

คู่มือ

แนวทางการตรวจสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย สำหรับประชาชนไทย

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

บรรณาธิการ

สุรจิต สุนทรธรรม

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ ๑)

วุฒิบัตรา อายุรศาสตร์, อนุมัติบัตรา เวชศาสตร์ป้องกัน (อาชีวเวชศาสตร์)

Certificate in Emergency Medicine & Medical Toxicology

ภาควิชาอายุรศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

สนับสนุนการจัดทำโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คู่มือ

แนวทางการตรวจสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย สำหรับประชาชนไทย

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย
ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
ราชวิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทย
ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

บรรณาธิการ

สุรจิต สุนทรธรรม

แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ ๑)

วุฒิบัตรฯ อายุรศาสตร์, อนุมัติบัตรฯ เวชศาสตร์ป้องกัน (อาชีวเวชศาสตร์)

Certificate in Emergency Medicine & Medical Toxicology

ภาควิชาอายุรศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

สนับสนุนการจัดทำโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คำนำ

คู่มือ “แนวทางการตรวจสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยสำหรับประชาชนไทย” เล่มนี้ เป็นเล่มที่สรุปเฉพาะคำแนะนำต่าง ๆ ในแต่ละโรคไว้ ซึ่งจัดทำขึ้นคู่กับหนังสือ “เวชศาสตร์ป้องกันคลินิก: แนวทางการตรวจสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยสำหรับประชาชนไทย” ซึ่งเป็นเล่มที่รวบรวมบทปริทัศน์ไว้สำหรับใช้อ้างอิงและค้นคว้าต่อไป

แนวทางที่ได้จัดทำนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้บุคลากรระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับผู้ปฏิบัติงานทั่วไปทางคลินิก ไปจนถึงระดับนักวิจัยทางวิชาการ ตลอดจนผู้กำหนดนโยบาย และผู้ให้บริการ สามารถนำแนวทางนี้ไปใช้ประโยชน์ได้ตามสมควรแก่สถานภาพ

ในระดับผู้ปฏิบัติงานทั่วไปทางคลินิก ซึ่งมักมีเวลาและโอกาสน้อยในการติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการ สามารถใช้ประโยชน์จากแนวทางนี้ได้อย่างสะดวก ด้วยการดูจากแนวทางปฏิบัติ โดยเฉพาะในตารางสรุป ซึ่งสรุปไว้เป็นรายการตามกำลังคำแนะนำสำหรับบุคคลทั่วไป ซึ่งสามารถนำชุด “ก” ไปใช้ได้ทันที และพิจารณาทำในชุด “ข” ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน ส่วนแนวทางสำหรับกลุ่มเสี่ยง ก็สามารถดูได้จากกำลังคำแนะนำในแต่ละโรค ซึ่งสามารถนำไปดัดแปลงใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยของตนแต่ละบุคคลได้ และหากมีข้อสงสัยก็สามารถดูไปที่บทปริทัศน์ได้อีกทอดหนึ่ง นอกจากนี้ยังสามารถค้นคว้าต่อไปยังเอกสารอ้างอิงได้ด้วย

ในระดับนักวิชาการและนักวิจัย ก็สามารถดูได้โดยสังเขปว่า ในประเทศไทยได้มีการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวนี้ ไปแล้วอย่างไรบ้างและมีบริเวณใดบ้างที่น่าสนใจซึ่งสมควรได้รับการวิจัยต่อไป ก็สามารถดูได้จากกำลังคำแนะนำที่ให้ไว้เช่นกัน เช่น กำลังคำแนะนำของมาตรการหนึ่งอยู่ที่ระดับ “ข” หรือ “ค” ก็เป็นเรื่องที่น่าสนใจในการทำวิจัยต่อไป เพื่อพิสูจน์ว่าคำแนะนำโดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญเป็นหลักนั้นถูกต้อง เพื่อจะได้ใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงในการเปลี่ยนระดับกำลังคำแนะนำให้หนักแน่นยิ่งขึ้น

ในการจัดทำแนวทางในครั้งนี้ ได้จัดทำแบ่งเป็นสามภาค ได้แก่ ภาคความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการป้องกันโรคทางคลินิก, ภาคการป้องกันทุติยภูมิ ซึ่งได้แก่ การตรวจคัดกรองโรคต่าง ๆ, และภาคการป้องกันปฐมภูมิ ซึ่งแบ่งเป็นสองหมวด ได้แก่ หมวดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันและการใช้ยาป้องกันโรค และหมวดการให้คำปรึกษาเพื่อการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

ในส่วนภาคที่สองและภาคที่สาม ได้พยายามจัดทำให้ครอบคลุมโรคที่ป้องกันได้และยังเป็นปัญหาในประเทศไทยเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งได้รวบรวมเรื่องเกี่ยวกับบางโรคที่แม้ไม่เป็นปัญหาในประเทศไทยมากนัก แต่ก็มี การโฆษณาชวนเชื่อให้ไปใช้บริการ ทั้งในด้านของการตรวจคัดกรองและวัคซีน กันอย่างมากมายไว้ด้วย โดยได้วิเคราะห์ถึงความแม่นยำ, ผลได้ผลเสีย, และความคุ้มค่าของการใช้บริการดังกล่าวในบริบทของสังคมไทย

นอกจากนี้ในแต่ละเรื่องยังได้เพิ่มเติมส่วนที่เกี่ยวข้องซึ่งมีความสำคัญไว้ด้วย ได้แก่ หากโรคใดที่ “แนะนำให้ทำ” ก็ได้เพิ่มเติม “มาตรการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรค” ซึ่งสามารถใช้ดำเนินการได้ในเวชบริการรักษา (curative medicine) ระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิบางส่วนไว้ด้วย เช่น ในเรื่องการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง, การตรวจคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์ เป็นต้น; ส่วนในโรคใดที่ไม่แนะนำให้ทำ หรือยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน โดยเฉพาะสำหรับส่วนการป้องกันทุติยภูมิ ก็ได้พยายามรวบรวมปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันปฐมภูมิไว้ด้วยเช่นกัน เช่น ในเรื่องการตรวจคัดกรองโรคเมะเร็งตับและตับอ่อน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อบุคลากรผู้ใช้แนวทางนี้จะได้นำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

เนื่องจากได้พิจารณาเห็นว่า ความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว นับเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดประการแรกในการทำให้การให้คำปรึกษามีประสิทธิภาพ ดังนั้นในหนังสือนี้ จึงได้รวบรวมเกี่ยวกับความรู้ที่แพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ สมควรต้องรู้ ไว้ในภาคที่ 3 หมวดที่ 2 ของหนังสือเล่มนี้ เพื่อบุคลากรทางการแพทย์จะได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องต่อไป

รายนามคณะกรรมการ, ผู้ประสานงาน และผู้ช่วยคณะกรรมการ

โครงการจัดทำแนวทางการบริการเวชกรรมป้องกันคลินิก

คณะกรรมการ

1. นายแพทย์ศุภชัย คุณารัตนพฤษ	ประธานคณะกรรมการ
2. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร	ผู้ประสานงานสาขาวิชากุมารเวชศาสตร์
3. แพทย์หญิงศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวณิชย์	ผู้ประสานงานสาขาวิชากุมารเวชศาสตร์
4. นายแพทย์ หม่อมหลวงสมชาย จักรพันธ์	ผู้ประสานงานสาขาวิชาจิตเวชศาสตร์
5. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสมจิตร พฤษรัตนานนท์	ผู้ประสานงานสาขาวิชาเวชปฏิบัติทั่วไป
6. ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ	ผู้ประสานงานสาขาวิชาศัลยศาสตร์
7. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วีรพล จันทร์ดียิ่ง	ผู้ประสานงานสาขาวิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
8. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมศักดิ์ สู้ทัศนาวุฒิ	ผู้ประสานงานสาขาวิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
9. พันเอก นายแพทย์สามารถ นิธินันท์	ผู้ประสานงานสาขาวิชาอายุรศาสตร์
10. พันเอก แพทย์หญิงอุษณา ลวีระ	ผู้ประสานงานสาขาวิชาอายุรศาสตร์
11. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ	ที่ปรึกษาผู้ประสานงานโครงการ
12. นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชติกุล	ที่ปรึกษาผู้ประสานงานโครงการ
13. พันโท นายแพทย์สุรจิต สุนทรธรรม	ผู้ประสานงานหลักและบรรณาธิการ
14. คุณงามจิตร จันทรสานิต	ที่ปรึกษาผู้ช่วยผู้ประสานงานโครงการ
15. คุณจริญญา ก่อเกษาเจริญ	ผู้ช่วยผู้ประสานงานโครงการ
16. คุณชมพูนุช ชัยสวัสดิ์	ผู้ช่วยผู้ประสานงานโครงการ
17. คุณเขาวนีย์ เดชธราดล	ผู้ช่วยผู้ประสานงานโครงการ
18. คุณวรรณนิภา วีระยุทธบัญชา	ผู้ช่วยผู้ประสานงานโครงการ

ราชวิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทย

รายนามคณะกรรมการพัฒนาบุคคลและวางแผน พ.ศ.2540-2541

1. นายแพทย์วีระพล จันทรดียิ่ง	ประธาน
2. นายแพทย์ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์	อนุกรรมการ
3. นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล	อนุกรรมการ
4. นายแพทย์นเรศร สุขเจริญ	อนุกรรมการ
5. นายแพทย์วีรัช วิทสุขมงคล	อนุกรรมการ
6. นายแพทย์นิมิต เตชไกรชนะ	อนุกรรมการ
7. นายแพทย์กำธร พฤษขานนท์	อนุกรรมการ
8. นายแพทย์รณชัย อธิสุข	อนุกรรมการ
9. นายแพทย์เรืองศิลป์ เขารัตน์	อนุกรรมการ
10. นายแพทย์บุญแสง วุฒิพันธ์	อนุกรรมการ
11. นายแพทย์อุดม เขาวรินทร์	อนุกรรมการ
12. นายแพทย์สมพงษ์ คุณเลิศกิจ	อนุกรรมการ
13. นายแพทย์กนก สีจร	อนุกรรมการ
14. นาวาอากาศเอก นายแพทย์วีระ สุระเนืองวงศ์	อนุกรรมการ
15. พันเอก นายแพทย์ศุภวิทย์ มุตตามระ	อนุกรรมการ
16. นายแพทย์โอกาส ไทยพิสุทธิกุล	อนุกรรมการ
17. นายแพทย์จรัสพงษ์ หังสุบุตร	อนุกรรมการ

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

รายนามคณะอนุกรรมการแนวทางการตรวจสุขภาพ

1. นายแพทย์สมเกียรติ วสุวิมลกุล
2. นายแพทย์ถนอม สุภาพร
3. แพทย์หญิงภัทรา คุระทอง
4. แพทย์หญิงคุณหญิงพึงใจ งามอุโฆษ
5. นายแพทย์บรรหาร กอนันต์ตกุล
6. นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี
7. แพทย์หญิงหญิงน้อย อุบลเดชประจักษ์
8. นายแพทย์จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา
9. นายแพทย์พลรัตน์ วิไลรัตน์
10. นายแพทย์อาคม เขียรศิลป์
11. แพทย์หญิงสาวตรี เมาน์กุลไพโรจน์
12. นายแพทย์วิเชียร ศรีมนิพนธ์นิมิต
13. นายแพทย์อรรถ นานา
14. นายแพทย์อภิรักษ์ ปาลวัฒน์ไชย
15. นายแพทย์สมเกียรติ วงษ์ทิม
16. แพทย์หญิงแสงสุรีย์ จูทา
17. นายแพทย์ธานินทร์ อินทรกำธรชัย
18. นายแพทย์วิชัย ประยูรวิวัฒน์
19. นายแพทย์กอบชัย พัววิไล
20. แพทย์หญิงสุนิตย์ จันทระประเสริฐ
21. นายแพทย์บุญส่ง องค์กรพัฒนกุล
22. นายแพทย์วิทยา ศรีตามา
23. แพทย์หญิงพรรณพิศ สุวรรณกุล
24. แพทย์หญิงบุญมี สถาปัตยวงศ์
25. นายแพทย์สุรจิต สุนทรธรรม

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

รายนามคณะอนุกรรมการแนวทางการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

1. นายแพทย์อมร ลีลารัตน์
2. นายแพทย์นิรันดร์ วรรณประภา
3. แพทย์หญิงบุญมี สถาปัตยวงศ์
4. แพทย์หญิงพรรณพิศ สุวรรณกุล
5. แพทย์หญิงศรีลักษณ์ สิมะเสถียร
6. นายแพทย์มนตรี ตูจันดา
7. นายแพทย์ประพันธ์ ภาณุภาค
8. นายแพทย์สิริฤกษ์ ทรงศิริไธ
9. แพทย์หญิงคันสนีย์ เสนะวงศ์
10. นายแพทย์ยงค์ ภู่วรรณ
11. นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี
12. นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง
13. นายแพทย์วิทยา ศรีดามา
14. นายแพทย์สุรจิต สุนทรธรรม
15. นายแพทย์วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์
16. นายแพทย์สุชัย เจริญรัตนกุล

รายนามคณะอนุกรรมการแนวทางภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติ

1. นายแพทย์วิชัย ตันไพจิตร
2. นายแพทย์วิทยา ศรีดามา
3. แพทย์หญิงคุณหญิงพึงใจ งามอุโฆษ
4. นายแพทย์ชาญชัย โรจนวงศ์
5. นายแพทย์บรรหาร กอนันต์กุล
6. แพทย์หญิงวรรณิ นิธิยานันท์
7. แพทย์หญิงหญิงน้อย อุบลเดชประจักษ์

สารบัญ

คำนำ

รายนามคณะทำงาน, ผู้ประสานงาน และผู้ช่วยคณะทำงาน

รายนามคณะอนุกรรมการ ของราชวิทยาลัยต่าง ๆ

สารบัญ

ภาคที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการป้องกันโรคทางคลินิก (OVERVIEW)

1. หลักการป้องกันโรค/ภาวะผิดปกติทางคลินิก: การบริการตรวจและรักษาสุขภาพตามระยะเวลา	11
2. การจัดลำดับความสำคัญของโรค/ภาวะผิดปกติที่สามารถป้องกันได้ ด้วยมาตรการทางคลินิกในประเทศไทย	13
3. การประเมินคุณค่าของมาตรการที่ใช้ในการป้องกันโรคทางคลินิก	15
4. วิธีการให้คำปรึกษาเพื่อการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพทางคลินิกสำหรับประชาชนไทย	17

ภาคที่ 2 การป้องกันทุติยภูมิ: การตรวจคัดกรอง (SCREENING)

หมวดที่ 1. การตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อในประชาชนไทย.

5. การตรวจคัดกรองการติดเชื้อวัณโรคในประชาชนไทย	18
6. การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคจากปรสิตในประชาชนไทย	20
7. การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคเอดส์ในประชาชนไทย	22
8. การตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนชนิดบีในประชาชนไทย	24
9. การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในประชาชนไทย	25
10. การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคเริ่มที่อวัยวะเพศในประชาชนไทย	27
11. การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคหนองในในประชาชนไทย	28
12. การตรวจคัดกรองการติดเชื้อคลาไมเดียในประชาชนไทย	30

หมวดที่ 2. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งในประชาชนไทย

13. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเซลล์ตับในประชาชนไทย	31
14. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีตับในประชาชนไทย	32
15. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปอดในประชาชนไทย	33
16. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมในประชาชนไทย	34
17. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประชาชนไทย	35
18. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับอ่อนในประชาชนไทย	37
19. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในประชาชนไทย	38
20. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในประชาชนไทย	39
21. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งอื่นๆ ในประชาชนไทย	40

หมวดที่ 3. การตรวจคัดกรองความผิดปกติทางต่อมไร้ท่อ, เมตาบอลิก, โภชนาการ และความผิดปกติทางพันธุกรรม ในประชาชนไทย

22. การตรวจคัดกรองโรคอ้วนในประชาชนไทย	42
23. การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในประชาชนไทย	44
24. การตรวจคัดกรองภาวะความผิดปกติของระดับไขมันในเลือดในประชาชนไทย	46
25. ตอน ก. การตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในผู้ใหญ่ไทย	49
ตอน ข. การตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง รวมทั้งการให้อาหารเสริมธาตุเหล็กในเด็กไทย	50
26. การตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติในประชาชนไทย	51
27. การตรวจคัดกรองโรคไตที่ไม่มีอาการในประชาชนไทย	52
28. ตอน ก. การตรวจคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์ในผู้ใหญ่ไทย	53
ตอน ข. การตรวจคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์แต่กำเนิดในทารกแรกเกิดไทย	55
29. การตรวจคัดกรองโรคกระดูกพรุนในประชาชนไทย	56

หมวดที่ 4. การตรวจคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชาชนไทย

30. การตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนไทย	58
31. การตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดหัวใจที่ยังไม่มีอาการในประชาชนไทย	62
32. การตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอดีบีในประชาชนไทย	64

หมวดที่ 5. การตรวจคัดกรองทางจักษุวิทยาและโสตประสาทในประชาชนไทย

33. ตอน ก. การตรวจคัดกรองภาวะสายตาสั้นผิดปกติ และภาวะตาเขในประชาชนไทย	65
ตอน ข. การตรวจคัดกรองความผิดปกติของสายตาในเด็กไทย	67
34. การตรวจคัดกรองโรคต้อหินเรื้อรังในประชาชนไทย	69
35. การตรวจคัดกรองการได้ยินผิดปกติในเด็กไทย	70

หมวดที่ 6. การตรวจคัดกรองโรคและภาวะอื่นๆ ในประชาชนไทย

36. การตรวจคัดกรองการใช้สารเสพติดในประชาชนไทย	71
37. การตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในประชาชนไทย	73
38. การตรวจคัดกรองสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย	74

ภาคที่ 3 การป้องกันปฐมภูมิ

หมวดที่ 1. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน (Immunization) และการให้ยาเพื่อป้องกันโรค (Chemoprophylaxis) สำหรับประชาชนไทย (นอกเหนือจาก EPI)

39. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและการให้ยาเพื่อป้องกันโรควัณโรคสำหรับประชาชนไทย	75
40. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต่อโรคบาดทะยักสำหรับประชาชนไทย	77
41. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี สำหรับประชาชนไทย	79
42. การให้ยาเพื่อป้องกันโรคมาลาเรียสำหรับประชาชนไทย	80
43. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อโรคหัด โรคคางทูม และโรคหัดเยอรมันสำหรับประชาชนไทย	81
44. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อโรคสุกใสสำหรับประชาชนไทย	83
45. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี เอ สำหรับประชาชนไทย	84

46. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและการใช้ยาป้องกันการติดเชื้อโรคไข้วัดใหญ่สำหรับประชาชนไทย	85
47. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อโรคปอดบวมสำหรับประชาชนไทย	86
48. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและการให้ยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคไข้วัดใหญ่สำหรับประชาชนไทย	87

หมวดที่ 2. การให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการโรคและส่งเสริมสุขภาพ (COUNSELING)

49. การให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการภาวะทุพโภชนาการสำหรับประชาชนไทย	88
50. การให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการโรคอ้วนสำหรับประชาชนไทย	90
51. การให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ สำหรับประชาชนไทย	93
52. การให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการอุบัติเหตุการจราจรสำหรับประชาชนไทย	95
53. การตรวจสมรรถภาพทางกาย และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายสำหรับประชาชนไทย	98
54. การให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการโรคปวดหลังสำหรับประชาชนไทย	100
55. การให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติด สำหรับประชาชนไทย	101
56. การให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการโรคเหงือกและฟันสำหรับประชาชนไทย	102

ภาคผนวก

ผนวก ก. ข้อมูลประวัติพื้นฐานสำหรับการตรวจสุขภาพ	105
ผนวก ข. สรุปแนวทางการตรวจคัดกรองและการดูแลสุขภาพเด็กไทย	110
	<i>ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย</i>
ผนวก ค. แนวทางเวชบริการป้องกันคลินิกทางนรีเวชวิทยาสำหรับสตรีไทย	113
	<i>ราชวิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทย</i>
ผนวก ง. สรุปมาตรการการป้องกันการโรค/ภาวะผิดปกติ ระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ สำหรับผู้ใหญ่ไทยทั่วไป	123

หลักการป้องกันโรค/ภาวะผิดปกติทางคลินิก

การบริการตรวจและรักษาสุขภาพตามระยะเวลา

(Principle of Clinical Prevention: Periodic Health Examination and Maintenance Services)

บทคัดย่อ

เป้าหมายหลักของการป้องกันทางการแพทย์ คือ การทำให้มีชีวิตที่ยืนยาว (prolong life), การลดการเจ็บป่วย (decrease morbidity) และเพิ่มคุณภาพชีวิต (improve quality of life) ตามทรัพยากรที่สามารถหาได้

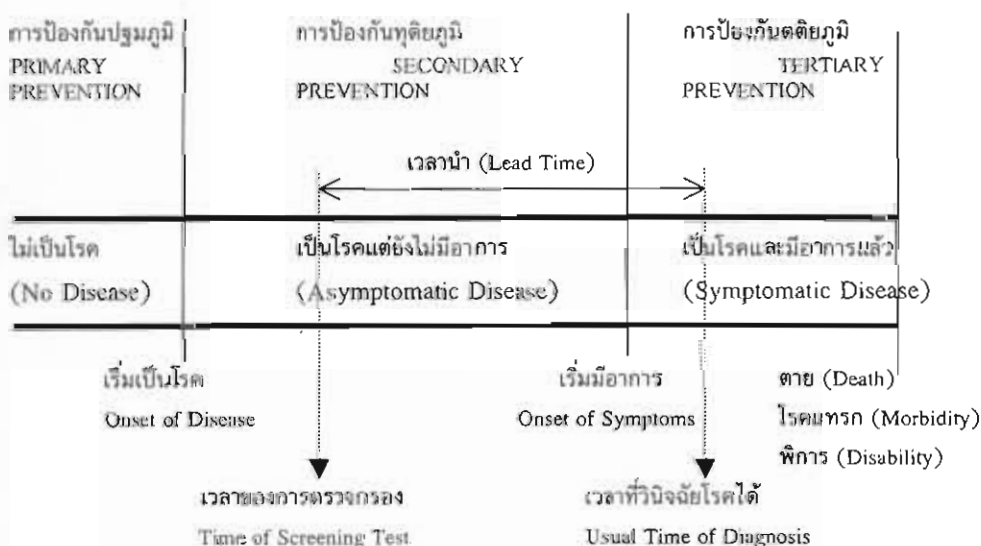
โดยทั่วไป มีการแบ่งการดำเนินการป้องกันโรคเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การป้องกันระดับปฐมภูมิ, การป้องกันระดับทุติยภูมิ และการป้องกันระดับตติยภูมิ (แผนภูมิที่ 1)

การป้องกันปฐมภูมิ (Primary prevention) คือ การป้องกันก่อนการเกิดโรค ซึ่งสามารถดำเนินการได้โดยการปรับเปลี่ยนความเสี่ยง (risk modification) รวมทั้ง การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อต่างๆ และการใช้ยาเพื่อป้องกันโรค

การป้องกันทุติยภูมิ (secondary prevention) คือ การตรวจค้นหาโรคให้พบตั้งแต่ระยะต้นๆ ก่อนมีลักษณะทางคลินิกปรากฏ รวมทั้งการดำเนินมาตรการเพื่อหยุดยั้งหรือชะลอให้โรคนั้น ดำเนินไปช้าลง

การป้องกันตติยภูมิ (tertiary prevention) คือ การหยุดยั้งภาวะแทรกซ้อนหลังจากที่โรคปรากฏลักษณะทางคลินิก ซึ่งเป็นการบริการทางคลินิกที่ทำกันโดยทั่วไป ในปัจจุบัน

แผนภูมิที่ 1 แสดงระยะของการป้องกันโรค/ภาวะผิดปกติทางคลินิก



เวชบริการป้องกันทางคลินิก เป็นการบริการสุขภาพเชิงรับ ที่แพทย์ให้แก่บุคคลเป็นรายบุคคล ที่แสวงหาการบริการทางสุขภาพ โดยแพทย์หรือบุคลากรที่ทำงานทางเวชปฏิบัติ (clinician) ทำหน้าที่ที่สำคัญ คือ เป็นผู้ให้คำปรึกษา เป็นผู้จัดการบริการเพื่อการตรวจคัดกรองและการดำเนินมาตรการต่างๆ และเป็นผู้แปลผลเป็นคำแนะนำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

การดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคทางคลินิกในระยะต่างๆ มีมาตรการดังต่อไปนี้ คือ ระดับปฐมภูมิ ได้แก่ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันและการใช้ยาเพื่อป้องกันโรค, และการให้คำปรึกษา; ระดับทุติยภูมิ ได้แก่ การตรวจคัด

กรอง และการดำเนินมาตรการเพื่อขัดหรือชะลอการเกิดอาการเจ็บป่วย; และระดับตติยภูมิ ได้แก่ การบำบัดรักษาการเจ็บป่วยที่มีอาการเกิดขึ้นแล้ว

ในแนวทางที่ได้จัดทำครั้งนี้ ได้กล่าวถึงเฉพาะส่วนการป้องกันระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิต่างนั้น ส่วนการป้องกันระดับตติยภูมิ สามารถค้นคว้าได้ในหนังสือหรือตำราทางคลินิกทั่วไป

ระดับความสำคัญของโรค/ภาวะผิดปกติที่สามารถป้องกันได้ ด้วยมาตรการทางคลินิก ในประเทศไทย

บทคัดย่อ

จากการศึกษาสภาพปัญหาของโรคและภาวะผิดปกติ จากสถิติการป่วยและการตาย และนำมาคิด ประกอบกับประสิทธิผลของการป้องกันในบริบทของสังคมไทย สามารถจำแนกโรคต่าง ๆ ตามความสำคัญต่อการ จัดเวชบริการป้องกันทางคลินิกในประเทศไทย ได้เป็น 4 กลุ่มดังต่อไปนี้

ผลการจัดระดับความสำคัญของโรคที่สามารถป้องกันได้ทางคลินิกในประเทศไทย

ระดับความสำคัญ	โรค/ภาวะผิดปกติ ตามสภาพปัญหาและการป้องกันได้ในประเทศไทย
“ก” (> 30 คะแนน)	อุบัติเหตุการจราจร, โรคหัด, โรคคางทูม โรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด, โรคจากการติดต่อจากเชื้อแบคทีเรียและไวรัสอื่น ๆ, โรคท้องร่วงและโรคทางเดินอาหารอื่น ๆ, โรคติดต่อปรสิตและโรคติดต่ออื่น ๆ, โรคตับแข็ง, โรคความดันโลหิตสูง, โรคหลอดเลือดสมอง, ภาวะปัญญาอ่อน โดยเฉพาะจากการขาดสารอาหาร, และสภาวะระหว่างการคลอด.
“ข” (21-30 คะแนน)	โรคเมร็งทั้งหมด, โรคเอดส์, โรคตับอักเสบ, โรควัณโรค, โรคมาลาเรีย, โรคสุกใส, โรคไขเลือดออก, โรคไขกระดูกอ่อน, และโรคจากการประกอบอาชีพ.
“ค” (11-20 คะแนน)	โรคหัวใจขาดเลือด, โรคเบาหวาน, โรคของต่อมไทรอยด์, อุบัติเหตุอื่น ๆ รวมทั้งผลกระทบ ต่อมาของอุบัติเหตุ, โรคแผลในกระเพาะอาหาร, โรคปอดบวม, โรคไขข้ออักเสบ, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, โรคบิด, โรคเยื่อตาอักเสบ, โรคอาหารเป็นพิษ, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหอบหืด, โรคไขข้ออักเสบ, การขาดสารอาหาร, การฆ่าตัวตาย, โรคระบบทางเดินปัสสาวะ, การแท้ง, โรคผิวหนัง, งูกัด, โรคจิต, โรคทางจิตใจอื่น ๆ, โรคสมองอักเสบ, การติดเชื้อเฉียบพลัน, ภาวะผิดปกติตั้งแต่กำเนิด, และโรคพิษสุราเรื้อรัง
“ง” (≤ 10 คะแนน)	โรคหัวใจอื่น ๆ, โรคไตอักเสบ, โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและหลอดเลือด, และโรคของระบบประสาท.

โรคในกลุ่ม “ก” เป็นโรคที่การป้องกันมีประสิทธิภาพสูง และมีความสำคัญยิ่งสำหรับประเทศไทย ดังนั้น ประชาชนไทยทั่วไปทุกคน ควรได้รับและสามารถเข้าถึงเวชบริการป้องกันทางคลินิก สำหรับโรคดังกล่าวในทุก ระดับ อย่างทั่วถึง

โรคในกลุ่ม “ข” เป็นโรคที่การป้องกันมีประสิทธิภาพพอสมควร และมีความสำคัญรองลงมา ซึ่งประชาชนไทยทั่วไปทุกคน ควรได้รับและสามารถเข้าถึงเวชบริการป้องกันทางคลินิก สำหรับโรคดังกล่าว อย่างน้อยในระดับปฐมภูมิ อย่างทั่วถึง และสำหรับประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคดังกล่าว ควรได้รับและเข้าถึงระบบเวชบริการป้องกันระดับทุติยภูมิ

โรคในกลุ่ม “ค” เป็นโรค ซึ่งส่วนใหญ่พบเฉพาะในกลุ่มความเสี่ยงสูง ที่ป้องกันได้ ซึ่งประชาชนกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคดังกล่าว ควรได้รับและสามารถเข้าถึงเวชบริการป้องกันทางคลินิก อย่างน้อยในระดับปฐมภูมิ

โรคในกลุ่ม “ง” เป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงอย่างชัดเจน จึงยังไม่สามารถจัดเวชบริการป้องกันทางคลินิก สำหรับโรคดังกล่าวได้

บทสรุป

โรคติดเชื้อ, โรคมะเร็ง, ภาวะทุพโภชนาการ รวมทั้งโรคทางเมแทบอลิซึมและต่อมไร้ท่อ, และอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอุบัติเหตุการจราจร เป็นกลุ่มโรคที่มีความสำคัญต่อการจัดเวชบริการป้องกันทางคลินิก โดยทั่วไปในประเทศไทยปัจจุบัน

นอกจากนี้กลุ่มโรคดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีโรคอื่นๆ ที่มีความสำคัญ ได้แก่ โรคระบบไหลเวียนโลหิต รวมทั้งโรคอื่นๆ ที่อาจไม่ได้เป็นสาเหตุการป่วยและการตายโดยตรง แต่เป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตได้ เช่น การใช้สารเสพติด หรือการมีสายตาผิดปกติ แล้วไปขับขี่ยานพาหนะ และก่อให้เกิดอุบัติเหตุขึ้น เป็นต้น ก็จัดว่าเป็นโรคที่มีความสำคัญต่อการจัดเวชบริการป้องกันทางคลินิกเช่นกัน คือ การป้องกันและแก้ไขโรค/ภาวะผิดปกติดังกล่าว สามารถช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตโดยรวมลง รวมทั้งทำให้ประชาชนไทยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้เช่นกัน

สาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรคต่างๆ ดังกล่าว ในประเทศไทย ส่วนใหญ่ก็ยังคงมีสาเหตุหลักมาจากความยากจน, การขาดการศึกษา และการไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามในหนังสือเล่มนี้ ได้รวบรวมโรคต่างๆ ที่ควรมีเวชบริการป้องกันทางคลินิก ไว้ทุกๆ ระดับ ซึ่งจัดว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่างๆ กัน เช่น ในกลุ่มที่เศรษฐกิจดี อยู่ในเมือง ก็อาจได้รับการจัดว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

สำหรับอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอุบัติเหตุการจราจร แม้มีวิธีการป้องกันในระดับต่างๆ ด้วยมาตรการทางกฎหมาย, ทางวิศวกรรม และทางอื่นๆ แต่เวชบริการป้องกันทางคลินิกน่าจะได้มีบทบาทมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้มาตรการป้องกันอุบัติเหตุการจราจรต่างๆ มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

การจัดเวชบริการป้องกันทางคลินิกที่เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า สามารถช่วยให้ประชาชนไทยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ลดการเจ็บป่วย และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อันจะส่งผลให้ประเทศชาติได้พัฒนาในทุกๆ ด้านสืบไป.

การประเมินคุณค่าของมาตรการที่ใช้ในการป้องกันโรคทางคลินิก

(Evaluation of Clinical Preventive Intervention Measures)

บทคัดย่อ

ในการจัดทำคำแนะนำเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในครั้งนี้ ได้ดำเนินการวิเคราะห์ มาตรการสำหรับโรคต่างๆ และนำมาสังเคราะห์เป็น “กำลังคำแนะนำ” (power of recommendation) ดังต่อไปนี้

กำลังคำแนะนำ	ความหมาย	สรุป
“ก”	มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า	ควรทำ
“ข”	มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า	น่าทำ
“ค”	ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่	อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ
“ง”	มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย	ไม่ควรทำ หรือ ห้ามทำ

การประเมินคุณค่าของมาตรการที่ใช้ในการป้องกันโรคทางคลินิก มีหลักการพิจารณาด้วยการตอบคำถามดังต่อไปนี้¹

1. ปัญหาของโรคหรือความผิดปกตินั้น ในประเทศไทย เป็นอย่างไร?
 - 1.1 ความชุก และ/หรือ อุบัติการณ์ ของสภาวะดังกล่าวเป็นอย่างไร?
 - 1.2 สภาวะดังกล่าวเป็นปัจจัยก่อให้เกิดความเจ็บป่วยแทรกซ้อนได้มากน้อยแค่ไหน?
 - 1.3 อัตราการเสียชีวิตเป็นอย่างไร?
2. จากการศึกษาวิจัย (โดยเฉพาะในประเทศไทย) ถึงมาตรการการป้องกันที่กระทำ มีประสิทธิภาพเป็นอย่างไร?
 - 2.1 มาตรการดังกล่าวในกลุ่มที่ศึกษามีประสิทธิผลหรือไม่ ?
 - 2.2 ระดับของความร่วมมือในสภาพของการศึกษา สามารถยอมรับได้หรือไม่?
 - 2.3 สามารถยอมรับผลข้างเคียงของมาตรการดังกล่าวได้หรือไม่?
 - 2.4 การดำเนินมาตรการในระยะที่ยังไม่แสดงอาการ มีคุณประโยชน์มากกว่าการดำเนินการรักษาเมื่อเกิดอาการแล้วหรือไม่?
3. ในประเทศไทย มีวิธีการตรวจกรองที่มีประสิทธิภาพแล้วหรือยัง?
 - 3.1 ความไว, ความจำเพาะ และค่าการทำนาย เป็นที่ยอมรับได้หรือไม่?
 - 3.2 การตรวจกรองดังกล่าวเชื่อถือได้หรือไม่?
 - 3.3 การตรวจกรองดังกล่าวสามารถกระทำได้และมีราคาเหมาะสมหรือไม่?
 - 3.4 สามารถยอมรับผลข้างเคียงของการตรวจกรองดังกล่าวได้หรือไม่?

4. การใช้มาตรการดังกล่าว จะมีประสิทธิผลในทางเวชปฏิบัติที่กระทำกันอยู่ทั่วไปในประเทศไทย เพียงใด?
- 4.1 เคยมีการทดลองใช้ในภาคสนามแล้วหรือยัง?
 - 4.2 มาตรการดังกล่าวสามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต ในสถานการณ์ที่ไม่ใช้การศึกษาวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่?
 - 4.3 ระดับความร่วมมือในสถานการณ์ที่ไม่ใช้การศึกษาวิจัยเป็นที่ยอมรับได้หรือไม่?
 - 4.4 ผลข้างเคียงในสถานการณ์ที่ไม่ใช้การศึกษาวิจัยเป็นที่ยอมรับได้หรือไม่?
 - 4.5 ความน่าเชื่อถือ, ความไว, ความจำเพาะ และค่าการพยากรณ์ ของการตรวจกรองในสถานะของแต่ละบุคคลเป็นอย่างไร?
 - 4.6 มาตรการดังกล่าวมีความคุ้มค่ามากน้อยเพียงใด ?

วิธีการให้คำปรึกษาเพื่อการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพทางคลินิก สำหรับประชาชนไทย

(Patient Education/Counseling Strategies for Disease Prevention and Health Promotion)

แนวทางปฏิบัติ

วัตถุประสงค์ของการให้การศึกษา/คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ มีด้วยกัน 2 ประการ ได้แก่ (1) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ และ (2) การส่งเสริมสุขภาพ

ในปัจจุบัน แม้ยังไม่มีการศึกษาที่ดีพอในการแสดงประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาอย่างชัดเจน ในประชาชนไทย หรือแม้แต่ต่างประเทศ ซึ่งมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาอย่างชัดเจน แต่ในทางปฏิบัติก็มักได้ผลเพียงระยะสั้น ๆ หรือในสถานการณ์เฉพาะที่มีการให้คำปรึกษาอย่างจริงจังเท่านั้น อย่างไรก็ตาม การดำเนินการดังกล่าว ก็ยังอาจมีประโยชน์หากนำไปใช้กับประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจำนวนมาก ๆ เนื่องจากการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแก่ผู้ป่วย มีความปลอดภัยและเสียค่าใช้จ่ายน้อย จึงยังควรกำหนดให้มีการปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพบางอย่าง ในทุก ๆ ครั้งที่ทำได้

ปัจจัยที่สำคัญในการทำให้การให้คำปรึกษาประสบผลสำเร็จ ได้แก่ การสร้างความเชื่อมั่นที่ถูกต้อง (ศรัทธา) ซึ่งมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่า ถ้าสามารถสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วยได้แล้ว ผู้ป่วยก็จะได้รับประโยชน์จากการให้คำปรึกษานั้น อย่างชัดเจน ความเชื่อมั่นที่ถูกต้องเหล่านี้ อาจเรียกได้ว่าเป็น ประสิทธิภาพที่มีอยู่ในตนเอง (perceived self-efficacy)

เนื่องจากประชาชนในประเทศไทย ส่วนใหญ่นับถือพระพุทธศาสนา การนำหลักธรรมที่พระพุทธเจ้าได้ทรงสอนไว้ จึงน่าจะเป็นหนทางที่เหมาะสมที่สุด โดยเฉพาะในหลักธรรมข้อ “อิทธิบาท” ซึ่งคือ ทางแห่งความสำเร็จ” ซึ่งมี 4 อย่าง คือ ฉันทะ (ความพอใจ), วิริยะ (ความเพียร), จิตตะ (ความคิดจดจ่อ) และวิมังสา (ความสอบสวนไตร่ตรอง) ทั้งนี้โดยมีแพทย์เป็นกัลยาณมิตรของผู้ป่วย เพื่อเสริมสร้าง “อิทธิบาทธรรม” ดังกล่าวให้เกิดมีขึ้น รวมทั้งแพทย์ต้องทำตัวเป็นตัวอย่างด้วย

การเสริมสร้าง “ฉันทะ” ความพอใจ มีแนวทางปฏิบัติซึ่งประกอบด้วย (1) การกำหนดกรอบของการให้คำปรึกษาให้เป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย, (2) การเพิ่มพฤติกรรมใหม่เข้าไปในขั้นต้น, (3) การเชื่อมโยงพฤติกรรมใหม่เข้ากับพฤติกรรมเก่า และ (4) การใช้พลังของการเป็นนักวิชาชีพทางสุขภาพ

การเสริมสร้าง “วิริยะ” ความเพียร มีแนวทางปฏิบัติซึ่งประกอบด้วย (5) การบอกถึงจุดประสงค์และผลที่คาดว่าจะได้รับการทำตามคำปรึกษา อย่างชัดเจน รวมทั้งต้องบอกผู้ป่วยด้วยว่าเมื่อใดจึงจะเห็นผล, (6) การให้มีการเปลี่ยนแปลงครั้งละน้อย ๆ, และ (7) ชอแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วยต้องมีความจำเพาะ

การเสริมสร้าง “จิตตะ” ความคิดจดจ่อ มีแนวทางปฏิบัติซึ่งประกอบด้วย (8) การให้ผู้ป่วยยืนยันการปฏิบัติอย่างชัดเจน, (9) การใช้กลยุทธ์ผสมผสาน, (10) การจัดตั้งคณะทำงาน, และ (11) การจัดหน่วยบริการให้คำปรึกษาโดยเฉพาะ

การเสริมสร้าง “วิมังสา” ความสอบสวนไตร่ตรอง มีแนวทางปฏิบัติซึ่งประกอบด้วย (12) การติดตามผลความเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องโดยใกล้ชิด

การตรวจคัดกรองการติดเชื้อวัณโรคในประชาชนไทย

(Screening for *Mycobacterium tuberculosis* Infection in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

ไม่แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองการติดเชื้อวัณโรค ด้วยการตรวจภาพรังสีทรวงอก (กำลังคำแนะนำ “ง”) หรือการตรวจปฏิกิริยาทูเบอร์คูลิน (กำลังคำแนะนำ “ง”) เป็นประจำ ในประชาชนทั่วไป^{1,2} แต่ให้เฝ้าระวังอาการที่เกี่ยวข้องกับวัณโรคเป็นประจำ (กำลังคำแนะนำ “ข”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

สำหรับในกลุ่มประชากรที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือมีโอกาสเกิดโรคได้สูง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำลง เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี, ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ เกินกว่า 25 ชั่วโมงต่อสัปดาห์, บุคคลที่อยู่ในสถานสงเคราะห์หรือสถานกักกัน และบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค แนะนำให้ตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อวัณโรค ด้วยการทดสอบปฏิกิริยาทูเบอร์คูลินโดยวิธี Mantoux (ตารางที่ 1) (กำลังคำแนะนำ “ก”)

ตารางที่ 1 บุคคลที่ควรได้รับการพิจารณาให้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อวัณโรค

1. ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำลงและมีโอกาสเกิดโรคได้สูง เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี (กำลังคำแนะนำ “ก”)
2. ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ เกินกว่า 25 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (กำลังคำแนะนำ “ก”)
3. บุคคลที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ หรือสถานกักกัน (กำลังคำแนะนำ “ก”)
4. บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค (กำลังคำแนะนำ “ก”)

การทดสอบแบบ Mantoux ประกอบด้วยการฉีดน้ำยาทูเบอร์คูลิน พีพีดี 10 หน่วยเข้าในผิวหนัง (intradermal) และตามด้วยการตรวจรอยที่ฉีดยาหลังจากนั้น 48-72 ชั่วโมง เกณฑ์ผลการทดสอบเป็นบวก คือ ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 10 มม. สำหรับบุคคลทั่วไปที่มีสถานะเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค หรือขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 5 มม. สำหรับบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวี

การได้รับวัคซีน BCG มาก่อนอาจทำให้ได้ผลบวกสูงได้ แต่โดยทั่วไปมักมีเส้นผ่านศูนย์กลางเล็กกว่า 10 มม. ยิ่งไปกว่านั้นเนื่องจากผู้ได้รับวัคซีน BCG มักมีภูมิคุ้มกันลดลงเมื่อเวลาผ่านไป^{3,4} ดังนั้นในปัจจุบันการได้รับวัคซีน BCG มาก่อน จึงไม่ถือว่าขัดแย้งกับการได้ผลเป็นบวก

บุคคลซึ่งมีโอกาสได้ผลลบสูง หรือไม่ตอบสนองต่อการทดสอบ (anergy) ที่พบได้บ่อย คือ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ซึ่งสามารถทดสอบผิวหนังว่าตอบสนองต่อแอนติเจนที่พบได้บ่อย (common antigens) เช่น เชื้อ

¹กำลังคำแนะนำ

^{1a} คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

^{1b} คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

^{1c} คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

^{1d} คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

รา หรือวัคซีนที่เคยได้รับมาก่อน (Tetanus, Diphtheria, Mump) ถ้าได้ผลเป็นลบต่อแอนติเจนทุกชนิด ก็ไม่อาจบอกได้ว่าผลลบจากปฏิกิริยาทูเบอร์คูลินที่ได้ตรวจไปแล้วเป็นผลลบจริง⁵

มาตรการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจได้รับผลการตรวจคัดกรอง

ในบุคคลที่มีอาการสงสัยว่าอาจเป็นวัณโรค คือ มีไข้เรื้อรัง, ไอตั้งแต่ 3 สัปดาห์ขึ้นไป, ไอเป็นเลือด หรือน้ำหนักลดโดยไม่มีสาเหตุอื่น ให้ทำการตรวจภาพรังสีทรวงอก และตรวจเสมหะย้อมดูเชื้อวัณโรค เพื่อให้การรักษาได้อย่างรวดเร็ว และป้องกันไม่ให้เชื้อแพร่กระจายไปยังบุคคลอื่นต่อไป⁶

ในรายที่การทดสอบปฏิกิริยาทูเบอร์คูลินเป็นผลลบ คือ มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของบริเวณที่เป็น induration (wheal และ flare) น้อยกว่า 10 มม. ควรตรวจซ้ำอีกใน 1-4 สัปดาห์หลังจากการทดสอบครั้งแรก (two step test) โดยเฉพาะในผู้ที่มีปฏิกิริยาต่ำ เช่น ผู้ที่ติดเชื้อ HIV เป็นต้น เพื่อตรวจหาภาวะผลการกระตุ้น ถ้ายังได้ผลลบ ซึ่งแสดงว่าเป็นผลลบจริง ควรพิจารณาการให้วัคซีน BCG โดยเฉพาะในเด็กเล็ก ที่ไม่เคยได้รับ วัคซีน BCG หรือตรวจไม่พบ BCG scar (กำลังคำแนะนำ "ข")

อย่างไรก็ตาม ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การให้วัคซีน BCG ซ้ำอีก ในผู้ที่เคยได้รับวัคซีน BCG หรือตรวจพบ BCG scar แล้ว (กำลังคำแนะนำ "ค"),⁷⁻⁹ สำหรับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ห้ามให้วัคซีน BCG เนื่องจากเป็นเชื้อมีชีวิต (lived vaccine) เพราะจะทำให้เกิดโรคขึ้นได้ในผู้ป่วยเหล่านี้

บุคลากรทางการแพทย์ที่มีผลการตรวจทูเบอร์คูลินเป็นลบ ควรได้รับการตรวจปฏิกิริยาทูเบอร์คูลินซ้ำทุก 1 ปี เพื่อดูว่ามีการติดเชื้อเกิดขึ้นหรือไม่

บุคคลที่มีผลการทดสอบปฏิกิริยาทูเบอร์คูลินเป็นบวก ควรได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก และการประเมินทางคลินิกสำหรับโรควัณโรค ถ้าพบความผิดปกติที่เข้าได้กับวัณโรค ควรตรวจเสมหะหาเชื้อ แล้วพิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป (ดูบทที่ว่าด้วยการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและการให้ยา เพื่อการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค)

การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคจากปรสิตในประชาชนไทย

(Screening for Parasitic Infection in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองสำหรับโรคจากปรสิต เฉพาะปรสิตชนิดที่อาศัยในลำไส้หรืออวัยวะอื่น ที่ไข่หรือตัวอ่อนของพยาธิ สามารถตรวจพบได้ในอุจจาระในประชาชนทุกคน เนื่องจากมีหลักฐานอย่างชัดเจนว่า พยาธิบางชนิด เช่น พยาธิใบไม้ตับ ก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง และเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย การตรวจพบพยาธิและการให้การรักษาการติดเชื้อพยาธินั้น เป็นการป้องกันปฏิกิริยาต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงดังกล่าว (ดูเรื่องการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีฉบับเพิ่มเติม) (กำลังคำแนะนำ “ก”)

สำหรับความถี่ในการตรวจนั้น ยังไม่มีการศึกษาไว้อย่างชัดเจน แต่แนะนำให้ทำอุจจาระส่งตรวจปีละครั้ง หรือภายใน 4-6 สัปดาห์ หลังกลับจากการเดินทางไปในแหล่งระบาดที่มีปรสิตชุกชุม (กำลังคำแนะนำ “ข”)

ควรแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำที่ไม่สะอาด, อาหารที่ปรุงไม่สุก, ผักสดและ/หรือผลไม้ควรล้างให้สะอาดก่อนการรับประทาน ตลอดจนล้างมือและภาชนะใส่อาหารให้สะอาด เพื่อป้องกันตนเองจากปรสิตที่มากับอาหาร รวมทั้งสวมรองเท้าทุกครั้งที่ลงจากบ้าน และหลีกเลี่ยงไม่ให้ยุงกัด หากต้องเดินทางเข้าไปในแหล่งระบาดของโรคไข้จับสั่นหรือโรคเท้าช้าง (กำลังคำแนะนำ “ก”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองโรคจากปรสิต เฉพาะชนิดที่อาศัยในลำไส้หรืออวัยวะอื่น ที่ไข่หรือตัวอ่อนของพยาธิ สามารถตรวจพบได้ในอุจจาระ ในผู้ที่อาศัยอยู่ในแหล่งระบาด หรือมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การบริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ เป็นต้น โดยวิธี FD, TS และ/หรือ DS ด้วยเหตุผลเช่นเดียวกับกลุ่มประชาชนทั่วไป (กำลังคำแนะนำ “ก”)

สำหรับความถี่ในการตรวจนั้น ยังไม่มีการศึกษาไว้อย่างชัดเจนเช่นกัน แต่น่าจะถี่กว่ากลุ่มทั่วไป คือ แนะนำให้ส่งอุจจาระเพื่อตรวจหาปรสิตทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี (กำลังคำแนะนำ “ข”)

องค์การอนามัยโลก¹ ไม่แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองการติดเชื้อมาลาเรีย รวมทั้งปรสิตอื่นที่ต้องตรวจจากการตรวจเลือดหรือสิ่งส่งตรวจอย่างอื่น ในบุคคลที่อาศัย หรือเดินทางเข้าไปในแหล่งระบาดของปรสิตต่างๆ ยกเว้นในหญิงมีครรภ์ที่อาศัยอยู่หรือเดินทางเข้าไปในแหล่งระบาดของมาลาเรีย แต่ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านอย่างชัดเจน (กำลังคำแนะนำ “ค”)

แต่แนะนำให้เฝ้าระวังสังเกตอาการในกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว หากเริ่มมีไข้หรือรู้สึกไม่สบาย ให้รีบหาการบริการทางการแพทย์ เพื่อตรวจหาเชื้อปรสิตดังกล่าว (กำลังคำแนะนำ “ข”)

สำหรับผู้ที่มีอาการที่สงสัยว่าอาจเป็นโรคจากปรสิต คือ มีอาการปวดท้อง, ท้องอืด, อุจจาระเหลว หรือเป็นมูกเลือด, อุจจาระร่วง ควรส่งอุจจาระเพื่อตรวจหาปรสิต หากสงสัยว่าอาจเป็นโรคจากปรสิตควรพบแพทย์

กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประทับกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

มาตรการดำเนินการเมื่อได้รับผลการตรวจ

เมื่อทราบผลการตรวจว่าเป็นโรคจากปรสิตชนิดใดแล้ว ควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษาด้วยยาขนาดที่เหมาะสมกับพยาธิปรสิตชนิดนั้น เพราะปรสิตแต่ละกลุ่มชนิดนั้น ใช้ยาและขนาดต่างกันในการรักษา การได้รับยาขนาดที่เหมาะสมกับชนิดของพยาธิปรสิต จะทำให้หายขาดจากโรคได้และเป็นการป้องกันการติดต่อยาอีกด้วย

การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคเอดส์ในประชาชนไทย

(Screening for Human Immunodeficiency Virus Infection in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

จากข้อพิจารณาด้านระบาดวิทยาของการติดเชื้อ และวิธีปฏิบัติในปัจจุบัน เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงโดยแบบสอบถามหรือการรายงาน ซึ่งไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร อย่างไรก็ตาม ก็ยังแนะนำให้แพทย์ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยทุกคน ด้วยการซักประวัติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ และการใช้ยา ทั้งในอดีตและปัจจุบัน (กำลังคำแนะนำ "ก")

นอกจากนี้ แนะนำให้วัยรุ่นและหนุ่มสาวได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยความสมัครใจ โดยเฉพาะก่อนการแต่งงาน (กำลังคำแนะนำ "ข") รวมทั้งแนะนำให้แพทย์และเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขต่าง ๆ แนะนำให้ผู้ป่วยอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ โดยเฉพาะผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี (กำลังคำแนะนำ "ข")

แนะนำให้หญิงทุกคนที่ตั้งครรภ์ ควรได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ครั้งแรกเมื่อฝากครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง ควรได้รับการตรวจซ้ำอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ได้ 7 เดือน ถ้าผลการตรวจครั้งแรกได้ผลปกติ (กำลังคำแนะนำ "ข")

เด็กทุกคนที่คลอดจากมารดาที่ไม่ทราบผลการตรวจเอชไอวี ควรได้รับการตรวจหาเอชไอวี (กำลังคำแนะนำ "ข")

ในการตรวจเลือดทุกครั้งต้องให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี การป้องกัน และต้องได้รับคำยินยอมก่อนเสมอ รวมทั้งการตรวจต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ (กำลังคำแนะนำ "ก")

บุคคลทุกคนควรได้รับการให้คำปรึกษา เพื่อการป้องกันการติดเชื้อ HIV ด้วยการไม่สำส่อนทางเพศ มีคู่นอนที่ติดเชื้อเพียงคนเดียว นอกจากนี้ควรได้รับคำแนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัย รวมทั้งมาตรการอื่นๆ ในการป้องกันการติดเชื้อด้วย (กำลังคำแนะนำ "ก")

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี สูง ได้แก่ กลุ่มชายรักร่วมเพศ, ผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรค, ผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดและคุนอน, หญิงและชายบริการ ทางเพศ และผู้ที่มีความสำส่อนทางเพศหรือผู้ที่มีคู่นอนมากกว่าหนึ่งคน ควรได้รับคำปรึกษาและตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อเอชไอวี และควรได้รับการดังกล่าวเป็นระยะทุก 6 เดือน (กำลังคำแนะนำ "ข")

กำลังคำแนะนำ

"ก" คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

"ข" คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

"ค" คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

"ง" คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

สามีภรรยาและคู่นอนของผู้ติดเชื้อ ซึ่งยังไม่ติดเชื้อ ควรได้รับคำปรึกษาและตรวจเป็นระยะ ๆ ทุก 6 เดือน เช่นกัน (กำลังคำแนะนำ "ข")

แนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งผู้ที่มีกิจกรรมภาชนะน้ำที่ หรือมีโอกาสที่จะติดเชื้อเอชไอวี ควรได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ทุก 1 ปี (กำลังคำแนะนำ "ข")

ในการตรวจเลือด ต้องมีการให้คำปรึกษาแนะนำ และได้รับคำยินยอมให้ตรวจหาการติดเชื้อ ก่อนทุกครั้ง (กำลังคำแนะนำ "ก")

มาตรการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรค

เมื่อผลการตรวจคัดกรองเป็นบวก ต้องมีการตรวจซ้ำ คือ ต้องได้ผลบวกจาก EIAs อย่างน้อยสองครั้ง และต้องได้รับการตรวจยืนยันด้วย WB หรือ IFA ทุกราย ในกรณีที่ผล WB ไม่แน่ชัด ผู้ป่วยรายนั้นควรได้รับการประเมินอย่างละเอียด และตรวจซ้ำอีกครั้งใน 3-6 เดือนถัดไป

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการติดต่อของเชื้อเอชไอวี, การปฏิบัติสำหรับตนเองและครอบครัว, อาการแสดงต่าง ๆ ที่ต้องได้รับการดูแลด้านการแพทย์, และข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง. นอกจากนี้ต้องได้รับคำแนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดการรับเชื้อเพิ่ม หรือแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่น

ผู้ติดเชื้อควรไปรับบริการบริการทางการแพทย์ เพื่อตรวจดูระดับของภูมิคุ้มกัน และตรวจหาโรคติดเชื้ออื่น ๆ เช่น วัณโรค, ฯลฯ และควรได้รับการรักษาดูแลและติดตามการรักษา ตามมาตรฐานของสถานพยาบาลนั้น ๆ

การตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในประชาชนไทย

(Screening for Hepatitis B Virus Infection in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป¹

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การทำการตรวจคัดกรอง เพื่อหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอย่างเรื้อรัง (HBsAg) ในประชาชนทั่วไป (กำลังคำแนะนำ “ค”)

แม้มีคำแนะนำจากต่างประเทศ ซึ่งแนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองหา hepatitis B surface antigen (HBsAg) เพื่อตรวจหาการติดเชื้อ HBV (ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง) ในหญิงตั้งครรภ์ทุกคน เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก แต่จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า อาจไม่มีความจำเป็นเท่าใดนัก (กำลังคำแนะนำ “ข”)

ทารกแรกเกิดทุกคน ควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ชนิด DNA recombinant ภายใน 12 ชั่วโมงหลังคลอด (ดูเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี) (กำลังคำแนะนำ “ก”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

จากคำแนะนำจากต่างประเทศ แนะนำว่าอาจทำการตรวจ HBsAg ซ้ำในไตรมาสที่สาม ถ้าหญิงนั้นมีผลการตรวจ HBsAg เป็นลบในครั้งแรก และมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ฉีดยาเสพติด, หรือ ถ้าสงสัยการสัมผัสเชื้อ HBV ในระหว่างการตั้งครรภ์ แต่ก็เช่นเดียวกันกับในประชากรทั่วไป คือ จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า อาจไม่มีความจำเป็นเท่าใดนัก (กำลังคำแนะนำ “ข”)

¹ กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในประชาชนไทย

(Screening for Syphilis in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสในประชาชนไทยทั่วไป (กำลังคำแนะนำ “ค”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

ควรตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสในหญิงมีครรภ์ทุกรายตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์¹⁸ (กำลังคำแนะนำ “ก”), และจากการศึกษาพบว่า การตรวจคัดกรองโรคซ้ำอีกครั้ง เมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ให้ผลคุ้มค่า เนื่องจากสามารถค้นพบหญิงมีครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิสได้เพิ่มขึ้น ทำให้ป้องกันการติดเชื้อในเด็กได้เพิ่มขึ้น¹⁹ และเป็นสิ่งที่น่าปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหญิงมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น สามีเป็นซิฟิลิส, หญิงบริการ หรือหญิงมีครรภ์นั้นอยู่ในชุมชนที่มีความชุกของโรคซิฟิลิสสูง แต่การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ให้ผลลบ¹⁴

ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น หญิงหรือชายขายบริการทางเพศ, ผู้ที่ใช้เพศสัมพันธ์เพื่อการแลกเปลี่ยนยาเสพติดหรือสิ่งอื่นๆ, ผู้ที่ฉีดยาเสพติดโดยใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น, ผู้ที่ป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่นๆ รวมทั้งโรคเอดส์, และผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยซิฟิลิส น่าได้รับการตรวจคัดกรองโรค (กำลังคำแนะนำ “ข”) แต่ความถี่ที่เหมาะสมในการตรวจยังไม่มีการกำหนดอย่างชัดเจน สำหรับผู้เขียนแนะนำให้ทำซ้ำทุก 3 เดือน หากยังมีความเสี่ยงอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากเป็นระยะเวลานานที่สุดของระยะฟักตัวของโรคซิฟิลิส (กำลังคำแนะนำ “ค”).

นอกจากนี้ เมื่อพบมีผู้ป่วยติดเชื้อโรคซิฟิลิสในชุมชนท้องถิ่น ควรได้มีการพิจารณาหาผู้ร่วมเพศ และบุคคลที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อมารับการตรวจคัดกรองด้วย

มาตรการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรค

ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสเป็นบวกโดยไม่มีอาการทางคลินิกทุกราย จะต้องได้รับการตรวจยืนยันด้วยวิธีทดสอบ treponema ได้แก่ FTA-ABS หรือ TPHA หากผลการตรวจดังกล่าวเป็นผลบวก แสดงว่าผู้นั้นป่วยเป็นซิฟิลิสจริง โดยเป็นระยะแฝง (latent syphilis) ผู้ป่วยรายนั้นควรได้รับการรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพสูง ยาที่ได้รับการแนะนำให้ใช้เป็นอันดับแรก คือ ยาเพนนิซิลินชนิดฉีด หากผู้ป่วยแพ้ยาเพนนิซิลินก็ควรได้รับการรักษาด้วยยา ที่ได้รับการแนะนำให้ใช้ในลำดับต่อไป โดยขนาดของยาที่ใช้ต้องเหมาะสมกับระยะของโรค

กําลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

หากไม่ทราบระยะเวลาที่เป็นโรคควรให้การรักษาอย่างผู้ที่ เป็นโรคนานาน คู่นอนหรือสามีภรรยาของผู้ป่วยควรได้รับการตรวจคัดกรอง, ตรวจยืนยัน และได้รับการรักษาไปพร้อม ๆ กับการให้งดการมีเพศสัมพันธ์ไว้ก่อน

ผู้ป่วยควรได้รับการติดตามผลการรักษา ด้วยการตรวจน้ำเหลืองเป็นระยะ ๆ โดยใช้วิธีตรวจเช่นเดียวกันกับการตรวจครั้งแรก และตรวจวัดระดับปฏิกิริยา (titer) ด้วย เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกันได้ นอกจากนี้ควรหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ พร้อมกันไปด้วย.

การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคเริมที่อวัยวะเพศในประชาชนไทย

(Screening for Genital Herpes Simplex in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

ไม่แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคเริมที่อวัยวะเพศเป็นประจำ ในประชาชนทั่วไป ไม่ว่าโดยการเพาะเชื้อ, การตรวจหาแอนติบอดี หรือการตรวจวิธีอื่น ๆ เนื่องจากยังไม่มียาใด ๆ ที่ได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถกำจัดการติดเชื้อแบบแฝงและขจัดการปล่อยไวรัสได้ (กำลังคำแนะนำ “ง”)

นอกจากนี้ ยังไม่แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคเริมที่อวัยวะเพศ ในหญิงมีครรภ์ที่ไม่มีอาการ ไม่ว่าโดยการเพาะเชื้อ, การย้อมตรวจ, หรือการตรวจ HSV antigen ด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น direct immunofluorescent assay, EISA และ PCR เนื่องจากการตรวจดังกล่าว ไม่สามารถใช้พยากรณ์การแพร่เชื้อขณะคลอดได้³⁴⁻⁴⁰ (กำลังคำแนะนำ “ง”)

แนะนำให้ซักประวัติเกี่ยวกับอาการและตรวจร่างกายอย่างถี่ถ้วน ในหญิงมีครรภ์ขณะเจ็บครรภ์คลอดทุกคน (ยกเว้นรายที่ถุงน้ำคร่ำแตกมานานกว่า 4 ชั่วโมง) เพื่อหาอาการและรอยโรคของการติดเชื้อโรคเริมที่อาจแพร่เชื้อได้ (กำลังคำแนะนำ “ข”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การให้คำแนะนำในการใช้ถุงยางหรืองดการร่วมเพศ แก่หญิงที่มีประวัติเคยเป็นโรค แต่ตนเองไม่เคยเป็นโรค (กำลังคำแนะนำ “ค”)

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การให้ยา acyclovir เพื่อป้องกันการเกิดรอยโรคเริมซ้ำ ในหญิงมีครรภ์ซึ่งมีประวัติเคยเป็นโรคเริม (กำลังคำแนะนำ “ค”)

ในหญิงที่เจ็บครรภ์คลอด กรณีที่ถุงน้ำคร่ำแตกมานานกว่า 4 ชั่วโมง แนะนำให้ซักประวัติเกี่ยวกับอาการ และตรวจเฉพาะบริเวณอวัยวะเพศภายนอกอย่างถี่ถ้วน หากพบรอยโรคของการติดเชื้อโรคเริมที่อวัยวะเพศภายนอก ห้ามตรวจภายในหรือใส่เครื่องมือเข้าไปภายในตัวมดลูก เพราะอาจนำเชื้อไปติดสู่ทารกในครรภ์ได้ (กำลังคำแนะนำ “ข”)

มาตรการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรค

ในหญิงมีครรภ์ หากพบรอยโรคของการติดเชื้อโรคเริม ทั้งที่เป็นการติดเชื้อครั้งแรกหรือเป็นโรคซ้ำ ขณะเจ็บครรภ์คลอด รวมทั้งในกรณีที่ถุงน้ำคร่ำแตกมานานกว่า 4 ชั่วโมง แนะนำให้พิจารณาทำคลอดด้วยการผ่าตัด

กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคหนองใน-ในประชาชนไทย

(Screening for Gonococcal Infection in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

ไม่แนะนำการตรวจคัดกรอง ในประชาชนทั่วไปทั้งหญิงและชาย ที่ไม่มีอาการและไม่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้ (กำลังคำแนะนำ “ง”)

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านการตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคหนองใน ในหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป (กำลังคำแนะนำ “ค”)

เด็กแรกเกิดทุกรายควรได้รับการหยอดตาทั้ง 2 ข้างด้วยน้ำยา 1% ซิลเวอร์ไนเตรท ทันทีหลังคลอด หรืออย่างน้อยภายในหนึ่งชั่วโมงหลังคลอด เพื่อป้องกันการเกิดโรคหนองในของนัยน์ตาเด็กแรกเกิด (กำลังคำแนะนำ “ก”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

นำทำการตรวจคัดกรองโรคหนองใน ในผู้หญิงที่ไม่มีอาการแต่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ หญิงบริการทางเพศ, หญิงซึ่งมีประวัติเป็นโรคหนองในมาหลายครั้ง และหญิงเยี่ยววัยที่มีคู่นอนตั้งแต่สองคนขึ้นไป รวมทั้งหญิงมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น, และหญิงที่สัมผัสทางเพศกับผู้ที่ เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, หญิงที่สัมผัสทางเพศกับผู้ที่ เป็นโรคหนองใน, หญิงที่สัมผัสทางเพศกับผู้ที่ มีคู่นอนหลายคน (กำลังคำแนะนำ “ข”)

นำทำการตรวจคัดกรองโรคหนองใน ในหญิงมีครรภ์ในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ (กำลังคำแนะนำ “ข”) และนำทำการตรวจคัดกรองอีกครั้งเมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ หากยังมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดังกล่าวข้างต้นอยู่ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงความเสี่ยงจริง (actual risk) ซึ่งขึ้นอยู่กับระบาดวิทยาของโรคหนองในในชุมชนนั้นด้วย

เด็กแรกเกิดทุกรายควรได้รับการหยอดตาทั้ง 2 ข้างด้วยน้ำยา 1% ซิลเวอร์ไนเตรท ทันทีหลังคลอด หรืออย่างน้อยภายในหนึ่งชั่วโมงหลังคลอด เพื่อป้องกันการเกิดโรคหนองในของนัยน์ตาเด็กแรกเกิด (กำลังคำแนะนำ “ก”)

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านการตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคหนองใน ในผู้ชายที่มีความเสี่ยงสูง (กำลังคำแนะนำ “ค”)

กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

มาตรการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรค

เนื่องจากการใช้วิธีเพาะเชื้อเป็นการตรวจคัดกรองโรคหนองใน ดังนั้นเมื่อผลการตรวจคัดกรองดังกล่าวให้ผลบวก จึงเป็นผลบวกจริงเสมอ และไม่จำเป็นต้องตรวจยืนยันอีก แต่ให้เริ่มการรักษาผู้ป่วยด้วยยาที่มีประสิทธิภาพสูง คือยาที่ให้อัตราการหายอย่างต่ำร้อยละ 95 และยาดังกล่าวควรมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคหนองในทั้งประเภท PPNG (penicillin producing *Neisseria gonorrhoeae*) และ non-PPNG ²⁴

นอกจากนี้ควรต้องติดตามผู้สัมผัสทุกราย มารับการตรวจคัดกรองและรับการรักษาไปพร้อมๆ กัน ผู้ป่วยและผู้สัมผัสควรได้รับสุขศึกษาเกี่ยวกับโรค และมาติดตามผลการรักษา รวมทั้งค้นหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ เช่น การติดเชื้อซิฟิลิส, การติดเชื้อ HIV เป็นต้น เมื่อถึงระยะเวลาที่เหมาะสม

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อหนองในมักมีการติดเชื้อคลาไมเดีย (*Chlamydia trachomatis*) ร่วมด้วย และเนื่องจากค่าตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อคลาไมเดีย แพงกว่าค่ายาที่ใช้ในการรักษาโรคติดเชื้อคลาไมเดีย จึงแนะนำให้ให้ยารักษาโรคคลาไมเดียแก่ผู้ป่วยพร้อมๆ กับการรักษาโรคหนองในด้วย

การตรวจคัดกรองการติดเชื้อคลาไมเดียในประชาชนไทย (Screening for Chlamydial Infection in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป^{*}

ไม่แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อคลาไมเดียในประชาชนทั่วไป เนื่องจากมีความยุ่งยาก (กำลังคำแนะนำ “ง”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

ปัจจุบันการตรวจเพาะเชื้อคลาไมเดีย หรือการตรวจหาแอนติเจน สามารถทำได้ที่ศูนย์กามโรคเขตเป็นบางแห่ง, กองกามโรค, โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์เป็นบางแห่ง เท่านั้น เนื่องจากเครื่องมือและวัสดุที่ใช้มีราคาสูง และมีอายุการใช้งานจำกัด จึงยังไม่สามารถทำการตรวจคัดกรองได้โดยทั่วไป ประกอบกับอุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลงเรื่อย ๆ จากการรณรงค์ให้ศึกษาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และความหวาดกลัวการติดโรคเอดส์ จึงยังไม่มีความจำเป็นในการตรวจคัดกรองมากนัก (กำลังคำแนะนำ “ค”)

ในอนาคต ถ้ามีความสามารถในการทำได้ น่าจะทำในหญิงมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง, หญิงบริการทางเพศ, หญิงที่มีคู่นอนหลายคน และไม่ใช่ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ (กำลังคำแนะนำ “ข”)

เนื่องจากค่ายาที่ใช้ในการรักษาโรคติดเชื้อคลาไมเดีย มีราคาค่อนข้างถูกเมื่อเปรียบเทียบกับค่าตรวจคัดกรอง ดังนั้นหากไม่สามารถทำการตรวจคัดกรองได้ แต่มีหญิงที่มีความเสี่ยงอยู่ในความดูแล และสงสัยว่าอาจติดเชื้อคลาไมเดีย ให้รักษาด้วยยาที่สามารถกำจัดเชื้อคลาไมเดียได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเลือกชนิดของยาให้เหมาะสม ระยะเวลาให้เพียงพอ และให้ศึกษาแก่ผู้ป่วยพร้อมรักษาคู่นอนทุกรายไปพร้อม ๆ กัน

มาตรฐานการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรค

หากตรวจคัดกรองโดยวิธีเพาะเชื้อให้ผลบวก ถือว่าเป็นผลบวกจริงสามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้ทันที และรักษาผู้สัมผัส (คู่นอน) ทุกคนไปพร้อม ๆ กัน พร้อมทั้งให้ศึกษาและตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ร่วมด้วยเมื่อถึงเวลาอันสมควร

หากตรวจคัดกรองด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น DIFA, EIA, DNA probe หรือ PCR ถ้าเป็นการตรวจในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงและในถิ่นที่มีความชุกของโรคสูง ผลที่ได้มักมีค่าการทำนายผลบวกสูง (มักเป็นผลบวกจริง) จึงควรให้การรักษาและดำเนินการตามที่กล่าวข้างต้น

กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเซลล์ตับในประชาชนไทย (Screening for Hepatocellular Carcinoma in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

ไม่แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองหามะเร็งเซลล์ตับ ทั้งโดยการตรวจวัด ระดับ alpha-fetoprotein ในซีรัม หรือการตรวจภาพตับด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ด้วยเครื่องชนิด high resolution linear-array real time ultrasonography ในประชาชนไทยทั่วไป (ถ้าลึงคำแนะนำ “ง”)

แนะนำให้จัดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริม ที่ชักนำให้เกิดมะเร็งเซลล์ตับ ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ทั้งชนิด บี และ ซี, การงดการดื่มสุรา, การงดบุหรี่ เป็นต้น (ถ้าลึงคำแนะนำ “ก”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การตรวจคัดกรองเพื่อหามะเร็งเซลล์ตับ ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น บุคคลที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอย่างเรื้อรัง เป็นต้น (ถ้าลึงคำแนะนำ “ค”) ด้วยการใช่วิธีการตรวจวัด ระดับ alpha-fetoprotein ในซีรัม ร่วมกับการตรวจภาพตับด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ด้วยเครื่องชนิด high resolution linear-array real time ultrasonography เนื่องจากยังไม่สามารถบอกได้ว่าจะมีคุณค่าเพียงใด

ถ้อยคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทย

(Screening for Cholangiocarcinoma in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

แนะนำให้มีการกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ประชาชน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม โดยเฉพาะ การไม่กินปลาดิบ, การถ่ายอุจจาระลงในส้วม, การกินอาหารที่มีไนเตรตต่ำ เป็นต้น (กำลังคำแนะนำ “ก”)

แนะนำให้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการตรวจอุจจาระ ในประชาชนไทยทุกคน เป็น ประจำ สำหรับความถี่ในการตรวจขึ้นอยู่กับอัตราความเสี่ยง (กำลังคำแนะนำ “ก”)

ไม่แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีตับ ด้วยการตรวจตับด้วยอัลตราซาวด์ ในประชาชนไทย ทั่วไป (กำลังคำแนะนำ “ง”).

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

แนะนำให้ตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการนับจำนวนไข่พยาธิ ในบุคคลที่มีความเสี่ยง สูงต่อการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีตับ ได้แก่ บุคคลที่มีประวัติเคยกินปลาดิบ, อาศัยอยู่หรือเคยอาศัยอยู่ในภาคอีสาน หรือในชุมชนที่มีผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีตับ, มีประวัติมะเร็งท่อน้ำดีตับในครอบครัว เป็นต้น (กำลังคำแนะนำ “ก”)

ในบุคคลที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ มากกว่า 10,000 ฟอง ต่ออุจจาระหนึ่งกรัม แนะนำให้ตรวจตับด้วย อัลตราซาวด์ (กำลังคำแนะนำ “ข”).

มาตรการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรค

ในบุคคลที่ตรวจพบมีไข่พยาธิใบไม้ตับ แนะนำให้รักษาด้วยยา praziquantel รวมทั้งต้องเน้นย้ำการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้น เพื่อไม่ให้กลับไปติดเชื้อซ้ำอีก โดยเฉพาะในคนที่เคยได้รับการรักษา และ/หรืออยู่ ในพื้นที่ที่มีการติดเชื้อสูง (กำลังคำแนะนำ “ก”)

ในบุคคลที่ตรวจพบก้อนในตับจากอัลตราซาวด์ ควรได้รับการตรวจต่อด้วย Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) และ/หรือ computed tomography.

กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปอดในประชาชนไทย

(Screening for Lung Cancer in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไปและประชากรกลุ่มเสี่ยง¹

ไม่แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรอง บุคคลที่ปราศจากอาการ เพื่อหาโรคมะเร็งปอด ทั้งด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก และ/หรือ การตรวจเสมหะเพื่อดูเซลล์มะเร็งในเสมหะ ทั้งในประชาชนทั่วไปและประชากรกลุ่มเสี่ยง (กำลังคำแนะนำ “ง”) ^{21,22}

การหยุดสูบบุหรี่ หรือการไม่เริ่มสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นนั้น ได้รับการพิสูจน์อย่างชัดเจนแล้วว่าเป็นการป้องกันการเกิดมะเร็งปอดได้อย่างแน่นอน ดังนั้นบุคคลทุกคนควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการไม่สูบบุหรี่ หรือถ้าสูบบุหรี่ควรได้รับคำแนะนำให้งดสูบบุหรี่ (กำลังคำแนะนำ “ก”) สำหรับผู้ที่ไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเองควรขอคำปรึกษาจากแพทย์

¹ กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมในประชาชนไทย

(Screening for Breast Cancer in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

แนะนำให้ทำ การแนะนำให้ประชาชนทั่วไปตั้งแต่อายุ 30 ปีขึ้นไป ตรวจเต้านมด้วยตัวเอง (*self breast examination: SBE*) ถึงแม้การตรวจนี้มีความไวต่ำสุด แต่ด้วยความที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย จึงแนะนำให้ทำเป็นประจำ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสนใจดูแลสุขภาพของตนเองด้วย (กำลังคำแนะนำ “ข”)

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม โดยการตรวจภาพถ่ายรังสีเต้านม (*x-rays mammography*) และ/หรือการตรวจเต้านมโดยแพทย์ (*clinical breast examination: CBE*) ในผู้หญิงทั่วไปที่อายุน้อยกว่า 50 ปี^{1,2} และอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป (กำลังคำแนะนำ “ค”) แต่แนะนำให้ในผู้หญิงอายุ 50-69 ปี (กำลังคำแนะนำ “ข”)³⁻⁵ โดยอาจเลือกดำเนินการตามมาตรการเป็นราย ๆ ไป

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

แม้ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอในการศึกษาประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงกว่าคนปกติ แต่นำดำเนินการตามมาตรการทั้งหมด ได้แก่ SBE, CBE และ การตรวจภาพถ่ายรังสีเต้านม ในผู้หญิงอายุ 40-49 ปี ที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม ทุก 2 ปี^{1,4,5} (กำลังคำแนะนำ “ข”)

ในรายที่ไม่สามารถทำตามได้ อาจเริ่มตรวจเต้านมโดยแพทย์เมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป และทำการถ่ายภาพรังสีเต้านมเป็นพื้นฐาน เมื่ออายุ 40 ปี แล้วจึงค่อยทำทุก 1-2 ปี เมื่ออายุมากกว่า 50 ปีไปแล้ว

สำหรับผู้หญิงกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองหามะเร็งเต้านม เมื่ออายุ 50-69 ปี ทุก 2 ปี ด้วยการถ่ายภาพรังสีเต้านมอย่างเดียว หรือการถ่ายภาพรังสีเต้านมร่วมกับการตรวจเต้านมโดยแพทย์³⁻⁵ (กำลังคำแนะนำ “ก”)

กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่าการกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประชาชนไทย

(Screening for Colorectal Cancer in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

แนะนำให้คัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ด้วยการสอบถามประวัติ ในบุคคลอายุมากกว่า 40 ปีทุกคน ว่ามีอาการหรือมีประวัติในครอบครัวหรือไม่ เพื่อแยกกลุ่มออกเป็นประชากรกลุ่มความเสี่ยงปกติ (normal risk) และประชากรกลุ่มความเสี่ยงสูง (high risk) (กำลังคำแนะนำ “ก”)

แนะนำให้ทำการตรวจทวารหนักด้วยนิ้วมือ, การตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ (fecal occult blood test: FOBT), และ/หรือ การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง (rigid sigmoidoscopy: RS) สำหรับประชากรทั่วไป (กลุ่มความเสี่ยงปกติ) โดยเริ่มตรวจครั้งแรกเมื่ออายุ 40 ปี และควรตรวจซ้ำทุก 5 ปี (กำลังคำแนะนำ “ข”)

วิธีการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ คือ FOBT และ RS แต่ในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานใดที่แสดงให้เห็นได้ว่า การตรวจด้วยการตรวจทั้งสองอย่างข้างต้น ให้ผลประโยชน์มากกว่าการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระอย่างเดียว

เหตุผลที่เริ่มตรวจอายุ 40 ปี ต่างจากคำแนะนำจากบางสถาบันที่แนะนำให้เริ่มเมื่ออายุ 50 ปี เพราะมะเร็งทวารหนักในประเทศไทยตรวจพบ เมื่อมีอายุน้อยจำนวนสูง (กำลังคำแนะนำ “ข”)

สำหรับช่วงเวลาตรวจคัดกรองแนะนำให้ทำทุก 5 ปี แทนการตรวจทุกปีตามคำแนะนำจากสถาบันอื่น ๆ เพราะการเปลี่ยนจากโพลีปเป็นมะเร็งมักเป็นเวลานานประมาณ 10-15 ปี การตรวจคัดกรองทุก 5 ปี จึงน่าจะพอเพียง และประหยัดค่าใช้จ่ายได้มาก แต่ก็ควรมีการทำวิจัยในแง่มุมนี้ต่อไป (กำลังคำแนะนำ “ข”)

ก่อนการตรวจผู้ป่วยที่ได้รับการเสนอให้รับการตรวจดังกล่าว ผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ ผลประโยชน์ที่จะได้รับและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้จากการทำหัตถการดังกล่าว, โอกาสที่จะได้ผลบวกสูง และการตรวจซึ่งจะต้องทำต่อไปเมื่อพบความผิดปกติ

ก่อนการเก็บอุจจาระเพื่อตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการจำกัดอาหาร (diet restriction) โดยเฉพาะอาหารที่มีเลือดสัตว์ปน, เนื้อแดง, วิตามินซี, ยาแอสไพริน, และยา NSAID เป็นต้น; การเก็บอุจจาระเพื่อส่งตรวจ (sample collection) และการปฏิบัติในการส่งไปยังห้องปฏิบัติการ (การทำให้อุจจาระที่แห้งให้กลับเปียกอีกครั้ง อาจเพิ่มความไวในการตรวจ แต่ลดความจำเพาะของการตรวจลง อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานเพียงพอ ในการพิสูจน์ว่าผลลัพธ์ของการเก็บอุจจาระเปียกจะดีกว่าแห้ง)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งมีจำนวนไม่มากนัก ได้แก่ บุคคลที่มีโรคทางพันธุกรรม เช่น familial polyposis หรือ hereditary nonpolyposis colorectal cancer (HNPCC) รวมทั้งบุคคลที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่า

กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

เป็น ulcerative colitis, adenomatous polyps ชนิดความเสี่ยงสูง, หรือโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นต้น ควรได้รับคำแนะนำให้ติดต่อกับแพทย์เฉพาะทางเพื่อเฝ้าระวังโรคอย่างใกล้ชิด โดยประชากรกลุ่มนี้ควรตรวจด้วยการตรวจทางรังสีวินิจฉัย (double contrast barium enema: DCBE) หรือการส่องกล้องตรวจตลอดลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) แล้วแต่ความเหมาะสมสำหรับแต่ละบุคคล ทุก 3-5 ปี รวมทั้งควรมีการจัดรวบรวมให้เป็นหมวดหมู่ และควรมีการทำทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมทั้งประเทศ

ไม่แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยการตรวจหา carcinoembryogenic antigen (CEA) เพราะมีผลบวกลวงได้จากภาวะต่าง ๆ ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากในการตรวจเพิ่มเติมเพื่อค้นหามะเร็ง และทำความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยอย่างมาก (กำลังคำแนะนำ “ง”)

มาตรการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรค

ถ้าการตรวจทวารหนักด้วยนิ้วมือและ/หรือการตรวจ FOBT ได้ผลบวกควรตรวจต่อด้วย DCBE ถ้าพบผลบวกจึงตรวจและรักษาด้วย colonoscopy เป็นขั้นตอนต่อไป สำหรับการตรวจคัดกรองด้วยกล้องส่องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนล่างชนิดอ่อน (flexible sigmoidoscopy: FS) ยังไม่เหมาะสมกับประเทศไทย ในปัจจุบันแต่อาจมีการนำมาใช้มากขึ้นในอนาคต

การส่องกล้องตรวจควรทำโดยผู้ที่ได้รับการฝึกฝนมาเป็นอย่างดี การเลือกใช้เครื่องมือควรเลือกตามความชำนาญของผู้ตรวจและความสบายของผู้ป่วย. FS ขนาดยาว (เช่น 60 ซม.) มีความไวในการตรวจพบมากกว่าชนิดแข็งขนาดสั้น.

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับอ่อนในประชาชนไทย (Screening for Pancreatic Cancer in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป รวมทั้งกลุ่มเสี่ยง^{*}

ไม่แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองสำหรับโรคมะเร็งตับอ่อนในบุคคลที่ไม่มีอาการ ด้วยการคลำท้อง, การทำอัลตราซาวด์, หรือ serologic tumor markers เป็นประจำ (กำลังคำแนะนำ “ง”)

ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการป้องกันปฐมภูมิสำหรับโรคมะเร็งตับอ่อน ได้แก่ การงดการใช้ผลิตภัณฑ์จากยาสูบ, การลดการบริโภคอาหารไขมันและคลอเรสเตอรอล รวมทั้งแนะนำให้เพิ่มการบริโภคผลไม้และผัก เป็นประจำ (กำลังคำแนะนำ “ก”)

^{*} กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในประชาชนไทย (Screening for Prostate Cancer in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไปและประชากรกลุ่มเสี่ยง^{*}

ไม่แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรอง เพื่อหาผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก ในบุคคลที่ไม่มีอาการ **ไม่ว่าจะ** โดยการตรวจทางทวารหนัก, การเจาะเลือดหา PSA, หรือการทำอัลตราซาวนด์ รวมทั้งการใช้ age adjusted PSA, PSA velocity, PSA density, และ free PSA ก็ยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนว่าเหมาะสมสำหรับการตรวจคัดกรอง (กำลังคำแนะนำ “ง”)

นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ขอให้ทำการตรวจคัดกรองหาโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ควรได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ เกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับ และอันตรายของการตรวจพบและการรักษาตั้งแต่ระยะต้น[†] (กำลังคำแนะนำ “ก”)

^{*} กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในประชาชนไทย

(Screening for Bladder Cancer in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป¹

ไม่แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรอง เพื่อหาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในบุคคลที่ไม่มีอาการ ด้วยการตรวจปัสสาวะ (microscopic urinalysis และ urine dipstick), หรือการตรวจเซลล์มะเร็งในปัสสาวะ (urine cytology) (กำลังคำแนะนำ “ง”)

บุคคลที่สูบบุหรี่ทุกคน ควรได้รับการแนะนำว่า การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ที่สูบบุหรี่ทุกคนควรได้รับคำแนะนำให้หยุดสูบบุหรี่ (กำลังคำแนะนำ “ก”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

บุคคลที่ทำงานที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ทำงานในอุตสาหกรรมสีย้อม หรือยาง อาจเหมาะสมในการตรวจคัดกรอง ณ สถานที่ทำงาน แต่ประโยชน์ที่ได้รับยังไม่ได้รับการพิสูจน์ทราบอย่างชัดเจน (กำลังคำแนะนำ “ข”)

¹ กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งอื่นๆ ในประชาชนไทย

(Screening for Other Cancers in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไปและประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

คำแนะนำในการตรวจคัดกรองมะเร็งทั่วไป

แนะนำให้ทำการซักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาอาการและอาการแสดงของโรคมะเร็ง (cancer-related checkup) ดังต่อไปนี้ (กำลังคำแนะนำ “ก”)

- ซักประวัติเกี่ยวกับ ปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง เช่น ประวัติมะเร็งชนิดต่างๆ ในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มะเร็งเต้านม, มะเร็งรังไข่ และมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นต้น รวมทั้งประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา, ประวัติการกินปลาดิบ, ประวัติการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือซี, และพฤติกรรมทางเพศ นอกจากนี้ควรซักถามเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคมะเร็ง 7 อย่าง ได้แก่
 1. มีการเปลี่ยนแปลงในการย่อยอาหารและการขับถ่ายอย่างเรื้อรัง เช่น ท้องอืด, อาหารไม่ย่อย, ท้องผูก สลับท้องเสีย หรือปัสสาวะเป็นเลือด
 2. มีเลือดออกผิดปกติ เช่น เลือดออกทางช่องคลอด หรือเลือดกำเดาไหลบ่อยๆ
 3. แผลเรื้อรังไม่หายใน 3 สัปดาห์
 4. มีก้อนที่เต้านม หรือตามตัว
 5. ไข้โตขึ้น หรือเปลี่ยนสี
 6. ไอเรื้อรัง หรือเสียงแหบ
 7. การที่มีน้ำหนักตัวลดลง โดยไม่ได้ตั้งใจ
- การตรวจร่างกาย นอกจากเน้นในส่วนที่มีอาการผิดปกติจากการซักประวัติ ควรตรวจ (ดูและคลำ) ทาแผลเรื้อรังหรือก้อนในช่องปาก, คลำต่อมน้ำเหลืองที่คอและต่อมทึรรอยด์, คลำช่องท้อง และ คลำเต้านมในเพศหญิง รวมทั้งตรวจดูผิวหนัง ทั้งนอกและในร่มผ้า

นอกจากการป้องกันทุติยภูมิด้วยการตรวจคัดกรองดังกล่าวข้างต้นแล้ว ควรดำเนินการป้องกันปฐมภูมิด้วยการให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงสาเหตุหรือสารก่อมะเร็ง เช่น งดสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา, งดกินปลาดิบ, การฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น ควบคู่กันไปด้วย จึงจะเป็นประโยชน์ในการควบคุมโรคมะเร็งมากยิ่งขึ้น

คำอธิบายย่อ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีโทษเสีย (ไม่ควรทำ)

คำแนะนำในการตรวจมะเร็งเฉพาะชนิด

มะเร็งปากมดลูก, มะเร็งมดลูก, และมะเร็งรังไข่

แนะนำให้ทำการตรวจ Pap's smear อย่างน้อยทุก 5 ปี ในหญิงทุกคนที่อายุ 35-55 ปี ที่มีประวัติเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว (กำลังคำแนะนำ "ก") นอกจากนี้แนะนำให้ทำในหญิงอายุ 18-34 และ >55 ปี ที่มีประวัติเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว (กำลังคำแนะนำ "ข") รวมทั้งอาจทำการตรวจภายในด้วย (กำลังคำแนะนำ "ข")

ไม่แนะนำให้ทำการตรวจวัดระดับ CA125 อย่างเดียว หรือร่วมกับการทำ abdominal หรือ transvaginal ultrasonography (กำลังคำแนะนำ "ง")

มะเร็งกระเพาะอาหาร

เนื่องจากไม่มีการตรวจคัดกรองที่จำเพาะเจาะจง จึงแนะนำให้ทำเพียงการซักประวัติเกี่ยวกับ ท้องอืด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และตรวจร่างกาย โดยการคลำต่อนำเหลืองที่คอและการคลำหน้าท้อง เท่านั้น (กำลังคำแนะนำ "ข") และไม่แนะนำให้ทำการตรวจกรองด้วย upper GI study หรือ EGD endoscopy ในบุคคลทั่วไป (กำลังคำแนะนำ "ง")

มะเร็งช่องปากและมะเร็งผิวหนัง

แนะนำให้ทำการตรวจดูช่องปาก และการคลำในช่องปาก รวมทั้งทำการตรวจผิวหนัง ในและนอกร่มผ้า ทุก 3 ปีในคนอายุ 20-39 ปี และทุกปีในคนอายุ 40 ปีขึ้นไป (กำลังคำแนะนำ "ข")

แม้ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน แต่ก็แนะนำให้ทำการสอนให้ผู้ป่วยสังเกตผิวหนังตนเอง (skin self-examination) (กำลังคำแนะนำ "ข")

การตรวจคัดกรองโรคอ้วนในประชาชนไทย

(Screening for Obesity in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป และประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

แนะนำให้ตรวจวัดส่วนสูงและชั่งน้ำหนักเป็นระยะๆ ในบุคคลทุกคน (กำลังคำแนะนำ "ก") ทั้งนี้ในผู้ใหญ่ แนะนำให้ใช้ การคำนวณดัชนีมวลร่างกาย (Body Mass Index: BMI = น้ำหนักเป็นกิโลกรัม หารด้วย ส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง) ควบคู่กับการประเมินปัจจัยอย่างอื่น เช่น ภาวะทางการแพทย์ และสัดส่วนเส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงสะโพก (waist/hip circumference ratio: WHR) เพื่อเป็นพื้นฐานในการประเมิน การดำเนินมาตรการ หรือการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญต่อไป

ตารางที่ 1. แนวทางการตัดสินใจโรคน้ำหนักตัวน้อยและโรคอ้วนในผู้ใหญ่อายุ >20 ปี โดยดัชนี

ความหนาของร่างกาย

โรคผอม	ดัชนีความหนาของร่างกาย (กก/ม. ²)	โรคอ้วน	ดัชนีความหนาของร่างกาย (กก/ม. ²)
ระดับ 3	<16.0	ระดับ 1a	25.0-29.99
ระดับ 2	16.0-16.99	ระดับ 1b	30.0-34.99
ระดับ 1b	17.0-18.49	ระดับ 2	35.0-39.99
ระดับ 1a	18.5-19.99	ระดับ 3	≥40.0

ดัชนีความหนาของร่างกาย ปกติ 20.0-24.99 กก/ม.²

สัดส่วนรอบวงเอวต่อวงสะโพก (waist/hip circumference ratio: WHR) ที่ใช้ตัดสินใจโรคอ้วนลงพุง

ชาย >1.0

หญิง >0.8

มาตรการดำเนินการทางคลินิก เมื่อตรวจพบโรคอ้วน¹⁻³

เมื่อตรวจพบว่าบุคคลใดเป็นโรคอ้วนแล้วต้องให้การรักษา ซึ่งมีเป้าหมายหลัก 3 ประการ คือ ลดน้ำหนักตัวให้ได้พอสมควร ไม่ควรต่ำกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวที่เป็นอยู่, รักษา น้ำหนักตัวที่ลดลงแล้วให้ได้ตลอดไป โดยต้องให้ผู้ป่วยโรคอ้วน ตระหนักถึงความสำคัญของเรื่องนี้และปฏิบัติให้ได้, และป้องกันและลดอุบัติการณ์ความรุนแรงของโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกับโรคอ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูง ภาวะ

ก) คำแนะนำ

"ก" คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

"ข" คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

"ค" คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

"ง" คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

กลูโคสในเลือดสูง และภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติ นอกจากนี้ บุคคลทุกคนควรได้รับคำแนะนำในการส่งเสริมการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องด้วย.

การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในประชาชนไทย (Screening for Diabetic Mellitus in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

มีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การตรวจคัดกรองหาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วย การตรวจระดับกลูโคสในพลาสมา ทั้งหลังการอดอาหารและไม่อดอาหาร ในผู้ใหญ่ทั่วไปที่ไม่ตั้งครรภ์ (กำลังคำแนะนำ “ค”) แต่ควรให้คำแนะนำเพื่อการป้องกันปฐมภูมิ ได้แก่ การรับประทานอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ, การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความอ้วน เป็นต้น (กำลังคำแนะนำ “ก”)

แนะนำให้ตรวจคัดกรองเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ได้แก่ (1) อ้วน คือ มีน้ำหนักตัวมากกว่าร้อยละ 20 ของน้ำหนักตัวที่ควรเป็น หรือดัชนีความหนาของร่างกายมากกว่า 25 กก./ม², (2) มีประวัติเบาหวานในครอบครัวสายตรง เช่น บิดา มารดา เป็นต้น, (3) เคยคลอดบุตรตัวโต น้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม หรือเคยได้รับคำวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์, (4) ความดันโลหิตสูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท), (5) ระดับ HDL-C ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 35 มก./ดล. หรือระดับไตรกลีเซอไรด์ เท่ากับหรือมากกว่า 250 มก./ดล., (6) เคยมีประวัติของความทนทานของน้ำตาลกลูโคสผิดปกติ (Impaired glucose tolerance, IGT) หรือมีระดับพลาสมากลูโคสเมื่ออดอาหารผิดปกติ (Impaired fasting glucose, IFG) คือค่าอยู่ระหว่าง 110-125 มก./ดล. ด้วยการซักประวัติอย่างรอบคอบ รวมทั้งการชั่งน้ำหนัก, การวัดส่วนสูง และการคำนวณหาดัชนีความหนาของร่างกาย โดยเฉพาะในผู้ที่อายุเกิน 40 ปีขึ้นไป (กำลังคำแนะนำ “ก”)

ในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานใดแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการตรวจพบโรคเบาหวานตั้งแต่ระยะต้นๆ ไม่ว่าในกลุ่มใด ๆ ดังนั้นในบุคคลที่ปราศจากปัจจัยเสี่ยง การตรวจคัดกรองเพื่อหาโรคเบาหวานที่ไม่มีอาการแทบไม่มีประโยชน์ เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานใดที่แสดงถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง ต่อภาวะแทรกซ้อนในการตรวจคัดกรองค่อนข้างน้อยในบุคคลที่มีความเสี่ยงต่ำ

มีหลักฐานยังไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การตรวจคัดกรองหาโรคเบาหวาน ในหญิงมีครรภ์ทั่วไปเป็นประจำ เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานใดที่แสดงถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง ต่อภาวะแทรกซ้อนในช่วงปริกำเนิดอย่างชัดเจน (กำลังคำแนะนำ “ค”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

ในกรณีที่พบผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานดังกล่าวข้างต้น แนะนำให้ตรวจคัดกรองหาโรคเบาหวาน ในผู้ที่อายุเกิน 40 ปีขึ้นไป ด้วยการตรวจวัดระดับกลูโคสในพลาสมาหลังการอดอาหารอย่างน้อย 8

กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าควรกระทำดังกล่าวนั้นมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวนั้นอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าจะทำ)

“ค” คือ ยังไม่มีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวนั้นมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวนั้นไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

ชั่วโมง ในบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น โดยการปรึกษาแพทย์ ส่วนความถี่นั้นขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์ (กำลังคำแนะนำ “ข”)

แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองผู้หญิงมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง โดยการตรวจระดับกลูโคสในเลือด หลังจากรับกลูโคส 50 กรัมแล้ว 1 ชั่วโมง (one-hour glucose challenge test) ด้วยเหตุผลจากการมีปัญหของโรคสูง และศักยภาพของประโยชน์ทางคลินิกจากการลด macrosomia (กำลังคำแนะนำ “ก”)

มีหลักฐานยังไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การตรวจหา insulin autoantibodies ในบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ได้แก่ บุคคลที่มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานชนิดดังกล่าว (กำลังคำแนะนำ “ค”)

มาตรการดำเนินการเมื่อได้รับผลการตรวจ (เฉพาะกลุ่มความเสี่ยงสูง)

ในกรณีที่พบระดับกลูโคสในพลาสมา 110-125 มก./ดล. ควรทำการทดสอบความทนทานต่อน้ำตาลกลูโคส และถ้าพบระดับกลูโคสในพลาสมามากกว่า 126 มก./ดล. ควรพบแพทย์เพื่อปรึกษาแนวทางรักษาโรคเบาหวาน

ในกรณีหญิงมีครรภ์ ซึ่งตรวจพบผลบวกจากการทำ one-hour glucose challenge test ควรทำการตรวจต่อด้วย การตรวจความทนทานต่อน้ำตาลที่สามชั่วโมง (three-hour glucose tolerance test)

การตรวจคัดกรองภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติในประชาชนไทย

(Screening for Dyslipidemia in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

แนะนำให้ตรวจคัดกรองภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ด้วยการตรวจระดับโคเลสเตอรอลรวมในเลือด ทุกประมาณ 5 ปี ในผู้ชายอายุ 35-65 ปี และ ผู้หญิงอายุ 45-65 ปี โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองทุกคน (กำลังคำแนะนำ “ข”)

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การตรวจคัดกรองระดับไขมันในเลือด ในเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่วัยต้น ทั่วไป (กำลังคำแนะนำ “ค”) เหตุผลที่คัดค้านว่าไม่ควรทำการตรวจคัดกรองในเด็กทั่วไปเป็นประจำ ได้แก่ ราคาและความไม่สะดวกในการคัดกรองและติดตาม, ผลอันไม่พึงประสงค์ของการรักษามีแนวโน้มสูงกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ และยังไม่แน่ใจถึงประโยชน์ในระยะยาวที่จะได้รับการลดระดับโคเลสเตอรอลเล็กน้อยในเด็ก

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การตรวจคัดกรองภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ในบุคคลอายุมากกว่า 65 ปีทั่วไป ที่ไม่มีอาการ และปราศจากปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ (กำลังคำแนะนำ “ค”)

ประชาชนทุกคน นับตั้งแต่วัยรุ่นและผู้ใหญ่ทุกคน (รวมทั้งบุคคลที่มีระดับโคเลสเตอรอลปกติ) ควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับ การบริโภคอาหารไขมันและไขมันอิ่มตัวอย่างสม่ำเสมอ (ดูบทความแนะนำการป้องกันภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติ) รวมทั้งมาตรการอื่นๆ ในการลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจอื่นๆ ด้วย (กำลังคำแนะนำ “ก”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

มีหลักฐานสนับสนุนอย่างชัดเจน ในการแนะนำให้ตรวจคัดกรองภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ในบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรง แต่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่สำคัญ ได้แก่ บุคคลที่มีประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในญาติสายตรง, มีประวัติระดับไขมันในเลือดผิดปกติในญาติสายตรง, อ้วน, ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เป็นต้น ในผู้ชายเมื่ออายุ 35-65 ปี และในผู้หญิงเมื่ออายุ 45-65 ปี (กำลังคำแนะนำ “ก”)

ในบุคคลที่มีประวัติโคเลสเตอรอลสูงมากในครอบครัว, มีประวัติการเสียชีวิตจากหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันก่อนอายุ 55 ปี หรือมีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่ออายุน้อย (ก่อนอายุ 50 ปีในผู้ชาย และก่อนอายุ 60 ปีในผู้หญิง) ในญาติสายตรง, หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจที่สำคัญอื่นๆ แนะนำให้ตรวจคัดกรองเมื่อ

กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวนั้นมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังไม่มีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวนั้นมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวนั้นไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

อายุน้อยกว่าดังกล่าวข้างต้น คือ ในผู้ชายเมื่ออายุตั้งแต่ประมาณ 20 ปี และในผู้หญิงเมื่ออายุตั้งแต่ประมาณ 30 ปี (กำลังคำแนะนำ “ข”)

แนะนำให้ตรวจคัดกรองภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ในผู้สูงอายุ ที่อายุมากกว่า 65 ปี เฉพาะผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจที่สำคัญ เช่น อ้วน, ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน เป็นต้น แต่สุขภาพอย่างอื่น ๆ แข็งแรง (กำลังคำแนะนำ “ข”) อย่างไรก็ตามการพยากรณ์ความเสี่ยงในบุคคลที่อายุมากกว่า 75 ปี โดยอาศัยระดับโคเลสเตอรอลดังกล่าวนี้มักเชื่อถือไม่ค่อยได้

ยังไม่มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นถึงการกำหนดระยะห่างที่เหมาะสมในการตรวจอย่างชัดเจน แต่ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้มีช่วงระยะห่าง 5 ปี แต่อาจนานกว่านี้ในบุคคลความเสี่ยงต่ำ (รวมทั้งบุคคลที่มีระดับโคเลสเตอรอลอยู่ในระดับที่พึงประสงค์) และอาจถี่กว่านี้ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมาก การตรวจคัดกรองเป็นระยะ ๆ มีความสำคัญ ในช่วงที่ระดับโคเลสเตอรอลกำลังสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น ในผู้ชายวัยกลาง, ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน, และบุคคลที่กำลังมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น (กำลังคำแนะนำ “ข”)

มีหลักฐานสนับสนุนอย่างชัดเจนว่า การตรวจคัดกรองภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ควรตรวจด้วยการวัดระดับโคเลสเตอรอลรวม (TC) และไตรกลีเซอไรด์ (TG) รวมทั้ง high density lipoprotein cholesterol (HDL-C) ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง แล้วนำมาคำนวณหา LDL-C รวมทั้งอัตราส่วน TC/HDL-C และ LDL-C/HDL-C (กำลังคำแนะนำ “ก”)

มาตรการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบภาวะความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด

เมื่อตรวจพบว่ามีภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติ คือ $TC > 200$ มก./ดล. และ $TC/HDL-C > 4.5$ (หรือ $TC > 220$ มก./ดล. และ $TC/HDL-C > 5.0$ จากการศึกษาในคนไทย)¹ อย่างน้อย 2 ครั้ง ผู้ป่วยแต่ละบุคคลควรได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น. รวมทั้งประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างสมบูรณ์ด้วย

ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรพิจารณาถึง ประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในญาติสายตรง, อายุของผู้ป่วย (ผู้ชายอายุมากกว่า 45 ปี และผู้หญิงอายุมากกว่า 55 ปี ซึ่งมีความเสี่ยงสูงขึ้น), โรคอ้วน (ดูพบว่าด้วยการป้องกันและการบำบัดโรคอ้วน), ผลของการวิเคราะห์ลิโปโปรตีน และการมีรวมทั้งความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างอื่น ๆ² ซึ่งสามารถประเมินได้ตามแนวทางของ Anderson และคณะ³

การเริ่มต้นให้การรักษาสําหรับผู้ป่วยที่มีภาวะความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด ประกอบด้วย การแนะนำให้ลดการบริโภคอาหารไขมัน โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว (ดูพบว่าด้วยการป้องกันภาวะความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด), การส่งเสริมให้ลดน้ำหนัก ในบุคคลที่มีน้ำหนักเกิน (ดูพบว่าด้วยการตรวจคัดกรองโรคอ้วน)

ส่วนการรักษาด้วยยาบำบัดภาวะความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด ควรพิจารณาเฉพาะในรายที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจสูง เช่น ชายวัยกลางและหญิงวัยหมดระดูที่มีโคเลสเตอรอลสูงมาก ๆ หรือมีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง ทั้งนี้ควรคำนึงถึงค่าใช้จ่ายและศักยภาพของความเสี่ยงด้วย

ในปัจจุบันยังไม่มีข้อพิสูจน์เกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ที่ได้รับ จากการรักษาภาวะความผิดปกติของระดับไขมันในเลือดด้วยยา ในบุคคลอายุเกิน 65 ปี ที่ปราศจากอาการ และปราศจากความเสี่ยงอื่น ๆ การให้การบำบัดด้วย estrogen สําหรับหญิงวัยหมดระดู รวมทั้งการรักษาในผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องฮอร์โมน (ดูพบว่าด้วยการตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมน) ซึ่งมีภาวะความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด พบว่าสามารถลด

ระดับ LDL-C และเพิ่ม HDL-C รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการ
ศึกษาทางระบาดวิทยาด้วย

นอกจากนี้ ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับประโยชน์, ค่าใช้จ่าย, และความเสี่ยง
ของการให้ยาระยะยาว ก่อนเริ่มให้การรักษาด้วยยาบำบัดภาวะความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด

การตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในผู้ใหญ่ไทย

(Screening for Iron Deficiency Anemia in Thai Adults)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป^{*}

ควรทำการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางด้วยการสอบถามประวัติและการตรวจร่างกาย (กำลังคำแนะนำ 'ก') หากไม่ได้อยู่ในกลุ่มเสี่ยง คือ สตรีตั้งครรภ์, ยากจน, การติดเชื้อพยาธิปากขอ และไม่พบภาวะซีด ไม่มีความจำเป็นต้องทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางเนื่องจากการขาดธาตุเหล็ก (กำลังคำแนะนำ 'ค')

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

กรณีสตรีตั้งครรภ์ทุกคนที่มาฝากครรภ์ ควรได้รับการตรวจคัดกรองตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ โดยการตรวจระดับฮีโมโกลบิน/ฮีมาโตคริต (กำลังคำแนะนำ 'ก'), รวมทั้งอาจตรวจการกระจายตัวของเม็ดเลือดแดง, และขนาดเม็ดเลือดแดงเฉลี่ย (กำลังคำแนะนำ 'ข').

ถ้าพบว่าระดับฮีโมโกลบินน้อยกว่า 8 กรัม/ดล. ต้องให้การรักษาด้วยธาตุเหล็กอย่างน้อย 180 มก. ต่อวัน ทุกราย เนื่องจากมีหลักฐานสนับสนุนแน่นอนว่าสามารถเพิ่มน้ำหนักตัวของทารกแรกคลอดได้ (กำลังคำแนะนำ 'ก')

สำหรับในกรณีที่ระดับฮีโมโกลบินระหว่าง 8-10 กรัม/ดล. การรักษาด้วยธาตุเหล็กพบว่า สามารถลดอัตราการเกิดของทารกคลอดก่อนกำหนด, ทารกน้ำหนักตัวน้อย และทารกตายคลอดได้ (กำลังคำแนะนำ 'ข') แต่ถ้ามีระดับฮีโมโกลบินตั้งแต่ 10 กรัม/ดล. ขึ้นไป การให้ธาตุเหล็กเสริมไม่มีประโยชน์มากนัก แต่กลับมีผลข้างเคียง คือ อาการคลื่นไส้และอาเจียนเพิ่มขึ้น (กำลังคำแนะนำ 'ค')

^{*} สัญลักษณ์ย่อ

'ก' คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

'ข' คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

'ค' คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

'ง' คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง รวมทั้งการให้อาหารเสริมธาตุเหล็กในเด็กไทย
(Screening for Anemia in Thai Children including Iron Supplement)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไปและประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)^{*}

ควรทำ การตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางด้วยการหาฮีโมโกลบินและค่าซีมาโตคริต เมื่อเด็กอายุ 9 เดือนหนึ่งครั้ง พร้อมกับการที่เด็กมารับการตรวจสุขภาพและรับการฉีดวัคซีนหัดครั้งแรก (measles or MMR vaccine), หรืออาจตรวจคัดกรองหนึ่งครั้งในช่วงอายุ 6 เดือนถึง 1 ปีครึ่ง ในโอกาสที่เด็กมารับการตรวจสุขภาพเวลาใดเวลาหนึ่งก็ได้. (กำลังของคำแนะนำ “ก”)

^{*} กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“จ” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติในประชาชนไทย (Screening for Thalassemia and Hemoglobinopathies in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

แนะนำให้สอบถามประวัติครอบครัวเกี่ยวกับการเป็นโรคธาลัสซีเมีย ในบุคคลทุกคน (กำลังคำแนะนำ “ข”)

ไม่แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาพาหะของโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ในประชาชนไทยทั่วไปที่มีร่างกายแข็งแรงดี เนื่องจากไม่มีหลักฐานยืนยันชัดเจนว่า สามารถลดอัตราการเกิดของทารกที่ป่วยเป็นโรคโลหิตจางชนิดนี้ได้ (กำลังคำแนะนำ “ง”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

แนะนำให้ตรวจคัดกรอง สตรีตั้งครรภ์ทุกคนตั้งแต่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ในกรณีที่อายุครรภ์น้อยกว่า 20 สัปดาห์ โดยเฉพาะผู้ที่มามีประวัติญาติพี่น้อง ทั้งของหญิงนั้นหรือสามี เป็นโรคหรือเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย หรือมีภูมิคุ้มกันอยู่ในถิ่นที่มีความชุกของโรคธาลัสซีเมียสูง ทั้งนี้ภายใต้คำแนะนำทางพันธุศาสตร์ของแพทย์ผู้ดูแล โดยเฉพาะ เนื่องจากมีหลักฐานชัดเจนว่า สามารถลดอัตราการเกิดของทารกผิดปกติเหล่านี้ได้ ในประเทศสหรัฐอเมริกาและยุโรป (กำลังคำแนะนำ “ข”)

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การตรวจคัดกรองก่อนการตั้งครรภ์ในคู่สมรสใหม่หรือก่อนการแต่งงาน (premarital screening) ทุกคู่ (กำลังคำแนะนำ “ค”) แต่อาจพิจารณาทำในบุคคลที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหรือเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย หรือมีภูมิคุ้มกันอยู่ในบริเวณที่มีความชุกของโรคธาลัสซีเมียสูง (กำลังคำแนะนำ “ข”)

มาตรการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรค

ในกรณีที่ตรวจพบในหญิงตั้งครรภ์ว่าเป็นพาหะ แนะนำให้สามีมาตรวจเพิ่มเติม เพื่อจะได้ทราบว่าคู่สมรสเหล่านี้ มีโอกาสจะให้กำเนิดทารกที่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงหรือไม่ ถ้าพบว่ามีความเสี่ยงสูงแนะนำให้ส่งต่อไปยังศูนย์ที่สามารถให้คำปรึกษาได้

คำอธิบายคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การตรวจคัดกรองโรคไตที่ไม่มีอาการในประชาชนไทย

(Screening for Renal Diseases in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

การจัดและควบคุมสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไต โดยเฉพาะสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, การสูบบุหรี่ เป็นต้น นับเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการป้องกันการเกิดโรคไตต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคไตวายเรื้อรังที่ป้องกันได้ ทั้งยังช่วยชะลอการดำเนินของโรคไตวายเรื้อรังให้ถึงระยะสุดท้ายช้าลงได้ ดังนั้นจึงแนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองหาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญดังกล่าว เช่น โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นต้น รวมทั้งให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ เป็นประจำ (ถ้ายังคำแนะนำ “ก”)

เนื่องจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทั้งการตรวจหาเม็ดเลือดแดงและโปรตีนในปัสสาวะ รวมทั้งการตรวจหาระดับยูเรียในเลือด (BUN) หรือครีเอตินินในซีรัม มีความไวและความจำเพาะไม่เพียงพอในการตรวจคัดกรองหาโรคไตให้ได้ตั้งแต่ในระยะต้น ๆ ดังนั้นจึงไม่แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองโรคไต โดยการใช้แผ่นทดสอบแถบสีตรวจหาเม็ดเลือดแดงและโปรตีนในปัสสาวะ ในประชาชนทั่วไปที่ไม่มีอาการ โดยเฉพาะในบุคคลที่อายุต่ำกว่า 60 ปี (ถ้ายังคำแนะนำ “ง”) สำหรับในบุคคลที่อายุมากกว่า 60 ปีนั้น ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านการกระทำดังกล่าว (ถ้ายังคำแนะนำ “ค”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ควรได้รับการพิจารณาส่งตรวจปัสสาวะ ตามแนวทางการบำบัดรักษาโรคดังกล่าว

คำอธิบายย่อ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การตรวจคัดกรองภาวะพร่องไธรรอยด์ในผู้ใหญ่ไทย

(Screening for Hypothyroidism in Thai Adults)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

แนะนำให้เฝ้าระวังสังเกตอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะพร่องไธรรอยด์ เช่น อาการอ่อนเพลียง่าย, น้ำหนักขึ้น, ผิวแห้งหรือผมหงอก, ทนต่ออากาศเย็นไม่ได้, และซึมเศร้า ในบุคคลทุกคน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ (กำลังคำแนะนำ “ก”) แต่ยังไม่มีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การตรวจคัดกรองด้วยการวัดระดับไธโรโทรปิน (thyrotropin: TSH) ในผู้สูงอายุทั่วไป โดยเฉพาะเพศชายซึ่งเกิดขึ้นภาวะพร่องไธรรอยด์น้อยกว่าในเพศหญิงมาก (กำลังคำแนะนำ “ค”); และไม่แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองภาวะพร่องไธรรอยด์ในประชากรทั่วไป เมื่อไม่มีอาการบ่งชี้ (กำลังคำแนะนำ “ง”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

แนะนำให้ตรวจคัดกรองภาวะพร่องไธรรอยด์ ด้วยการวัดระดับ TSH ปีละครั้ง ในบุคคลที่มีอาการนำสงสัยว่าจะมีภาวะพร่องไธรรอยด์ โดยเฉพาะสตรีสูงอายุ, บุคคลที่เคยได้รับการผ่าตัดต่อมไธรรอยด์ หรือเคยได้ radioactive iodide เพื่อรักษาภาวะไธรรอยด์เป็นพิษ (กำลังคำแนะนำ “ข”)

ยังไม่มีหลักฐานเพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านการตรวจคัดกรองหาโรคของต่อมไธรรอยด์ด้วยการทดสอบหน้าที่ของไธรรอยด์ในผู้ป่วยความเสี่ยงสูงอื่นๆ ได้แก่ ผู้สูงอายุ, ผู้หญิงหลังหมดประจำเดือน, และบุคคลที่เป็น Down syndrome (กำลังคำแนะนำ “ค”)

นอกจากนี้ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินเมื่อมีข้อบ่งชี้ ควรได้รับการตรวจคัดกรองด้วยการวัดระดับ TSH และติดตามเป็นระยะเมื่อมีข้อบ่งชี้¹

มาตรการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรค

เมื่อตรวจพบภาวะพร่องไธรรอยด์ชัดเจน ควรให้การรักษาด้วยการให้ไธรรอยด์ฮอร์โมนทดแทน แต่เมื่อตรวจพบภาวะพร่องไธรรอยด์ที่ปราศจากอาการแล้วจะให้การรักษาหรือไม่ ยังเป็นที่ถกเถียงกัน² ควรให้การรักษาในผู้ป่วยที่มีระดับ TSH สูงมาก หรือผู้ป่วยที่มีโคเลสเตอรอลสูงในเลือด ซึ่งอาจลดระดับโคเลสเตอรอลลงได้

นอกจากนี้ ในผู้ป่วยที่ตรวจ thyroid antibodies ได้ผลบวก ควรให้การรักษา เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักกลายเป็นภาวะพร่องไธรรอยด์ชัดเจน เมื่อเวลาผ่านไปได้อีกกว่า

¹ กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังไม่มีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การรักษา

สาเหตุของภาวะพร่องไธรอยด์ส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงต้องให้ไธรอยด์ฮอร์โมนทดแทน โดยใช้ levothyroxine ดังนี้

1. ในผู้ป่วยที่อายุน้อยและเพิ่งเป็นภาวะพร่องไธรอยด์ไม่นานนัก สามารถเริ่ม levothyroxine ในขนาดที่ต้องการได้ ในผู้ป่วยไทยขนาดของ levothyroxine สำหรับการทดแทน ในภาวะพร่องไธรอยด์โดยเฉลี่ย เท่ากับ $100\text{ }\mu\text{g}^3$

2. ผู้ป่วยสูงอายุและเป็นภาวะพร่องไธรอยด์มานาน หรือผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจขาดเลือด การให้ levothyroxine ในขนาดปกติอาจก่อให้เกิดปัญหาทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ จึงควรเริ่มด้วยขนาดน้อยก่อน เช่น $25\text{--}50\text{ }\mu\text{g}/\text{วัน}$ แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นถึงขนาดปกติในเวลา 2-3 เดือน

3. ตรวจระดับ TSH ในผู้ป่วยภาวะพร่องไธรอยด์ปฐมภูมิ เพื่อปรับเปลี่ยนขนาดของ levothyroxine อย่างน้อย 1-2 เดือน หลังจากเริ่มหรือเปลี่ยนขนาดของ levothyroxine ทั้งนี้เพราะระดับ TSH ใช้เวลานานกว่าจะกลับเป็นปกติ; ส่วนในผู้ป่วยภาวะพร่องไธรอยด์ทุติยภูมิ ไม่สามารถใช้ระดับ TSH ในการปรับได้ ต้องใช้ระดับ T4 หรือ T3 แทน.

การตรวจคัดกรองโรคกระดูกพรุนในประชาชนไทย

(Screening for Osteoporosis in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

สตรีทุกคนควรได้รับคำแนะนำให้รับประทานอาหารที่อุดมด้วยแคลเซียม เพื่อให้ได้รับแคลเซียมในอาหารประจำวันให้เพียงพอ คือ วันละประมาณ 1000 มก. ของแคลเซียม (elemental calcium) (กำลังคำแนะนำ “ก”).

ปัจจุบันข้อมูลที่มีอยู่ ยังไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านการตรวจคัดกรองโรคกระดูกพรุนด้วยการวัดความหนาแน่นของกระดูก ในสตรีหลังหมดประจำเดือนทุกราย หากไม่มีข้อบ่งชี้ (กำลังคำแนะนำ “ค”), และไม่แนะนำการตรวจคัดกรองสำหรับโรคกระดูกพรุนในสตรีก่อนหมดประจำเดือนและชายที่ไม่มีข้อบ่งชี้ (กำลังคำแนะนำ “ง”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

ในสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนเช่น น้ำหนักน้อย มีประวัติรอบครัวของโรคกระดูกพรุน รับประทานยาเช่นยากลุ่มกลูโคคอร์ติคอยด์ หรือมีโรคที่อาจทำให้เกิดโรคกระดูกพรุนเช่น hyperthyroidism, Cushing's syndrome น่าได้รับการตรวจคัดกรองด้วยการวัดความหนาแน่นของกระดูก (กำลังคำแนะนำ “ข”)

นอกจากนี้ ในสตรีวัยใกล้และหลังหมดประจำเดือน ที่ควรได้ฮอร์โมน estrogen ชดเชย แต่ยังไม่สามารถตัดสินใจได้อย่างชัดเจน อาจทำการวัดความหนาแน่นของกระดูกเพื่อตรวจคัดกรองสำหรับโรคกระดูกพรุน เพื่อช่วยประกอบในการตัดสินใจได้ส่วนหนึ่ง แต่ยังไม่หลักฐานสนับสนุนหรือคัดค้านอย่างชัดเจน (กำลังคำแนะนำ “ค”)

มาตรการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรค

เมื่อพบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนมีความหนาแน่นของกระดูกต่ำ และแน่ใจว่าผู้ป่วยมิได้มีโรค osteomalacia ซึ่งทำให้ความหนาแน่นของกระดูกต่ำได้เช่นกันแล้ว ควรดำเนินการหาสาเหตุของโรคกระดูกพรุน ซึ่งได้แก่ (1) การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยและสำคัญมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาด estrogen จากการหมดประจำเดือนตามปกติ; (2) โรคกระดูกพรุนจากการที่มีกลูโคคอร์ติคอยด์เกิน พบได้บ่อยเป็นอันดับสองรองจากโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือน โรคกระดูกพรุนจากมีกลูโคคอร์ติคอยด์เกินนี้ เป็นปัญหาที่พบได้มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทย ซึ่งการใช้ยาในกลุ่มนี้ยังไม่มี การควบคุมกันอย่างจริงจัง; (3) Hyperthyroidism ผู้ป่วยที่มี hyperthyroidism เช่น จาก Graves' disease มักมีมวลกระดูกลดลงจากภาวะ hyperthyroidism เองได้ นอกจากนี้ ในผู้ป่วยกลุ่ม subclinical hyperthyroidism คือผู้ป่วยไม่มี

กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การตรวจคัดกรองภาวะพร่องไธรรอยด์แต่กำเนิดในเด็กแรกเกิดไทย

(Screening for Congenital Hypothyroidism in Thai Neonates)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไปและประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

เพื่อป้องกันภาวะปัญญาอ่อนในผู้ป่วยโรคภาวะพร่องไธรรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด (โรคเอ๋อ) แนะนำให้ตรวจคัดกรองภาวะพร่องไธรรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด ด้วยการตรวจวัดระดับ TSH ในเด็กแรกเกิดทุกคน โดยเฉพาะเด็กที่อยู่ในพื้นที่ที่มีการขาดสารไอโอดีน ซึ่งอุบัติการณ์ของโรคนี้นั้นสูงกว่าพื้นที่อื่น ๆ (กำลังคำแนะนำ "ก")

มาตรการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรค

เมื่อได้รับรายงานผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ ให้ดำเนินการดังต่อไปนี้.-

1. ทารกที่มีผลเลือด TSH สูงผิดปกติ ($>25-40$ mU/L - ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการตรวจของห้องปฏิบัติการนั้น ๆ) ต้องตามกลับมาตรวจเลือดซ้ำภายในอายุ 2-4 สัปดาห์ (ถึงแม้การตรวจร่างกายปกติ ก็ควรตรวจเลือดซ้ำ) โดยตรวจระดับ free thyroxine (FT_4) และ TSH (อาจตรวจระดับ total T_4 ร่วมด้วย)
2. เมื่อตรวจเลือดซ้ำ ทารกที่มีระดับ FT_4 และ TSH ผิดปกติ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าปกติตามอายุ (ตารางที่ 1) ควรได้รับการรักษาด้วยยา L- thyroxine

คำอธิบายย่อ

"ก" คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

"ข" คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

"ค" คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

"ง" คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

อาการของ hyperthyroidism ผลการวัด thyroid hormones ปกติ แต่มี TSH ลดลง ผู้ป่วยเหล่านี้มีหลักฐานสนับสนุนว่ามีมวลกระดูกลดลง¹

นอกจากนี้ ยังมีโรคอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดโรคกระดูกพรุนได้ ได้แก่ (4) Multiple myeloma เกิดโรคกระดูกพรุนได้ เนื่องจากมีสาร osteoclast-activating factors ซึ่งเชื่อกันว่าเป็นกลุ่ม cytokines เช่น interleukin-1, tumor necrosis factor-beta เพิ่มขึ้นซึ่งกระตุ้นให้ osteoclast ทำงานมากขึ้น; (5) Primary hyperparathyroidism ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะทางคลินิกต่าง ๆ กัน เช่น asymptomatic hypercalcemia, renal stone, osteitis fibrosa cystica เป็นต้น ทั้งนี้ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 5-10 มาพบแพทย์ด้วยปัญหาเรื่อง osteopenia และ vertebral compression fracture² เนื่องจาก parathyroid hormone มีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของ osteoclast และทำให้เกิด bone loss; และ (6) Hypogonadism นอกเหนือจากการขาดฮอร์โมน estrogen ในเพศหญิงแล้ว ภาวะ hypogonadism ก็ทำให้เกิดโรคกระดูกพรุนในเพศชาย และเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งของโรคกระดูกพรุนในเพศชาย³

ในทางคลินิกสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคกระดูกพรุนในเพศหญิง ได้แก่ การขาด estrogen จากการหมดประจำเดือน อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องแยกสาเหตุอื่นของโรคกระดูกพรุนออกเสียก่อน โดยอาศัยการซักประวัติและตรวจร่างกาย รวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น ซึ่งที่ควรกระทำได้แก่ serum calcium เพื่อแยก primary hyperparathyroidism; thyroid function test หากสงสัยว่าผู้ป่วยมีภาวะ hyperthyroidism จากประวัติและผลการตรวจร่างกาย; complete blood count หากสงสัยว่าผู้ป่วยมี multiple myeloma และอาจต้องทำการตรวจเพิ่มเติมต่อ เช่น protein electrophoresis; และสำหรับในเพศชาย ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษกับภาวะ hypogonadism และควรตรวจระดับ testosterone ด้วย.

การรักษา

สำหรับโรคกระดูกพรุนจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ในสตรีวัยหมดประจำเดือน มีแนวทางในการรักษา⁴ คือ การให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนทดแทนในสตรีที่ไม่มีข้อห้าม; ส่วนในสตรีที่มี ปัญหาไม่สามารถรับฮอร์โมนเอสโตรเจนทดแทนได้ ปัจจุบันยาที่อาจใช้ได้ ได้แก่ยาในกลุ่ม bisphosphonates, calcitonin และ active analog ของ vitamin D; นอกจากนี้ สตรีทุกคนควรได้รับแคลเซียม ในอาหารประจำวันให้เพียงพอ คือ วันละประมาณ 1000 มก. ของแคลเซียม (elemental calcium).

การตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนไทย

(Screening for Hypertension in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไปและประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

ประชาชนทั่วไป ควรได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างถูกต้อง ตั้งแต่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อย่างน้อยทุก 2 ปี (กำลังคำแนะนำ “ก”) และในกรณีที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ควรได้รับการตรวจวัดความดันอย่างน้อยปีละครั้ง (กำลังคำแนะนำ “ก”)

นอกจากนี้ แนะนำให้วัดความดันโลหิต แก่บุคคลทุกคนที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลทุกครั้ง ไม่เว้นเข้ารับบริการด้วยเรื่องใด (กำลังคำแนะนำ ก)

มาตรการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรค

ในกรณีที่ตรวจพบความดันโลหิตสูงกว่าปกติ ต้องมีการให้คำแนะนำปรึกษา ให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิต เพื่อให้มีความดันโลหิตต่ำลง พร้อมทั้งตรวจวัดซ้ำเป็นระยะ ๆ ตามช่วงเวลาที่แนะนำในตารางที่ 1

ตารางที่ 1. แสดงเกณฑ์ของความดันโลหิตที่ผิดปกติและระยะเวลาในการตรวจซ้ำ

ระดับความดันโลหิตเริ่มแรก		คำแนะนำ
ความดันโลหิตซิสโตลิก (มม.ปรอท)	ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)	
< 130	< 85	ตรวจซ้ำทุก 2 ปี
130-139	85-89	ตรวจซ้ำทุก 1 ปี
140-159	90-99	ควรตรวจวัดซ้ำภายใน 2 เดือน
160-179	100-109	ประเมินสภาพหรือติดตามผลการรักษาภายใน 1 เดือน
> 180	> 110	ประเมินสภาพหรือติดตามผลการรักษาทันทีหรือภายใน 1 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับอาการทางคลินิก

กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

เมื่อตรวจคัดกรองแล้วพบว่า ผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูง ควรซักประวัติหารายละเอียดของปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (ตารางที่ 2ก)

ตารางที่ 2ก. ปัจจัยเสี่ยงหลักต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

โรคเบาหวาน	สูบบุหรี่
อายุมากกว่า 60 ปี	ภาวะไขมันในเลือดสูง
เพศชาย	เพศหญิงที่หมดประจำเดือน
ประวัติทางครอบครัวที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด: ในหญิงอายุ < 65 ปี หรือ ในชายอายุ < 55 ปี	

นอกจากนี้ ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับความรู้เรื่องอันตราย จากภาวะความดันโลหิตสูงว่า ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง ในกรณีที่ไม่ได้รับการรักษา และความจำเป็นของการรักษาอย่างต่อเนื่อง เมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

กรณีที่ตรวจพบปัจจัยเสี่ยงอย่างอื่น ๆ ร่วมด้วย ผู้ป่วยจะมีการพยากรณ์โรคที่เลวลง ในขณะเดียวกันต้องซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด เพื่อหาโรคที่อาจเป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูง เช่น pheochromocytoma, chronic renal disease, renal artery stenosis และ Cushing’s disease เป็นต้น รวมทั้งการตรวจร่างกายเพื่อหาความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูง (ตารางที่ 2ข) การพบมีปัจจัยเสี่ยงร่วม และการตรวจพบโรคหรือความเสื่อมของอวัยวะดังกล่าว ทำให้มีความจำเป็นในการต้องเริ่มการรักษาด้วยยาเร็วขึ้น

ตารางที่ 2ข. แสดงโรคหรือความเสื่อมของอวัยวะที่เกิดจากความดันโลหิตสูง

เวตริเคิลซ้ายโต	อัมพาต
กล้ามเนื้อหัวใจตาย	ไตพิการ
โรคหลอดเลือดโคโรนารี	โรคหลอดเลือดแดงโป่งพองหรือตีบ
ภาวะหัวใจล้มเหลว	จอประสาทตาเสื่อมจากความดันโลหิตสูง

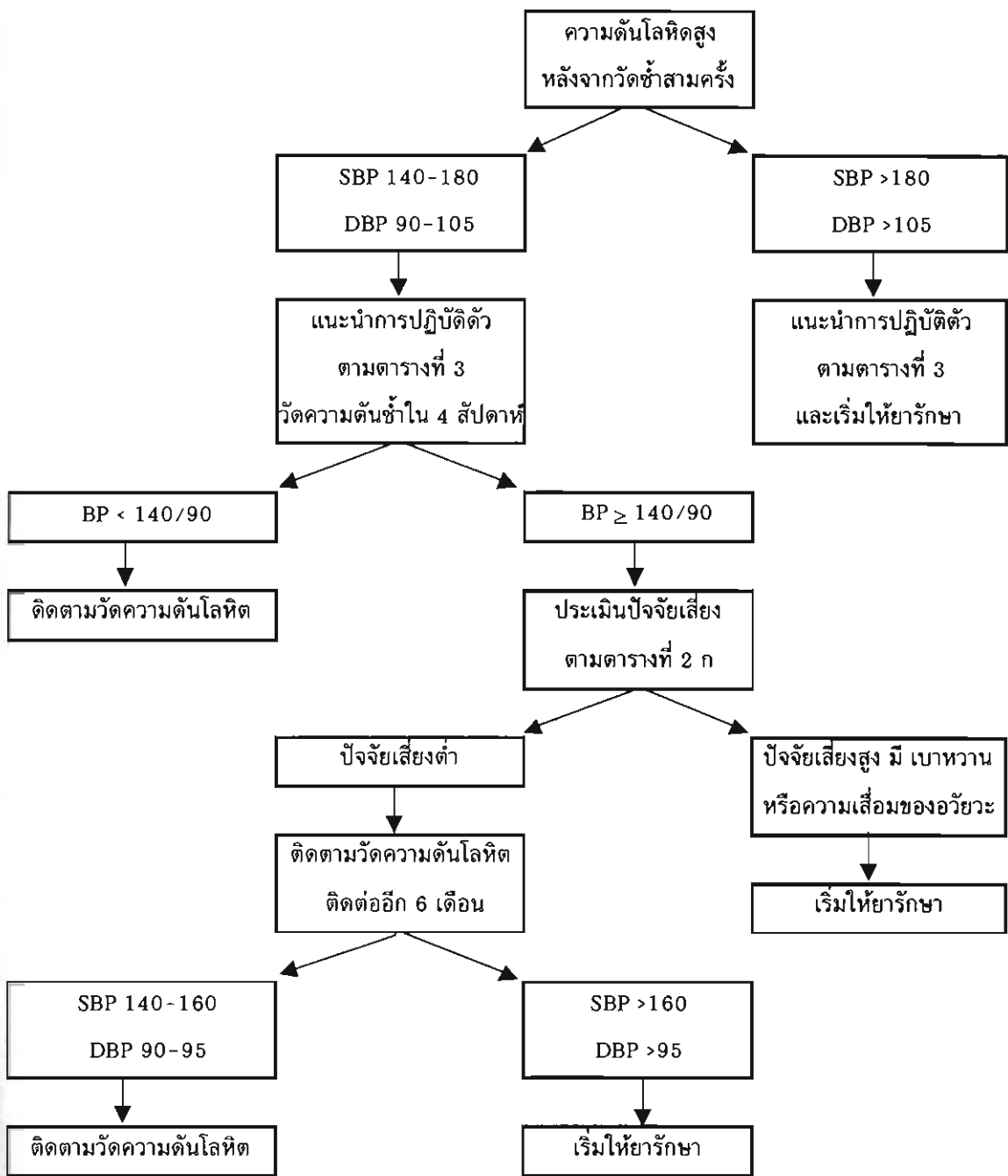
ในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความดันโลหิตสูง ต้องได้รับคำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิต เพื่อให้ระดับความดันโลหิตลดลง ตามรายละเอียดในตารางที่ 3 โดยเริ่มให้ใช้ยาลดความดันโลหิต ในกรณีที่ใช้การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ติดต่อกันเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน แล้วไม่ได้ผล หรือกรณีที่ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ตามตารางที่ 2ข ร่วมกับการมีภาวะความดันโลหิตสูง

การพิจารณาเริ่มใช้ยาลดความดันโลหิต สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2539 ตามแผนภูมิ โดยแนะนำให้เลือกใช้ยาขับปัสสาวะในขนาดต่ำๆ หรือยากันเบต้า เป็นกลุ่มแรก และติดตามดูผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ.

ตารางที่ 3. แสดงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดระดับความดันโลหิต

1. ลดน้ำหนักถ้ามีน้ำหนักเกิน
2. จำกัดการได้รับแอลกอฮอล์ไม่เกินขนาดสูงต่อวัน เช่น เบียร์ 24 ออนซ์, ไวน์ 10 ออนซ์, วิสกี้ 2 ออนซ์ และลดลงครึ่งหนึ่งสำหรับผู้หญิง และผู้มีน้ำหนักตัวน้อย
3. เพิ่มการออกกำลังกายแอโรบิค (30-45 นาที/วัน)
4. จำกัดปริมาณโซเดียมให้ได้ NaCl น้อยกว่า 5 กรัม/วัน
5. ได้รับโปแตสเซียมอย่างเพียงพอ (ประมาณ 90 mmol/วัน)
6. ได้รับแคลเซียมและแมกนีเซียมอย่างเพียงพอ
7. หยุดการสูบบุหรี่และลดการรับประทานไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอล

แผนภูมิ: แสดงขั้นตอนการให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการติดตามตรวจซ้ำและการให้ยารักษา



การตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดหัวใจที่ยังไม่มีอาการในประชาชนไทย (Screening for Asymptomatic Coronary Artery Disease In Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป^{*}

จากข้อมูลจากต่างประเทศและของประเทศไทยเองซึ่งยังมีน้อยมาก คงไม่มีความแตกต่างของมาตรการดำเนินการคัดกรองของประเทศสหรัฐอเมริกา¹ ซึ่งปัจจุบันยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่มีอาการ ในประชากรที่มีอายุเกิน 40 ปี ด้วยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะพัก หรือขณะออกกำลังกาย หรือแบบชนิดพกพา (กำลังคำแนะนำ “ค”)

ไม่แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรอง ในเด็ก, วัยรุ่น และผู้ใหญ่วัยต้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจต่ำและไม่มีอาการ เนื่องจากความไวในการตรวจพบ การพยากรณ์การเกิดอาการต่ำ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการตรวจและประเมินติดตามต่อสูงมาก (กำลังคำแนะนำ “ง”)

แนะนำให้เน้นย้ำถึงมาตรการในการป้องกันปฐมภูมิสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ แก่บุคคลทุกคน ได้แก่ เรื่อง: ความดันเลือดสูง, ความอ้วน, ไขมันสูงในเลือด, การสูบบุหรี่, การออกกำลังกาย, และอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นต้น (กรุณาดูในบทที่เกี่ยวข้อง) (กำลังคำแนะนำ “ก”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม

การตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดหัวใจ ในประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง (เช่น กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงมาก) ควรเลือกทำเฉพาะในรายที่ผลการคัดกรอง จะช่วยการตัดสินใจการรักษา เช่น ต้องใช้ยาแอสไพริน หรือยาลดไขมันหรือไม่ ในผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการ (กำลังคำแนะนำ “ข”)

แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มบุคคลบางอาชีพ (เช่น นักบิน, พนักงานขับรถโรงเรียน, รถประทาง หรือรถบรรทุก เป็นต้น) ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อความปลอดภัยของสาธารณชน (กำลังคำแนะนำ “ข”)

สำหรับการเลือกที่จะตรวจคัดกรองด้วยการตรวจชนิดใด สำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจที่ยังไม่มีอาการ ขึ้นอยู่กับพิจารณาของแพทย์และข้อบ่งชี้ทางคลินิก โดยคำนึงว่าการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะออกกำลังกาย ให้ผลแม่นยำกว่าการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะพัก แต่ค่าใช้จ่ายก็สูงกว่ามาก

มาตรการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรค

เมื่อตรวจพบโรคหลอดเลือดหัวใจแล้ว ควรดำเนินการทางคลินิกเพื่อป้องกันการดำเนินต่อของโรค และป้องกันการเกิดอาการ โดยเฉพาะการเสียชีวิตทันทีทันใดและอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute

^{*} กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

coronary syndrome) โดยการค้นหารักษาและขจัดปัจจัยเสี่ยง (เช่น งดบุหรี่, รักษาเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันโคเลสเตอรอลสูง, และเพิ่มการออกกำลังกาย)

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจจำเป็นต้องได้ยาแอสไพรินทุกราย รายที่มีอาการไม่มาก การรักษาด้วยการใช้ยา เช่น ยากันบีต้า, ไนเตรต หรือยากันแคลเซียม ก็เพียงพอ ส่วนรายที่ยังมีอาการมากทั้งที่ได้รับยาเต็มที่แล้ว หรือในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจทำงานลดลงและมีหลอดเลือดหัวใจตีบรุนแรง การผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ² หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจมักได้ผลดีกว่า แต่ก็จำเป็นต้องลดและรักษาปัจจัยเสี่ยงต่อเนื่องตลอดไป

การตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอตีบในประชาชนไทย

(Screening for Asymptomatic Carotid Stenosis in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป และประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง) *

ไม่แนะนำให้ทำการการตรวจคัดกรองหาบุคคลที่มีหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอ (carotid artery) ตีบซึ่งไม่มีอาการ ในประชาชนทั่วไปที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี (กำลังคำแนะนำ “ง”)

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การตรวจคัดกรองหาบุคคลที่มีหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอตีบซึ่งไม่มีอาการ ด้วยการตรวจร่างกายตามปกติ หรือการทำอัลตราซาวด์หลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอ ในผู้สูงอายุทั่วไป รวมทั้งบุคคลที่มีความเสี่ยงต่างๆ โดยทั่วไป (กำลังคำแนะนำ “ค”) แต่เมื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยรายใดน่าจะได้รับการตรวจคัดกรองหาโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอตีบ โดยไม่มีอาการ ต้องมีการให้คำปรึกษาถึงประโยชน์และผลเสียที่จะได้รับทั้งจากการตรวจคัดกรอง, การตรวจที่จะต้องทำต่อไป รวมทั้งการรักษา เมื่อตรวจพบรอยโรคด้วย

ประชาชนทุกคนควรได้รับคำแนะนำในการจัดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่แก้ไขได้ต่าง ๆ โดยเฉพาะการงดสูบบุหรี่ รวมทั้งแนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองหาโรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันผิดปกติในเลือด โดยเฉพาะในบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างอื่นร่วมด้วย เป็นประจำ (กำลังคำแนะนำ “ก”)

* กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การตรวจคัดกรองภาวะสายตาสั้นผิดปกติ และภาวะตาเขในประชาชนไทย

(Screening for Visual Impairment in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองการมองเห็นเพื่อค้นหาความผิดปกติของสายตา โดยการสังเกตจากพฤติกรรมต่าง ๆ ของเด็ก คือ ในช่วงอายุ 2-3 เดือน เด็กควรจ้องหน้าแม่ หรือพี่เลี้ยงขณะให้นมได้, เมื่ออายุ 6 เดือน เด็กควรจ้องและมองตามวัตถุได้ รวมทั้งการตรวจ CGM (กำลังคำแนะนำ “ข”)

นอกจากนี้ แพทย์ควรตระหนักถึงการแสดงเกี่ยวกับความผิดปกติของแนวยันต์ตา (ocular misalignment) เมื่อตรวจร่างกายทารกและเด็กทุกคน ในการตรวจค้นหาภาวะดังกล่าว การตรวจ stereoacuity อาจมีประสิทธิภาพมากกว่าการตรวจความคมชัดของสายตา (visual acuity)

แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองการมองเห็นเพื่อค้นหาภาวะตาเขี้น (amblyopia) และภาวะตาเข (strabismus) โดยการตรวจวัดสายตาที่ละข้าง และตรวจภาวะตาเขจากบุคลากรทางการแพทย์ ในเด็กทุกคน ก่อนเข้าโรงเรียน อายุที่เหมาะสมคือระหว่าง 3-4 ปี โดยรับการตรวจวัด visual acuity เพื่อหา refractive error ตลอดจนปัญหาของ ocular misalignment หลังจากนั้นตรวจทุก 1-2 ปี ในกรณีที่ผิดปกติ (กำลังคำแนะนำ “ข”)

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการแนะนำหรือคัดค้านการตรวจคัดกรองความคมชัดของสายตาเป็นประจำ ในเด็กวัยเรียนที่ไม่มีอาการ และผู้ใหญ่ที่อายุไม่มาก แต่อาจทำด้วยเหตุผลอื่น คือ ในขณะที่เด็กกำลังจะเข้าเรียนในชั้นประถม มัธยม หรือเข้ามหาวิทยาลัย การตรวจวัดสายตา อาจมีประโยชน์ทำให้เด็กมีประสิทธิภาพทางการเรียนดีเท่าๆ กับระดับสติปัญญา ซึ่งมีเด็กอยู่จำนวนหนึ่ง การเรียนไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรเนื่องจากสายตาสั้นผิดปกติ แต่ก็อาจคัดค้านด้วยเหตุผลอื่นๆ ได้แก่ ความไม่สะดวก และค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรอง รวมทั้งข้อเท็จจริงที่ว่า ความผิดปกติในการหักเหของแสงสามารถแก้ไขได้เมื่อมีอาการ (กำลังคำแนะนำ “ค”)

แนะนำให้มีการตรวจทดสอบสายตา และตรวจตาบอดสี ในการตรวจเพื่อออกใบรับรองแพทย์ สำหรับผู้ที่ต้องการทำใบอนุญาตขับขี่ยานพาหนะ (กำลังคำแนะนำ “ข”) นอกจากนี้ผู้ที่ต้องใช้ใบขับขี่สาธารณะ ควรได้รับการตรวจตา เพิ่มเติมจากการวัดสายตา และตรวจตาบอดสี ด้วย (กำลังคำแนะนำ “ข”)

แนะนำให้ตรวจทดสอบสายตาและการตรวจคัดกรองการมองเห็นเป็นประจำในผู้สูงอายุ ตั้งแต่อายุ 40 ปี ขึ้นไป เนื่องจากเริ่มมีปัญหาของสายตายาว (presbyopia) ด้วยการตรวจความคมชัดโดยวิธี Snellen acuity testing ขณะเดียวกันควรได้รับการตรวจตา เพื่อหาโรคตาที่สำคัญที่มักพบในวัยนี้ ได้แก่ โรคต้อกระจก, โรคต้อหิน, และจอประสาทตาเสื่อม (age-related macular degeneration) และควรตรวจตาปีละครั้ง (กำลังคำแนะนำ “ข”)

กำลังแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การสอบถามเกี่ยวกับการมองเห็น อาจช่วยในการค้นพบปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นในผู้สูงอายุ แต่วิธีการดังกล่าวนี้ไม่มีความไวและความจำเพาะในการประเมินการมองเห็นโดยตรง (กำลังคำแนะนำ “ค”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองภาวะการมองเห็นผิดปกติ ในผู้ที่มีโอกาสมีโรคมากกว่าคนทั่วไป ได้แก่ เด็กคลอดก่อนกำหนดที่ต้องได้รับออกซิเจน ควรได้รับการตรวจตาทันทีที่ทำได้ (กำลังคำแนะนำ “ข”)

แนะนำให้ตรวจคัดกรองภาวะการมองเห็น และตรวจตาเป็นระยะๆ ในผู้ที่มีโรคตาเรื้อรังในครอบครัว เช่น โรคต้อหิน, จอประสาทตาเสื่อม, จุลรับภาพเสื่อม เป็นต้น; รวมทั้งในผู้ป่วยที่มีโรคทางร่างกายต่างๆ ตลอดจนผู้ที่ต้องใช้ยารักษาโรคทางร่างกายเป็นประจำ ซึ่งอาจมีการสูญเสียสายตากรณีโรค หรือเป็นผลแทรกซ้อนจากการใช้ยา เช่น โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคของต่อมไทรอยด์, โรค collagen, โรคเอดส์ หรือผู้ที่ใช้ยา steroid, ethambutal, chloroquine เป็นต้น (กำลังคำแนะนำ “ข”)

การตรวจคัดกรองความผิดปกติของสายตาในเด็กไทย

(Screening for Visual Impairment in Thai Children)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

แนะนำให้ตรวจตาในเด็กอายุต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

แรกเกิด – 1 เดือน: ตรวจตา

ตรวจลักษณะทางกายวิภาค, ตรวจดูความเท่ากันของลูกตา, ตรวจดูการเคลื่อนไหวของลูกตา และตรวจดู red reflex

1 เดือน: ตรวจการมองเห็น

โดยดูจากพฤติกรรมของเด็ก และถามพฤติกรรมของเด็กจากแม่

6 เดือน: ตรวจตา และตรวจการมองเห็น

การตรวจตาซ้ำเช่นเดียวกับแรกเกิด รวมทั้งตรวจหาปัญหาที่ซ่อนเร้น, ตรวจดูว่ามีตาเหล่ และตรวจดู fundus ในรายที่สงสัยมีปัญหา

ตรวจดูการมองเห็น โดยตรวจ fixation and following และ CSM (central fixate, steadily and maintain fixation) และสังเกตดูจากพฤติกรรมของเด็ก โดยถามพ่อแม่หรือคนเลี้ยงดู

1 ปี – 2 ปี: ตรวจตา และตรวจสายตาสายตา

การตรวจตาซ้ำเช่นเดียวกับอายุ 6 เดือน และตรวจสายตาสายตา ด้วยการดูพฤติกรรมของเด็ก ถ้าพบผิดปกติ ควรส่งพบจักษุแพทย์

3 – 4 ปี: ตรวจตา และตรวจสายตาสายตา

การตรวจตาซ้ำเช่นเดียวกับอายุ 6 เดือน และตรวจสายตาสายตา ด้วยการดูพฤติกรรมของเด็ก และตรวจโดยใช้แผ่นตรวจสายตาสายตา เช่น E chart, chart รูปภาพ เป็นต้น และถ้าพบความผิดปกติ หรือสงสัยว่าผิดปกติควรส่งให้จักษุแพทย์ตรวจ

คำจำกัดความ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

5 - 6 ปี: ตรวจตา และตรวจสายตา

การตรวจตาทำซ้ำเช่นเดียวกับอายุ 6 เดือน และตรวจสายตา ด้วยการใช้อุปกรณ์ตรวจสายตา เช่น E chart, chart รูปภาพ เป็นต้น ทุก 1-2 ปี และถ้าพบความผิดปกติ หรือสงสัยว่าผิดปกติควรส่งให้จักษุแพทย์ตรวจ

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

• แนะนำให้ตรวจจอประสาทตา (fundus) เด็กคลอดก่อนกำหนด โดยจักษุแพทย์ ในช่วงแรกเกิด จนถึง 16 เดือนแรก (หลังจากเด็กแข็งแรงดีแล้ว) และตรวจเป็นระยะตามความเหมาะสมของโรค (retinopathy of maturity; ROP) จนกระทั่งโรคสงบ, หลังจากนั้นตรวจสายตา โดยจักษุแพทย์เมื่ออายุ 18 เดือน และติดตามทุกปี

แนะนำให้ตรวจจอประสาทตาโดยจักษุแพทย์ ในเด็กที่มีประวัติ retinoblastoma ในครอบครัว ตั้งแต่ อายุ 1 เดือนแรก, 6 เดือน, 1 ปี และต่อไปทุก 6 เดือน จนถึงอายุ 3 ปี เป็นอย่างน้อย.

การตรวจคัดกรองโรคต้อหินเรื้อรังในประชาชนไทย

(Screening for Glaucoma in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการแนะนำหรือคัดค้าน การตรวจคัดกรองการมีความดันตาสูง หรือโรคต้อหินระยะต้น เป็นประจำโดยแพทย์ทั่วไป (กำลังคำแนะนำ “ค”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

การตรวจคัดกรองเบื้องต้น ด้วยการวัดความดันตาในประชากรที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ปีละหนึ่งครั้ง เป็นคำแนะนำที่ดี แต่เนื่องจากการขาดบุคลากร และงบประมาณในการซื้อ tonometer จึงอาจจำกัดเฉพาะในผู้ที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคนี้มากกว่าคนทั่วไป ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคนี้ในครอบครัว หรือนัยหนึ่งผู้ที่มีญาติผู้สูงอายุมีตาบอดตาใส, ผู้ที่มีสายตาสั้นมาก, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, ผู้ป่วยโรคต่อมไทรอยด์ เป็นต้น

ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวนี้ควรได้รับการวัดความดันตา อย่างน้อยปีละครั้ง (กำลังคำแนะนำ “ข”) และการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพดีที่สุด ควรกระทำโดยจักษุแพทย์ ซึ่งสามารถใช้เครื่องมือเฉพาะทางในการตรวจจอตา และวัดลานสายตา

กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวนั้นมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวนั้นมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวนั้นมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวนั้นไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การตรวจคัดกรองการได้ยินผิดปกติในเด็กไทย

(Screening for Hearing Impairment in Thai Children)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

แนะนำให้สอบถามประวัติการได้ยิน รวมทั้งประวัติการตั้งครรภ์, การคลอด และประวัติครอบครัว เพื่อค้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยิน ในเด็กอายุ แรกเกิด, 1, 2, 4 และ 6 เดือน; 2 ปี และ 3 ปี (กำลังคำแนะนำ “ก”)

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการตรวจวินิจฉัยการได้ยินในเด็ก ด้วยบุคลากรและเครื่องมือพิเศษ เมื่อเด็กอายุ 9, 12, 15 และ 18 เดือน; และ 4, 5-6, 8, 10, 11-14, 15-17, และ 18-21 ปี (กำลังคำแนะนำ “ค”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

แนะนำให้ตรวจวินิจฉัยการได้ยิน ด้วยบุคลากรและเครื่องมือพิเศษ ในเด็กกลุ่มความเสี่ยงสูง ได้แก่ เด็กที่มีประวัติครอบครัวที่มีเด็กสูญเสียการได้ยิน; มีประวัติการติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์และคลอด เช่น CMV, rubella, herpes, toxoplasmosis และ syphilis เป็นต้น; มีความผิดปกติของใบหน้าและคอ เช่น มีความผิดปกติของไพบูลและรูหู, ปากแหว่ง, เพดานโหว่ เป็นต้น; มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 1,500 กรัม; มีภาวะ hyperbilirubinemia ในระดับที่ต้องทำการเปลี่ยนถ่ายเลือด (exchange transfusion); มีประวัติเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (bacterial meningitis); มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดอย่างรุนแรง (severe birth asphyxia); และ/หรือมีประวัติเคยอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิด (neonatal intensive care unit) (กำลังคำแนะนำ “ข”)

* คำสั่งคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“จ” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การตรวจคัดกรองการใช้สารเสพติดในประชาชนไทย

(Screening for Drugs Abuse in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

แนะนำให้ชักประวัติการใช้ยาและสารเสพติดต่างๆ ในผู้มารับบริการทางการแพทย์ทุกราย นอกจากนี้ยังควรซักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อสืบค้นหาอาการและอาการแสดงของการติดสารเสพติด อันได้แก่ การแยกตัวเอง, เบื่ออาหาร, น้ำหนัก, ใบหน้าหมองคล้ำ, รอยเข็มฉีดยา, อาการแพ้ปรวน และนอนไม่เป็นเวลา เป็นต้น (กำลังคำแนะนำ “ก”)

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การตรวจคัดกรองการติดยาและสารเสพติดต่างๆ โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (กำลังคำแนะนำ “ค”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

การตรวจคัดกรองในการตรวจก่อนบรรจุเข้าทำงาน (preplacement examination) โดยทั่วไป ของข้าราชการพลเรือน, ข้าราชการทหาร, พนักงานรัฐวิสาหกิจ, และลูกจ้างประจำ ทั้งของราชการและเอกชน ยังคงแนะนำให้ใช้การซักประวัติและการตรวจร่างกาย เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป (กำลังคำแนะนำ “ก”) แต่ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การตรวจหาสารเสพติดทางห้องปฏิบัติการ ในกลุ่มบุคคลดังกล่าวทุกคน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงมาก และอาจได้ผลไม่คุ้มค่า¹ (กำลังคำแนะนำ “ค”)

สตรีมีครรภ์ โดยชักประวัติการใช้ยาในระหว่างการฝากครรภ์² นอกจากนี้สตรีมีครรภ์ที่มีปัญหาต่อไปนี้ โดยไม่ทราบสาเหตุ เช่น ทารกในครรภ์โตช้า, น้ำหนักครรภ์เพิ่มน้อย เป็นต้น ควรได้รับการตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการ (กำลังคำแนะนำ “ข”)

แนะนำให้ตรวจหาสารเสพติดทางห้องปฏิบัติการก่อนการบรรจุเข้าทำงาน และมีการสุ่มตรวจเป็นระยะๆ ในผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพและความปลอดภัยของผู้อื่น³ เช่น ผู้ควบคุมยานพาหนะขนส่งมวลชน เช่น รถประจำทาง เรือประจำทาง เครื่องบินโดยสาร รถรับส่งคนงาน รถรับส่งนักเรียน; ผู้ควบคุมยานพาหนะที่มีขนาดใหญ่ เช่น รถบรรทุกสิบล้อ รถบรรทุกเทรลเลอร์; ผู้ควบคุมการขนส่งวัสดุ/สารเคมีอันตราย เช่น วัสดุไวไฟ สารเคมีที่เป็นพิษ วัตถุระเบิด; เจ้าหน้าที่ปฐมพยาบาลและบรรเทาสาธารณภัย เป็นต้น (กำลังคำแนะนำ “ข”)

ในการตรวจคัดกรองดังกล่าว แนะนำให้ใช้การตรวจคัดกรองในปัสสาวะด้วยวิธีที่มีความไวและความจำเพาะสูง เช่น thin layer chromatography (TLC), radioactive immunoassay (RIA), enzymatic immunoassay (EIA) เป็นต้น และได้ผลการทดสอบเป็นบวก ต้องทำการทดสอบซ้ำ ด้วยวิธีที่แตกต่างจากการทำครั้งแรก (กำลังคำแนะนำ “ข”)

¹ กำลังคำแนะนำ

^ก คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

^ข คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

^ค คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

^ง คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

มาตรการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรค

แนะนำให้คำปรึกษาดังโทษภัยของสารเสพติด รวมทั้งการป้องกัน และตรวจหาพยาธิสภาพที่เกิดจากสารเสพติด เช่น การติดเชื้อ HIV, การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ, ความผิดปกติของสมองและจิตประสาท, หลอดเลือดอักเสบ สตรีมีครรภ์ควรทราบถึงโทษของสารเสพติดต่อการตั้งครรภ์และทารก เช่น ทารกในครรภ์โตช้า, ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย, ทารกแรกเกิดมีอาการถอนยา เป็นต้น

นอกจากนี้ยังส่งต่อผู้ป่วยไปเพื่อรับการบำบัดการติดสารเสพติดจากจิตแพทย์ หรือสถานบำบัดผู้ติดสารเสพติด

การตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในประชาชนไทย

(Screening for Dementia in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไปและประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)^{*}

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การทำการตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการ (กำลังคำแนะนำ “ค”) และไม่แนะนำให้ใช้การตรวจคัดกรองด้วยการใช้แบบทดสอบเพียงอย่างเดียว เป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะสมองเสื่อม (กำลังคำแนะนำ “ง”)

แนะนำให้สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานะการทำงานที่บ้าน และที่ทำงานเป็นระยะๆ รวมทั้งควรตระหนักเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามอายุ นอกจากนี้แนะนำให้สอบถามสมาชิกในครอบครัวหรือคนอื่นๆ เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของบุคคลนั้น (กำลังคำแนะนำ “ข”)

ในผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจมีภาวะสมองเสื่อม แนะนำให้ตรวจหาสาเหตุอื่นๆ โดยเฉพาะสาเหตุที่แก้ไขได้ เช่น ภาวะซึมเศร้า, สับสน, ผลข้างเคียงของยา และโรคประจำตัวของผู้ป่วยด้วย (กำลังคำแนะนำ “ข”)

กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวน่าจะมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวน่าจะมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวน่าจะมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวน่าจะไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การตรวจคัดกรองสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย (Health Screening for Thai Geriatric People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

จะเห็นว่าในการตรวจคัดกรองที่ควรปฏิบัติในประชากรสูงอายุไทย จะเป็นการตรวจคัดกรองด้วยการตรวจโดยแพทย์เกือบทั้งสิ้น การสัมภาษณ์ประวัติและการตรวจร่างกาย เป็นการตรวจคัดกรองที่ดีที่สุด (กำลังคำแนะนำ “ก”) ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีเพียงไม่กี่อย่าง เช่น การตรวจน้ำตาลกลูโคสในเลือด และการตรวจเซลล์จากการทำ papanicolau smear เท่านั้น (ตารางที่ 1) (กำลังคำแนะนำ “ข”)

ตารางที่ 1 โรคที่แนะนำให้ตรวจคัดกรองในประชากรสูงอายุไทยทั่วไปและกลวิธีที่แนะนำ

โรค/ภาวะ	กลวิธี	รายละเอียดคำแนะนำ	กำลังของคำแนะนำ
การสูบบุหรี่	สัมภาษณ์ประวัติการสูบบุหรี่	ทุกปี	“ก”
การดื่มสุรา	สัมภาษณ์ประวัติการดื่มสุรา	ทุกปี	“ก”
ภาวะทุพโภชนาการ และโรคอ้วน	สัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารและวัดดัชนีความหนา	ทุกปี	“ก”
ความดันโลหิตสูง	วัดความดันโลหิต	ทุกปี	“ก”
ปัญหาการมองเห็น	สัมภาษณ์ประวัติการมองเห็น และ Snellen chart	ทุกปี	“ข”
โรคเบาหวาน	ตรวจน้ำตาลกลูโคสเมื่ออดอาหาร	ทุกปี	“ข”
โรคมะเร็งเต้านม	ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตรวจเต้านมโดยแพทย์ ตรวจ mamumogram	ทุกสัปดาห์ ทุกปี (ตามสถานะ-ทุกปี)	“ข”
โรคมะเร็งปากมดลูก	ตรวจ papanicolau smear	ปีละครั้ง สามปีติดต่อกัน	“ข”
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่	ตรวจเลือดในอุจจาระ ตรวจ sigmoidoscope	(ตามสถานะ-ทุกปี) (ตามสถานะ-ทุก 3-5 ปี)	“ข”
โรคมะเร็งผิวหนัง	ตรวจผิวหนังทั่วตัว	ทุกปี	“ข”
โรคมะเร็งช่องปาก	ตรวจช่องปาก	ทุกปี	“ข”

ขอให้แพทย์ทุกท่านพึงระลึกเสมอว่า คำแนะนำนี้เป็นคำแนะนำสำหรับการตรวจคัดกรองในประชากรสูงอายุทั่วไป ซึ่งไม่มีอาการผิดปกติใดๆ มาก่อน ดังนั้นในกรณีที่ผู้สูงอายุมาพบด้วยอาการผิดปกติหรืออาการอื่นๆ ก็ตาม จึงไม่ควรรวมอยู่ในกระบวนการตรวจคัดกรองดังกล่าวนี้ และแพทย์ควรเลือกกลวิธีการตรวจเพื่อให้ข้อวินิจฉัยตามความเหมาะสม

กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและการใช้ยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค สำหรับประชาชนไทย

(Immunization and Chemoprophylaxis to Prevent Tuberculous Infection for Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

ไม่แนะนำการให้วัคซีน *Bacille Calmette-Guerin* (BCG) ในประชาชนไทยทั่วไป ที่เคยได้รับวัคซีนบีซีจีมาแล้ว (ตรวจพบมีแผลเป็นบีซีจี) (กำลังคำแนะนำ “ง”) รวมทั้งไม่แนะนำการให้ยาต้านวัณโรคเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค ในประชาชนไทยทั่วไป (กำลังคำแนะนำ “ง”)

แนะนำให้ฉีดวัคซีนบีซีจี แก่บุคคลที่ไม่เคยได้รับวัคซีนบีซีจีมาก่อน (ตรวจไม่พบมีแผลเป็นบีซีจี) และมีผลการทดสอบทูเบอร์คูลินเป็นลบ (กำลังคำแนะนำ “ก”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

คำแนะนำสำหรับเด็ก

เนื่องจากการเป็นโรควัณโรคในเด็ก อาจไม่แสดงอาการจนผู้ปกครองสามารถทราบได้ ดังนั้นแพทย์จึงต้องเอาใจใส่ในการค้นหาเด็กที่ป่วยเป็นวัณโรค โดยเฉพาะในกลุ่มความเสี่ยงสูง และวินิจฉัยแยกให้ได้ว่าเป็นผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค หรือเป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรค ถ้าเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคแล้ว ต้องให้การรักษา และถ้าเป็นเพียงผู้ป่วยที่ติดเชื้อ ควรพิจารณาให้การป้องกันดังต่อไปนี้

ในเด็กสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค

ทารกแรกเกิดที่มีมารดาป่วยเป็นวัณโรคระยะแพร่เชื้อ

- มารดาเป็นวัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อ
 1. แนะนำให้เด็กกิน isoniazid 5 มก./กก./วัน เป็นเวลา 3 เดือน แล้วทำการทดสอบปฏิกิริยาทูเบอร์คูลิน ถ้า ≥ 5 มม. ให้กินยาจนครบ 6 เดือน (กำลังคำแนะนำ “ก”)
 2. ในรายที่ไม่สามารถทำการทดสอบทูเบอร์คูลิน หรือมาอ่านผลตามนัดไม่ได้ แนะนำให้กิน isoniazid 6 เดือน และในกรณีที่ยังไม่เคยได้ฉีดวัคซีนบีซีจี แนะนำให้ฉีดด้วย (กำลังคำแนะนำ “ก”)
- ถ้ามารดาเป็นวัณโรคชนิดแพร่กระจาย แนะนำให้เฝ้าระวังอาการวัณโรคตั้งแต่กำเนิด (congenital tuberculosis) ซึ่งมักมีอาการเมื่อทารกอายุเกิน 2 สัปดาห์ คือมีไข้, น้ำหนักลด, ตับโต, ม้ามโต ฯลฯ และรีบให้การรักษาเมื่อพบโรค (กำลังคำแนะนำ “ก”)

คำอธิบายย่อ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

เด็กโตที่อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยผู้ใหญ่เป็นวัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อ

- ตรวจร่างกาย ทดสอบปฏิกิริยาทูเบอร์คูลิน ถ้าได้ผลบวกให้ถ่ายภาพรังสีทรวงอก และตรวจเสมหะ เพื่อค้นหาโรค ถ้าเป็นโรควัณโรคให้รักษาทันที (กำลังคำแนะนำ "ก")
- ในกรณีที่ตรวจพบว่าไม่เป็นโรควัณโรค แนะนำให้ isoniazid 5 มก./กก./วัน เป็นเวลา 6 เดือน ในรายต่อไปนี้
 1. อายุต่ำกว่า 5 ปี ทุกราย (กำลังคำแนะนำ "ก")
 2. อายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ซึ่งมีปฏิกิริยาทูเบอร์คูลิน >15 มม. ในรายที่ฉีดวัคซันบีซีจีมาแล้ว, หรือ ≥ 5 มม. ในรายที่ไม่เคยฉีดวัคซันบีซีจี (กำลังคำแนะนำ "ก")
 3. สำหรับเด็กติดเชื้อ HIV ทุกราย ควรให้ยาป้องกัน 1 ปี (กำลังคำแนะนำ "ก")
- แนะนำให้ฉีดวัคซันบีซีจี ในเด็กทุกคนที่ไม่เคยฉีดวัคซันบีซีจีมาก่อน (กำลังคำแนะนำ "ก")

ในเด็กกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ

สำหรับในเด็กที่ไม่มีประวัติสัมผัสโรค แต่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ (1) เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี, (2) กิน steroid หรือยากกดภูมิคุ้มกัน, (3) ติดเชื้อ HIV, (4) ผู้มีปฏิกิริยาทูเบอร์คูลินเปลี่ยนเป็นบวกเมื่อเร็ว ๆ นี้ (recent converter) คือ ในระยะ 1-2 ปีที่ผ่านมา, และ (5) มี old fibrotic lesion

ในเด็กกลุ่มดังกล่าวนี้ ถ้าปฏิกิริยาทูเบอร์คูลิน >10 มม. (ในรายที่ฉีดวัคซันบีซีจีแล้วใช้ ≥ 15 มม.) แต่แข็งแรงดี แต่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ให้เด็กกินให้ isoniazid 5 มก./กก./วัน เป็นเวลา 6 เดือน

คำแนะนำสำหรับผู้ใหญ่

แนะนำให้ยารับประทานเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรค แก่บุคคลกลุ่มความเสี่ยงสูง¹⁻⁴ ซึ่งตรวจพบว่ายังไม่เป็นโรควัณโรค (จากผลการตรวจทางคลินิก, การทดสอบทูเบอร์คูลิน, การถ่ายภาพรังสีทรวงอก รวมทั้งการตรวจอย่างอื่น) รวมทั้งมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยาที่ใช้ป้องกันต่ำ ดังต่อไปนี้ ได้แก่ (1) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีปฏิกิริยาทูเบอร์คูลินเปลี่ยนจากลบเป็นบวกภายใน 2 ปี (กำลังคำแนะนำ "ก"), และ (2) กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี^{5,6} (กำลังคำแนะนำ "ข"), แต่ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การให้ยาป้องกันวัณโรคแก่บุคคลความเสี่ยงสูงอื่นๆ เช่น บุคคลที่ได้รับยาสเตรอยด์อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน เป็นต้น (กำลังคำแนะนำ "ค")

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานยืนยันว่า การให้ยาป้องกันวัณโรคชนิดที่เหมาะสมที่สุด สำหรับการป้องกันวัณโรคดังกล่าว เนื่องจากการให้ยารับประทานเพื่อป้องกันโรควัณโรค อาจก่อให้เกิดเชื้อวัณโรคที่ดื้อต่อยา ดังกล่าวได้ ยาที่มีรายงานการศึกษาไว้ได้แก่ isoniazid ขนาด 5 มก./กก./วัน¹⁻⁴ เป็นเวลา 6 เดือนสำหรับบุคคลทั่วไป หรือ 12 เดือน สำหรับผู้ป่วยเอชไอวี^{7,8} (กำลังคำแนะนำ "ข")

ข้อควรระวังในการใช้ยา isoniazid คือการเกิดตับอักเสบ ซึ่งพบได้เพิ่มมากขึ้นในบุคคลที่มีอายุมากกว่า 35 ปี และบุคคลที่ตับมีความผิดปกติ เช่น ผู้ป่วยติดสุราเรื้อรัง ดังนั้นในบุคคลกลุ่มนี้ต้องพิจารณาให้ถี่ก่อนให้ยาป้องกัน

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การให้วัคซันบีซีจี แก่บุคคลความเสี่ยงสูง ซึ่งเคยได้รับวัคซันบีซีจีมาก่อนแล้ว (มีรอยแผลเป็นบีซีจี) ที่ตรวจพบว่ายังไม่เป็นโรควัณโรค และมีผลการทดสอบทูเบอร์คูลินเป็นผลลบ (กำลังคำแนะนำ "ค") และไม่แนะนำการให้วัคซันบีซีจีแก่บุคคลที่มีความบกพร่องของภูมิคุ้มกัน เช่น ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น (กำลังคำแนะนำ "ง")

การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต่อโรคบาดทะยักสำหรับประชาชนไทย

(Immunization to Prevent Tetanus for Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

แนะนำให้ประเมินการได้รับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันปฐมภูมิ ด้วยการซักประวัติ ว่าได้รับครบตามอนุกรมที่กำหนดหรือไม่ และการได้รับท็อกซอยด์ครั้งสุดท้ายเมื่อใด ในบุคคลทุกคน โดยเฉพาะผู้ที่มีบาดแผลและหญิงมีครรภ์ เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก (กำลังคำแนะนำ "ก")

สำหรับผู้ที่เคยได้รับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันปฐมภูมิ แต่ไม่ครบจำนวนครั้งตามที่กำหนด แนะนำให้ฉีดกระตุ้นต่อไปได้เลย โดยไม่จำเป็นต้องเริ่มใหม่ทั้งหมด, ส่วนผู้ที่ไม่ทราบประวัติของการได้วัคซีนที่แน่นอน แนะนำให้เริ่มใหม่ให้ครบ 3 ครั้ง โดยให้ adsorbed tetanus toxoid 0.5 มล. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อต้นแขน ในวันที่พบ และครั้งที่สองห่างจากครั้งแรก 1-2 เดือน และครั้งสุดท้ายให้หลังจากครั้งที่สองอย่างน้อย 6-8 เดือน (กำลังคำแนะนำ "ก")

แนะนำการให้ท็อกซอยด์ป้องกันโรคบาดทะยักกระตุ้นซ้ำทุก 10 ปี ด้วย adsorbed tetanus toxoid 0.5 มล. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อต้นแขน แก่บุคคลทุกคน (กำลังคำแนะนำ "ก") สำหรับบุคคลที่ได้รับท็อกซอยด์ครั้งสุดท้ายเกินกว่า 10 ปี แต่ไม่เกิน 20-30 ปี สามารถให้กระตุ้นเพียงหนึ่งครั้งได้เช่นกัน (กำลังคำแนะนำ "ข")

ในการให้ท็อกซอยด์ดังกล่าวข้างต้น แนะนำการให้ท็อกซอยด์ป้องกันโรคคอตีบ รวมไปถึงท็อกซอยด์ป้องกันบาดทะยัก (Td) ด้วย (กำลังคำแนะนำ "ข")

ไม่แนะนำการให้ท็อกซอยด์ป้องกันโรคบาดทะยักกระตุ้นซ้ำ ถ้าบุคคลนั้นได้รับท็อกซอยด์ครั้งสุดท้ายในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี (กำลังคำแนะนำ "ง")

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

ในกรณีที่มีบาดแผลเกิดขึ้น หากบาดแผลนั้นสะอาด และเกิดหลังจากการได้รับท็อกซอยด์ครั้งสุดท้ายเกินกว่า 10 ปี แต่ไม่เกิน 30 ปี, หรือบาดแผลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคบาดทะยัก แต่เกิดหลังจากการได้รับท็อกซอยด์ครั้งสุดท้ายเกินกว่า 5 ปี แต่ไม่เกิน 20 ปี แนะนำให้ท็อกซอยด์กระตุ้นซ้ำหนึ่งครั้ง (กำลังคำแนะนำ "ข")

ในกรณีที่บาดแผลสะอาด และเกิดในช่วง 10 ปี หลังการได้รับท็อกซอยด์ครั้งสุดท้าย, หรือบาดแผลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคบาดทะยัก แต่เกิดในช่วง 5 ปี หลังได้ท็อกซอยด์ครั้งสุดท้าย ไม่แนะนำว่าต้องให้ท็อกซอยด์กระตุ้นซ้ำ⁵ (กำลังคำแนะนำ "ง")

กำลังคำแนะนำ

"ก" คือ มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

"ข" คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

"ค" คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอ ในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

"ง" คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการฉีดท็อกซอยด์ หรือเคยได้รับแต่ไม่ครบจำนวนครั้งตามที่กำหนด หรือได้รับครั้งล่าสุดเกินกว่า 30 ปี หากบาดแผลที่เกิดขึ้นนั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคบาดทะยัก ผู้ป่วยควรได้รับ human tetanus immune globulin ขนาด 250 ยูนิต (สำหรับขนาดของ equine antitoxin ควรให้ในขนาด 3000 ถึง 6000 ยูนิต) ร่วมกับการให้ท็อกซอยด์ (เมื่อต้องให้ท็อกซอยด์ และ antitoxin ในเวลาเดียวกัน ควรบริหารโดยใช้หลอดฉีดยาแยกกัน และฉีดในตำแหน่งที่ต่างกัน) และให้ท็อกซอยด์ต่อไป เช่นเดียวกับที่กล่าวข้างต้น (กำลังคำแนะนำ "ข")

ในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน และมีบาดแผลเกิดขึ้น ผู้ป่วยควรได้รับ passive immunization เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการฉีดท็อกซอยด์ ทุกราย ยกเว้นมีการตรวจที่ยืนยันว่ามีภูมิคุ้มกันอยู่ในระดับที่ป้องกันโรคได้ (กำลังคำแนะนำ "ข")

ถ้าผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงมากกว่าปกติ และมีโอกาสเกิดโรคบาดทะยักได้สูง จึงต้องประเมินกลุ่มประชากรสูงอายุด้วยความรอบคอบเป็นพิเศษ และสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูก แนะนำให้ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันปฐมภูมิ ให้ครบตามอนุกรมที่กำหนดใหม่ทั้งหมด (กำลังคำแนะนำ "ข")

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบีสำหรับประชาชนไทย (Immunization to Prevent Hepatitis B Virus Infection for Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป¹

แนะนำให้หาหลักฐานของการเคยติดเชื้อ หรือ การเคยมีภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (hepatitis B virus: HBV) ด้วยการสอบถามประวัติการเคยได้รับวัคซีน, การเคยเป็นโรคติดเชื้อ HBV, การมีปัญหาในการบริจาคโลหิต, หรือ การเคยได้รับการตรวจหา HBV markers ในบุคคลทุกคน (กำลังคำแนะนำ “ก”)

ในผู้ใหญ่ทุกคนที่ไม่มีหลักฐานของการเคยติดเชื้อ หรือ การเคยได้รับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อ HBV แนะนำให้ตรวจคัดกรองหา HBV markers อย่างน้อยด้วยการตรวจ anti-HBc ในผู้ใหญ่ทุกคน ถ้าผลการตรวจทุกตัวเป็นลบ แนะนำให้ฉีดวัคซีน (กำลังคำแนะนำ “ข”)

ไม่แนะนำการให้วัคซีน ถ้าตรวจพบ anti-HBc หรือ HBV marker ตัวอื่น ตัวใดตัวหนึ่งเป็นบวก (กำลังคำแนะนำ “ง”)

ไม่แนะนำให้ตรวจหาแอนติบอดี (Anti-HBs antibody) หลังจากการได้รับวัคซีนครบตามอนุกรม (ครบ 3 ครั้ง ณ 0, 1 และ 6 เดือน) แล้ว (กำลังคำแนะนำ “ง”)

ไม่แนะนำการให้วัคซีนกระตุ้นซ้ำอีก หลังจากการได้รับวัคซีนครบตามอนุกรม (ครบ 3 ครั้ง ณ 0, 1 และ 6 เดือน) แล้ว แม้ต่อมาจะมีการตรวจพบระดับแอนติบอดีต่ำลงหรือตรวจไม่พบก็ตาม (กำลังคำแนะนำ “ง”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

สำหรับบุคคลที่สัมผัสเลือดที่มี HBsAg หรือ HBeAg เป็นบวก แผลผ่านผิวหนังหรือเยื่อ, หรือบุคคลที่มีการสัมผัสทางเพศกับบุคคลที่มี HBsAg หรือ HBeAg เป็นบวก; และไม่พบมีหลักฐานของการเคยติดเชื้อ (HBV marker เป็นลบ) หรือการเคยมีภูมิคุ้มกันต่อโรค HBV มาก่อน (มีประวัติเคยได้รับวัคซีนมาก่อน)

ในบุคคลดังกล่าวนี้ แนะนำให้ hepatitis B immune globulin (HBIG) ร่วมกับวัคซีนป้องกัน ทั้งนี้ขึ้นกับธรรมชาติของการสัมผัส, การมีแหล่งตรวจเลือดที่สัมผัส, สถานะ HBsAg หรือ HBeAg ของแหล่งเชื้อ และสถานะการได้รับและการตอบสนองต่อวัคซีนของผู้ที่สัมผัส (กำลังคำแนะนำ “ข”)

¹ กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังไม่มีหลักฐานเพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การใช้ยาป้องกันการติดเชื้อโรคมาลาเรียสำหรับประชาชนไทย

(Chemoprophylaxis to Prevent Malarial Infection for Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

ไม่แนะนำให้ใช้ยาในการป้องกันการติดเชื้อโรคมาลาเรีย ในประชาชนทั่วไป เนื่องจากในประเทศไทย ปัจจุบัน มีปัญหาเชื้อมาลาเรียที่ดื้อต่อยาหลายขนาน ทำให้ไม่มียาที่มีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการติดเชื้อโรคมาลาเรีย, มีผลอันไม่พึงประสงค์ต่ำ และมีความเหมาะสม ในการใช้เป็นยารับประทานป้องกันการติดเชื้อโรคมาลาเรีย (กำลังคำแนะนำ “ง”)

แนะนำให้เน้นมาตรการป้องกันตนเองไม่ให้ยุงกัด ด้วยวิธีต่างๆ เช่น การหลีกเลี่ยงการพักแรมในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรีย เป็นต้น และถ้าไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แนะนำให้นอนในมุ้ง หรือห้องที่มีมุ้งลวด, ทายาป้องกันยุงกัด ฯลฯ (กำลังคำแนะนำ “ก”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

ในกลุ่มบุคคล ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อมาลาเรียเป็นอย่างมาก และอยู่ในพื้นที่แพร่เชื้อในช่วงเวลาอันสั้น รวมทั้งไม่อาจป้องกันได้ด้วยวิธีดังกล่าวข้างต้นได้ เช่น ทหารที่ปฏิบัติการตามแนวชายแดน เป็นต้น จึงจำเป็นต้องมีการให้ยาป้องกัน โดยแนะนำให้เริ่มรับประทานยาดอกซีไซคลิน (doxycycline) ขนาด 100 มก. วันละหนึ่งครั้ง ตั้งแต่วันแรกที่เข้าไปในท้องที่ดังกล่าว และรับประทานทุกวันติดต่อกันไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งกลับออกจากพื้นที่แหล่งแพร่เชื่อนั้น ๆ แต่ห้ามใช้ติดต่อกันเกินกว่า 2-3 สัปดาห์ เพราะอาจเกิดการติดเชื้อ *Clostridium difficile* ได้ รวมทั้งห้ามใช้ในเด็กเล็กและหญิงมีครรภ์ (กำลังคำแนะนำ “ข”)

ภายหลังจากการกลับออกจากพื้นที่ดังกล่าวแล้ว ถ้ามีอาการไข้ หรืออาการอื่นที่สงสัยว่าอาจเป็นโรคมาลาเรีย ภายใน 1-2 เดือน แนะนำให้รีบตรวจเลือดหาเชื้อมาลาเรียโดยรีบด่วน (กำลังคำแนะนำ “ก”)

กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (การท่า)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าท่า)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจท่า หรือ อาจไม่ท่า)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่การท่า)

การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อโรคหัด โรคคางทูม และโรคหัดเยอรมัน สำหรับประชาชนไทย

(Immunization to Prevent Measles, Mump, and Rubella Virus Infection for Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองหาหลักฐานของการมีภูมิคุ้มกันต่อโรคหัด และหัดเยอรมัน ในบุคคลทุกคน ด้วยการสอบถามประวัติ (กำลังคำแนะนำ “ก”) ดังต่อไปนี้ ได้แก่ (1) ประวัติการเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด หรือหัดเยอรมัน หรือ MMR ชนิดเชื้อมีชีวิต (live vaccine) ครบตามอนุกรม, (2) ประวัติการเคยตรวจหาภูมิคุ้มกันทางห้องปฏิบัติการพบว่าภูมิคุ้มกัน, หรือ (3) ประวัติการเคยเป็นโรคหัด ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ (สำหรับประวัติการเป็นโรคหัดเยอรมัน มักเชื่อถือไม่ได้)

ในกรณีที่ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเยอรมัน (rubella vaccine) หรือ MMR มาก่อน (ไม่ว่าจะเคยได้วัคซีนป้องกันโรคหัดมาก่อนหรือไม่ก็ตาม) และไม่มีหลักฐานของการมีภูมิคุ้มกันต่อโรคหัดเยอรมัน (ดังกล่าวข้างต้น) แนะนำให้วัคซีน MMR แก่บุคคลดังต่อไปนี้ ได้แก่

1. สตรีวัยเจริญพันธุ์ทุกคน (กำลังคำแนะนำ “ก”) ทั้งนี้ควรให้ขณะกำลังมีประจำเดือน หรือก่อนการสมรส ซึ่งแน่ใจว่าไม่ตั้งครรภ์ และต้องให้ก่อนกำเนิด 3 เดือนหลังฉีดวัคซีน
2. สตรีหลังคลอดบุตรหรือหลังแท้ง (กำลังคำแนะนำ “ก”) โดยให้ก่อนกำเนิด 3 เดือนหลังฉีดวัคซีน

ไม่แนะนำให้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อหาหลักฐานของการมีภูมิคุ้มกัน ด้วยการตรวจวัดระดับแอนติบอดี ทั้งต่อเชื้อโรคหัดและหัดเยอรมัน ในบุคคลทั่วไป (กำลังคำแนะนำ “ง”) และในกรณีที่ไม่ว่าจะเคยได้รับวัคซีนทั้งสามชนิดครบตามอนุกรม แนะนำให้ฉีดวัคซีน MMR ได้โดยไม่ต้องตรวจหาภูมิคุ้มกันก่อน (กำลังคำแนะนำ “ข”)

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การให้วัคซีนป้องกันโรคหัดเยอรมัน แก่ผู้ชาย และสตรีหลังหมดประจำเดือนทั่วไป แต่ทั้งนี้อาจพิจารณาให้วัคซีน MMR ด้วยเหตุผลอื่น เช่น เพื่อป้องกันโรคหัด (กำลังคำแนะนำ “ค”) (ดูคำแนะนำสำหรับกลุ่มเสี่ยง)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

ในกรณีที่ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด (measle vaccine) หรือไม่มีหลักฐานของการมีภูมิคุ้มกันต่อโรคหัดดังกล่าว แนะนำให้วัคซีน MMR แก่บุคคลที่มีโอกาสไปแพร่เชื้อให้ผู้อื่นเป็นจำนวนมาก หรือมีโอกาสสูงในการรับเชื้อจากผู้อื่น ดังต่อไปนี้ ได้แก่

ก) กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

1. บุคคลที่เข้าสู่สถาบันการศึกษาต่อหลังจากจบชั้นมัธยม (กำลังคำแนะนำ “ข”)
2. บุคลากรทางการแพทย์เมื่อเริ่มเข้าทำงาน (กำลังคำแนะนำ “ข”)
3. บุคคลที่เข้าเป็นทหารเมื่อเริ่มเข้ากองประจำการ (กำลังคำแนะนำ “ข”)

แนะนำให้วัคซีนป้องกันโรคหัด, วัคซีนป้องกันโรคหัดเยอรมัน หรือวัคซีน MMR ในกรณีดังต่อไปนี้
 (1) สตรีขณะกำลังตั้งครรภ์, (2) สตรีที่ไม่ต้องการคุมกำเนิดหลังจากฉีดวัคซีน, (3) ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง, (4) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและมีอาการในระยะเอดส์เต็มขั้น (กำลังคำแนะนำ “ง”)

การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อโรคสุกใสสำหรับประชาชนไทย

(Immunization to Prevent Varicella Zoster Virus Infection for Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

เป้าหมายในการให้วัคซีนป้องกันโรคสุกใส คือ การป้องกันผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ไม่ให้การติดเชื้อโรคสุกใส ดังนั้นบุคคลเป้าหมายในการฉีดวัคซีน ได้แก่ บุคคลที่สัมผัสกับผู้ป่วย เพื่อป้องกันการนำโรคไปติดต่อสู่ผู้ป่วย บุคคลดังกล่าว ได้แก่ (1) บุคลากรในสถานพยาบาล ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง¹ (กำลังคำแนะนำ “ข”), และ (2) บุคคลในครอบครัว และบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (กำลังคำแนะนำ “ข”)

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การให้วัคซีนป้องกันโรคสุกใส ในประชาชนทั่วไป นอกเหนือจากกลุ่มดังกล่าวข้างต้น (กำลังคำแนะนำ “ค”)

ก่อนการพิจารณาให้วัคซีน แนะนำให้ตรวจคัดกรองการมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรคสุกใส ด้วยการซักประวัติว่าเคยเป็นโรคสุกใสหรือสุสหรือไม่ว่า ถ้าไม่เคยเป็น ให้ตรวจหาแอนติบอดีในเลือด (กำลังคำแนะนำ “ก”)

ในบุคคลเป้าหมายดังกล่าวข้างต้น และไม่มีหลักฐานของการมีภูมิคุ้มกันต่อโรค ได้แก่ บุคคลที่ไม่เคยมีประวัติการเป็นโรคสุกใสหรือสุส รวมทั้งผู้ที่ผลการตรวจเลือด เพื่อหาแอนติบอดีต่อเชื้อโรคสุกใสเป็นลบ ควรพิจารณาให้วัคซีน โดยในบุคคลที่อายุต่ำกว่า 13 ปี ให้ฉีด 1 เข็ม เข้าใต้ผิวหนังครั้งเดียว (กำลังคำแนะนำ “ข”) แต่ถ้าอายุเกิน 13 ปี ให้ฉีด 2 เข็ม ห่างกัน 4-8 สัปดาห์ (กำลังคำแนะนำ “ข”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การให้วัคซีนแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ในประเทศไทย แม้ในระยะที่โรคสงบ (remission) แล้ว (กำลังคำแนะนำ “ข”)

¹ กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี เอ สำหรับประชาชนไทย

(Immunization to Prevent Hepatitis A Virus Infection for Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

ยังมีข้อมูลไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี เอ ในบุคคลทั่วไป (กำลังคำแนะนำ “ค”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

แนะนำให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี เอ ในประชาชนที่มีอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคตับเรื้อรังที่ยังไม่มีภูมิต่อไวรัสตับอักเสบบี เอ, ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย, บุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาลและ/หรือห้องปฏิบัติการ, ผู้ประกอบอาหาร, บุคลากรในกองทัพ, และบุคคลในสถานสงเคราะห์หรือสถานกักกัน รวมทั้งบุคลากรที่ทำงานในสถานที่ดังกล่าว (กำลังคำแนะนำ “ข”)

ในบุคคลที่อายุมากกว่า 15 ปี แนะนำให้ตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เอ ถ้าผลการตรวจเป็นลบจึงพิจารณาให้วัคซีน (กำลังคำแนะนำ “ก”)

หลังการให้วัคซีน ไม่แนะนำให้ตรวจหาแอนติบอดี ในบุคคลที่มีภูมิคุ้มกันปกติ เนื่องจากอัตราการตอบสนองต่อวัคซีนสูงมาก และระดับภูมิคุ้มกันที่เกิดจากการฉีดวัคซีน ต่ำกว่าการติดเชื้อจากธรรมชาติ จึงอาจตรวจไม่พบด้วยวิธีการตรวจทั่วไป (กำลังคำแนะนำ “ง”)

ไม่ควรให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี เอ ในผู้ป่วยที่ประวัติปฏิกิริยาต่อ alum หรือ สาร 2-phenoxyethanol (กำลังคำแนะนำ “ง”) และในหญิงมีครรภ์สามารถให้วัคซีนได้ หากมีความจำเป็น และไม่มีข้อห้ามในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (กำลังคำแนะนำ “ค”)

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การให้ภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี เอ (hyperimmune globulin) เสริมในบุคคลทั่วไป รวมทั้งกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้มีความสัมพันธ์ทางเพศหรืออยู่ร่วมในบ้านอย่างใกล้ชิดกับบุคคลที่เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี เอ, เด็กและบุคลากรที่ทำงานในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน ที่พบมีโรคไวรัสตับอักเสบบี เอ, รวมทั้งบุคลากรและผู้ป่วยในสถานสงเคราะห์ที่มีการแพร่เชื้อไวรัสตับอักเสบบี เอ (กำลังคำแนะนำ “ค”)

กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและการใช้ยาป้องกันการติดเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่ สำหรับประชาชนไทย

(Immunization and chemoprophylaxis to Prevent Influenza Virus Infection for
Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

ไม่แนะนำการให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ แก่ประชาชนไทยทั่วไปเป็นประจำ เนื่องจากไม่มีความจำเป็นในบุคคลที่แข็งแรงดี และต้องฉีดทุกปี (กำลังคำแนะนำ “ง”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การให้วัคซีน รวมทั้งการให้ยา amantadine และ rimantadine เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่ แก่บุคคลกลุ่มความเสี่ยงสูงต่าง ๆ ในประเทศไทย ได้แก่ ผู้สูงอายุ ≥ 65 ปี, ผู้ปฏิบัติงานในสถานดูแลผู้สูงอายุ หรือสถานดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง, ผู้ใหญ่ หรือเด็กอายุ ≥ 6 เดือนที่มีโรคเรื้อรังของปอด (COPD) หรือโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด, ผู้ป่วยที่เป็นธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบินผิดปกติ, ผู้ป่วยที่ได้รับการกดภูมิคุ้มกัน, ผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินเป็นระยะเวลานาน, ผู้ป่วยที่มีโรคเจ็บป่วยเรื้อรังอื่นๆ เช่น เบาหวาน, ไตวาย เป็นต้น (กำลังคำแนะนำ “ค”)

กําลังคํานําแนะนํ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรถ่าย)

การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อโรคปอดบวมสำหรับประชาชนไทย (Immunization to Prevent Pneumococcal Infection for Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไปและประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)^{*}

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อโรคปอดบวมชนิด 23-valent polysaccharide pneumococcal vaccine ในประชาชนไทยทั่วไป (กำลังคำแนะนำ “ค”) รวมทั้งกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงในประเทศไทยซึ่ง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง, ไตวายเรื้อรัง, ผู้ที่ขาด immunoglobulin, nephrotic syndrome, sickle cell disease, multiple myeloma, metastatic หรือ hematologic malignancies, หรือผู้ป่วย systemic lupus erythematosus (กำลังคำแนะนำ “ค”)

^{*} กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนหรือคัดค้านการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและการใช้ยาเพื่อป้องกัน การติดเชื้อโรคไขกัฟ หลังแ่อน สำหรับประชาชนไทย

(Immunization and Chemoprophylaxis to Prevent Meningococcal Infection for Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

แนะนำให้รับการให้วัคซีน รวมทั้งการให้ยารับประทานเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคไขกัฟหลังแ่อน แก่
ประชาชนไทยทั่วไป (กำลังคำแนะนำ “ง”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

แนะนำให้บุคคลที่สัมผัสผู้ป่วยโรคไขกัฟหลังแ่อนโดยตรง รับประทานยา rifampicin (ขนาด 600 มก.
สำหรับผู้ใหญ่, 10 มก./กก. สำหรับเด็กอายุ 1-12 ปี, และ 5 มก./กก. สำหรับเด็กอายุ 3 เดือน ถึง 1 ปี) วัน
ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 วัน (รวม 4 ครั้ง) เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคไขกัฟหลังแ่อน (กำลังคำแนะนำ “ข”) แต่
ห้ามให้ยาดังกล่าวนี้ แก่หญิงมีครรภ์ (กำลังคำแนะนำ “ง”)

บุคคลที่สัมผัสผู้ป่วยโรคไขกัฟหลังแ่อนโดยตรง ได้แก่ (1) บุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน หรืออยู่
ในสถานที่เดียวกันกับผู้ป่วย เกินกว่า 26 ชั่วโมงต่อสัปดาห์, (2) บุคคลที่สัมผัสกับน้ำลายหรือเสมหะของผู้ป่วย
โดยตรง เช่น การจูบ, บุคคลที่ใส่ท่อช่วยหายใจให้แก่ผู้ป่วย เป็นต้น

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การใช้ยา ceftriaxone ในการป้องกันการติดเชื้อ
โรคไขกัฟหลังแ่อน (กำลังคำแนะนำ “ค”) ยกเว้น แนะนำให้ใช้เฉพาะบุคคลที่เป็นพาหะของเชื้อโรคไขกัฟ
หลังแ่อนชนิดเอ (serogroup A strains of meningococcus) โดยสำหรับผู้ใหญ่ให้ขนาด 250 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
เนื้อ ครั้งเดียว, และเด็กให้ขนาด 125 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เนื้อ ครั้งเดียว (กำลังคำแนะนำ “ข”)

แนะนำการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อโรคไขกัฟหลังแ่อน เฉพาะในบุคคลที่จะเดินทางไปในพื้นที่ที่มีเชื้อ
โรคไขกัฟหลังแ่อน ชนิด A, C, Y และ W-135 เช่น บุคคลที่จะเดินทางไปประกอบพิธีฮัจจ์ ที่นครเมกกะ
 เป็นต้น (กำลังคำแนะนำ “ข”)

คำอธิบายย่อ

“ก” คือ มีหลักฐานทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้มีประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การให้คำปรึกษาเพื่อการป้องกันภาวะทุพโภชนาการสำหรับประชาชนไทย (Counseling to Prevent Malnutrition for Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไปและประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับคนไทย ซึ่งจะมีผลลดปัญหาโรคขาดสารอาหาร รวมทั้งโรคเรื้อรังสัมพันธ์กับอาหาร ที่คนไทยเผชิญอยู่ มีผลทำให้สุขภาพของคนไทยดีขึ้น มีหลักสำคัญ 10 ประการ คือ

1. การบริโภคอาหารหลัก 5 หมู่ให้ครบ

การบริโภคอาหาร 5 หมู่นี้ครบถ้วนทุกวันอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ได้รับสารอาหารครบถ้วน นับเป็นมาตรการสำคัญสำหรับการป้องกันโรคขาดสารอาหาร

2. การบริโภคอาหารที่ให้พลังงานแต่พอควร

ในผู้ที่อายุ >20 ปี ทั้งผู้ชายและผู้หญิง สามารถประเมินตนเองได้ว่า บริโภคปริมาณพลังงานแต่พอควรหรือไม่ได้ โดยการวัดดัชนีความหนาของร่างกาย ผู้ที่เป็นโรคอ้วน, น้ำหนักตัวปกติ, และโรคอ้วนทั้งตัว (overall obesity) มีดัชนีความหนาของร่างกาย ดังนี้ <20.0, 20.0- 24.99 และ >25.0 กก./ม.² ตามลำดับ นอกจากนี้ อัตราส่วนเส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงสะโพก ยังมีประโยชน์ในการตัดสินโรคอ้วนลงพุง ผู้ชายที่มีอัตราส่วนนี้ >1.0 และผู้หญิงที่มีอัตราส่วนนี้ >0.8 จัดเป็นโรคอ้วนลงพุง

3. การบริโภคอาหารที่มีสัดส่วนของพลังงานอย่างเหมาะสม

สัดส่วนของพลังงานที่บริโภค ควรบริโภคโปรตีน, ไขมัน และคาร์โบไฮเดรต ให้มีสัดส่วนร้อยละ 15-20, 20-30, และ 50-65 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมดตามลำดับ

4. การบริโภคไขมันที่มีสัดส่วนของกรดไขมันอย่างเหมาะสม และ 5. โคลเลสเตอรอลไม่เกินวันละ 300 มก.

ในทางปฏิบัติการบริโภคไขมันเพื่อให้ได้กรดไขมันอย่างเหมาะสมกระทำดังนี้ คือ (1) ใช้น้ำมันถั่วเหลืองในการปรุงอาหารวันละ 1.5-2 ช้อนโต๊ะ, (2) หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวมาก และ (3) หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่เป็นแหล่งให้กรดไขมันทรานส์ (trans fatty acid) (ดูบทที่ 51)

6. การบริโภคน้ำตาลไม่เกินร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด

ควรบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ไร้หวาน รวมทั้งผลไม้หวานจัด ให้น้อยลง

7. การบริโภคใยอาหารอย่างสม่ำเสมอ

ควรบริโภคผักและผลไม้เป็นประจำ เพื่อให้ได้ใยอาหารในสภาพของโพลีแซ็กคาไรด์ที่ไม่ใช่แป้ง (non-starch polysaccharide) วันละ 16-24 กรัม

8. การบริโภคโซเดียมไม่เกินวันละ 2400 มก.

ไม่ควรบริโภคอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น ไข่เค็ม, ปลาเค็ม, ผักกาดดอง และบริโภคน้ำปลา รวมทั้งเครื่องปรุงรสอื่นๆ ที่มีรสเค็มแต่พอสมควร

9. ไม่ดื่มแอลกอฮอล์

ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะได้รับเอทานอลมากกว่าวันละ 30 กรัม เป็นประจำ ทำให้มีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงขึ้นได้ นอกจากนี้การดื่มสุราก็เป็นประจำยังมีผลร้ายต่อสุขภาพนานาประการ เช่น โรคตับแข็ง โรคขาดสารอาหารต่างๆ

10. การบริโภคอาหารที่ป้องกันโรคมะเร็ง

ควรจำกัดการบริโภคอาหารที่มีไตรกลีเซอไรด์และโคเลสเตอรอลมาก บริโภคอาหารที่เก็บถนอมและอาหารที่ไหม้เกรียมให้น้อยลง หรือไม่บริโภคอาหารดังกล่าว ระวังการบริโภคอาหารที่ใส่สีและอาหารที่เปี่ยมขึ้น ในทางตรงกันข้าม ให้เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ให้มากขึ้น

การให้คำปรึกษาเพื่อการป้องกันโรคอ้วนสำหรับประชาชนไทย

(Counseling to Prevent Obesity for Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

เนื่องจากปัจจัยหลักของการเกิดโรคอ้วน คือ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และระดับการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง ดังนั้นแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอ้วน จึงอยู่ที่ฐานของการปรับปรุงอาหารที่บริโภคควบคู่ไปกับการเพิ่มระดับการเคลื่อนไหวของร่างกาย

แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว^{1,2}

เป้าหมายหลักของการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว คือ ให้ดัชนีความหนาของร่างกายอยู่ระหว่าง 20-24.9 กก./ม.² และอัตราส่วนเส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงสะโพก <1.0 ในผู้ชาย และ <0.8 ในผู้หญิง ซึ่งสามารถทำได้โดย การบริโภคพลังงานแต่พอควร, การบริโภคไขมันไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับ, การบริโภคโปรตีนร้อยละ 15-20 พลังงานที่ได้รับ, การบริโภคคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50-55 ของพลังงานที่ได้รับ, การงดหรือการลดการบริโภคแอลกอฮอล์ และการบริโภคผักและผลไม้เป็นประจำ

แนวทางการเพิ่มระดับการเคลื่อนไหวของร่างกาย²

ค่าระดับการเคลื่อนไหวร่างกาย คือ พลังงานที่ใช้ประจำวัน โดยแสดงตัวเลขเป็นเท่าตัวของอัตราเมแทบอลิซึมพื้นฐาน บุคคลที่มีอาชีพเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวร่างกายปกติ น่าจะมีระดับการเคลื่อนไหวร่างกาย ≥ 1.75 , ผู้ที่จำกัดการเคลื่อนไหวร่างกาย มีระดับการเคลื่อนไหวร่างกาย 1.55-1.6, ส่วนผู้ที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยมาก มีระดับการเคลื่อนไหวร่างกายเพียง 1.4

เพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคอ้วน ประชากรควรมีระดับการเคลื่อนไหวร่างกาย ≥ 1.75 ตารางที่ 1 แสดงวิธีการออกกำลังกายและการเล่นกีฬา เพื่อเพิ่มระดับการเคลื่อนไหวร่างกายจาก 1.55-1.6 เป็น ≥ 1.75

นอกจากนี้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ต้องนำมาตรการดัชนีความหนาของร่างกาย และอัตราส่วนเส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงสะโพก มาใช้ในเวชปฏิบัติเป็นประจำ เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยที่คนดูแลนั้นเป็นโรคอ้วนหรือไม่ ถ้าหากตรวจพบก็ต้องให้การรักษาอย่างถูกต้อง ไม่ละเลยโรคอ้วน อย่ามุ่งรักษาแต่เพียงโรคที่สัมพันธ์กับโรคอ้วนเท่านั้น

คำจำกัดความ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าจะ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้มีประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

ตารางที่ 1. การเคลื่อนไหวร่างกายปานกลางประจำวันเพื่อเพิ่มระดับการเคลื่อนไหวร่างกายจาก 1.55-1.60 เป็น >1.75

ระยะเวลา	อัตราส่วนการเคลื่อนไหว *	การเคลื่อนไหว
1 ชั่วโมง	4-5	การเดินอย่างกระฉับกระเฉง (6 กม./ชั่วโมง) ถีบจักรยาน (12 กม./ชม.) การทำสวน การเล่นวอลเลบอล
45 นาที	6-7	การถีบจักรยาน (15 กม./ชม.) การเดินเร็ว การเล่นสเกต (14 กม./ชม.)
30 นาที	10-12	การเคลื่อนไหวร่างกายที่รุนแรง เช่น การเล่นฟุตบอล การวิ่ง (13 กม./ชม.) การเล่นรักบี้ การเล่นบาสเกตบอลในการแข่งขัน

*จำนวนเท่าของอัตราเมแทบอลิซึมพื้นฐาน

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

ในกลุ่มที่เสี่ยง คือมีปัจจัยเสี่ยงที่เอื้ออำนวยต่อการเกิดโรคอ้วน ได้แก่ สภาพรับไวได้ทางพันธุกรรม (genetic susceptibility), สภาพรับไวได้ทางชีวภาพที่ไม่ใช่พันธุกรรม และปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งเสริมให้น้ำหนักตัวเพิ่ม กลยุทธ์การป้องกันน้ำหนักเพิ่มในบุคคลกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวนี้ อาจดำเนินการการป้องกันน้ำหนักเพิ่มแบบคัดเลือก ผ่านทางโรงเรียน, มหาวิทยาลัย, ที่ทำงาน, ศูนย์ชุมชน, ศูนย์การค้า และสถานดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อโรคอ้วน โดยพยายามปรับปรุงความรู้และความชำนาญของบุคคลเหล่านี้ ให้สามารถจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ต่อการเกิดโรคอ้วน ได้

ในบุคคลที่ผู้มีน้ำหนักเกิน หรือมีตัวบ่งชี้ทางชีวภาพว่ามีการสะสมไขมันมาก โดยที่บุคคลเหล่านี้ยังไม่อ้วน ความล้มเหลวในการบำบัดผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเหล่านี้ มีผลให้บุคคลเหล่านี้เป็นโรคอ้วนในที่สุด และประสบกับโรคต่างๆ ที่พบร่วมกับโรคอ้วน วัตถุประสงค์ปฐมภูมิของการป้องกันน้ำหนักเพิ่มในบุคคลกลุ่มนี้ คือ การป้องกันไม่ให้น้ำหนักเพิ่มต่อไป และลดจำนวนผู้ที่เป็นโรคที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคร่วมกับโรคอ้วน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคเบาหวานไม่พึ่งอินซูลิน และข้อเสื่อม ควรได้รับการจัดให้เป็นผู้มีลำดับความสำคัญ ในการป้องกันน้ำหนักเพิ่มแบบมุ่งเป้าหมาย การป้องกันเด็กน้ำหนักเกินไม่ให้กลายเป็นโรคอ้วนในผู้ใหญ่ ก็จัดเป็นรูปแบบหนึ่งของการป้องกันน้ำหนักเพิ่มมุ่งเป้าหมาย

มาตรการดำเนินการทางคลินิก เมื่อตรวจพบโรคอ้วน ^{2,4,5}

เมื่อตรวจพบว่าบุคคลใดเป็นโรคอ้วนแล้วต้องให้การรักษา ซึ่งมีเป้าหมายหลัก 3 ประการ คือ สดน้ำหนักตัวให้ได้พอสมควร ไม่ควรต่ำกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวที่เป็นอยู่, รักษาน้ำหนักตัวที่ลดลงแล้วให้ได้ตลอดไป โดยต้องให้ผู้ป่วยโรคอ้วนตระหนักถึงความสำคัญของเรื่องนี้และปฏิบัติให้ได้, และป้องกันและลดอุบัติการณ์การความรุนแรงของโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกับโรคอ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูง ภาวะกลูโคสในเลือดสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ.

วิธีการลดน้ำหนักตัว ^{2,4,5}

วิธีการลดน้ำหนักตัวในผู้ป่วยโรคอ้วน แบ่งได้เป็น 5 ประเภท คือ การบำบัดด้วยอาหาร, การบำบัดด้วยการเคลื่อนไหวร่างกาย และการออกกำลังกาย, การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม, การรักษาด้วยยาต้านโรคอ้วน, และการผ่าตัด

รักษาน้ำหนักตัวให้ปกติเสมอ ไม่ปล่อยให้โรคอ้วนบีบสุขภาพ

การให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสำหรับประชาชนไทย

(Counseling to Prevent Dyslipidemia for Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป^{*}

เป้าหมายสำคัญของการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับโคเลสเตอรอลในเลือด คือ ให้ระดับ LDL-C ในเลือด <130 มก./ดล. และ HDL-C >35 มก./ดล. หลักการบริโภคอาหารต่อไปนี้ มีความสำคัญอย่างยิ่งยวด เพื่อลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ให้พลังงานแต่พอควร, การบริโภคไขมันทั้งหมดไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับ, การบริโภคไขมันที่มีสัดส่วนของกรดไขมันอย่างเหมาะสม, การบริโภคโคเลสเตอรอลไม่เกินวันละ 300 มก., การบริโภคโปรตีนร้อยละ 15-20 ของพลังงานที่ได้รับ, การบริโภคคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 55-60 ของพลังงานที่ได้รับ, และการบริโภคผักและผลไม้เพิ่มขึ้น.

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

ในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจพบว่ามีภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ต้องมีการค้นหาสาเหตุว่าเกิดจากโรคกรรมพันธุ์, โรคภัยไข้เจ็บต่างๆ, การใช้ยา หรือการรับประทานอาหารที่ถูกไม่ถูกหลักโภชนาการ

การรับประทานอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยของภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ก่อให้เกิดภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงจากอาหาร และภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงจากอาหาร

ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงจากอาหาร เป็นสาเหตุที่สำคัญของ TC และ LDL-C ในเลือดสูง โดยอาจเป็นสาเหตุโดยตรงหรือซ้ำเติมเพิ่มความรุนแรงของภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงปฐมภูมิ หรือทุติยภูมิ ปัจจัยสำคัญทางโภชนาการที่ก่อให้เกิดภาวะ LDL-C ในเลือดสูง ได้แก่ การรับประทานไขมันซึ่งมีกรดไขมันอิ่มตัวมาก และการรับประทานโคเลสเตอรอลมาก

ภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงจากอาหาร ปัจจัยทางโภชนาการที่ก่อให้เกิด ภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง คือ การบริโภคอาหารที่ให้พลังงานเกินความต้องการของร่างกาย, การบริโภคอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตมาก และการดื่มสุรา

การบำบัดรักษาภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติมีหลักการ คือ การรักษาสาเหตุของโรคหรือภาวะที่ก่อให้เกิดภาวะความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด, การให้โภชนบำบัดที่ถูกต้อง, และการใช้ยาลดระดับไขมันในเลือด

การให้โภชนบำบัดที่ถูกต้อง เป็นหลักการสำคัญในการรักษาภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม ถ้าหากผู้ป่วยปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดตามที่แนะนำแล้ว จะเห็นผลได้ภายในระยะเวลา

^{*} กว้างคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

4-8 สัปดาห์ การให้โภชนาบำบัดที่ถูกต้องนี้ ต้องให้ทำควบคู่ไปกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย.

การใช้ยาลดระดับไขมันในเลือด สิ่งที่ต้องระลึกเสมอ คือ การใช้ยาลดระดับไขมันในเลือด ไม่สามารถทดแทนการบำบัดด้วยอาหาร, การควบคุมน้ำหนักตัว และการออกกำลังกาย ได้ ปัจจุบันนี้การใช้ยาลดระดับไขมันในเลือด ใช้เฉพาะภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง และ/หรือภาวะ VLDL-TG ในเลือดสูง โดยมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ (1) ผู้ที่มีโรคหลอดเลือดแดงแข็งอยู่แล้ว, (2) ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ของโรคหัวใจขาดเลือดร่วมด้วย, และ (3) ผู้ที่มีระดับ LDL-C และ/หรือ VLDL-TG ในเลือดสูงมาก โดยยังไม่ปรากฏอาการโรคหลอดเลือดแดงแข็ง และไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ของโรคหัวใจขาดเลือด แต่ไม่ตอบสนองต่อการควบคุมอาหารดังกล่าวแล้ว

การเลือกใช้ยาลดระดับไขมันในเลือดชนิดใดนั้น ต้องทราบว่ายานั้นมีกลไกการออกฤทธิ์อย่างไร ประสิทธิภาพของการลดระดับไขมันในเลือดว่ามีมากน้อยเพียงใด และเป็นไขมันชนิดไหน ผลข้างเคียงมากน้อยเพียงใด และมีอันตรกิริยากับยาชนิดใดบ้าง

การให้คำปรึกษาเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุการจราจรสำหรับประชาชนไทย

(Counseling to Prevent Motor Vehicle Injuries for Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

มาตรการสำหรับผู้ใหญ่ โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 15-64 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ยังขับขียานพาหนะทุกคน ควรได้รับคำแนะนำให้คาดเข็มขัดนิรภัยเสมอ ทั้งผู้ขับขี่รถยนต์และผู้นั่ง โดยเฉพาะในตอนหน้าของรถ (กำลังคำแนะนำ “ก”)

สำหรับผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ควรได้รับคำแนะนำให้สวมหมวกนิรภัยเสมอ ทั้งผู้ขับขี่และผู้โดยสาร (กำลังคำแนะนำ “ก”)

นอกจากนี้ ประชาชนทุกคนควรได้รับคำแนะนำ ให้ไม่ขับขียานพาหนะขณะมีเมเหรือดื่มสุรา รวมทั้งขณะใช้ยาที่มีผลต่อระบบประสาท หรือเสพสารเสพติด (กำลังคำแนะนำ “ก”)

ในการโดยสารรถยนต์ ประชาชนทุกคนควรได้รับคำแนะนำว่า ไม่ควรนั่งในส่วนท้ายของรถบรรทุก หรือปิกอัพที่ไม่ได้ทำที่นั่งสำหรับผู้โดยสารไว้ (กำลังคำแนะนำ “ข”)

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรได้มีการจัดโครงการให้ความรู้แก่ประชาชนผ่านสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับมาตรการความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กำลังคำแนะนำ “ข”)

สำหรับเด็กเล็ก ที่ไม่สามารถใช้ระบบของเข็มขัดนิรภัย แบบที่ใช้สำหรับผู้ใหญ่ที่มีอยู่ประจำรถโดยทั่วไปได้ จำเป็นต้องมีอุปกรณ์เสริม ในการโดยสารยานยนต์ หรือที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก (child restraint system) ที่มีมาตรฐาน ซึ่งมีหลายแบบและเหมาะกับเด็กในแต่ละวัยหรือขนาดของเด็ก ดังแสดงในภาพที่ 1 ในปัจจุบันยังไม่ค่อยแพร่หลายหรือใช้กันในประเทศไทย การเลือกชนิดตามอายุและขนาดเด็กแสดงไว้ในตารางที่ 1

บทบาทของแพทย์ในการลดอัตราการตายและอัตราการเกิดบาดเจ็บในเด็ก

1. ในฐานะแพทย์

ให้ข้อมูลคำแนะนำแก่ผู้ปกครองให้ตระหนักว่า เด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและตายสูง ขณะที่อยู่ในยานพาหนะเมื่อเกิดอุบัติเหตุจราจร หากมิได้ใช้อุปกรณ์สำหรับรัดตรึง (CRS) ที่เหมาะสม

ให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำในการเลือก CRS ให้เหมาะสมกับขนาดและน้ำหนักเด็ก รวมทั้งให้คำแนะนำในการจัดที่นั่งเด็กที่มีโอกาสเกิดอันตรายน้อย หากเกิดอุบัติเหตุจราจร

คำล้งคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

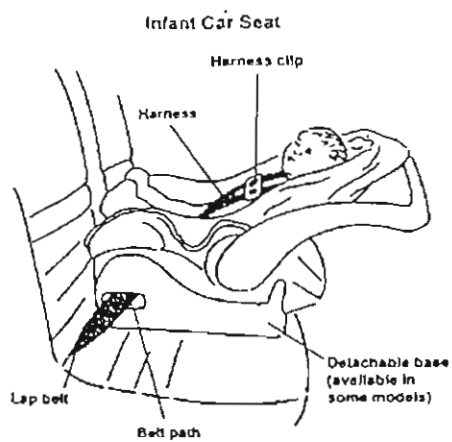
2. ในฐานะที่ปรึกษาของชุมชน

ช่วยเหลือและกระตุ้นให้โรงเรียนหรือสถานที่ดูแลเด็กในชุมชนจัดมาตรการความปลอดภัยสำหรับถนนหนทางบริเวณใกล้เคียง ชักชวนให้ผู้ดำเนินการโรงเรียนหรือผู้ประกอบการใช้อุปกรณ์นิรภัยต่าง ๆ ได้แก่ เข็มขัดนิรภัย, CRS หมวกกันน็อค

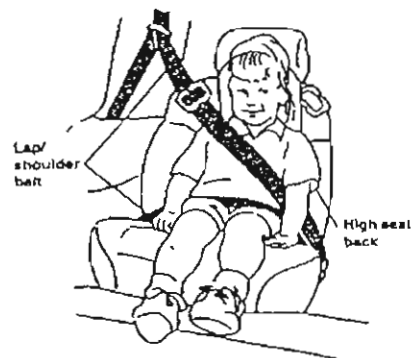
ตารางที่ 1 แนวทางการเลือกวิธีป้องกันภัยสำหรับเด็กจากอุบัติเหตุจราจร สำหรับเด็กที่โดยสารในยานพาหนะ

มาตรการ/คำแนะนำ	กำลังของคำแนะนำ
1. นั่งหรือจัดเด็กไว้ในส่วนของเบาะหลัง ของยานพาหนะ	"ก"
2. จัด CRS สำหรับเด็กเล็ก ชนิดที่หันหน้าไปทางด้านหลังรถไว้ที่เบาะหน้า ในยานพาหนะที่มีระบบถุงลมนิรภัย (air bag system)	"ง"
3. การอุ้มเด็กนั่งไว้บนตัก ขณะนั่งเบาะหน้าของพาหนะ	"ง"
4. การอุ้มเด็กโตอายุ 3-6 ปี นั่งบนตัก โดยจับยึดศีรษะและลำตัวไว้	"ง"
5. ใช้อุปกรณ์เสริม CRS ในเด็กเล็ก	"ก"
6. การสวมหมวกนิรภัย ขณะขับขี่จักรยานหรือจักรยานยนต์	"ก"
7. การสวมใส่เสื้อผ้าสีสด/มีแถบสีสะท้อนแสง ขณะเดินถนนในที่มืด/ยามค่ำ เพื่อให้ผู้ขับขี่ยานพาหนะเห็นได้ชัดเจน	"ข"
8. จัดโปรแกรมให้การศึกษา แก่เด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา/มัธยมศึกษา เกี่ยวกับมาตรการความปลอดภัยในการเดินทาง	"ข"

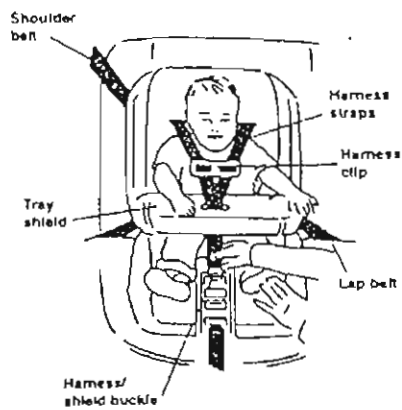
ภาพที่ 1 ชนิดของ child restraint system



Booster Car Seats
High-Backed Belt-Positioning Booster



Convertible Car Seat



Shield Booster



การตรวจสมรรถภาพทางกายและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกาย สำหรับประชาชนไทย

(Testing for Physical Fitness and Counseling to Exercise for Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไปและประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

แนะนำให้ทำการทดสอบสมรรถภาพทางกาย อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง โดยการทดสอบครั้งแรกทำเพื่อทราบสถานภาพของบุคคลว่ามีสมรรถภาพทางกายในแต่ละด้านอยู่ในระดับใด ส่วนการทดสอบอีกครั้งเพื่อทราบถึงการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพทางกายว่า ช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา มีกิจกรรมการดำเนินชีวิตที่บั่นทอนร่างกาย หรือเสริมสร้างร่างกายหรือไม่ เมื่อผลการประเมินมีด้านหนึ่งด้านใดบกพร่อง โดยมีผลการประเมินอยู่ในเกณฑ์ต่ำ หรือต่ำมาก ต้องมีการปรับปรุงแก้ไขด้วยการออกกำลังกายเพื่อพัฒนาระบบนั้น ซึ่งการฝึกซ้อมกีฬา และออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ จะเป็นผลทำให้สมรรถภาพทางกายดีขึ้นชัดเจนโดยใช้เวลาประมาณ 8-10 สัปดาห์ การทดสอบสมรรถภาพทางกาย ยังก็สามารถทำได้ทุก 3 เดือนเช่นกัน ถ้ามีความพร้อมด้านต่างๆ เพียงพอ (กำลังคำแนะนำ “ข”)

มาตรการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบการหย่อนสมรรถภาพทางกาย

เมื่อตรวจพบและประเมินว่าสมรรถภาพด้านใด มีเกณฑ์ต่ำ ต่ำมาก สมควรให้คำปรึกษาในการออกกำลังกายรูปแบบต่างๆ ดังต่อไปนี้ทั้ง 3 แบบ โดยมีหลักการให้คำนึงถึงความหนัก นาน บ่อย ผลสมผสานกันอย่างเหมาะสมในแต่ละเพศ และวัย

คำแนะนำในการออกกำลังกายสำหรับประชาชนทั่วไป

1. การฝึกเพื่อเสริมสร้างความอ่อนตัว สามารถฝึกได้ 2 ลักษณะ อย่างแรกได้แก่ การฝึกกายบริหารข้อต่อ โดยให้ข้อต่อทุกส่วนของร่างกายได้มีการเคลื่อนไหวได้เต็มมุมมากที่สุด มีหลายรูปแบบ เช่น กายบริหารมือเปล่า รำมวยจีน เป็นต้น อีกลักษณะหนึ่ง ได้แก่ การฝึกยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (stretching) โดยการฝึกกล้ามเนื้อโดยเฉพาะมัดใหญ่ๆ ให้เกิดความตึง ค้างไว้ประมาณ 10 วินาที (พยายามเกร็งกล้ามเนื้อขณะยืดเหยียด)
2. การฝึกเพื่อเสริมสร้างความแคล่วคล่องว่องไว สมรรถภาพกายด้านนี้จะรวมกับความเร็วในการทำงานร่วมกันระหว่างระบบประสาทกล้ามเนื้อ ซึ่งการฝึกท่าทางการเคลื่อนไหวเปลี่ยนทิศทางต่างๆ กัน เช่น การวิ่งสลับฟันปลา ก้าวเดิน (เหมือนท่าการทดสอบ) จนเกิดความชำนาญ แล้วค่อยๆ เพิ่มความเร็วขึ้นทีละน้อย จะเป็นผลทำให้สมรรถภาพด้านนี้ดีขึ้น
3. การฝึกเพื่อเสริมสร้างความอดทนทั่วไป หลักการของการฝึกด้านนี้ต้องพยายามให้ร่างกายโดย

คำอธิบายคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าวิธีการทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังไม่มีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

เฉพาะกล้ามเนื้อหัวใจ มี การเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน เติมน้ำมัน เป็นต้น โดยใช้เวลาอย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไป ส่วนความหนักของงานให้คำนวณและนับ ชีพจรขณะออกกำลังกาย คือ ไม่เกิน 190-อายุ ในผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำอยู่แล้ว และไม่เกิน 170-อายุ ในผู้สูงอายุ และผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำมาก่อน⁷

ข้อควรคำนึงในการออกกำลังกาย

การรักษาสุขภาพ และการเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ทางกายที่ดีนั้น สิ่งที่ต้องคำนึงถึงสิ่งต่างๆ ดังนี้

1. ควรเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายโดย มีความหนัก ความนาน และความบ่อยที่เหมาะสม กิจกรรมต่างๆ ควรกระทำ 3 วันต่อสัปดาห์เป็นอย่างน้อย และควรทำสม่ำเสมอติดต่อกันอย่างน้อย 8 สัปดาห์ขึ้นไป จะเป็นผลทำให้สมรรถภาพทางกายดีขึ้น⁸
2. เลือกกิจกรรมเบา และง่าย ในช่วงสัปดาห์แรก แล้วค่อยๆ หนักขึ้น หรือยากขึ้นในสัปดาห์ต่อไป หรืออาจกล่าวได้ว่ากิจกรรมต่างๆ ไม่ควรหนักหรือน้อยเกินไปควรเป็นกิจกรรมที่พอเหมาะ
3. การออกกำลังกายแต่ละครั้งสามารถเสริมสร้างสมรรถภาพด้านต่างๆ ที่กล่าวมาได้พร้อมกัน แต่ต้องมีขั้นตอนการออกกำลังกายที่ครบทุกขั้นตอน ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนแรก คือ การอบอุ่นร่างกาย (warm up) โดยวิธีกายบริหาร ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ วิ่งเหยาะเบาๆ เพื่อปรับสภาพความพร้อมของร่างกาย การรับงานหนัก ต่อไปเป็นขั้นตอนออกกำลังกาย (exercise) เริ่มมีกิจกรรมหนักขึ้นกว่าขั้นตอนแรก ช่วงท้ายอาจฝึกความแคล่วคล่องว่องไวด้วย และขั้นตอนสุดท้ายเป็นขั้นตอนผ่อนคลาย (cool down) กิจกรรมจะคล้ายกับขั้นตอนแรก ทั้งนี้เพื่อให้ร่างกายปรับสภาพสู่สภาวะปกติ
4. ไม่ควรออกกำลังกายขณะมีอาการเจ็บป่วย พักฟื้นจากการเจ็บป่วย รับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ อากาศร้อนอบอ้าว หรือได้รับบาดเจ็บจากการออกกำลังกาย ฯลฯ

คำแนะนำการออกกำลังกายในประชากรกลุ่มเสี่ยง

ถ้าไม่เคยออกกำลังกายติดต่อกันเป็นเวลานานหลายปี มีอายุเกิน 40 ปีขึ้นไป มีประวัติโรคประจำตัว เป็นความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ข้อเสื่อมติดขัด ความสำเร็จในการตรวจสุขภาพเฉพาะโรคจากแพทย์ก่อน

การให้คำปรึกษาเพื่อการป้องกันโรคปวดหลังสำหรับประชาชนไทย

(Counseling to Prevent Low Back Pain for Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป รวมทั้งประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)^{*}

ข้อแนะนำสำหรับการป้องกันอาการปวดหลังที่สำคัญ คือ เรื่องท่าทาง (spine posture): ทำยืนหรือทำนั่ง ควรปรับท่าหลังให้อยู่ในแนวตรงตามธรรมชาติ, การแอ่นเอว เป็นการเพิ่มแรงเครียดต่อโครงสร้างของสันหลัง และทำให้เกิดอาการปวดหลัง, เบาะที่นั่งไม่ควรนุ่มอ่อนวบ, ขนาดของเฟอร์นิเจอร์ที่ใช้ ทั้งเก้าอี้นั่งและเก้าอี้ขับรถ ควรปรับไม่ให้ลึกลงเกินไป นั่นคือเมื่อนั่งติดขอบในแล้ว ใต้ข้อพับเข่าควรเลยขอบนอกของเก้าอี้ออกมาประมาณ 1-2 นิ้ว, เบาะที่ใช้นอน ไม่ควรนุ่มเกินไป แต่ไม่จำเป็นต้องใช้เบาะที่ทำด้วยแม่เหล็ก.

สำหรับกิจกรรม (activities) ในชีวิตประจำวัน ควรหลีกเลี่ยงการยกของหนัก โดยเฉพาะในท่าก้มโค้งหรือบิดตัว (bending and twisting) มีการศึกษาที่ชี้แนะว่า ท่าดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียดต่อกระดูกสันหลังสูงสุด ในขณะยกของจากพื้นหรือจากระดับสูงกว่าเอว, และความเครียดจะต่ำที่สุด เมื่อยกของจากระดับสะโพกหรือยกของที่อยู่ระหว่างเข่าทั้งสองข้าง¹² แต่ถ้าของอยู่ไกลออกไป ความเครียดต่อหลังก็จะมากขึ้น.

การยกของที่ถูกต้อง คือ เท้าข้างหนึ่งควรอยู่หน้ากว่าอีกข้างเล็กน้อย และหันหน้าไปทางของที่จะยก พยายามเก็บหลังให้ตรง, เกร็งหน้าท้อง (abdominal bracing), กระดกสะโพก (tilt pelvis) เล็กน้อย, หลีกเลี่ยงการบิดหรือก้มตัว, พยายามขยับตัวให้ใกล้สิ่งของ และย่อเข่าลงขณะยก

สำหรับบุคคลที่ต้องนั่งทำงานทั้งวัน มีแนวโน้มว่าอาจเกิดการยึดติดแข็ง (tightness) ของกล้ามเนื้อหลัง และกล้ามเนื้อ hamstrings จึงควรเปลี่ยนอิริยาบถให้บ่อยเพื่อยืดเส้นยืดสาย และหลีกเลี่ยงการทำงานในท่านั่งเอี้ยวตัวไปมาอยู่บ่อยๆ

การวิจัยเกี่ยวกับความเจ็บปวดและการบำบัดความเจ็บปวด ในระยะ 20 ปีหลังนี้ ให้ความสำคัญในเรื่องของความเจ็บปวดที่สัมพันธ์กับความเครียด (stress-related pain) โดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังมีสถิติสูงถึงร้อยละ 60-80 ที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางจิตใจ (psychological factors) การผ่อนคลาย (relaxation) เป็นเทคนิคที่สำคัญที่ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

สำหรับกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ใช้แรงงานที่ต้องใช้สันหลังมาก นายจ้างต้องให้ความสนใจต่อปัญหาที่อาจเกิดจาก mechanical back pain โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับท่าทางในการทำงาน, การปรับเครื่องมือให้อยู่ในลักษณะที่ได้เปรียบเชิงกล, ในต่างประเทศบางแห่งให้ใช้เข็มขัดรัดเอว (lumbar belt) ซึ่งคล้ายที่ใช้นักกีฬายกน้ำหนัก เป็นข้อบังคับเวลาปฏิบัติงาน

^{*} ตัวลึกลงหมายถึง

"ก" คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

"ข" คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

"ค" คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

"ง" คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การให้คำปรึกษาเพื่อการป้องกันการใช้สารเสพติดสำหรับประชาชนไทย

(Counseling to Prevent Drug Abuse for Thai People)

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

ประชาชนทุกคนควรได้รับความรู้ถึงโทษของการใช้สารเสพติด ทั้งต่อตนเองและทางกฎหมาย ได้แก่ (1) การมีผลต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้ใช้ทุกคน, (2) การมีความผิดทางกฎหมายในการใช้สารเสพติด, (3) การเป็นสาเหตุส่งเสริมการเกิดอุบัติเหตุและอุบัติเหตุ, และ (4) การเกิดปัญหาทางสังคมและปัญหาทางอาชญากรรม นอกจากนี้ควรมีการณรงค์ต่อต้านการใช้สารเสพติด, สนับสนุนให้เล่นกีฬา และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ (กำลังคำแนะนำ “ก”)

นอกจากนี้ ควรมีการตรวจก่อนบรรจุเข้าทำงานทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับความปลอดภัยสาธารณะ (กำลังคำแนะนำ “ข”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

จากสถานการณ์ปัจจุบัน การแพร่ระบาดของสารเสพติด โดยเฉพาะยาบ้า ได้กลายเป็นมหันตภัยร้ายแรงและทวีความรุนแรงขึ้นทุกวัน โดยได้แพร่ระบาดไปสู่กลุ่มเยาวชน, นักเรียน และนักศึกษา ซึ่งเป็นอนาคตของชาติ ดังนั้นการที่จะแก้ไขปัญหายาบ้าให้ได้ผลนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุก ๆ ฝ่าย ทั้งผู้ปกครอง, โรงเรียน และบุคลากรทางการสาธารณสุข

โรงเรียนเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญมากในการแก้ปัญหา เพราะโรงเรียนเป็นสถานที่ ที่เด็กต้องใช้เวลามากในแต่ละวัน ไม่น้อยไปกว่าในครอบครัว บุคคลที่มีความสำคัญมากก็คือครู เพราะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับนักเรียน สามารถสังเกตพฤติกรรมต่าง ๆ ของนักเรียนได้เป็นอย่างดี และเป็นที่ปรึกษาที่ดีให้กับเด็กด้วย

เมื่อเด็กมีปัญหาแล้ว มีคนคอยให้คำปรึกษาแนะนำในการประพฤติปฏิบัติตัวในทางที่ถูกต้อง ก็จะทำให้เด็กไม่หันไปพึ่งพาสารเสพติด โรงเรียนควรมีแนวทางแก้ไขปัญหายาอย่างชัดเจน เพื่อจะได้นำไปสู่การปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน

กำลังคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

การให้คำปรึกษาเพื่อการป้องกันโรคเหงือกและฟันสำหรับประชาชนไทย

(Counseling to Prevent for Dental Diseases in Thai People)

แนวทางปฏิบัติ

สิ่งที่ต้องทำ : กระตุ้นให้ทุกคน

- ตรวจช่องปากเป็นประจำทุก 6 เดือนหรือปีละ 1 ครั้งขึ้นกับสภาวะสุขภาพในช่องปาก
- ทำความสะอาดปากของตนเองด้วยการแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟันวันละสองครั้ง/ทุกวัน
- ใช้ฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ หลีกเลี่ยงอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล งดกินจุบจิบ
- ในเด็กวัยทารกให้พ่อแม่ทำความสะอาดปากให้เด็กทุกวันเพื่อป้องกันฟันผุจากการดูดนมขวด
- ในเด็กที่อยู่ในชุมชนที่มีฟลูออไรด์ในน้ำดื่มไม่เพียงพอให้กินฟลูออไรด์เสริม
- ทุกครั้งที่ตรวจดูปากและคอของผู้ป่วยแพทย์ควรได้เอาใจใส่กับอาการของโรคในช่องปากด้วย

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป

หญิงมีครรภ์

ขณะตั้งครรภ์อาจมีการกินจุบจิบมากขึ้น รวมทั้งการกินอาหารรสเปรี้ยว ซึ่งจะเป็นกรดกัดกร่อนฟันได้ง่าย รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบได้ง่าย ดังนั้นควรดูแลรักษาความสะอาดช่องปากให้ดีโดยการแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟัน จึงแนะนำให้ให้คำปรึกษา โดยสูตินรีแพทย์/แพทย์/พยาบาล/บุคลากรอื่นๆ ดังต่อไปนี้

1. ให้ไปพบทันตแพทย์เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ เพื่อตรวจสภาพในช่องปาก, หาดฟันผุและเหงือกอักเสบ และการทำความสะอาดโดยการขัดฟัน รวมทั้งการรักษาโดยอุดฟันและขูดหินปูน (ในไตรมาสที่ 2)
2. ให้แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ก่อนนอนและหลังอาหารเช้า และใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟันสำหรับผู้ที่มีการแพ้ง่าย และรู้สึกคลื่นไส้อาเจียนขณะแปรงฟัน แนะนำให้แปรงโดยไม่ใช้ยาสีฟัน
3. แนะนำเรื่องอาหาร ให้กินถูกสัดส่วนและเพียงพอต่อความต้องการ
4. สอนสุขศึกษาเกี่ยวกับเรื่องฟันผุและเหงือกอักเสบ ถึงสาเหตุและการป้องกันโรคปริทันต์ เพื่อป้องกันการสูญเสียฟัน
5. แนะนำให้ดูแลสุขภาพช่องปากของหญิงมีครรภ์และคู่สมรสให้สะอาดเพื่อลดปริมาณจุลินทรีย์ในช่องปากลงเนื่องจากจุลินทรีย์ในช่องปากจากมารดาติดต่อไปยังทารกได้
6. งดดื่มสุรา, สูบบุหรี่ และการเสพหรือใช้สารเสพติด
7. แนะนำถึงสิ่งที่จะมีผลต่อฟันของเด็กขณะตั้งครรภ์ คือ การมีไข้จากการติดเชื้อไวรัสหรือจากการติดเชื้ออื่นๆ ขณะตั้งครรภ์ เดือนที่ 5-9, การได้รับยาปฏิชีวนะ tetracycline, การคลอดก่อนกำหนด, รวมทั้งการ

คำสังตัวแนะว่า

“ด” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ)

“จ” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

แจ้งให้แพทย์หรือทันตแพทย์ทราบเพื่อการไม่เสี่ยงต่อการได้รับยา หรือการฉายแสงที่จะมีผลต่อเด็กในครรภ์ได้

วัยทารก

ให้คำแนะนำ โดยกุมารแพทย์/สูตินรีแพทย์/แพทย์/พยาบาลและบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้การศึกษา เพื่อป้องกันการเกิดโรคเหงือกและฟัน ดังต่อไปนี้ คือ

1. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. หลังดูดนมทุกครั้งให้เด็กดื่มน้ำตามไม่ว่าจะดูดนมแม่หรือดูดนมขวด เพื่อชำระล้างคราบน้ำนมในช่องปาก
3. การทำความสะอาดในช่องปากของเด็กโดยการเช็ดด้วยผ้าก๊อชสะอาด วันละอย่างน้อย 2 ครั้ง (ทำให้ดู)
4. ถ้าเด็กดูดขวด ฝึกอุบ้นิสัยให้ดูดขวดเป็นมือ ให้ทราบว่าเวลาที่ดูดนมคือเวลาอาหาร และเวลานอนคือเวลานอนไม่ควรให้เด็กดูดนมเวลาที่เข้านอน รวมทั้งไม่ควรให้เด็กหลับไปขณะที่มีขวดดูดคาอยู่
5. ฝึกให้ดื่มจากแก้วเมื่อเด็กนั่งได้ และเมื่อเด็กอายุได้หนึ่งปีควรให้เลิกใช้ขวดนม ให้ดื่มจากแก้วแทน
6. แนะนำพ่อแม่ให้รักษาช่องปากของตนเองให้สะอาด เพื่อลดจำนวนเชื้อจุลินทรีย์ที่จะติดต่อไปยังเด็ก
7. เมื่อฟันขึ้น เริ่มแปรงให้เด็กอย่างน้อยวันละสองครั้ง คือ หลังอาหารเช้าและก่อนนอน
8. การตรวจในช่องปาก ให้แพทย์คอยสังเกตฟันผุที่เกิดจากการดูดนมขวด (baby bottle decay)
9. ฝึกให้เด็กได้มีโอกาสเคี้ยวและกัดแทะอาหารเพื่อพัฒนากล้ามเนื้อและขากรรไกร
10. ให้ฟลูออไรด์เสริม ในเด็กที่อยู่ในชุมชนที่มีปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำดื่มน้อยกว่า 0.6 ppm

วัยก่อนเรียน

ให้คำแนะนำ โดยแพทย์/ทันตแพทย์/พยาบาลและบุคลากรอื่น ๆ ดังต่อไปนี้

1. พบทันตแพทย์ทุก 6 เดือน ตรวจในช่องปาก เพื่อตรวจหาฟันผุและเหงือกอักเสบ และอื่น ๆ รวมทั้งการทำความสะอาดโดยการขัดฟัน และการเคลือบฟลูออไรด์ รับการรักษาทางทันตกรรมในรายที่มีปัญหา เช่น การอุดฟัน, การขูดหินปูน, การถอนฟัน และการใส่เครื่องมือกันที่ในรายที่ต้องถอนฟันไปก่อนกำหนด
2. แนะนำพ่อแม่แปรงฟันให้เด็กทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ก่อนนอนและหลังอาหารเช้า (แสดงให้ดู)
3. แนะนำการให้ฟลูออไรด์เสริม ในเด็กที่อยู่ในชุมชนที่มีฟลูออไรด์ในน้ำดื่มปริมาณต่ำกว่า 0.6 ppm
4. แนะนำเรื่องอาหารที่มีผลต่อการเกิดฟันผุ เลือกอาหารให้เด็ก หลีกเลี่ยงการให้อาหารว่างหรือของกินเล่นพวกแป้งและน้ำตาล สงดการกินจุบจิบระหว่างมื้อ
5. ให้คำแนะนำและการป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นกับฟัน รวมทั้งข้อปฏิบัติเมื่อเกิดขึ้นแล้ว เช่น หกล้มฟันกระแทก
6. แก้ไขอุปนิสัยที่ควรแก้ไข ที่จะมีผลต่อโครงสร้างของใบหน้าและขากรรไกร เช่น การดูดนิ้ว
7. แนะนำพ่อแม่ให้รักษาช่องปากของตนเองให้สะอาด

วัยเรียน

ให้คำแนะนำ โดยทันตแพทย์/ทันตบุคลากร/ครู ดังต่อไปนี้

1. พบทันตแพทย์ทุก 6 เดือน เพื่อตรวจสภาพในช่องปาก การรักษาโดย การอุดฟันและขูดหินปูน และการทำความสะอาดโดยการขัดฟัน และการเคลือบฟลูออไรด์ รวมทั้งในเด็กที่มีฟันถาวรขึ้น ให้ทำ sealant เพื่อป้องกันฟันผุด้านบดเคี้ยว
2. สอนการแปรงฟันให้เด็ก ให้แปรงวันละ 2 ครั้ง ก่อนนอนและหลังอาหารเช้า ภายใต้การกำกับดูแลอย่างใกล้ชิดของพ่อแม่
3. ใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟัน โดยพ่อแม่ช่วยทำให้

4. ใช้สีย้อมคราบฟัน เพื่อให้เด็กและพ่อแม่เห็นบริเวณที่มีคราบฟันติดอยู่ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการแปรงฟันของเด็ก จะได้แนะนำและแก้ไขให้แปรงได้ดีขึ้น
5. ให้ฟลูออไรด์เสริม ในเด็กที่อยู่ในชุมชนที่มีปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำดื่มต่ำกว่า 0.6 ppm
6. แนะนำเรื่องอาหารที่มีโทษและประโยชน์ต่อฟัน รวมทั้งการเลือกอาหารให้เด็ก หลีกเลี่ยงการให้อาหารว่างหรือของกินเล่นพวกแป้งและน้ำตาล งดการกินจุบจิบระหว่างมื้อ รวมทั้งให้บ้วนปากหลังกินอาหารหรือของกินเล่นทุกครั้ง
7. สอนสุขศึกษาเรื่องฟันผุและเหงือกอักเสบ ถึงสาเหตุของโรคและการป้องกัน
8. แก้ไขอุปนิสัยที่ไม่ดี เช่น ดูดินัว ดูดริมน้ำปาก กัดเล็บหรือสิ่งของและอื่นๆ ที่จะมีผลทำให้การสบฟันผิดปกติ และมีผลทำให้การเจริญเติบโตของใบหน้าและขากรรไกรผิดปกติ
9. แก้ไขฟันเก ฟันที่ขึ้นผิดตำแหน่ง การสบฟันที่ผิดปกติ ฯลฯ โดยทันตกรรมจัดฟัน เพื่อป้องกันผลเสียที่จะมีต่อระบบการบดเคี้ยวจากฟันเกหรือความผิดปกติของการสบฟันและใบหน้า
10. แนะนำการป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นกับฟัน และข้อปฏิบัติตนเมื่อมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นกับฟัน

วัยรุ่น

ให้คำแนะนำ โดยทันตแพทย์/ทันตบุคลากร ดังต่อไปนี้

1. พบทันตแพทย์ทุก 6 เดือน ตรวจสภาพในช่องปาก เพื่อหาฟันผุและเหงือกอักเสบ และรับการรักษาโดยการอุดฟันและขูดหินปูน ทำความสะอาดโดยการขัดฟันและการเคลือบฟลูออไรด์
2. ให้แปรงวันละ 2 ครั้ง ก่อนนอนและหลังอาหารเช้า และใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟัน
3. ใช้สีย้อมคราบฟันเพื่อเห็นประสิทธิภาพของการแปรงฟัน จะได้แก้ไขแปรงได้ดีขึ้น
4. ให้ฟลูออไรด์เสริม ในเด็กที่อยู่ในชุมชนที่มีปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำดื่มต่ำกว่า 0.6 ppm
5. แนะนำเรื่องอาหารที่มีโทษและประโยชน์ต่อฟัน รวมทั้งแนะนำการเลือกอาหารให้เด็ก ให้หลีกเลี่ยงอาหารว่างหรือของกินเล่นพวกแป้งและน้ำตาล งดการกินจุบจิบระหว่างมื้อ
6. บ้วนปากหลังกินอาหารและของกินเล่นทุกครั้ง
7. สอนสุขศึกษาเรื่องฟันผุและเหงือกอักเสบในวัยรุ่น ถึงสาเหตุและการป้องกัน โรคฟันผุและโรคปริทันต์
8. แก้ไขฟันเก ฟันที่ขึ้นผิดตำแหน่ง การสบฟันที่ผิดปกติ ฯลฯ โดยทันตกรรมจัดฟัน เพื่อป้องกันผลเสียที่จะมีต่อการบดเคี้ยวจากฟันเกหรือความผิดปกติของการสบฟันและใบหน้า
9. แนะนำการป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นกับฟัน และข้อปฏิบัติตนเมื่อมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นกับฟัน

วัยผู้ใหญ่

ให้คำแนะนำ โดยแพทย์/ทันตแพทย์/ทันตบุคลากร ดังต่อไปนี้

1. พบทันตแพทย์ทุก 6 เดือน / 1 ปี ตรวจสภาพในช่องปาก เพื่อหาฟันผุและเหงือกอักเสบ และรับการรักษาโดยการอุดฟันและขูดหินปูน, ทำความสะอาดโดยการขัดฟัน และใส่ฟันปลอมทดแทนฟันที่ถูกลบไป
2. ให้แปรงวันละ 2 ครั้ง ก่อนนอนและหลังอาหารเช้า และใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟัน
3. ใช้สีย้อมคราบฟันเพื่อเห็นประสิทธิภาพของการแปรงฟัน จะได้แก้ไขแปรงได้ดีขึ้น
4. แนะนำเรื่องอาหารที่มีโทษและประโยชน์ต่อฟัน งดการกินจุบจิบ
5. บ้วนน้ำทุกครั้งหลังกินอาหาร
6. สอนสุขศึกษาเรื่องฟันผุและเหงือกอักเสบ ถึงสาเหตุและการป้องกันโรคปริทันต์ ป้องกันการสูญเสียฟัน
7. แนะนำให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่มีผลเสียหรือเป็นอันตรายต่อฟัน เช่น ใช้ฟันกัดแทะสิ่งของแทนเครื่องมือ, การเปิดขวดน้ำอัดลมด้วยฟัน, การขบกัดฟัน, การกัดเล็บ ปากกา หรือด้ามแว่นตา เมื่อยามเครียด, การนอนกัดฟัน หรืออื่นๆ

ข้อมูลประวัติพื้นฐานสำหรับการตรวจสุขภาพ

การเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลและการผ่าตัดในอดีต

การเคยตรวจสุขภาพในอดีต

การเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (รวมทั้งโรคประจำตัวเรื้อรัง)

การใช้ยาและการแพ้

การได้รับวัคซีน, การตรวจหาภูมิคุ้มกัน และการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

- ไวรัสตับอักเสบบี, วัณโรค, คอติบ, ไอกรน, บาดทะยัก, หัด, หัดเยอรมัน, คางทูม ฯลฯ

อุปนิสัยส่วนตัว

- การบริโภค (ถ้าเป็นไปได้ ให้ทำรายการอาหารและเครื่องดื่มที่บริโภคตลอด 7 วัน แล้วนำมาวิจารณ์ร่วมกับผู้ป่วย)
- ประวัติทางเพศ (ทั้งของตนเองและคู่)
- การสูบบุหรี่, การดื่มสุรา, การใช้สารเสพติด ฯลฯ

การเจ็บป่วยและสาเหตุของการเสียชีวิตของญาติสายตรง (รวมทั้งอายุที่เริ่มเจ็บป่วยและเสียชีวิต)

- โรคเรื้อรัง: โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคไต, โรคทางพันธุกรรม อื่น ๆ เช่น ธาลัสซีเมีย ฯลฯ
- โรคติดต่อ: วัณโรค, ไวรัสตับอักเสบบี ฯลฯ
- โรคจากสิ่งแวดล้อม: การได้รับพิษ, ภูมิแพ้ ฯลฯ

การสัมผัสสารพิษจากงานที่ทำและสิ่งแวดล้อม (อาจใช้แบบสอบถามแนบท้ายผนวกนี้)

- การสัมผัสในปัจจุบันและในอดีตต่อ สารโลหะหนัก, ฝุ่น, เส้นใย, หมอกควัน, สารเคมี, สิ่งอันตรายทางชีวภาพ, รังสี, เสียงกึกก้อง, การสั่นสะเทือน
- ลักษณะงานประจำ (ภารกิจ, สถานที่, วัสดุ, การใช้สิ่งต่าง ๆ) และการเปลี่ยนแปลงลักษณะงานประจำ หรือกระบวนการปฏิบัติงาน
- ผลกระทบที่คล้ายกัน ของผู้ร่วมงาน หรือผู้ร่วมบ้าน
- การจัดการสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน: การระบายอากาศ, การเฝ้าระวังทางการแพทย์และอนามัยอุตสาหกรรม, การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (เช่น การป้องกันการสูดหายใจ, ถุงมือ, เสื้อคลุม ฯลฯ), ระบบนิเวศ, สัญญาณเตือนภัย, การฝึกอบรม, และอุปนิสัยส่วนบุคคล (การสูบบุหรี่, การกินอาหารระหว่างทำงาน, การล้างมือด้วยตัวทำละลาย)
- ประวัติการทำงาน: รายละเอียดเกี่ยวกับงานในอดีต รวมทั้งงานระยะสั้น, งานนอกเวลา, และงานในกองทัพ รวมทั้งรายละเอียดเกี่ยวกับงานปัจจุบัน
- ประวัติสิ่งแวดล้อม: สถานที่ตั้งบ้านที่อยู่อาศัย ทั้งในปัจจุบันและในอดีต, ลักษณะงานของผู้ที่อยู่มาก่อน, จำนวนกันความร้อน และการปรับอากาศของบ้าน, สารที่ใช้ทำความสะอาดบ้าน, การใช้สารกำจัดศัตรูพืชและสัตว์, แหล่งน้ำที่ใช้บริโภคบริโภค, การซ่อมแซมและต่อเติมบ้าน, มลภาวะทางอากาศ ทั้งในบ้านและนอกบ้าน, งานอดิเรก (งานสี, งานไม้, งานปั้น, งานโลหะ, งานรถยนต์ ฯลฯ), การสัมผัสกับขยะอันตราย

แบบสอบถามประวัติการสัมผัส*

โรงพยาบาล _____ วันที่ _____ เลขที่ทั่วไป _____
 ชื่อ _____ เพศ []ชาย []หญิง เกิดวันที่ _____ อายุ _____ ปี

ตอนที่ 1 สำนวนการสัมผัส (กรณาวางกลมรอบคำตอบ)

1. คุณมีการสัมผัสกับสิ่งต่างๆ ต่อไปนี้ บ้างหรือไม่?

- | | | |
|---|-----|-----|
| • โลหะ หรือเกลือของโลหะ _____ | ไม่ | ใช่ |
| • ฝุ่นและเส้นใย _____ | ไม่ | ใช่ |
| • สารเคมี _____ | ไม่ | ใช่ |
| • หมอกควัน _____ | ไม่ | ใช่ |
| • รังสี _____ | ไม่ | ใช่ |
| • เสียงอึกทึก, การสั่นสะเทือน, ความร้อนจัดหรือเย็นจัด _____ | ไม่ | ใช่ |
| • ชีววัตถุ (เช่น เชื้อรา, แบคทีเรีย, ไวรัส ฯลฯ) _____ | ไม่ | ใช่ |

2. ในอดีต คุณเคยสัมผัสกับสิ่งต่างๆ ดังกล่าวในข้อ 1 บ้างหรือไม่? _____ ไม่ ใช่

3. ผู้ที่อาศัยในบ้านเดียวกันกับคุณ มีการสัมผัสกับสิ่งต่างๆ ดังกล่าวในข้อ 1 บ้างหรือไม่? _____ ไม่ ใช่

ตั้งแต่ข้อ 1. ถึงข้อ 3. ถ้าคุณตอบ “ใช่” กรุณาบรรยายรายละเอียดการสัมผัส -- ใคร, สัมผัสอะไร, ที่ไหน, ตั้งแต่เมื่อไร ถึงเมื่อไร, และสัมผัสอย่างไร (ทางผิวหนัง, การสูดหายใจ, การรับประทาน, ฯลฯ)

4. คุณรู้จักชื่อของโลหะ, ฝุ่น, เส้นใย, สารเคมี, หมอกควัน หรือรังสี ที่คุณสัมผัส หรือไม่?
 _____ ไม่ ใช่

6. คุณนำเสื้อผ้าที่ใช้ใส่ทำงาน กลับไปซักที่บ้าน บ้างหรือไม่? _____ ไม่ ใช่

5. คุณมีสิ่งต่างๆ ติดตามผิวหนัง หรือเสื้อผ้า บ้างหรือไม่?
 _____ ไม่ ใช่

7. คุณอาบน้ำก่อนกลับจากการทำงานหรือไม่? _____ ไม่ ใช่

8. คุณได้กลืนสารเคมี หรือกลืนของวัตถุที่คุณทำงาน อยู่ด้วย บ้างหรือไม่? _____ ไม่ ใช่

*ดัดแปลงจาก Case Studies in Environmental Medicine “Taking an Exposure History”

U.S. Department of Health & Human Services

9. คุณใช้อุปกรณ์ป้องกัน เช่น ถุงมือ, หน้ากาก, อุปกรณ์ช่วยหายใจ, อุปกรณ์ป้องกันเสียง ฯลฯ บ้างหรือไม่

_____ ไม่ ใช่

10. คุณเคยได้รับคำแนะนำให้ใช้อุปกรณ์ป้องกัน บ้างหรือไม่ _____ ไม่ ใช่

ข้อ 9 และ 10 ถ้าตอบ “ใช่” กรุณาระบุรายการอุปกรณ์ป้องกันที่ใช้

11. คุณเคยได้รับการฝึกอบรมวิธีการใช้อุปกรณ์ป้องกัน บ้างหรือไม่ _____ ไม่ ใช่

12. คุณเคยล้างมือด้วยสารทำลาย เช่น น้ำมันก๊าด ทินเนอร์ แอลกอฮอล์ ฯลฯ บ้างหรือไม่

_____ ไม่ ใช่

13. คุณสูบบุหรี่

ขณะทำงาน บ้างหรือไม่ _____ ไม่ ใช่

ขณะอยู่บ้าน บ้างหรือไม่ _____ ไม่ ใช่

14. คุณรับประทานอาหาร ขณะทำงาน บ้างหรือไม่ _____ ไม่ ใช่

15. คุณทราบว่าผู้ที่ทำงานร่วมกับคุณ มีอาการคล้ายกับคุณ หรือมีอาการผิดปกติ บ้างหรือไม่

_____ ไม่ ใช่

16. ผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับคุณ มีอาการคล้ายกับคุณ หรือมีอาการผิดปกติ บ้างหรือไม่

_____ ไม่ ใช่

17. สัตว์เลี้ยงในบ้านของคุณ มีอาการผิดปกติ หรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง บ้างหรือไม่

_____ ไม่ ใช่

18. อาการของคุณเป็นมากขึ้น เมื่อทำกิจกรรมเฉพาะบางอย่าง บ้างหรือไม่

_____ ไม่ ใช่

19. อาการไม่สบายของคุณเปลี่ยนแปลงเมื่อคุณ

• อยู่ทำงาน _____ [] แย่ลง [] ดีขึ้น [] ไม่เปลี่ยนแปลง

• อยู่ที่บ้าน _____ [] แย่ลง [] ดีขึ้น [] ไม่เปลี่ยนแปลง

• ในวันหยุด _____ [] แย่ลง [] ดีขึ้น [] ไม่เปลี่ยนแปลง

• หยุดพักผ่อน _____ [] แย่ลง [] ดีขึ้น [] ไม่เปลี่ยนแปลง

20. ลักษณะงาน (เช่น การเข้าสลับ, การอยู่เวร, วิธีการปฏิบัติงาน, การทำงานล่วงเวลา) ของคุณเปลี่ยนแปลงในห้วงเวลาหกเดือนที่ผ่านมา บ้างหรือไม่

_____ ไม่ ใช่

ถ้าตอบ “ใช่” ในข้อใดในหน้านี้ กรุณาอธิบายรายละเอียด (หากเนื้อที่ไม่พอ ใช้กระดาษอื่นเพิ่มเติม)

ชื่อ _____ วันที่ _____
 เกิดวันที่ _____ เพศ _____ ช _____ ญ _____

ตอนที่ 2 ประวัติการทำงาน

คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับงานที่คุณทำอยู่ในปัจจุบัน หรืองานที่คุณทำล่าสุด

ตำแหน่ง _____ ชนิดของอุตสาหกรรม _____

ลักษณะงาน _____

ชื่อบริษัท โรงงาน หรือนายจ้าง _____

ที่ตั้ง เลขที่ _____ ถนน _____ ตรอก/ซอย _____

หมู่ที่ _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

วันที่เริ่มทำงาน _____ และคุณยังคงทำงานนี้อยู่ในปัจจุบัน ☐ ใช่ ☐ ไม่

ถ้า “ไม่” คุณเลิกทำงานนี้ตั้งแต่เมื่อไร _____

กรุณากรอกรายการงานที่คุณเคยทำในอดีต ลงในตารางข้างล่างนี้ (รวมทั้งงานระยะสั้น, งานนอกเวลา, งานในกองทัพบ ฯลฯ) เริ่มตั้งแต่งานล่าสุด

วันที่เริ่มงาน	วันที่เลิก	ตำแหน่งและลักษณะงาน	การสัมผัส*	อุปกรณ์ป้องกัน

* กรอกรายการสารเคมี, ฝุ่น, เส้นใย, หมอกควัน, รังสี, ชีววัตถุ (เช่น แบคทีเรีย เชื้อรา ไวรัส) และวัตถุกายภาพ (เช่น ร้อนจัด เย็นจัด การสั่นสะเทือน เสียงอึกทึก) ซึ่งคุณเคยสัมผัสในงาน

คุณเคยสัมผัส (โดยการสูดหายใจ การเปื้อนผิวหนัง การกลืน) กับสิ่งต่าง ๆ ต่อไปนี้ ในขณะที่คุณทำงาน (ทั้งงานประจำและงานอดิเรก) บ้างหรือไม่

- | | | | | | |
|-------------------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| ☐ ปรอท | ☐ ไดคลอโรเบนซีน | ☐ แนนพทาซีน | ☐ ฝุ่นหิน/ปูน | ☐ คาร์บอนเตตระคลอไรด์ | ☐ แอมโมเนีย |
| ☐ คลอโรพรีน | ☐ แป้งหินอ่อน (talc) | ☐ เบอริลเลียม | ☐ ฟิซีบี | ☐ ไวนิลคลอไรด์ | ☐ ไอโซไซยาเนต |
| ☐ คลอโรฟอร์ม | ☐ ตัวทำละลาย | ☐ เบนซีน | ☐ ฟิบีบี | ☐ เปอร์คลอโรเอทีลีน | ☐ ซาโลเทน |
| ☐ ควีนบัตกรี | ☐ ไตรคลอโรเอทีลีน | ☐ ปะรอก | ☐ ฟอสจีน | ☐ สารกำจัดศัตรูพืชและสัตว์ | ☐ อื่น ๆ (ระบุ) |
| ☐ รังสี | ☐ ไตรไนโตรโทลูอีน | ☐ สารหนู | ☐ ฟีนอล | ☐ เมทิลคลอไรด์ | |
| ☐ ซีโดน | ☐ ทิตไดออกไซด์ | ☐ ตะกั่ว | ☐ สไตรีน | ☐ เอทิลีนไดคลอไรด์ | |
| ☐ แคดเมียม | ☐ โทลูอีน | ☐ ฝุ่นดำหิน | ☐ แมงกานีส | ☐ เอทิลีนไดโบรไมด์ | |
| ☐ โครเมียม | ☐ นิเกิล | ☐ ฝุ่นทราย | ☐ โยแกว | ☐ เอ็กซ์เรย์ | |

ข. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากกรณีสัมผัส (กรุณาวางรอบคำตอบที่เหมาะสม)

1. คุณเคยหยุดงานมากกว่า 1 วัน เพราะการเจ็บป่วยจากการทำงาน บ้างหรือไม่	_____	ไม่	ใช่
2. คุณเคยได้รับคำแนะนำให้เปลี่ยนลักษณะงานที่ทำ เพราะปัญหาสุขภาพหรือการบาดเจ็บ บ้างหรือไม่	_____	ไม่	ใช่
3. มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะของงานประจำในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา หรือไม่	_____	ไม่	ใช่
4. การระบายอากาศในที่ทำงานไม่ดี ใช่หรือไม่	_____	ไม่	ใช่

ตอนที่ 3 ประวัติสิ่งแวดล้อม

1. คุณอาศัยอยู่ใกล้โรงงานอุตสาหกรรม, ย่านการค้า, ที่ทิ้งขยะ หรือไม่	_____	ไม่	ใช่
2. ที่บ้านของคุณใช้สิ่งต่อไปนี้			
☐ เครื่องปรับอากาศ	☐ เตาถ่าน	☐ เตาไฟฟ้า	
☐ เครื่องฟอกอากาศ	☐ เตาแก๊ส	☐ ไม่ใช้สิ่งดังกล่าว	
3. บ้านของคุณ			
☐ เพิ่งมีเฟอร์นิเจอร์ใหม่	☐ เพิ่งซ่อมแซมเฟอร์นิเจอร์	☐ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง	
		ในระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมา	
☐ เพิ่งมีพรมใหม่	☐ เพิ่งซ่อมแซม หรือต่อเติมบ้าน	☐ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างอื่น (ระบุ)	
4. มีการใช้สารกำจัดศัตรูพืชและสัตว์ (ผง สเปรย์, ปลูกคอก แชมพู ส่าห้บฆ่าเห็บ หมัด ปลวก มด ยุง และแมลงอื่น ๆ, ยาปราบวัชพืช) ในบ้าน ในสวน หรือสำหรับสัตว์เลี้ยง ของคุณ บ้างหรือไม่	_____	ไม่	ใช่
5. คุณ และผู้ที่อาศัยในบ้านเดียวกันกับคุณ มีงานอดิเรก บ้างหรือไม่	_____	ไม่	ใช่
ถ้ามี กรุณาระบุชนิดและ/หรือประเภทของงานอดิเรก (เช่น กีฬา-กอล์ฟ ฯลฯ)			
6. คุณดูแล และ/หรือซ่อมแซมรถยนต์ด้วยตนเอง บ้างหรือไม่	_____	ไม่	ใช่
7. คุณเคยเปลี่ยนที่อยู่เพราะปัญหาสุขภาพ บ้างหรือไม่	_____	ไม่	ใช่
8. น้ำดื่มที่คุณใช้มาจาก			
☐ บ่อส่วนตัว	☐ น้ำประปา	☐ น้ำบรรจุขวด	
☐ บ่อสาธารณะ	☐ น้ำฝน	☐ อื่น ๆ (ระบุ)	
9. มีผู้สูบบุหรี่ในบ้านของคุณ บ้างหรือไม่	_____	ไม่	ใช่
10. บ้านของคุณสร้างตั้งแต่เมื่อไร	_____		

ถ้าตอบ “ใช่” ในคำถามใดๆ กรุณาอธิบาย

สรุปแนวทางการตรวจคัดกรองและการดูแลสุขภาพเด็กไทย

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

กำหนดความถี่ในการตรวจสุขภาพ

ระยะทารก จำนวน 8 ครั้ง

เมื่ออายุ: (1) แรกเกิด, (2) 2 ถึง 7 วัน, (3) 1 เดือน, (4) 2 เดือน, (5) 4 เดือน, (6) 6 เดือน, (7) 9 เดือน, และ (8) 12 เดือน

ระยะเด็กวัยก่อนเรียน (วัยเด็กระยะต้น) จำนวน 5 ครั้ง

เมื่ออายุ: (1) 15 เดือน, (2) 18 เดือน, (3) 2 ปี, (4) 3 ปี, และ (5) 4 ปี

ระยะเด็กวัยเรียน (วัยเด็กระยะกลาง) จำนวน 3 ครั้ง

เมื่ออายุ: (1) 5-6 ปี, (2) 8 ปี, และ (3) 10 ปี

ระยะเด็กวัยรุ่น จำนวน 3 ครั้ง

เมื่ออายุ: (1) 11-14 ปี, (2) 15-17 ปี, (3) 18-21 ปี

การตรวจสุขภาพทุกครั้ง ประกอบด้วย

- 1 การถามประวัติ, สัมภาษณ์ข้อมูลที่เหมาะสมแต่ละอายุ
 - 2 การตรวจร่างกายทุกระบบ
 - 2.1 การชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงของร่างกาย
 - 2.2 การตรวจประเมินพัฒนาการและพฤติกรรม
 - 3 การให้คำปรึกษาแนะนำปัญหาสุขภาพ และการป้องกันอุบัติเหตุ
 - 4 การให้วัคซีนป้องกันโรคตามเกณฑ์
 - 5 การตรวจคัดกรองโรค
 - 5.1 การตรวจที่แนะนำให้ทำในเด็กทุกคน ได้แก่ การตรวจการมองเห็นและสายตา, การได้ยิน, การวัดความดันโลหิต, การตรวจระดับฮีโมโกลบิน/ฮีมาโตคริต, การตรวจภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานบกพร่องแต่กำเนิด, การตรวจฟัน, และการตรวจปัสสาวะ* (ผู้เชี่ยวชาญบางท่านยังมีความเห็นว่าเป็นไม่จำเป็น).
 - 5.2 การตรวจที่แนะนำให้ทำเฉพาะเด็กที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การตรวจระดับสารตะกั่ว เมื่ออายุ 24 เดือน, การตรวจกรองวัณโรค ด้วยการทดสอบทูโบคูลิน/เอ็กซเรย์ปอด, การตรวจระดับโคเลสเตอรอล, และการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น HIV และ VDRL.
- *ช่วงเวลาแนะนำการตรวจ บางครั้งเป็นระยะยาว เช่น การตรวจปัสสาวะ แนะนำระหว่างอายุ 6-12 ปี 1 ครั้ง
- 6 การให้คำปรึกษาแนะนำ (anticipatory guidance) ในเรื่องต่าง ๆ ดังต่อไปนี้
 - 6.1 อาหาร, พฤติกรรมการนอน, การฝึกขับถ่าย
 - 6.2 การป้องกันอุบัติเหตุ และสารพิษ
 - 6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเด็ก
 - 6.4 ปัญหาการเรียน, การใช้ยาเสพติด เป็นต้น
 - 7 การให้วัคซีนป้องกันโรค ให้ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข

กำหนดการดูแลสุขภาพเด็กไทย
(Recommended Guideline for Preventive Pediatric Health Care)

กิจกรรม	อายุ	วัยทารก						วัยเด็กตอนต้น					วัยเด็กตอนกลาง			วัยรุ่น			
		แรกเกิด-7วัน	1 ค.	2 ค.	4 ค.	6 ค.	9 ค.	12 ค.	15 ค.	18 ค.	2 ปี	3 ปี	4 ปี	5-6 ปี	8 ปี	10 ปี	11-14 ปี	15-17 ปี	18-21 ปี
เด็กปกติทั่วไป																			
ประวัติ/สัมภาษณ์		☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	ข	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆
ตรวจร่างกายทุกระบบ		☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	ข	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆
ประเมินพัฒนาการ/พฤติกรรม		☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	ข	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆
น้ำหนัก/วัดส่วนสูง		☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	ข	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆
เส้นรอบศีรษะ		☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	ข	☆	☆	-	-	-	-	-	-	-	-
ความดันโลหิต		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ข →	-	-	-	ข	-	-
สายตา		S	S	S	S	S	S	S	ข	S	S	← O →	← O →	O	S	O	O	O	O
การได้ยิน		S	S	S	S	S	S	S	ข	S	S	← O →	← O →	O	S	O	O	O	O
วัคซีนไม่ไกลบิน / ฮีโมโกลบิน		-	-	-	-	← 2 →			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ตรวจปัสสาวะ		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ข →	-			ข	-	-
การตรวจภาวะคอมพิวเตอร์คัดกรองทำงานบกพร่องแต่กำเนิด		← ☆ →		S	S	S	S	S	S	S	S	S							
การให้วัคซีนป้องกันโรค		← ☆ →	-	☆	☆	☆	← ☆ →		-	☆	☆	-	← ☆ →	-	☆ →				
การให้คำปรึกษาแนะนำ		☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	ข	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆
การป้องกันอุบัติเหตุ		☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	ข	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆
การส่งต่อเพื่อตรวจฟัน โดยบุคลากรทางทันตกรรมครั้งแรก								← ☆ →											

☆ ต้องทำ ข = นำทำ ก = อาจทำ
S: ตามประวัติ
O: ตรวจวินิจฉัยด้วยบุคลากร/เครื่องมือพิเศษ

**NB คัดแปลงมาจาก Recommendations for Preventive Health Care : American Academy of Pediatrics 1995

กำหนดการดูแลสุขภาพเด็กไทย
(Recommended Guideline for Preventive Pediatric Health Care)

กิจกรรม อายุ	วัยทารก							วัยเด็กตอนต้น					วัยเด็กตอนกลาง			วัยรุ่น		
	แรกเกิด-7วัน	1 ค.	2 ค.	4 ค.	6 ค.	9 ค.	12 ค.	15 ค.	18 ค.	2 ปี	3 ปี	4 ปี	5-6 ปี	8 ปี	10 ปี	11-14 ปี	15-17 ปี	18-21 ปี
เด็กที่มีปัจจัยเสี่ยง																		
การทดสอบวัณโรค/เอชเรย์ปอด																		
ระดับตะกั่วในเลือด																		
ระดับโคเลสเตอรอล																		
ตรวจกรองโรคทางเพศสัมพันธ์																		

☆ ต้องทำ ข = นำทำ ก = อาจทำ

* ทำในรายที่มีปัญหาหรือไม่ได้ตรวจเมื่อแรกเกิด

S: ถามประวัติ

O: ตรวจวินิจฉัยด้วยบุคลากร/เครื่องมือพิเศษ

H: เฉพาะผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง

**NB คัดแปลงมาจาก Recommendations for Preventive Health Care : American Academy of Pediatrics 1995

แนวทางเวชบริการป้องกันคลินิกทางนรีเวชกรรมสำหรับสตรีไทย

คณะกรรมการพัฒนาบุคคลและวางแผน

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นส่วนหนึ่งของงานเวชกรรมป้องกันคลินิก สำหรับทางด้านสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาจึงมีจุดมุ่งหมายในการคำจูนสุขภาพและการวินิจฉัยโรคตั้งแต่แรกเริ่ม เนื่องจากสตรีวัยเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่ เมื่อมีปัญหาด้านโรคภัยไข้เจ็บหรือภาวะผิดปกติทางสูติกรรมและนรีเวชกรรม การปรึกษาสูติ-นรีแพทย์มีทั้งการตรวจคัดกรอง, การรักษาทางการแพทย์ รวมถึงการให้คำปรึกษาด้านการวางแผนครอบครัว, การป้องกันภาวะกระดูกพรุน, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, โรคเอดส์, เรื่องทางเพศ, ภาวะโภชนาการ และการออกกำลังกาย เป็นต้น ¹

ในปัจจุบันการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขหันเหไปยังการป้องกันมากขึ้น ด้วยการสนับสนุนให้มีมาตรการการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ แต่วิธีการต่าง ๆ ในการการตรวจคัดกรองต้องเป็นมาตรการที่ไม่สูงเกินกว่ามาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ของประเทศ ดังนั้นสูตินรีแพทย์ต้องใช้ดุลพินิจของตนเองอ้างอิงร่วมกับหลักฐานทางวิชาการทางการแพทย์ โดยคำนึงถึงความสมดุลระหว่างการใช้เทคโนโลยีและการใช้ทรัพยากรโดยรวมของประเทศให้เกิดประโยชน์สูงสุด

การตรวจคัดกรอง หมายถึง การตรวจเพื่อหาโรคหรือภาวะผิดปกติของผู้รับบริการที่ไม่มีอาการหรือไม่ได้ใส่ใจอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งส่อหรือแสดงนัยถึงโรคหรือภาวะผิดปกติ ซึ่งแตกต่างจากการตรวจวินิจฉัยเพื่อหาสาเหตุหรือปัญหาเมื่อผู้รับบริการมีอาการของโรคหรือภาวะผิดปกติ นั้น ด้วยเหตุนี้การตรวจคัดกรองนอกจากต้องตระหนักถึงประสิทธิผลของการทดสอบนั้น ยังต้องคำนึงถึงความคุ้มค่าและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นด้วย ตลอดจนรวมถึงความไว, ความจำเพาะ และค่าการพยากรณ์ว่าเป็นโรคและไม่เป็นโรคด้วยเสมอ

การตรวจคัดกรอง เริ่มตั้งแต่การซักประวัติอย่างครบถ้วน, การตรวจร่างกาย, การตรวจภายใน, การตรวจทางห้องปฏิบัติการ, การประเมินผลการตรวจ, การให้คำปรึกษา, การให้ภูมิคุ้มกัน, การเฝ้าระวังที่ถูกต้องและเหมาะสม, การหลีกเลี่ยงยาเสพติด และการดูแลรักษาทางการแพทย์ตามความเหมาะสม. กรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคหรือมีภาวะผิดปกติและได้รับการรักษาทางการแพทย์ การติดตามผลการรักษา, การส่งต่อเพื่อรักษาต่อ และการดูแลจำเพาะ ขึ้นกับความต้องการของผู้รับบริการ, อายุของผู้รับบริการ และความจำเป็นต่อปัจเจกบุคคลนั้น

นับว่าเป็นความเข้าใจผิดของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองว่า การตรวจคัดกรองคือการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่กำหนดเป็นแบบแผนประจำ อันที่จริงการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการตรวจคัดกรองเท่านั้น นอกจากนี้การตรวจทางห้องปฏิบัติการยังใช้ในการตรวจวินิจฉัยผู้รับบริการที่มีอาการและอาการแสดง สำหรับการระบุถึงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญ ทั้งต่อการตรวจคัดกรองผู้รับบริการที่ไม่มีอาการและอาการแสดง และการวินิจฉัยในกรณีที่ผู้รับบริการมีอาการหรืออาการแสดงแล้ว

ดังนั้นการแบ่งระดับของประสิทธิผลเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายจึงเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจเมื่อเปรียบเทียบกับประสิทธิผล ตามสากลนิยมได้ยึดหลักของกำลังของคำแนะนำตามระดับคุณภาพของหลักฐาน ² ซึ่งต่อไปนี้จะได้กล่าวสรุปถึงมาตรการในการดำเนินการเพื่อค้นหาหรือป้องกันโรคหรือภาวะผิดปกติต่าง ๆ ทางสูติกรรมและนรีเวชกรรม ที่พบได้บ่อยในประเทศไทย

การตรวจมะเร็งปากมดลูก

การตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยการทำ Papanicolaou smear แนะนำให้ทำในผู้หญิงทุกคนในวัยเจริญพันธุ์และหลังวัยเจริญพันธุ์ (18-65 ปี) และไม่ได้ตัดมดลูก (รวมถึงปากมดลูก) คือ ควรเริ่มทำตั้งแต่มีเพศสัมพันธ์ และทำปีละหนึ่งครั้งเป็นเวลา 3 ปี หลังจากนั้นการทำให้ในระยะเวลาที่ห่างมากขึ้นเป็นอย่างน้อยทุก 3 ปี สำหรับสตรีหลังอายุ 65 ปี ก็สามารถกระทำได้หากมีหลักฐานอ้างอิงอื่น ^{4,5}

ไม่มีหลักฐานที่สามารถเชื่อได้เพียงพอว่า การตรวจมดลูกด้วยกล้องส่องตรวจช่องคลอด และการตรวจคัดกรอง human papilloma virus สมควรกระทำในการตรวจสุขภาพในระยะเวลาที่กำหนด ส่วนการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก คณะทำงานเกี่ยวกับเวชกรรมป้องกันทางคลินิกประเทศแคนาดาและประเทศสหรัฐอเมริกา ให้ระดับกำลังของคำแนะนำเป็นระดับ A ซึ่งพอเทียบเคียงได้กับระดับ “ก” คือ ควรทำ

สิ่งสำคัญในการจัดการบริหารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันมะเร็งคอมดลูก คือ การตรวจคัดกรองตามแบบแผนประจำ, การประกันคุณภาพในการเก็บตัวอย่าง, การดำเนินการตรวจคัดกรองในระยะเวลาที่กำหนด, ความร่วมมือของผู้รับบริการในการตรวจคัดกรอง, การติดตามผลการตรวจคัดกรอง และ/หรือ การให้การดูแลรักษาเมื่อเป็นโรค แต่ต้องพึงระมัดระวังว่าการตรวจคัดกรองที่ให้ผลบวกเทียม ซึ่งจะเป็นสาเหตุของการวินิจฉัยและการรักษาที่เกินความจำเป็น อนึ่ง การบริหารจัดการที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย ⁶

ปัญหาในประเทศไทย - อุบัติการณ์ 24.5 รายต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2523 (ข้อมูลองค์การอนามัยโลก)

ความแม่นยำในการตรวจคัดกรอง - ความแม่นยำอย่างน้อยร้อยละ 95 และมีศักยภาพในการตรวจคัดกรองสูง โอกาสที่จะตรวจพบความผิดปกติจากการตรวจเซลล์มะเร็งรารร้อยละ 1-5 ขึ้นกับประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ตรวจกรอง ช่วยแยกแยะก่อนตรวจยืนยันในระดับต่อไป ⁷

ประสิทธิผลในการตรวจพบตั้งแต่ในระยะต้น - ให้การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้ผลดีมาก สามารถลดทอนอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูก

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป - แนะนำให้ตรวจตามระยะเวลาที่กำหนด

คำแนะนำสำหรับกลุ่มเสี่ยง - เหมือนประชาชนทั่วไป ยกเว้นสตรีที่ติดเชื้อไวรัสโรคเอดส์ควรตรวจอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

มาตรการในการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรคหรือภาวะ - ตรวจยืนยันด้วยกล้องส่องตรวจช่องคลอด ให้การรักษา การติดตามผลการรักษา

การตรวจมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก

การตรวจมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกด้วยการทำ endometrial biopsy หรือการตรวจทางเซลล์วิทยา ซึ่งไม่แนะนำให้ทำในผู้หญิงทุกคนที่อายุ 45 ปีหรือมากกว่าเป็นแบบแผนประจำ โดยเฉพาะในรายที่ไม่ได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนติดต่อกันเป็นเวลานาน คณะทำงานเกี่ยวกับเวชกรรมป้องกันทางคลินิกประเทศแคนาดา ให้ระดับกำลังของคำแนะนำเป็นระดับ D ซึ่งพอเทียบเคียงได้กับระดับ “ง” คือ ไม่ควรทำ

ปัญหาในประเทศไทย - อุบัติการณ์ 2.2 รายต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2523 (ข้อมูลองค์การอนามัยโลก)

ความแม่นยำในการตรวจคัดกรอง - ความแม่นยำอย่างน้อยร้อยละ 95

ประสิทธิผลในการตรวจพบตั้งแต่ในระยะต้น - ให้การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้ผลดีมาก สามารถลดทอนอัตราการตายจากมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป – ไม่แนะนำให้ตรวจเป็นแบบแผนประจำ

คำแนะนำสำหรับกลุ่มเสี่ยง – ผู้ที่มีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายสูงเป็นระยะเวลานาน ควรตรวจเป็นระยะตามความเหมาะสม

มาตรการในการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรคหรือภาวะ – ให้การรักษา การติดตามผลการรักษา

การตรวจมะเร็งรังไข่

การตรวจภายใน, การตรวจเลือดเพื่อหาตัวชี้วัดทางห้องปฏิบัติการสำหรับมะเร็งรังไข่ และการตรวจด้วยเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ใช้เป็นการตรวจคัดกรองมะเร็งรังไข่ อย่างไรก็ตามไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะแนะนำให้ตรวจหรือไม่ให้ตรวจภาวะนั้นในการตรวจสุขภาพในระยะเวลาที่กำหนด สำหรับผู้ที่ไม่มีอาการ แต่ให้พิจารณาจากหลักฐานอื่น ซึ่งพอเทียบเคียงได้กับระดับ “ง” คือ ไม่ควรทำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจคัดกรองด้วยการตรวจด้วยเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง รวมถึงการตรวจคัดกรองอื่นๆ เช่นตัวชี้วัดทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งไม่มีความคุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับประสิทธิผล ^{8,9}

ปัญหาในประเทศไทย – อุบัติการณ์ 5.1 รายต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2523 (ข้อมูลองค์การอนามัยโลก)

ความแม่นยำในการตรวจคัดกรอง – ความแม่นยำต่ำมาก

ประสิทธิผลในการตรวจพบตั้งแต่ในระยะต้น – ไม่มีประโยชน์ทางคลินิก

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป – ไม่แนะนำให้ตรวจเป็นแบบแผนประจำ

คำแนะนำสำหรับกลุ่มเสี่ยง – เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป

มาตรการในการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรคหรือภาวะ – ให้การรักษา การติดตามผลการรักษา

การตรวจโรคเอดส์

การตรวจเลือดโรคเอดส์ควรกระทำในสตรีผู้มีความพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อโรคเอดส์ เช่น เป็นหญิงโสเภณี, ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น, มีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อไวรัสโรคเอดส์ เป็นต้น คณะทำงานเกี่ยวกับเวชกรรมป้องกันทางคลินิกประเทศแคนาดา ให้ระดับกำลังของคำแนะนำเป็นระดับ A ซึ่งเทียบเคียงได้รับระดับ “ก” คือควรทำ ทั้งนี้ภายใต้การใช้ดุลพินิจอย่างรอบคอบว่าระยะเวลาที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

ปัญหาในประเทศไทย – อุบัติการณ์ 1,345 รายต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2540 (ข้อมูลองค์การอนามัยโลก)

ความแม่นยำในการตรวจคัดกรอง – ร้อยละ 99

ประสิทธิผลในการตรวจพบตั้งแต่ในระยะต้น – การปฏิบัติตัวในทางบวกช่วยลดอุบัติการณ์ของการแสดงอาการของโรคเอดส์

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป – การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย การใช้ถุงยางอนามัย หลีกเลี่ยงการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การป้องกันการติดเชื้อจากมารดาไปยังเด็กแรกเกิด

คำแนะนำสำหรับกลุ่มเสี่ยง – เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป

มาตรการในการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรคหรือภาวะ – การให้คำปรึกษาก่อนและหลังตรวจเลือดโรคเอดส์ การดำเนินชีวิตในทางบวก การป้องกันวันโรค การรักษาเมื่อมีอาการแสดงของโรค

การตรวจเลือดสำหรับซิฟิลิส

การตรวจเลือดโรคซิฟิลิสควรกระทำในสตรีผู้มีความพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อโรคซิฟิลิส เช่น มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน, มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีคู่นอนหลายคน, มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคหนองใน (และ

ยืนยันด้วยการเพาะเชื้อ) ผู้ที่เป็นโรคซิฟิลิส รวมถึงหญิงโสเภณี คณะทำงานเกี่ยวกับเวชกรรมป้องกันทางคลินิก ประเทศแคนาดาและประเทศสหรัฐอเมริกา ให้ระดับกำลังของคำแนะนำเป็นระดับ A และ B ตามลำดับ แต่เนื่องจากในประเทศไทยหน่วยงานโรคและโรคเอดส์ประจำอำเภอต่าง ๆ ทำการเจาะเลือดตรวจหาซิฟิลิสในหญิงโสเภณีทุก 3 เดือน รวมทั้งการเจาะเลือดตรวจหาซิฟิลิสในชายที่เป็นกามโรคทุกคน เมื่อมาตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กำลังของคำแนะนำจึงเทียบเคียงได้รับระดับ “ข” คือนำทำ ทั้งนี้ภายใต้การใช้ดุลพินิจอย่างรอบคอบว่าระยะเวลาที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

ปัญหาในประเทศไทย – ความชุกร้อยละ 1

ความแม่นยำในการตรวจคัดกรอง – ผลบวกหรือผลลบเทียมพบน้อย

ประสิทธิภาพในการตรวจพบตั้งแต่ในระยะต้น – การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้ผลดีมาก

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป – การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย การใช้ถุงยางอนามัย

คำแนะนำสำหรับกลุ่มเสี่ยง – เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป

มาตรการในการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรคหรือภาวะ – หากไม่ได้รับการรักษามาก่อนต้องให้การรักษาทันที พร้อมคู่มือ/คู่มือ รวบรวมถึงการติดตามผลการรักษาเพื่อทดสอบการหาย

การตรวจหาเชื้อคลาไมเดีย ทราโคมาติส

ควรพิจารณาเฉพาะสตรีที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลาย, มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มียูนิออนหลายคน, มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคหนองใน (และยืนยันด้วยการเพาะเชื้อ), ผู้ที่เป็นโรคซิฟิลิส รวมถึงหญิงโสเภณี คณะทำงานเกี่ยวกับเวชกรรมป้องกันทางคลินิกประเทศแคนาดาและประเทศสหรัฐอเมริกา ให้กำลังของคำแนะนำเป็นระดับ C ซึ่งเทียบเคียงได้รับระดับ “ค” คืออาจทำ เป็นการทำให้แบบมีเงื่อนไขว่าควรทำเฉพาะสตรีที่มีความเสี่ยงสูง ทั้งนี้ภายใต้การใช้ดุลพินิจอย่างรอบคอบว่าระยะเวลาที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

ปัญหาในประเทศไทย – ความชุกน้อยกว่าร้อยละ 5

ความแม่นยำในการตรวจคัดกรอง – ความแม่นยำร้อยละ 98

ประสิทธิภาพในการตรวจพบตั้งแต่ในระยะต้น – การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้ผลดีมาก

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป – การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย การใช้ถุงยางอนามัย

คำแนะนำสำหรับกลุ่มเสี่ยง – เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป

มาตรการในการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรคหรือภาวะ – หากไม่ได้รับการรักษามาก่อนต้องให้การรักษาทันที พร้อมคู่มือ/คู่มือ รวบรวมถึงการติดตามผลการรักษาเพื่อทดสอบการหาย

การเพาะเชื้อหนองใน

การเพาะเชื้อหนองในในสตรีที่มีความเสี่ยงต่ำและไม่มีอาการไม่มีความจำเป็น คณะทำงานเกี่ยวกับเวชกรรมป้องกันทางคลินิกประเทศแคนาดา ให้กำลังของคำแนะนำเป็นระดับ D ซึ่งพอเทียบเคียงได้กับระดับ “ง” คือ ไม่ควรทำ

ส่วนสตรีที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน, มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีคู่นอนหลายคน, มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคหนองใน (และยืนยันด้วยการเพาะเชื้อ), ผู้ที่เป็นโรคซิฟิลิส รวมถึงหญิงโสเภณี ควรใช้ดุลพินิจอย่างรอบคอบว่าควรตรวจคัดกรองในระยะห่างเท่าใด อนึ่ง หน่วยงานโรคและโรคเอดส์ประจำอำเภอต่าง ๆ ทำการเพาะเชื้อหนองใน และ/หรือการข้อมูลเสมหะจากปากมดลูกด้านสำหรับหญิงโสเภณีเป็นระยะ ๆ

ส่วน คณะทำงานเกี่ยวกับเวชกรรมป้องกันทางคลินิกประเทศแคนาดาและประเทศสหรัฐอเมริกา ให้กำลังของคำแนะนำเป็นระดับ A แต่เนื่องจากในประเทศไทยมีระบบการตรวจหาพยาธิเป็นระยะ และการให้การรักษารูปแบบ epidemiological treatment คือ การรักษาโรคหนองในร่วมกับเชื้อคลาไมเดีย ทราโคมาติส นอกจากนี้ยังให้การรักษาคอบคลุมไปยังสามีและคู่นอน การจัดระดับกำลังของคำแนะนำจึงน่าจะเทียบเคียงได้กับระดับ “ข” คือนำทำ ทั้งนี้ภายใต้การใช้ดุลพินิจอย่างรอบคอบว่าระยะเวลาที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร และทำในสตรีที่มีความเสี่ยงสูงเท่านั้น

ปัญหาในประเทศไทย – ความชุกร้อยละ 1.8 ในปีพ.ศ. 2540 (ข้อมูลจากกองกามโรค)

ความแม่นยำในการตรวจคัดกรอง – ความแม่นยำอย่างน้อยร้อยละ 90

ประสิทธิภาพในการตรวจพบตั้งแต่ในระยะต้น – การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้ผลดีมาก

คำแนะนำสำหรับกลุ่มเสี่ยง – เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป

มาตรการในการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรคหรือภาวะ – ให้การรักษาทันที พร้อมคู่มือ/คู่มือคู่มือ รวมถึงการติดตามผลการรักษาเพื่อทดสอบการหาย

การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ควรพิจารณาเฉพาะสตรีที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน, มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่มีคู่นอนหลายคน, มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่เป็โรคหนองใน (และยืนยันด้วยการเพาะเชื้อ), ผู้ที่เป็นโรคซิฟิลิส รวมถึงหญิงโสเภณี คณะทำงานเกี่ยวกับเวชกรรมป้องกันทางคลินิกประเทศแคนาดาและประเทศสหรัฐอเมริกา ให้ระดับกำลังของคำแนะนำเป็นระดับ C ซึ่งเทียบเคียงได้กับระดับ “ค” คืออาจทำ เป็นการทำให้แบบมีเงื่อนไขว่าควรทำเฉพาะสตรีที่มีความเสี่ยงสูง ทั้งนี้ภายใต้การใช้ดุลพินิจอย่างรอบคอบว่าระยะเวลาที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

ปัญหาในประเทศไทย – ความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมทุกชนิดร้อยละ 4.9 ในปีพ.ศ. 2540 (ข้อมูลจากกองกามโรค)

ความประสิทธิผลของการให้คำปรึกษา – การให้คำปรึกษาในลักษณะของ team approach จะได้ผลดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในแง่ของ multidisciplinary และ multidimensional approach

ประสิทธิภาพในการปรึกษา ก่อนเป็นโรค – ความตระหนักในการป้องกัน การตรวจโรคตั้งแต่เริ่มแรก การปฏิบัติตนในการดำรงสุขภาพ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป – ควรรับบริการให้คำปรึกษา ก่อนและหลังสมรส

คำแนะนำสำหรับกลุ่มเสี่ยง – ควรรับบริการให้คำปรึกษาเป็นระยะ

มาตรการในการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรคหรือภาวะ – ให้การรักษาทันที พร้อมคู่มือและ/หรือคู่มือ รวมถึงการติดตามผลการรักษาเพื่อทดสอบการหาย

การให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดเพื่อลดการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน

มีความจำเป็นต้องให้คำปรึกษาเรื่องการวางแผนครอบครัวแก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ทุกคน อย่างน้อยทุก 1-5 ปี การให้คำปรึกษามีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างแรงจูงใจในการคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่อง คณะทำงานเกี่ยวกับเวชกรรมป้องกันทางคลินิกประเทศแคนาดาและประเทศสหรัฐอเมริกา ให้กำลังของคำแนะนำเป็นระดับ B ซึ่งเทียบเคียงได้กับระดับ “ข” คือนำทำ

ปัญหาในประเทศไทย – ไม่มีข้อมูลความชุกของการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน แต่จากการประมาณการคาดว่าความชุกต่ำจนถึงปานกลาง

ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษา - การให้คำปรึกษาในลักษณะของ team approach จะได้ผลดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในแง่ของ multidisciplinary และ multidimensional approach

ประสิทธิผลในการปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน - ความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ การตรวจการตั้งครรภ์ตั้งแต่เริ่มแรก การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพเมื่อตั้งครรภ์

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป - ควรรับบริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังสมรส

คำแนะนำสำหรับกลุ่มเสี่ยง - ควรรับบริการให้คำปรึกษาเป็นระยะ

มาตรการในการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรคหรือภาวะ - ให้คำปรึกษาสำหรับการเตรียมตัวเป็นพ่อแม่

การให้ยาเพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน

การให้ยาเพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุนประกอบด้วย ยาสอร์โอมอน, แคลเซียม, แคลซิโดนิน หรือ บิสฟอสโฟเนต การให้ยาเพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุนเป็นแบบแผนประจำแก่สตรีวัยหมดระดูทุกคน โดยไม่คำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงหรือการตรวจยืนยันในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงจึงเป็นสิ่งที่ไม่ควรทำ คณะทำงานเกี่ยวกับเวชกรรมป้องกันทางคลินิกประเทศแคนาดา ให้ระดับกำลังของคำแนะนำเป็นระดับ C ซึ่งพอเทียบเคียงได้กับระดับ “ค” คือ อาจทำ โดยเป็นการทำที่มีเงื่อนไข เช่น ผู้รับบริการควรได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงและผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการให้ยา, ควรรับทราบข้อมูลว่าภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา จะสูงกว่าประโยชน์ที่ได้รับหากใช้ยาเหล่านี้ในผู้รับบริการที่ไม่มีความเสี่ยงสูง, ผู้ที่สมควรได้รับยาควรเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูง (ดูหัวข้อภาวะกระดูกพรุน) การให้ยาสอร์โอมอนถือเป็นข้อห้ามในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เป็นต้น

การให้ยาป้องกันภาวะกระดูกพรุนมีความจำเป็นในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะกระดูกพรุน หรือหลังจากที่ได้ตรวจยืนยันแล้วว่ามีความเสี่ยงสูงต่อภาวะกระดูกพรุน อย่างไรก็ตาม การให้ยาป้องกันภาวะกระดูกพรุนไม่ใช่ปัจจัยเดียวในการเสริมสร้างเนื้อกระดูก สิ่งที่ต้องกระทำควบคู่กันไป คือ การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่อุดมไปด้วยแคลเซียมอย่างเพียงพอ¹⁰

ปัญหาในประเทศไทย - ไม่มีข้อมูลความชุกของภาวะกระดูกพรุนที่สัมพันธ์กับภาวะกระดูกหักจากการหกล้มในภาพรวมของประเทศ

ความมีประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษา - การให้คำปรึกษาในลักษณะของ team approach จะได้ผลดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในแง่ของ multidisciplinary และ multidimensional approach

ประสิทธิผลในการปรึกษาก่อนเป็นโรค - ความตระหนักในการป้องกัน การตรวจโรคตั้งแต่เริ่มแรก การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป - การรับประทานสอร์โอมอนทดแทนหรือยาอื่นในการป้องกัน ไม่มีความจำเป็นนัก มาตรการการป้องกันที่สำคัญ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่อุดมด้วยแคลเซียมและวิตามินดี, การออกกำลังกาย และการเทคนิคการหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บจากการหกล้ม การให้สอร์โอมอนทดแทนจะทำเฉพาะในรายที่จำเป็น รวมทั้งยาอื่น ๆ เพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน¹¹

คำแนะนำสำหรับกลุ่มเสี่ยง - รักษาเมื่อตรวจพบว่าความหนาแน่นกระดูกลดน้อยลงอย่างเห็นได้ชัด

มาตรการในการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรคหรือภาวะ - ให้การรักษา รวมทั้งการติดตามผลการรักษาในระยะยาว

ภาวะกระดูกพรุนในสตรีหลังวัยหมดระดู

ยังไม่มีหลักฐานเพียงพอสำหรับการตรวจคัดกรองภาวะกระดูกพรุน ด้วยเครื่องตรวจวัดความหนาแน่นของกระดูก คณะทำงานเกี่ยวกับเวชกรรมป้องกันทางคลินิกประเทศแคนาดา ให้กำลังคำแนะนำเป็นระดับ D ในขณะที่ คณะทำงานเกี่ยวกับเวชกรรมป้องกันทางคลินิกประเทศสหรัฐอเมริกา ให้ระดับกำลังของคำแนะนำเป็นระดับ C ซึ่งพอเทียบเคียงได้กับระดับ “ง” คือ ไม่แน่ชัด

อย่างไรก็ตามสตรีวัยหมดระดูทุกคนควรได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับข้อดีข้อเสียของฮอร์โมนในการป้องกันภาวะกระดูกพรุน (เอกสารอ้างอิง 2 บทที่ 68) การตรวจคัดกรองอาจจะมีเหมาะสมอยู่บ้าง สำหรับสตรีที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะกระดูกพรุน ได้แก่ โครงสร้างของกระดูกบาง, น้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ, ขาดฮอร์โมนเพศหญิงหลังหมดระดู, แคลเซียมทดแทนไม่เพียงพอ, ออกกำลังกายน้อยเกินไป, สูบบุหรี่, ดื่มแอลกอฮอล์ และกาแฟ มากเกินไป, และรับประทานยาประเภทสเตียรอยด์

สตรีทุกคนควรได้รับมาตรการที่เป็นสากลในการป้องกันภาวะกระดูกพรุน เช่น อาหารที่อุดมด้วยแคลเซียมและวิตามินดี (เอกสารอ้างอิง 2 บทที่ 65), การออกกำลังกายด้วยการยกน้ำหนัก (เอกสารอ้างอิง 2 บทที่ 55), การหยุดสูบบุหรี่ (เอกสารอ้างอิง 2 บทที่ 54), ผู้สูงอายุควรได้รับคำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม และลดความเสี่ยงของการหกล้มหรือการบาดเจ็บเนื่องจากการหกล้ม (เอกสารอ้างอิง 2 บทที่ 58)

ปัญหาในประเทศไทย - ไม่มีข้อมูลความชุกของภาวะกระดูกพรุน ที่สัมพันธ์กับภาวะกระดูกหักจากการหกล้มในภาพรวมของประเทศ

ความแม่นยำในการตรวจคัดกรอง - ความแม่นยำสูง

ประสิทธิผลในการตรวจพบตั้งแต่ในระยะต้น - ค่าใช้จ่ายและประสิทธิผลที่ได้รับไม่คุ้มค่า รวมถึงการให้

ฮอร์โมนรักษาเพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน เพราะข้อมูลที่ระบุได้ว่าความหนาแน่นของกระดูกมีความสัมพันธ์กับกระดูกแตกหักเนื่องจากการหกล้ม¹²

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป - การตรวจหาความหนาแน่นของกระดูกในหญิงวัยก่อนหรือหลังวัยหมดระดูทุกคนเป็นแบบแผนประจำไม่มีความจำเป็น¹³ ส่วนมาตรการการป้องกันได้แก่ การรับประทานอาหารที่อุดมด้วยแคลเซียมและวิตามินดี การออกกำลังกายและการเทคนิคการหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บจากการหกล้ม การให้ฮอร์โมนทดแทนจะทำในรายที่จำเป็น รวมทั้งยาอื่นๆ เพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน⁶

คำแนะนำสำหรับกลุ่มเสี่ยง - การตรวจความหนาแน่นของกระดูกให้ใช้ดุลพินิจว่าควรทำในระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างไร ส่วนมาตรการการป้องกันเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป

มาตรการในการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรคหรือภาวะ - ให้การรักษา รวมทั้งการติดตามผลการรักษาในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Hilard PA. *Preventive health care and screening*. In: Berek JS, Adashi EY, Hilard PA. *Novak's Gynecology*, 12th ed. Williams & Wilkins, 1996:175-194
2. U.S. Preventive Services Task Force. *Guide To Clinical Preventive Services; An Assessment of the Effectiveness of 169 Interventions*. Williams & Wilkins, 1989
3. Kern DE, Roberts JC. *Preventive Medicine in ambulatory care*. In: Burton R, Zieve PD. *Principles of ambulatory care*, 4th ed. Williams & Wilkins, 1995:17-29

4. Manselblatt JS, Phillips RN. Cervical cancer: how often – and why – to screen older women. *Geriatrics* 1996; 51:45-8
5. ACOG committee opinion. *Recommendation on frequency of Pap smear test screening*. *Int J Obstet Gynecol* 1995;49:210-1
6. Van der Graaf Y, Vooijs GP, Ziehuis GA. *Cervical screening revisited*. *Acta Cytol* 1990;34: 366-72
7. McIntyre Seltman K. *The abnormal Papanicolaou smear*. *Med Clin North Am* 1995; 79:1427-42
8. Wilson JR. *Ultrasonography in the diagnosis of gynecologic disorders*. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:1064-7
9. Schwartz PE, Chambers JT, Taylor KJ. *Early detection and screening for ovarian cancer*. *J Cell Biochem Suppl* 1995;23:233-7
10. ACOG technical bulletin. *Health maintenance for perimenopausal women*. *Int J Obstet Gynecol* 1995; 51:171-81
11. Scientific Advisory Board, Osteoporosis Society of Canada. *Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis*. *Can Med Assoc J* 1996;115:1113-33
12. Tosteson AN, Rosenthal DI, Melton LJ 3d, Weinstein MC. *Cost effectiveness of screening perimenopausal white women for osteoporosis: bone densitometry and hormonal replacement therapy*. *Ann Intern Med* 1990; 113: 594-603
13. ACOG technical bulletin. *Health maintenance for perimenopausal women*. *Int J Obstet Gynecol* 1995; 51:171-81

ตารางที่ 1 มาตรการต่าง ๆ สำหรับเวชกรรมป้องกันทางคลินิกด้านนรีเวชวิทยา * 3,4

โรค ภาวะ	เพศ	ช่วงอายุ (ปี)	กลุ่มประชากรเฉพาะประเภท	ช่วงระยะเวลาของการตรวจ	กำลังขอคำแนะนำ	ระดับคุณภาพของหลักฐาน	ตรวจโดย
การตรวจมะเร็งปากมดลูก	ญ	18-65	สตรีวัยเจริญพันธุ์และหลังหมดระดู	ทุกปีใน 3 ปีแรก ต่อไปอย่างน้อย 1 ครั้งทุก 3 ปี	ก.	II-2	เจ้าหน้าที่หรือสูติ-นรีแพทย์
การตรวจมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก	ญ	≥ 45	สตรีวัยเจริญพันธุ์และหลังหมดระดู และไม่ได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนติดต่อกันเป็นเวลานาน	ทุก 1 ปี	ง.	II-2	สูติ-นรีแพทย์
การตรวจมะเร็งรังไข่	ญ	15-45	สตรีวัยเจริญพันธุ์	ทุก 1 ปี	ง.	II-2	สูติ-นรีแพทย์
การตรวจเลือดโรคเอดส์	ญ	15-45	สตรีที่มีความเสี่ยงสูง	ใช้ดุลพินิจอย่างรอบคอบ	ก.	I	เจ้าหน้าที่
การตรวจเลือดสำหรับซิฟิลิส	ญ	15-45	สตรีที่มีความเสี่ยงสูง	ใช้ดุลพินิจอย่างรอบคอบ	ข.	II-3, III	เจ้าหน้าที่
การตรวจหาเชื้อคลาไมเดีย ทราโคมาติส	ญ	15-45	สตรีที่มีความเสี่ยงสูง	ใช้ดุลพินิจอย่างรอบคอบ	ค.	II	สูติ-นรีแพทย์
การเพาะเชื้อหนองใน	ญ	15-45	สตรีที่มีความเสี่ยงต่ำ	ใช้ดุลพินิจอย่างรอบคอบ	ง.	II	สูติ-นรีแพทย์
การเพาะเชื้อหนองใน	ญ	15-45	สตรีที่มีความเสี่ยงสูง	ใช้ดุลพินิจอย่างรอบคอบ	ข.	II-1, II-3, III	สูติ-นรีแพทย์
การให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ญ	15-45	สตรีที่มีความเสี่ยงสูง	ใช้ดุลพินิจอย่างรอบคอบ	ค.	II	เจ้าหน้าที่

การให้คำปรึกษาเรื่อง การคุมกำเนิดเพื่อลด การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน	ญ	15- 45	สตรีวัยเจริญ พันธุ์	ทุก 1-5 ปี	ข.	II-2	เจ้าหน้าที่
การให้ยาเพื่อป้องกัน ภาวะกระดูกพรุน	ญ	≥ 50	หลังหมดระดู	ไม่ระบุ	ค.	I, II-2	สูติ-นรี แพทย์
ภาวะกระดูกพรุนในสตรี หลังวัยหมดระดู	ญ	≥ 50	หลังหมดระดู	ไม่ระบุ	ง.	III	สูติ-นรี แพทย์

* ประยุกต์จากคณะกรรมการเกี่ยวกับเวชกรรมป้องกันทางคลินิกประเทศแคนาดาและประเทศสหรัฐอเมริกา

สรุปมาตรการการป้องกันโรค/ภาวะผิดปกติ ระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ สำหรับผู้ใหญ่ไทยทั่วไป

กำลังคำแนะนำ “ก” มาตรการที่ “ควรทำ” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการ ที่เชื่อถือได้เป็น
อย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า

มาตรการ	เพศ	ช่วง อายุ	โรค/ภาวะผิดปกติที่ ป้องกันได้/ตรวจคัดกรอง	บท อ้างอิง	หมายเหตุ
ประวัติการได้รับวัคซีน	ช,ญ	ทุกวัย	โรคติดเชื้อต่างๆ	39-48	
ประวัติเพศสัมพันธ์ความเสี่ยงสูง	ช,ญ	ทุกวัย	การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศ	7-12	
หาหลักฐานการเคยติดเชื้อหรือมี ภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบี	ช,ญ	ทุกวัย	การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	8, 41	
			มะเร็งเซลล์ตับ	13	
ประวัติการใช้ยา และหรือ สารเสพติด	ช,ญ	ทุกวัย	การติดเชื้อโรคเอดส์	7	
			การใช้สารเสพติด	36,55	
การซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อ หาอาการของโรคมะเร็งต่างๆ	ช,ญ	ทุกวัย	โรคมะเร็ง	13-21	
การวัดและควบคุม ความดันโลหิต	ช,ญ	ทุกวัย	ความดันโลหิตสูง	30	
			โรคหลอดเลือดหัวใจ	31	
			โรคหลอดเลือดสมอง	32	
			ไตวายเรื้อรัง	27	
การชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง และ คำนวณดัชนีความหนาของร่างกาย และ การวัดสัดส่วนเส้นรอบวงเอว ต่อเส้นรอบวงสะโพก รวมทั้งการควบคุมน้ำหนักตัว	ช,ญ	ทุกวัย	อ้วน	22,50	
			เบาหวาน	23	
			ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ	24,51	
			ความดันโลหิตสูง	30	
			โรคหลอดเลือดหัวใจ	31	
			โรคหลอดเลือดสมอง	32	
การตรวจหาปัจจัยเสี่ยง ต่อโรคเบาหวาน	ช,ญ	ทุกวัย	เบาหวาน	23	
สังเกตอาการของ ภาวะพร่องธัยรอยด์	ญ	สูงอายุ	ภาวะพร่องธัยรอยด์	28	
การตรวจอุจจาระเพื่อหาพยาธิ	ช,ญ	ทุกวัย	การติดเชื้อโรคปรสิต	6	
			มะเร็งท่อน้ำดีตับ	14	
Pap test	ญ	35 - 55	มะเร็งปากมดลูก	21	

มาตรการ	เพศ	ช่วงอายุ	โรค/ภาวะผิดปกติที่ป้องกันได้/ตรวจคัดกรอง	บทอ้างอิง	หมายเหตุ
การถ่ายอุจจาระลงในส้วม	ช.ญ	ทุกวัย	การติดเชื้อโรคพยาธิ	6	
	ช.ญ	ทุกวัย	มะเร็งท่อน้ำดีตับ	14	
การไม่กินปลา/เนื้อสัตว์ที่ปรุงไม่สุก	ช.ญ	ทุกวัย	การติดเชื้อโรคพยาธิ	6	
			มะเร็งท่อน้ำดีตับ	14	
การล้างผักสด/ผลไม้, มือ, ภาชนะ ให้สะอาดก่อนกินอาหาร	ช.ญ	ทุกวัย	การติดเชื้อโรคพยาธิ	6	
การกินอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ, มีพลังงานแต่พอควร, มีไขมันอิ่มตัวต่ำ และมีเกลือพอประมาณ	ช.ญ	ทุกวัย	ทุพโภชนาการ	49	
			อ้วน	22	
			เบาหวาน	23	
			ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ	24	
			ความดันโลหิตสูง	30	
			โรคหลอดเลือดหัวใจ	31	
การกินอาหารที่มีไนเตรดต่ำ	ช.ญ	ทุกวัย	มะเร็งท่อน้ำดีตับ	14	
การกินอาหารที่อุดมด้วยแคลเซียม	ญ	ทุกวัย	กระดูกพรุน	29	
การป้องกันอุบัติเหตุจากรถ	ช.ญ	ทุกวัย	อุบัติเหตุจากรถ	52	
การป้องกันโรคปวดหลัง	ช.ญ	ทุกวัย	ปวดหลัง	54	
การป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ	ช.ญ	ทุกวัย	การติดเชื้อโรคเอดส์	7	
			การติดเชื้อโรคทางเพศฯ	9-12	
การป้องกันไม่ให้ยุ่งกีด	ช.ญ	ทุกวัย	การติดเชื้อมาลาเรีย	42	
การงดสูบบุหรี่และ การจำกัดการดื่มสุรา	ช.ญ	ทุกวัย	มะเร็งเซลล์ตับ	13	
			มะเร็งปอด	15	
			มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	20	
			ความดันโลหิตสูง	30	
			ไตวายเรื้อรัง	27	
			ไขมันในเลือดผิดปกติ	24	
			โรคหลอดเลือดหัวใจ	31	
			โรคหลอดเลือดสมอง	32	

มาตรการ	เพศ	ช่วงอายุ	โรค/ภาวะผิดปกติที่ ป้องกันได้/ตรวจคัดกรอง	บท อ้างอิง	หมายเหตุ
การออกกำลังกาย	ช.ญ	ทุกวัย	อ้วน	22	
			เบาหวาน	23	
			ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ	24	
			ความดันโลหิตสูง	30	
			โรคหลอดเลือดหัวใจ	31	
การป้องกันฟันผุและ โรคปริทันต์	ช.ญ	ทุกวัย	ฟันผุและโรคปริทันต์	56	
วัคซีนบาดทะยัก	ช.ญ	ทุกวัย	บาดทะยัก	40	ทุก 10 ปี
วัคซีน MMR	ญ	วัยเจริญพันธุ์	หัดเยอรมัน, หัด และคางทูม	43	

กรุณาดูวิธีการปฏิบัติ รวมทั้งแนวทางสำหรับกลุ่มประชากรเฉพาะ (กลุ่มเสี่ยง) ในบทที่เกี่ยวข้อง

กำลังคำแนะนำ “ข” มาตรการที่ “น่าทำ” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า

มาตรการ	เพศ	ช่วงอายุ (ปี)	โรค/ภาวะผิดปกติ ที่ป้องกันได้/ตรวจคัด กรอง	บทอ้างอิง	หมายเหตุ
การสอบถามอาการของวัณโรค	ช,ญ	ทุกวัย	การติดเชื้อวัณโรค	5,39	
การถามประวัติโรคธาลัสซีเมียและ ฮีโมโกลบินผิดปกติในครอบครัว	ช,ญ	ทุกวัย	ธาลัสซีเมีย, ฮีโมโกลบิน ผิดปกติ	26	
การสอบถามเกี่ยวกับการทำกิจวัตร	ช,ญ	สูงอายุ	ภาวะสมองเสื่อม	37	
การตรวจเต้านมโดยแพทย์	ญ	50-69	มะเร็งเต้านม	16	
การตรวจทวารหนักด้วยนิ้วมือ	ช,ญ	>40	มะเร็งลำไส้ใหญ่	17	
การตรวจสายตา	ช,ญ	>40	สายตาผิดปกติ	33	
การตรวจระดับคลอเรสเตอรอลรวม ในเลือด	ช	35-65	ไขมันในเลือดผิดปกติ	24,51	
	ญ	45-65	หลอดเลือดหัวใจ, สมอง	31,32	
การตรวจหาการติดเชื้อ HIV	ช,ญ	ทุกวัย	การติดเชื้อโรคเอดส์	7	
การตรวจภาพถ่ายรังสีเต้านม	ญ	50-69	มะเร็งเต้านม	16	
การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ	ช,ญ	>40	มะเร็งลำไส้ใหญ่ ๔	17	
Pap test	ญ	18-34, >55	มะเร็งปากมดลูก	21	
การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	ญ	>30	มะเร็งเต้านม	16	
วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี	ช,ญ	ทุกวัย	มะเร็งเซลล์ตับ	13	

กรุณาดูวิธีการปฏิบัติ รวมทั้งแนวทางสำหรับกลุ่มประชากรเฉพาะ (กลุ่มเสี่ยง) ในบทที่เกี่ยวข้อง

กำลังคำแนะนำ “ค” มาตรการที่ “อาจทำ หรือ อาจไม่ทำ” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่

มาตรการ	เพศ	ช่วงอายุ	โรค/ภาวะผิดปกติที่ป้องกันได้/ตรวจคัดกรอง	บท อ้าง อิง	หมายเหตุ
การตรวจเต้านมโดยแพทย์	ญ	<50, >70	มะเร็งเต้านม	16	
การวัดความดันตา	ช,ญ	ทุกวัย	ต้อหินเรื้อรัง	34	
การตรวจภาพรังสีเต้านม	ญ	<50, >70	มะเร็งเต้านม	16	
การตรวจฮีโมโกลบิน หรือ ฮีมาโตคริต	ช,ญ	ทุกวัย	โลหิตจาง	25	
การตรวจระดับกลูโคสในเลือด	ช,ญ	ทุกวัย	เบาหวาน	23	
ตรวจระดับคลอเรสเตอรอลรวมใน เลือด	ช ญ	<35, >65 <45, >65	ไขมันในเลือดผิดปกติ	24	
การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ขณะพัก และ/หรือ ขณะออกกำลังกาย	ช,ญ "	>40	โรคหลอดเลือดหัวใจ	31	
การตรวจระดับยูเรียในเลือด (BUN) และ/หรือ ระดับครีเอตินินในซีรัม	ช,ญ	>60	ไตวายเรื้อรัง	27	
การตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือด แดงใหญ่ที่คอติบ	ช,ญ	>60	หลอดเลือดสมอง	32	
การตรวจระดับ T4, TSH	ญ	สูงอายุ	ภาวะพร่องไทรอยด์	28	
การทดสอบภาวะสมองเสื่อม	ช,ญ	สูงอายุ	ภาวะสมองเสื่อม	37	
การตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ	ช,ญ	ทุกวัย	การติดยา/สารเสพติด	36,55	
การวัดความหนาแน่นของกระดูก	ญ	หลังหมด ระดู	กระดูกพรุน	29	
HBsAg	ช,ญ	ทุกวัย	การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	8	
VDRL/RPR	ช,ญ	ทุกวัย	การติดเชื้อโรคซิฟิลิส	9	
วัคซีนสกุไล	ช,ญ	ทุกวัย	การติดเชื้อโรคสกุไล	44	
วัคซีนตับอักเสบบี	ช,ญ	ทุกวัย	การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	45	
วัคซีนเชื้อโรคปอดบวม	ช,ญ	ทุกวัย	การติดเชื้อโรคปอดบวม	47	

กรุณาดูวิธีการปฏิบัติ รวมทั้งแนวทางสำหรับกลุ่มประชากรเฉพาะ (กลุ่มเสี่ยง) ในบทที่เกี่ยวข้อง

กำลังคำแนะนำ "ง" มาตรการที่ "ไม่ควรทำ" คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าว ไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย

มาตรการ	เพศ	ช่วงอายุ	โรค/ภาวะผิดปกติที่ป้องกันได้/ตรวจคัดกรอง	บทอ้างอิง	หมายเหตุ
การตรวจภาพรังสีทรวงอก	ช.ญ	ทุกวัย	การติดเชื้อวัณโรค	5	
			มะเร็งปอด	15	
การทดสอบทูเบอร์คูลิน รวมทั้งการฉีด BCG และการให้ยาป้องกันวัณโรค	ช.ญ	ทุกวัย	การติดเชื้อวัณโรค	5,39	
การตรวจหาโรคเริม	ช.ญ	ทุกวัย	การติดเชื้อโรคเริม	10	
การตรวจหาโรคหนองใน	ช.ญ	ทุกวัย	การติดเชื้อโรคหนองใน	11	
การตรวจหาโรคหนองในเทียม	ช.ญ	ทุกวัย	การติดเชื้อโรคหนองในเทียม	12	
การตรวจแยกชนิดฮีโมโกลบิน	ช.ญ	ทุกวัย	ธาลัสซีเมีย, ฮีโมโกลบินผิดปกติ	26	
การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะพัก และ/หรือขณะออกกำลังกาย	ช.ญ	<40	หลอดเลือดหัวใจ	31	
การตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอตีบ	ช.ญ	<60	หลอดเลือดสมอง	32	
การตรวจระดับยูเรียในเลือด (BUN) และ/หรือระดับครีเอตินีนในซีรัม	ช.ญ	<60	ไตวายเรื้อรัง	27	
การตรวจระดับ TSH ในเลือด	ช.ญ	ทุกวัย	ภาวะพร่องไทรอยด์	28	เว้นสตรีสูงอายุ
การตรวจหาเลือดในปัสสาวะ	ช.ญ	ทุกวัย	มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	20	
การตรวจหาเซลล์มะเร็งในปัสสาวะ	ช.ญ	ทุกวัย	มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	20	
การตรวจ tumor markers	ช.ญ	วัยกลาง - สูงอายุ	มะเร็งเซลล์ตับ	13	AFP
			มะเร็งลำไส้ใหญ่	17	CEA
			มะเร็งตับอ่อน	18	CA19-9
			มะเร็งรังไข่	21	CA125
การตรวจ PSA	ช	ทุกวัย	มะเร็งต่อมลูกหมาก	19	

มาตรการ	เพศ	ช่วงอายุ	โรค/ภาวะผิดปกติที่ ป้องกันได้/ตรวจคัดกรอง	บท อ้างอิง	หมายเหตุ
การตรวจอัลตราซาวด์	ช.ญ	ทุกวัย	มะเร็งเซลล์ตับ	13	
	ช.ญ	ทุกวัย	มะเร็งท่อน้ำดีตับ	14	
	ช	ทุกวัย	มะเร็งต่อมลูกหมาก	19	
การวัดความหนาแน่นของ กระดูก	ช.ญ	ทุกวัย	กระดูกพรุน	29	
การให้ยาป้องกันมาลาเรีย	ช.ญ	ทุกวัย	การติดเชื้อมาลาเรีย	42	
วัคซีนไข้หวัดใหญ่	ช.ญ	ทุกวัย	การติดเชื้อไข้หวัดใหญ่	46	
วัคซีนโรคใช้กาฬหลังแอ่น	ช.ญ	ทุกวัย	การติดเชื้อโรคใช้กาฬหลังแอ่น	48	

กรุณาดูวิธีการปฏิบัติ รวมทั้งแนวทางสำหรับกลุ่มประชากรเฉพาะ (กลุ่มเสี่ยง) ในบทที่เกี่ยวข้อง