

# ใช้ระยะเวลาสุขภาพ ตรวจได้ ตรวจร้ายเสีย



ยศ ตีระวัฒนานนท์  
ปฤชวุฒพร กิ่งแก้ว  
ศรียุเพ็ญ ตันติเวสส  
รณัญญา คู่พิทักษ์ธรร

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

ใช้ระยะเวลาสุขภาพ  
ตรวจดีได้ ตรวจร้ายเสีย



## ใช้กระยะสุขภาพ ตรวจดีได้ ตรวจร้ายเสีย

เรียบเรียง                      ยศ ตีระวัฒนานนท์  
                                                 ปญฺชฐพร กิ่งแก้ว  
                                                 ศรีเพ็ญ ตันติเวสส  
                                                 ธัญญา คู่พิทักษ์จร

ออกแบบรูปเล่ม                      บริษัท ดีเซมเบอรี จำกัด  
พิมพ์ครั้งที่ 1                      มิถุนายน 2557  
จำนวน                                      100 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](http://www.hitap.net)  
E-mail: [hitap@hitap.net](mailto:hitap@hitap.net)



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

# สารบัญ

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

# ใช้ระยะเวลาสุขภาพ ตรวจดีได้ ตรวจร้ายเสีย

ยศ ติระวัฒนานนท์  
ปฤชวุฒพร กิ่งแก้ว  
ศรีเพ็ญ ดันติเวสส  
ธัญญา 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

จะเห็นได้ว่าคนไทยจำนวนมากไม่น้อยให้ความสำคัญกับการตรวจสุขภาพ เพื่อค้นหาโรคในระยะที่เริ่มเป็น หากตรวจพบจะได้รับป้องกันไม่ให้เกิดลุกลาม หรือหาทางรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ อย่างไรก็ตาม ยังมีประชาชนบางส่วนที่ยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองสุขภาพ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย 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 ส่วนระบบประกันสุขภาพเอกชน ใช้การตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อประเมินความเสี่ยงและกำหนดอัตราเบี้ยประกันชีวิต เป็นต้น

ถึงแม้ประชาชนทั่วไปจะรู้จักและอาจจะเคยได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพมาบ้างแล้ว แต่คนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจว่า มีการตรวจคัดกรองสุขภาพเพียงบางอย่างที่มีประโยชน์ต่อผู้รับการตรวจ ขณะที่การตรวจคัดกรองสุขภาพทุกชนิดทำให้เกิดผลเสียได้หากนำมาใช้อย่างไม่เหมาะสม และการตรวจคัดกรองสุขภาพบางอย่างไม่ควรดำเนินการเลย

หนังสือเล่มนี้เขียนขึ้นจากผลการวิจัยของ ‘โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ’ หรือ ‘ไฮแทป’ ([www.hitap.net](http://www.hitap.net)) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับคนไทยให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยใช้เวลาในการวิจัยกว่า 2 ปี พร้อมทั้งได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและข้อคิดเห็นทางวิชาการจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาที่เกี่ยวข้องกว่า 60 ท่าน

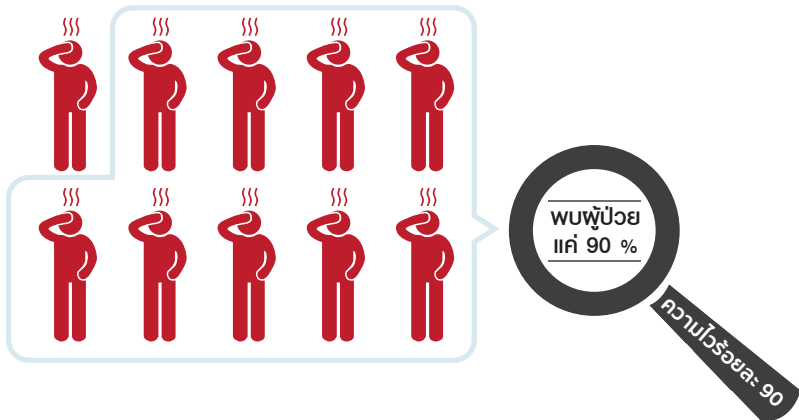


หนังสือเล่มนี้มุ่งหวังที่จะให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้อ่านที่เป็นประชาชนทั่วไป ให้เลือกรับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพสำหรับตนเอง คนในครอบครัว และญาติพี่น้อง ได้อย่างเหมาะสม “ตรวจดีได้” หลีกเลี่ยงผลเสียต่อสุขภาพและความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น “ตรวจร้ายเสีย” โดยเน้นการตรวจคัดกรองสุขภาพสำหรับวัยรุ่น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

# ศัพท์พื้นฐานที่ควรรู้

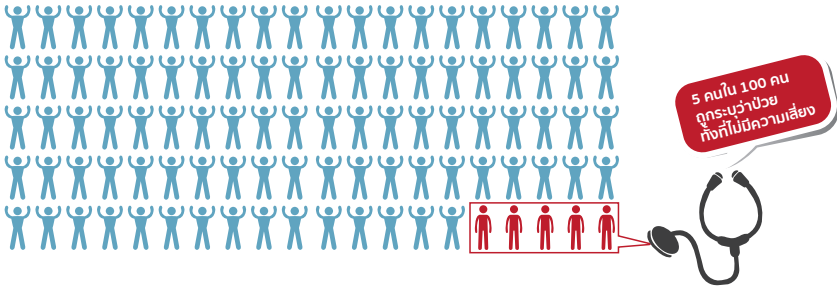
**ความไวของการตรวจ (sensitivity)** คือ ค่าร้อยละที่แสดงสัดส่วนของผู้ที่มีความเสี่ยงหรือผู้ป่วยที่การตรวจนั้นๆ ให้ผลบวก เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความเสี่ยงหรือผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับการตรวจ เช่น การตรวจที่มีความไวร้อยละ 90 นั้นหมายความว่า หากมีจำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงหรือผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับการตรวจ 100 คน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

**รูปที่ 2** ภาพแสดงการตรวจคัดกรองโรคที่มีความไว ร้อยละ 90



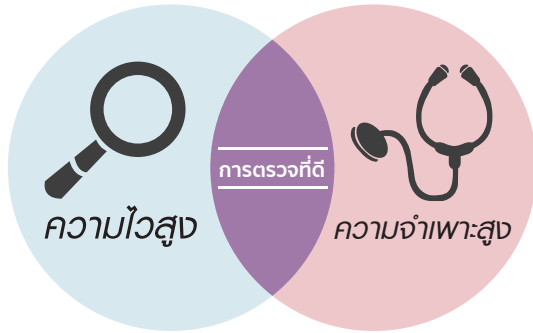
**ความจำเพาะของการตรวจ (specificity)** คือ ค่าร้อยละที่แสดงสัดส่วนของผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่เป็นโรคที่การตรวจนั้นๆ ให้ผลลบ เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงหรือผู้ไม่เป็นโรคทั้งหมดที่มารับการตรวจ เช่น การตรวจที่มีความจำเพาะร้อยละ 95 นั้นหมายความว่า หากมีจำนวนคนปกติทั้งหมด 100 คน การตรวจจะสามารถให้ผลลบได้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

### รูปที่ 3 ภาพแสดงการตรวจคัดกรองโรคที่มีความจำเพาะ ร้อยละ 95



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

อย่างไรก็ตาม ด้วยธรรมชาติของการตรวจคัดกรองสุขภาพทุกประเภท การตรวจที่ให้ความไวสูงมักมีค่าความจำเพาะต่ำ และในทางตรงกันข้ามการตรวจคัดกรองสุขภาพที่ให้ความจำเพาะสูงก็จะมีค่าความไวต่ำ 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**



## ตรวจดีได้ โรคที่ควรตรวจ



โรคเบาหวาน



อุบัติเหตุจากรอบถนน



ปัญหาการดื่มสุรา



มะเร็งตับ / มะเร็งท่อน้ำดี



ภาวะทุพโภชนาการ



มะเร็งปากมดลูก



ภาวะโลหิตจาง



มะเร็งเต้านม



เอชไอวี / เอ็ดส



มะเร็งลำไส้ใหญ่



โรคหัวใจขาดเลือด และ โรคหลอดเลือดสมอง

# ตรวจดีได้

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

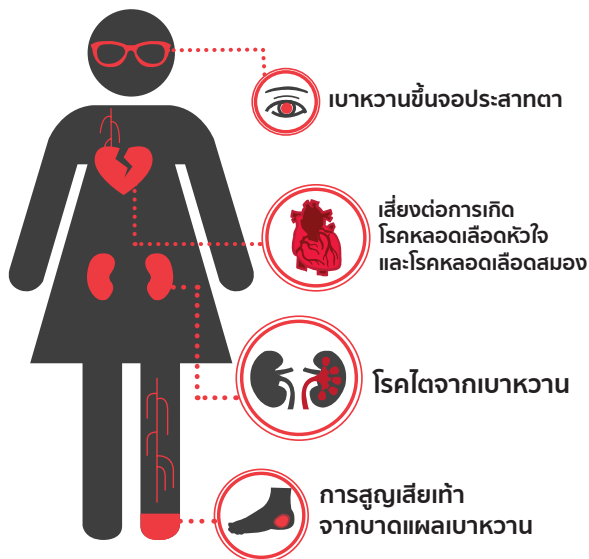


## โรคเบาหวาน

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 อย่างไรก็ตามการตรวจแบบนี้มีผลบวกและผลลบลงมาก เมื่อเทียบกับวิธีมาตรฐาน คือ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะเลือดภายหลังการงดอาหารจำนวน 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose หรือ FPG) โดยใช้เกณฑ์ระดับน้ำตาลในเลือดมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dl) ทั้งนี้การวินิจฉัยโรคเบาหวานจะกระทำต่อเมื่อมีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะเลือดภายหลังการงดอาหารเพื่อยืนยันอีกครั้งในวันถัดไป

ในปัจจุบันสถานพยาบาลบางแห่ง มีการบรรจุการตรวจวัดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดหรือ HbA1C ใน “ชุดตรวจร่างกาย” เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดที่เจาะภายหลังการงดอาหารนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นกับการควบคุมอาหาร เมื่อเวลาใกล้การเจาะเลือด ซึ่งต่างจากการตรวจวัดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ซึ่งเป็นการวัดระดับน้ำตาลที่สะสมเป็นเวลาประมาณ 3 เดือน อีกทั้งเมื่อไม่นานมานี้ ต่างประเทศให้การยอมรับการตรวจวัดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมนี้เพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน อย่างไรก็ตาม สำหรับประเทศไทยเอง ยังไม่แนะนำให้ใช้การตรวจวัดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมสำหรับการตรวจคัดกรองหรือวินิจฉัยโรคเบาหวานในปัจจุบัน เนื่องจากสถานพยาบาลที่สามารถให้บริการจะต้องมีการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของเครื่องมือตามหลักสากล แต่จะใช้เพื่อการติดตามและประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในสถานพยาบาลที่มีความพร้อมเพียงบางแห่ง อีกทั้งการตรวจชนิดนี้มีข้อจำกัดในการตรวจผู้ป่วยบางประเภท เช่น การตรวจในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรคตับ โรคโลหิตจางบางประเภท ดังนั้น ท่านควรแจ้งให้แพทย์ทราบ หากท่านตรวจวัดระดับน้ำตาลชนิดนี้

โดยสรุปคำแนะนำในปัจจุบันเพื่อการคัดกรองโรคเบาหวาน คือ แนะนำท่านที่มีอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไปตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะเลือดภายหลังการงดอาหารจำนวน 8 ชั่วโมง เป็นประจำทุกๆ 5 ปี แต่ถ้าท่านเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เช่น เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือทานยาลดความดันโลหิต มีประวัติครอบครัวสายตรง (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เป็นโรคเบาหวาน มีอายุเกิน 45 ปีขึ้นไป น้ำหนักเกินหรืออ้วน ท่านสามารถตรวจคัดกรองโรคเบาหวานได้ทันที ทั้งนี้ การโกหกตัวเองโดยการงดอาหารประเภทแป้งหรืออาหารหวานๆ ช่วงก่อนตรวจระดับน้ำตาลในเลือด อาจส่งผลร้ายต่อท่านเนื่องจากการสร้างความมั่นใจที่ผิดๆ ได้ และการตรวจคัดกรองจะไม่มีประโยชน์เลย ถ้าท่านไม่พยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตของท่าน โดยการทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้น ท่านสามารถห่างไกลโรคร้ายนี้ได้ด้วยตัวของท่านเอง

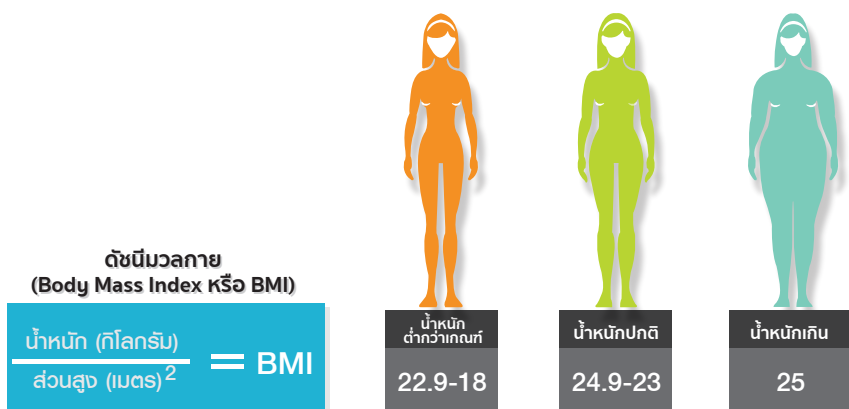


การโกหกตัวเองโดยการงดอาหารประเภทแป้ง หรืออาหารหวานๆ ช่วงก่อนตรวจระดับน้ำตาลในเลือด อาจส่งผลร้ายต่อท่าน เนื่องจากการสร้างความมั่นใจที่ผิดๆได้ และการตรวจคัดกรองจะไม่มีประโยชน์เลย ถ้าท่านไม่พยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตของท่าน โดยการทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้น ท่านก็สามารถห่างไกลโรคร้ายนี้ได้ด้วยตัวของท่านเอง

## ในทางการแพทย์ พิจารณาได้อย่างไรว่าท่าน “น้ำหนักเกิน” หรือเป็นโรค “อ้วน”

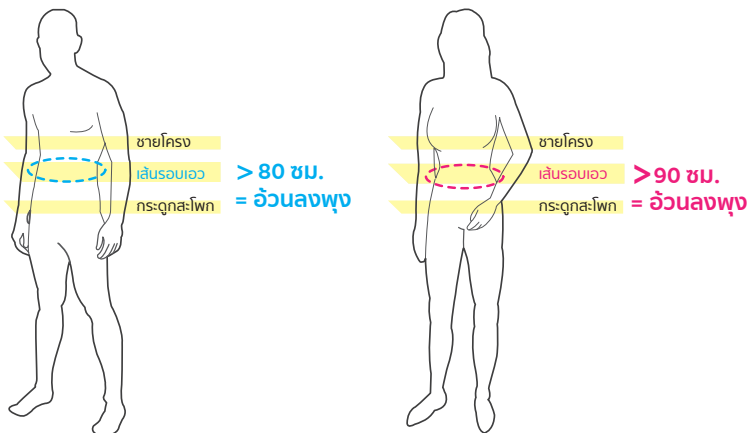
1. การวัดดัชนีมวลกาย (Body mass index หรือ BMI) เป็นการคำนวณจาก น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง หากดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 23 – 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร ถือว่าท่าน “น้ำหนักเกิน” และถ้าเกิน 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ถือว่าท่านเป็นโรค “อ้วน”

### รูปที่ 6 ภาพแสดงการวัดดัชนีมวลกาย (Body Mass Index - BMI)



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

### รูปที่ 7 ภาพแสดงการวัดเส้นรอบเอว (Waist Circumference)



**ข้อควรระวัง** การวัดเส้นรอบเอวในผู้หญิง จะเชื่อถือได้น้อยหากค่าดัชนีมวลกายมีค่ามากกว่า 35 กิโลกรัม/ตารางเมตร



## โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหัวใจขาดเลือด (Ischaemic heart disease) และโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในลำดับต้นๆ ของคนไทย ในแต่ละปีจะมีคนไทยเสียชีวิตจากทั้งสองโรคนี้อีกถึงสามหมื่นกว่ารายต่อปี 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](http://www.mycheckup.in.th) เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โดยการกรอกข้อมูลแล้วเครื่องจะคำนวณอายุหัวใจของท่านให้ทราบโดยอัตโนมัติ ยกตัวอย่างเช่น ท่านอายุ 55 ปี เพศชาย สูบบุหรี่ มีภาวะอ้วนลงพุง มีความดันโลหิตสูง มีระดับไขมันชนิดโคเลสเตอรอลรวมเกินกำหนด<sup>1</sup> 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 ไม่ว่าจะน้อยหรือมากเกินไปจนเกินกว่าความต้องการของร่างกายย่อมก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพได้ 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 มม. หรือ 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 แต่สาเหตุหนึ่งพบได้บ่อยและเป็นปัญหาที่สำคัญของประชากรโลกทั้งในประเทศพัฒนาและกำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทย 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 จะให้ผลดีก็ต่อเมื่อทราบว่าคุณเองติดเชื้อตั้งแต่อยู่ในระยะเริ่มแรก และเข้ารับการรักษาเสียแต่เนิ่นๆ

การตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นบริการที่มีอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง ทุกท่านขอรับการตรวจได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ไม่ว่าจะอยู่ในกลุ่มเสี่ยงหรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้ โรงพยาบาลรวมถึงบุคลากรที่ให้คำปรึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของการตรวจเลือด จะเก็บข้อมูลของผู้เข้ารับการตรวจไว้เป็นความลับ



## ปัญหาการดื่มสุรา

ท่านรู้หรือไม่ว่า “สุรา” หรือ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ จัดเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง แต่สุรายังเป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมายและมีขายทั่วไป ประเทศไทยต้องสูญเสียมูลค่าทางเศรษฐกิจไปเป็นจำนวนถึงหนึ่งแสนห้าหมื่นล้านบาทในปีหนึ่ง ซึ่งภาครัฐสามารถควบคุมการบริโภคสุรา ผ่านการรณรงค์ให้ความรู้ การจำกัดการโฆษณา การจำกัดอายุที่สามารถซื้อ จำกัดวันและเวลาการขาย หรือ แม้แต่การขึ้นภาษีเพื่อให้ราคาของสุราเพิ่มมากขึ้น ได้เท่านั้น 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 สมรรถภาพในการขับขี้นรยนต์ รถจักรยานยนต์ ลดลง ซึ่งจะกล่าวเพิ่มเติมในเรื่องอุบัติเหตุจราจรทางถนน

“ล่ายอง” ในบทประพันธ์อมตะเรื่อง “ทองเนื้อเก้า” เป็นหนึ่งตัวละครที่แสดงให้เห็นถึงความร้ายกาจของ “ยาตอง” ซึ่งก็คือ “สุรา” ชนิดหนึ่งนั่นเอง ตัวละครนี้แสดงให้เห็นถึงคนที่มีอาการติดสุรา โดยสังเกตง่าย ๆ จากความรู้สึกอยากดื่มสุราที่รุนแรง มีผู้คนแสดงความกังวลหรือตกใจเรื่องการดื่มสุรา เป็นต้น ในทางการแพทย์มีการนิยามผู้ที่มีอาการติดสุรา โดยใช้แบบสอบถามที่เรียกว่า ASSIST ซึ่งมีคำถามสั้น ๆ 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 หรือคนอื่นเคยแสดงความกังวลหรือตกใจต่อท่านเกี่ยวกับการดื่มสุราของท่านหรือไม่ 6) ท่านเคยพยายามหยุดดื่ม หรือลดปริมาณการดื่มสุราลง แต่ทำไม่สำเร็จหรือไม่ ซึ่งหากติดสุรามากๆ สามารถบำบัดการดื่มสุราโดยใช้ยาได้

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

คงไม่มีใคร “ปฏิเสธ” ว่าการดื่มสุราเป็นโทษต่อร่างกายของเราและก่อผลเสียต่อคนรอบข้าง แล้วทำไมถึงยังมีคนดื่มสุรากันอย่างมากมายในสังคมเรา 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 หากระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด<sup>1</sup> ดังนั้น หากท่านคิดที่จะดื่ม โปรดอย่าขับรถหรือขี่รถจักรยานยนต์ แต่ควรเลือกที่จะกลับบ้านโดยรถสาธารณะจะดีกว่า สำหรับท่านที่อายุมาก (เกิน 60 ปี) แล้วยังขับรถอยู่ ก็ควรตรวจสายตาเป็นประจำ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการมองภาพไม่ชัดด้วย

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

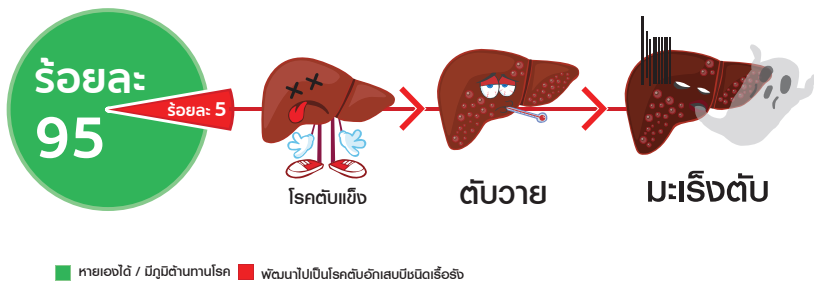
1 ระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดน้อยกว่า 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์



## 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 จนกลายเป็นมะเร็งในระบบสืบพันธุ์สตรีที่พบบ่อยที่สุดแห่งหนึ่งมะเร็งปากมดลูกไปแล้ว ในบ้านเราคงเคยได้ยินคำแนะนำให้ผู้หญิงตรวจคลำเต้านมด้วยตนเองหรือไปพบแพทย์เพื่อคลำเต้านมเพื่อเป็นการคัดกรองมะเร็งเต้านม อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า จนถึงปัจจุบันยังไม่มียุทธศาสตร์การคลำเต้านมไม่ว่าด้วยตนเองหรือแพทย์จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยมะเร็งเต้านมลงได้ เพราะก้อนมะเร็งเต้านมที่คลำได้มักเป็นมะเร็งในระยะลุกลาม สายเกินไปที่จะรักษาให้หายขาดได้ ทั้งนี้การตรวจคัดกรองเดียวที่มีหลักฐานว่าสามารถลด

โอกาสการเสียชีวิตด้วยมะเร็งเต้านมของผู้หญิงที่ได้รับการตรวจ (ลดได้ประมาณร้อยละ 20) คือ การตรวจเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรม (Mammogram) ซึ่งเป็นเครื่องเอกซเรย์เต้านมโดยเฉพาะ 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 การฉีดสารทึบรังสีเข้าไปทางทวารหนักและนำไปเอกซเรย์ การส่องกล้องทางลำไส้ใหญ่ และการถ่ายภาพรังสีสามมิติหรือ CT scan (Computerised Tomography scan) ทั้งหมดนี้ล้วนแต่พบว่ามีข้อเสียมากกว่าข้อดี จึงไม่แนะนำให้ใช้สำหรับคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ แต่อีกวิธีหนึ่ง คือ การตรวจหาเลือดที่ปนมาในอุจจาระนั้น เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางว่ามีประโยชน์มากกว่าโทษ โดยลดโอกาส

การเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ประมาณร้อยละ 15 เมื่อเทียบกับการไม่ได้รับการคัดกรองเลย จึงเริ่มมีการคัดกรองด้วยวิธีดังกล่าวในระดับประชากรในหลายประเทศที่มีฐานะร่ำรวย แต่ในประเทศไทยยังไม่มี การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ด้วยการตรวจหาเลือดที่ปนมาในอุจจาระในวงกว้าง เพราะไม่มีการศึกษาหา รูปแบบการให้บริการที่เหมาะสม และขณะนี้อยู่ระหว่างการศึกษาวิจัยเรื่องประโยชน์ จากการคัดกรองและความคุ้มค่าของการคัดกรองในคนไทย คาดว่าผลการวิจัย น่าจะใช้ในการพัฒนานโยบายเพื่อคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประเทศไทยต่อไป สำหรับท่านผู้อ่านที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปและไม่เกิน 70 ปี ก็อาจพิจารณาเข้ารับ การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยการตรวจหาเลือดที่ปนมาในอุจจาระ ทุกๆ 1-2 ปี



**ตรวจร้ายเสีย**



## ตรวจร้ายเสีย เพราะมีโทษต่อร่างกาย



การตรวจคัดกรอง  
มะเร็งต่อมลูกหมากด้วย PSA



การเอ็กซเรย์ปอด



## ตรวจร้ายเสีย เพราะเสียเงินโดยเปล่าประโยชน์



การคัดกรองวัณโรค  
ในผู้ที่ไม่มีอาการ



การตรวจหาโรคหัด  
ในผู้ที่ไม่มีอาการ



อัลตราซาวด์ช่องท้องบางส่วน



การตรวจค้นหานิวไนด์  
โรคไตอักเสบ



การตรวจเลือดเพื่อดูการทำงานของอวัยวะต่างๆ

# ตรวจร้ายเสีย

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



## การตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากด้วย PSA

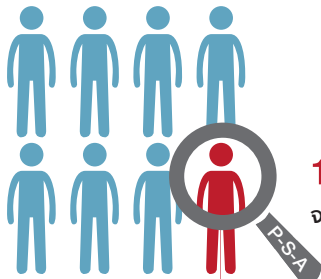
PSA หรือ Prostate-specific antigen เป็นเอ็นไซม์ชนิดหนึ่งที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของมะเร็งต่อมลูกหมาก จึงถูกนำมาใช้ในการวางแผนและติดตามประเมินผลการรักษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522 ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ต่อมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 ได้มีการใช้ PSA สำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก 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 จะได้รับผลบวกลวง คือพบผิดปกติทั้งที่ไม่เป็นโรคมะเร็ง



ร้อยละ 76 ของชายเหล่านี้ ได้ตรวจขึ้นเนื้อลูกหมาก แล้วพบว่าไม่ได้เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก

ต้องคัดกรอง  
1,000 ราย  
ถึงจะป้องกันได้  
1 ราย



ต้องคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากด้วย PSA กว่า 1,000 ราย จึงป้องกันมิให้มีผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากตายได้ 1 ราย



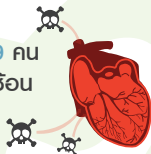
แต่ในตรงกันข้าม ในจำนวนที่เหลือ (999 คน) พบว่า 120 คน ได้รับผลบวกลวง และ 30 คนจาก 120 คนได้รับผลกระทบจากการวินิจฉัยและรักษาจนหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

20 คน จาก 999 คน  
กลับปัสสาวะ  
หรือ อูจาระไม่ได้



และอีก 20 คน กลายเป็นคนกลับปัสสาวะหรืออูจาระไม่ได้

2 คน จาก 999 คน  
เกิดภาวะแทรกซ้อน  
อย่างรุนแรง



อีก 2 คนเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ และหลอดเลือดอย่างรุนแรง

1 ใน 999 คน  
ต้องตายจาก  
ภาวะแทรกซ้อน



และ 1 รายที่ไม่ป่วย ก็ต้องเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ





## การเอกซเรย์ปอด

ถึงแม้ว่าการเอกซเรย์ปอดเป็นวิธีการหนึ่งที่ได้รับการยอมรับสำหรับวินิจฉัยวัณโรคซึ่งเป็นโรคติดต่อร้ายแรง และจากการที่วัณโรคส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด จึงทำให้คนทั่วไปคิดว่าการเอกซเรย์ปอดน่าจะเป็นการคัดกรองวัณโรคที่ดี เช่นเดียวกับการที่มะเร็งปอดเป็นมะเร็งที่รักษายากที่สุดอย่างหนึ่ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเสียชีวิตอย่างรวดเร็วภายหลังการวินิจฉัย จึงทำให้มีความพยายามที่จะใช้การเอกซเรย์ปอดในการคัดกรองมะเร็งปอดเพื่อนำไปสู่การรักษาในระยะเริ่มแรก ด้วยเหตุดังกล่าวการเอกซเรย์ปอดถูกนำมาบรรจุไว้ใน “ชุดตรวจร่างกาย” ทั้งๆ ที่ไม่มีหลักฐานที่แสดงว่ามีประโยชน์ในการตรวจคัดกรองความเสี่ยงหรือโรคดังกล่าว เพราะมีโอกาสน้อยมากที่การเอกซเรย์ปอดของคนทั่วไปแล้วจะช่วยให้ตรวจพบวัณโรค เนื่องจากมีความไวและความจำเพาะต่ำในการค้นหาวัณโรค

ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่าการเอกซเรย์ปอดนอกจากจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งจากการได้รับรังสีเอ็กซ์แล้ว ยังมีโอกาสทำให้เกิดผลบวกลวง ทำให้ผู้ตรวจพบความผิดปกติต้องเข้ารับการวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น การส่องกล้องเข้าไปในระบบทางเดินหายใจ หรือบางรายถึงกับต้องผ่าตัดตรวจออก ทำให้ทุพพลภาพหรือเสียชีวิตไปเลยก็มี นอกจากนี้ มีข้อค้นพบจากงานวิจัยว่า การเอกซเรย์ปอดในผู้ที่สูบบุหรี่ หากผลการตรวจแสดงว่าไม่ผิดปกติ ผู้ที่ได้รับการตรวจจะเกิดความประมาท ทำให้มีแนวโน้มที่จะไม่เลิกบุหรี่มากกว่าคนที่ไม่ได้รับการเอกซเรย์ปอดอีกด้วย จึงสรุปได้ว่าการเอกซเรย์ปอดน่าจะเป็นการ “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 กล่าวคือไม่พบว่ามีความเสี่ยงอย่างชัดเจน 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 แต่เชื่อนี้จะคอยฉวยโอกาสซ้ำเติมเมื่อเจ้าของร่างกายมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ 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 เพียงแต่ดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงก็เพียงพอแล้วที่จะช่วยป้องกันตัวให้ปลอดภัยจากโรคนี



## การตรวจหาโรคหืดในผู้ที่ไม่มีอาการ

การอาศัยอยู่ในสังคมที่เต็มไปด้วยมลภาวะทางอากาศ ต้องสัมผัสกับฝุ่นละออง คาร์บอน ไอเสียจากยานยนต์ สารเคมี และเชื้อโรค อยู่เป็นประจำ เป็นเหตุให้หลายคนเกิดความวิตกกังวลว่า สักวันหนึ่งตนเองหรือสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กเล็กๆ จะต้องกลายเป็นโรคหืดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ที่ยึดถือหลักการ “กันไว้ดีกว่าแก้” หรือ “การป้องกันโรคมีราคาถูกกว่าการรักษา” ก็มักจะเที่ยวไปแสวงหาวิธีการตรวจร่างกายเพื่อให้เจอโรคนี้อยู่เสียแต่เนิ่นๆ แม้การป้องกันและรักษาโรคก่อนจะลุกลามจะเป็นหลักการที่ดี แต่ด้วยข้อจำกัดของเทคโนโลยีที่มีอยู่ เป็นเหตุให้ “การตรวจในห้องปฏิบัติการ” เพื่อค้นหาโรคหืดในคนทั่วไป ยังเป็นสิ่งที่ไม่ได้ประโยชน์และไม่คุ้มค่า แต่หากว่าท่านหรือบุตรหลานมีอาการผิดปกติของทางเดินหายใจ เช่น หอบหืดมตื้อ 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 เช่นเดียวกับกับความรู้ที่แพทย์หลายท่านเคยได้รับทราบมาในอดีตและไม่มีโอกาสรับทราบข้อมูลใหม่ที่ค้นพบในปัจจุบัน ส่งผลให้แพทย์เหล่านั้นยังคงแนะนำให้ประชาชนตรวจคัดกรองสุขภาพบางอย่างที่ระบุในหนังสือนี้ว่าไม่มีประโยชน์

ในทางตรงกันข้ามประชาชนบางคนอาจมีความเสี่ยงหรือข้อบ่งชี้พิเศษบางอย่างที่ทำให้การตรวจคัดกรองสุขภาพที่ไม่มีประโยชน์กับบุคคลทั่วไป กลับมีประโยชน์ต่อคนเหล่านั้น ซึ่งตรงนี้ต้องอาศัยความรู้ที่ลึกและความเชี่ยวชาญของแพทย์เป็นผู้ตัดสินใจ

จุดมุ่งหวังของหนังสือเล่มนี้จึงเป็นไปเพื่อให้ความรู้เบื้องต้นกับประชาชนทั่วไป ให้มีความรู้พื้นฐานและตระหนักถึงความสำคัญและผลเสียของการตรวจคัดกรองสุขภาพ และไม่ตั้งความหวังของการมีสุขภาพดีทั้งหมดไว้ที่แพทย์และโรงพยาบาล เพราะได้เห็นข้อจำกัดของความรู้ด้านการแพทย์ ดังนั้น ประชาชนทุกคนต้องเป็นผู้สร้างสุขภาพที่ดีของตนเอง ให้สมกับภามิตโบราณที่ว่า “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 ขอนพุดชา, อุษา ฉายเกิลด์แก้ว, ยศ ตีระวัฒนา นนท์, Stepen Lim. การประเมินความคุ้มค่าของการใช้ยากลุ่ม 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. สมการทำนายความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. 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<sub>1c</sub> 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



โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ถ. สีวานนท์ อ. เมือง จ. นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02-590-4374-5 โทรสาร 02-590-4369

[www.hitap.net](http://www.hitap.net) E-mail: [hitap@hitap.net](mailto:hitap@hitap.net)

