ใน “ชุดตรวจร่างกาย” ที่สถานพยาบาลให้บริการกันอย่างแพร่หลายราวกับเป็นการตรวจ “ภาคบังคับ” ที่ขาดไม่ได้ ทั้งๆ ที่ไม่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนให้ทำอย่างนั้น เพราะมีโอกาสน้อยมากที่การเอกซเรย์ปอดของคนทั่วไปแล้วจะช่วยให้ตรวจพบวัณโรค ซึ่งเท่ากับว่าค่าใช้จ่ายสำหรับบริการนี้เป็นการสูญเสียโดยเปล่าประโยชน์ ไม่ว่าจะท่านจะจ่ายเองหรือเบิกจากประกันสุขภาพได้ก็ตาม นอกจากนี้ ในปัจจุบันก็ยังไม่มีวิธีการอื่น รวมทั้ง “การตรวจในห้องปฏิบัติการ” ที่ควรนำมาใช้ตรวจหาวัณโรคในผู้ที่ไม่ได้มีอาการใดๆ เช่นกัน

ท่านผู้อ่านที่ไม่ได้อยู่ใน “กลุ่มเสี่ยง” เช่น อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยวัณโรค หรือต้องคลุกคลีกับผู้ป่วย หรือมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ก็ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องไปขอเอกซเรย์ปอดเพื่อตรวจว่าท่านเป็นวัณโรคหรือไม่ เพียงแต่ดูแลรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงก็เพียงพอแล้วที่จะช่วยป้องกันตัวให้ปลอดภัยจากโรคนี



การตรวจหาโรคหืดในผู้ที่ไม่มีอาการ

การอาศัยอยู่ในสังคมที่เต็มไปด้วยมลภาวะทางอากาศ ต้องสัมผัสกับฝุ่นละอองควัน ไอเสียจากยานยนต์ สารเคมี และเชื้อโรค อยู่เป็นประจำ เป็นเหตุให้หลายคนเกิดความวิตกกังวลว่า สักวันหนึ่งตนเองหรือสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กเล็กๆ จะต้องกลายเป็นโรคหืดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ที่ยึดถือหลักการ “กันไว้ดีกว่าแก้” หรือ “การป้องกันโรคมีราคาถูกกว่าการรักษา” ก็มักจะเที่ยวไปแสวงหาวิธีการตรวจร่างกายเพื่อให้เจอโรคนี้อยู่เสียแต่เนิ่นๆ แม้การป้องกันและรักษาโรคก่อนจะลุกลามจะเป็นหลักการที่ดี แต่ด้วยข้อจำกัดของเทคโนโลยีที่มีอยู่ เป็นเหตุให้ “การตรวจในห้องปฏิบัติการ” เพื่อค้นหาโรคหืดในคนทั่วไป ยังเป็นสิ่งที่ไม่ได้ประโยชน์และไม่คุ้มค่า แต่หากว่าท่านหรือบุตรหลานมีอาการผิดปกติของทางเดินหายใจ เช่น หอบหืดมตีบ หายใจลำบาก มีเสียงหวีด แน่นหน้าอก หอบเหนื่อย

ก็ควรจะไปพบแพทย์ เนื่องจากการซักประวัติและตรวจร่างกายในผู้ที่เพิ่งเริ่มมีอาการจะช่วยให้สามารถวินิจฉัยโรคหัดได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งจะเป็นผลดีสำหรับการรักษาต่อไป



การตรวจค้นหาโรคไตอักเสบ นิ้วในไต

การตรวจปัสสาวะและเลือดมีประโยชน์ในทางการแพทย์อย่างกว้างขวาง เมื่อต้องการตรวจสุขภาพหรือเกิดความเจ็บป่วยจนต้องไปพบแพทย์ ก็ดูเหมือนจะเป็นเรื่องธรรมดาที่จะต้องเก็บปัสสาวะและเจาะเลือดไปตรวจ หากไม่มีการตรวจ ก็อาจจะทำให้หลายคนคิดว่าเป็นบริการที่ไม่ครบถ้วน ในขณะที่คนส่วนมากไม่ได้สนใจเลยว่า การตรวจปัสสาวะและการตรวจเลือดแต่ละครั้งนั้น มีจุดมุ่งหมายที่จะค้นหาโรคหรือความผิดปกติใดบ้าง

การที่ชนิดและความเข้มข้นของสารที่ปะปนอยู่ในปัสสาวะและเลือดสามารถบ่งบอกถึงการทำงานของไตว่ายังคงเป็นปกติหรือไม่ ทำให้เกิดความเข้าใจว่า การตรวจปัสสาวะและเลือดจะช่วยในการค้นหาโรคไตอักเสบและนิ้วในไตในคนทั่วไปได้ ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ผิด

แม้โรคไตอักเสบและนิ้วในไตจะเป็นโรคร้ายแรง อาจทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนเรื้อรังจนถึงขั้นเสียชีวิต หากแต่การศึกษาวิจัยในปัจจุบันพบว่า การตรวจปัสสาวะและเลือดนั้นไม่มีประโยชน์สำหรับการตรวจหาโรคทั้งสองในคนปกติ แต่ก็มีข้อแนะนำให้ตรวจเฉพาะกลุ่มเสี่ยง

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคไตอักเสบ อย่างไรก็ตาม มีคนไทยจำนวนมากที่เป็นโรคเหล่านี้ แต่ไม่ได้ไปรับการรักษาจากแพทย์ จึงเสียโอกาสที่จะได้รับการดูแลเรื่องไตอักเสบไปด้วย อีกกลุ่มหนึ่งที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่มีการติดเชื้อที่ทางเดินปัสสาวะซ้ำซ้อนที่ชื่อยากินเอง ผู้ที่กินยาแก้อักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (ยา

สำหรับบรรเทาอาการปวดข้อและกล้ามเนื้อ) หรือใช้สมุนไพรบางชนิดเป็นประจำ หากท่านเป็นหนึ่งในกลุ่มเสี่ยง ก็ควรหยุดพฤติกรรมเสี่ยงทันที และรีบไปพบแพทย์

บทสรุปส่งท้าย

การตรวจคัดกรองสุขภาพมีทั้งตรวจดีได้และตรวจร้ายเสีย ประชาชนทุกคนต้องพิจารณาอย่างรอบคอบเพื่อจะได้รับประโยชน์จากการป้องกันหรือการรักษาโรค แต่เนิ่น ๆ ขณะเดียวกันจะได้หลีกเลี่ยงโทษจากการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมหรือการรักษาโรคโดยไม่จำเป็น นอกเหนือไปจากการเสียเงินค่าตรวจคัดกรองโดยไร้ประโยชน์

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลความรู้ที่รวบรวมในหนังสือเล่มนี้อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ เช่นเดียวกันกับความรู้ที่แพทย์หลายท่านเคยได้รับทราบมาในอดีตและไม่มีโอกาสรับทราบข้อมูลใหม่ที่ค้นพบในปัจจุบัน ส่งผลให้แพทย์เหล่านั้นยังคงแนะนำให้ประชาชนตรวจคัดกรองสุขภาพบางอย่างที่ระบุในหนังสือนี้ว่าไม่มีประโยชน์

ในทางตรงกันข้ามประชาชนบางคนอาจมีความเสี่ยงหรือข้อบ่งชี้พิเศษบางอย่างที่ทำให้การตรวจคัดกรองสุขภาพที่ไม่มีประโยชน์กับบุคคลทั่วไป กลับมีประโยชน์ต่อคนเหล่านั้น ซึ่งตรงนี้ต้องอาศัยความรู้ที่ลึกและความเชี่ยวชาญของแพทย์เป็นผู้ตัดสินใจ

จุดมุ่งหวังของหนังสือเล่มนี้จึงเป็นไปเพื่อให้ความรู้เบื้องต้นกับประชาชนทั่วไป ให้มีความรู้พื้นฐานและตระหนักถึงความสำคัญและผลเสียของการตรวจคัดกรองสุขภาพ และไม่ตั้งความหวังของการมีสุขภาพดีทั้งหมดไว้ที่แพทย์และโรงพยาบาล เพราะได้เห็นข้อจำกัดของความรู้ด้านการแพทย์ ดังนั้น ประชาชนทุกคนต้องเป็นผู้สร้างสุขภาพที่ดีของตนเอง ให้สมกับภามิถุโบราณที่ว่า “กันไว้ดีกว่าแก้” นั่นเอง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง. หนังสือกระทรวงการคลังที่ กค 0526.5/ว 166 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2539 เรื่อง ค่าตรวจสุขภาพประจำปี.
2. กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง. ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ. 2549.
3. คณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพื่อสร้างความเชื่อมโยงด้านอาหารและโภชนาการสู่คุณภาพชีวิตที่ดี ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ. คู่มือเครื่องชี้วัดทางโภชนาการและโรคที่เกี่ยวข้อง: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2555.
4. อีระ ศิริสมุท, รักมณี บุตรชน, เชิญขวัญ ภูษณงค์, หัซซา ศรีปลั่ง, นัยนา ประดิษฐ์ลิขิตกร, ลีลี อิงศรีสว่าง และคณะ. การประเมินผลสัมฤทธิ์และปัจจัยที่มีผลต่อโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์ (Pap Smear) และวีไอเอ (Visual Inspection with Acetic Acid) ในประเทศไทย พ.ศ. 2548-2552. วารสารวิชาการสาธารณสุข.2555;21(3): 538-56.
5. นิพา ศรีช่าง, วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, วิชัย เอกพลากร, ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ. ต้นทุน และประสิทธิผลของวิธีการคัดกรองโรคเบาหวาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2553;19(2):288-99.
6. ยูพิน ตามธีรนนท์, ปันนาลี ขอนพุดซา, อุษา ฉายเกิลัดแก้ว, ยศ ตีระวัฒนานนท์, Stepen Lim. การประเมินความคุ้มค่าของการใช้ยากกลุ่ม HMG-CoA reductase inhibitor (statin) เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดปฐมภูมิ: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2550.

7. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะโลหิตจาง 2553.
8. วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, ปฤษฐพร กิ่งแก้ว. การประเมินต้นทุน-ประสิทธิผล และต้นทุน-อรรถประโยชน์ ของการคัดกรองเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรไทย (อยู่ระหว่างการตีพิมพ์).
9. สำนักงานประกันสังคม. ลิทธิประโยชน์. [เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.sso.go.th/wpr/category.jsp?lang=th&cat=772>.
10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี พ.ศ. 2552 และ 2554.
11. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2.
12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556 เล่มที่ 2 การบริหารงบประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และการบริหารงบประมาณผู้ป่วยวัณโรค. กรุงเทพมหานคร.
13. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556 เล่มที่ 4 การบริหารงบประมาณควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง: บริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร.
14. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556. กรุงเทพมหานคร 2555.
15. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเอง สำหรับนักเรียนชั้น ม.1-ม.6. นนทบุรี: โรงพิมพ์สำนักกิจการองค์กรการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.

16. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.
17. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเอง สำหรับนักเรียนชั้น ป.5-ป.6. นนทบุรี: โรงพิมพ์สำนักกิจกรรมองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.
18. สุกิจ แย้มวงษ์. การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด. 2548
19. สุพจน์ คำสะอาด, สุพรรณี-ศรีอำพร พรหมเทศ, ไพบุลย์ สิทธิถาวร, ภัทรวุฒิ วัฒนศัพท์, ณรงค์ ชันตีแก้ว, นพดล พิมพ์จันทร์ และคณะ. สมการทำนายความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2552;24(3):231-9.
20. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet*. 2012 Nov 17;380(9855):1778-86.
21. Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, Fagerstrom RM, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med*. 2011 Aug 4;365(5):395-409.
22. Barzi F, Patel A, Gu D, Sritara P, Lam TH, Rodgers A, et al. Cardiovascular risk prediction tools for populations in Asia. *J Epidemiol Community Health*. 2007 Feb;61(2):115-21.
23. Bateganya M, Abdulwadud OA, Kiene SM. Home-based HIV voluntary counselling and testing (VCT) for improving uptake of HIV testing. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(7):CD006493.

24. Bennett CM, Guo M, Dharmage SC. HbA_{1c} as a screening tool for detection of Type 2 diabetes: a systematic review. *Diabet Med.* 2007 Apr;24(4):333–43.
25. Chen W, Gluud C. Vaccines for preventing hepatitis B in health-care workers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005(4):CD000100.
26. Coulton S, Drummond C, James D, Godfrey C, Bland JM, Parrott S, et al. Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study. *BMJ.* 2006 Mar 4;332(7540):511–7.
27. Decina LE, Staplin L. Retrospective evaluation of alternative vision screening criteria for older and younger drivers. *Accid Anal Prev.* 1993 Jun;25(3):267–75.
28. Department of Communicable Diseases Surveillance and Response. *Hepatitis B: World Health Organization 2002.*
29. Dryden R, Williams B, McCowan C, Themessl-Huber M. What do we know about who does and does not attend general health checks? Findings from a narrative scoping review. *BMC Public Health.* 2012;12:723.
30. Gomez A, Conde A, Santana JM, Jorriñ A, Serrano IM, Medina R. The diagnostic usefulness of AUDIT and AUDIT-C for detecting hazardous drinkers in the elderly. *Aging Ment Health.* 2006 Sep;10(5):558–61.
31. Hackshaw AK, Paul EA. Breast self-examination and death from breast cancer: a meta-analysis. *Br J Cancer.* 2003 Apr 7;88(7):1047–53.

32. Harris K, Edwards D, Mant J. How can we best detect atrial fibrillation? *J R Coll Physicians Edinb.* 2012;42 Suppl 18:5–22.
33. Hobbs FD, Fitzmaurice DA, Mant J, Murray E, Jowett S, Bryan S, et al. A randomised controlled trial and cost-effectiveness study of systematic screening (targeted and total population screening) versus routine practice for the detection of atrial fibrillation in people aged 65 and over. The SAFE study. *Health Technol Assess.* 2005 Oct;9(40):iii–iv, ix–x, 1–74.
34. Horwitz O, Darrow MM. Principles and effects of mass screening: Danish experience in tuberculosis screening. *Public Health Rep.* 1976 Mar–Apr;91(2):146–53.
35. Humeniuk R, Ali R, Babor TF, Farrell M, Formigoni ML, Jittiwutikarn J, et al. Validation of the Alcohol, Smoking And Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction.* 2008 Jun;103(6):1039–47.
36. Hutton DW, Tan D, So SK, Brandeau ML. Cost-effectiveness of screening and vaccinating Asian and Pacific Islander adults for hepatitis B. *Ann Intern Med.* 2007 Oct 2;147(7):460–9.
37. Krogsboll LT, Jorgensen KJ, Gronhoj Larsen C, Gotzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;10:CD009009.
38. Leelukkanaveer Y, Sithisarankul P, Hirunsutthikul N. Provider-initiated HIV counseling and testing of out patients at community hospitals in Thailand: an economic evaluation using the Markov model. *Asian Biomedicine.* 2010;4(3):479–84.

39. Lin CY, Hsieh CC, Chen WP, Yang LY, Wang HH. The underlying diseases and follow-up in Taiwanese children screened by urinalysis. *Pediatr Nephrol.* 2001 Mar;16(3):232-7.
40. Maeda K, Shimbo T, Fukui T. Cost-effectiveness of a community-based screening programme for chronic atrial fibrillation in Japan. *J Med Screen.* 2004;11(2):97-102.
41. Mairiang E, Chaiyakum J, Chamadol N, Laopaiboon V, Srinakaran J, Kunpitaya J, et al. Ultrasound screening for *Opisthorchis viverrini*-associated cholangiocarcinomas: experience in an endemic area. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2006 Jul-Sep;7(3):431-3.
42. Mairiang E, Laha T, Bethony JM, Thinkhamrop B, Kaewkes S, Sithithaworn P, et al. Ultrasonography assessment of hepatobiliary abnormalities in 3359 subjects with *Opisthorchis viverrini* infection in endemic areas of Thailand. *Parasitol Int.* 2012 Mar;61(1):208-11.
43. McGwin G, Jr., Sarrels SA, Griffin R, Owsley C, Rue LW, 3rd. The impact of a vision screening law on older driver fatality rates. *Arch Ophthalmol.* 2008 Nov;126(11):1544-7.
44. Ojo O, Verbeek JH, Rasanen K, Heikkinen J, Isotalo LK, Mngoma N, et al. Interventions to reduce risky sexual behaviour for preventing HIV infection in workers in occupational settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011(12):CD005274.
45. Oortwijn W, Banta HD, Cranovsky R. Introduction: mass screening, health technology assessment, and health policy in

- some European countries. *Int J Technol Assess Health Care*. 2001 Summer;17(3):269–74.
46. Praditsithikorn N, Teerawattananon Y, Tantivess S, Limwattananon S, Riewpaiboon A, Chichareon S, et al. Economic evaluation of policy options for prevention and control of cervical cancer in Thailand. *Pharmacoeconomics*. 2011 Sep 1;29(9):781–806.
 47. Raffle AE, Gray JAM. *Screening: evidence and practice*. New York Oxford University Press; 2007.
 48. Sabapathy K, Van den Bergh R, Fidler S, Hayes R, Ford N. Uptake of home-based voluntary HIV testing in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2012;9(12):e1001351.
 49. Shivkumar S, Peeling R, Jafari Y, Joseph L, Pai NP. Rapid point-of-care first-line screening tests for hepatitis B infection: a meta-analysis of diagnostic accuracy (1980–2010). *Am J Gastroenterol*. 2012 Sep;107(9):1306–13.
 50. Swallow J, Sbarbaro JA. Analysis of tuberculosis casefinding in Denver, Colorado, 1965–70. *Health Serv Rep*. 1972 Apr;87(4):375–84.
 51. Tantracheewathorn S, Lohajaroensub S. Incidence and risk factors of iron deficiency anemia in term infants. *J Med Assoc Thai*. 2005 Jan;88(1):45–51.
 52. Teerawattananon Y, Leelukkanaveera Y, Thavorncharoensap M, Hanvoravongchai P, Ingsrisawang L, Tantivess S, et al.

Provider-initiated HIV/AIDS counselling and testing at healthcare facilities in Thailand: a cluster-randomisation trial. *Journal of Development Effectiveness*. 2009;1(4):450-69.

53. Tizes R, Tizes CW. Decline in statewide mobile x-ray programs to detect tuberculosis. *Public Health Rep*. 1970 Oct;85(10):901-4.
54. Whitlock EP, Lin JS, Liles E, Beil TL, Fu R. Screening for colorectal cancer: a targeted, updated systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2008 Nov 4;149(9):638-58.



ปี 2552

คนไทยใช้จ่ายเงินจากกระเป๋าตนเอง
ในการตรวจคัดกรองสุขภาพ
ถึง 2,200 ล้านบาท



เอกสารนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์
ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

.....

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ถ. ติวานนท์ อ. เมือง จ. นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-590-4374-5 โทรสาร 02-590-4369
www.hitap.net E-mail: hitap@hitap.net



www.mycheckup.in.th



HITAPTHAILAND HITAP_THAI HITAP THAI HITAPTHAILAND HITAP.NET