

คุณประโยชน์และข้อพึงระวังของการคัดกรองทางสุขภาพ

รัตนวลี น นคร*

การคัดกรองทางสุขภาพเป็นกลยุทธ์ในการให้บริการสาธารณสุขเชิงรุก เพื่อพยายามค้นหาโรคหรือภาวะผิดปกติในประชากรทั่วไป ซึ่งอาจเป็นระยะก่อนเกิดอาการ (pre-symptomatic disease) หรือมีอาการแล้วแต่ยังไม่ทราบว่าเป็นโรค (unrecognized symptomatic disease) หรือมีปัจจัยเสี่ยง (risk factors) ต่อการเกิดโรค ด้วยความเชื่อว่าการคัดกรองคือการต่อสู้กับโรคที่ดีที่สุด และด้วยความหวังว่าการรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและอัตราการป่วยของประชากรในภาพรวม

การคัดกรองทางสุขภาพจึงเป็นบริการทางการแพทย์ที่น่าจะคุ้มค่ากว่าบริการเชิงรับ ซึ่งเป็นการรักษาผู้ป่วยจำนวนมากขณะมีอาการหนักและบางครั้งยากจะเยียวยา ทั้งยังเป็น การรุ่มทรัพยากรลงไปจำนวนมากเมื่อเทียบกับผลลัพธ์ที่ได้

ยิ่งหากเป็นการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคติดต่อ (communicable disease) ที่แฝงในกลุ่มประชากรทั่วไป กลยุทธ์นี้ยังช่วยควบคุมโรค ลดการแพร่กระจายไปยังคนในชุมชนด้วย

การคัดกรองทางสุขภาพเป็นระบบที่มีการดำเนินอย่างกว้างขวางในประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่บางครั้งต้องเผชิญปัญหาด้านงบประมาณ ความพร้อมในการดำเนินงาน รวมถึงกำลังคนที่ต้องจัดเตรียมให้เพียงพอต่อการรองรับประชากรจำนวนมาก การดำเนินงานจึงต้องอาศัยการติดตามระยะยาวเพื่อศึกษาถึงอรรถประโยชน์และความคุ้มค่า ทั้งนี้ เพื่อให้

แน่ใจว่าประชากรจะได้รับประโยชน์จากการคัดกรองด้านสุขภาพจริง โดยเฉพาะการคัดกรองที่ดำเนินการในประชากรทั้งหมด (universal screening)

ตัวอย่างเช่น ในอดีตเคยมีการคัดกรองวัณโรคปอดในกลุ่มประชากรทั่วไปด้วยการตรวจภาพถ่ายรังสีขนาดเล็ก หากตรวจพบรอยโรคจะได้รับการตรวจเสมหะและถ่ายภาพรังสีปอดเพิ่มเติมเพื่อยืนยันการวินิจฉัย ทว่าต่อมาได้ถูกยกเลิกเพราะพบความผิดพลาดและไม่คุ้มค่า ปัจจุบันจึงแนะนำให้ตรวจภาพถ่ายรังสีปอดเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงหรือสงสัยว่าเป็นวัณโรคปอดเท่านั้น ซึ่งรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องสัมผัสผู้ป่วยโดยตรงด้วย

ปัจจุบัน การคัดกรองโรคหรือภาวะที่มีความชุกหรืออุบัติการณ์ต่ำจะกระทำเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง (case finding) หรือในรายที่เริ่มมีอาการ (early symptomatic) ตัวอย่างเช่น การคัดกรองใช้หัตถ์นกในคนที่มีความถี่ในแหล่งระบาด คนที่เดินทางกลับจากแหล่งที่มีการระบาด คนที่มีประวัติสัมผัสคนเป็นโรค คนที่เสี่ยงต่อการมีอาการรุนแรง และคนที่เริ่มมีไข้เป็นต้น

เครื่องมือคัดกรอง (screening test) ไม่ใช่เครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัย (diagnostic test) แต่เป็นเครื่องมือที่มีความไว (sensitivity) ดี และมีความจำเพาะ (specificity) อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ เมื่อสงสัยว่าอาจเป็นโรค ผู้ถูกคัดกรองจะต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยเครื่องมือที่มีความ

*หน่วยโรคข้อและภูมิแพ้ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



จำเพาะดีกว่า

อย่างไรก็ตาม ผลจากการคัดกรองโดยใช้เครื่องมือที่มีความไวดีอาจก่อให้เกิดการวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (misdiagnosis) ส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ถูกคัดกรองได้ เพราะเครื่องมือที่มีความไวสูงก่อให้เกิดผลบวกปลอม (false positive) ได้บ่อย เมื่อผู้ถูกคัดกรองต้องเข้ารับการตรวจเพิ่มเติมเพื่อยืนยันการวินิจฉัย จึงเกิดความสับสนเปลี่ยนโดยไม่จำเป็น ทั้งยังสร้างความเครียดแก่ผู้ถูกคัดกรองเป็นเวลานาน กว่าที่จะได้รับการตรวจวินิจฉัยยืนยันว่าไม่เป็นโรค

ในทางกลับกัน การใช้เครื่องมือที่ใช้มีความไวไม่ดีพอ อาจก่อให้เกิดผลลบปลอม (false negative) จนเกิดความชะล่าใจว่าไม่เป็นโรค และละเลยที่จะมาตรวจซ้ำ แม้เริ่มมีอาการ

ในปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือคัดกรองใดที่ถือว่าสมบูรณ์แบบ 100 เปอร์เซ็นต์ เครื่องมือคัดกรองทุกชิ้นต้องได้รับการพัฒนาและตรวจสอบความเหมาะสมก่อนประกาศใช้กับประชากรในระดับนโยบาย

องค์การอนามัยโรคได้วางหลักเกณฑ์การคัดกรองด้านสุขภาพในกลุ่มประชากรไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1968 อันเป็นหลักการใช้ต่อมาจนถึงปัจจุบัน ดังนี้

1. ต้องเป็นโรคหรือภาวะที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ
2. ต้องเป็นโรคหรือภาวะที่มีทางรักษา (ถ้าหายขาดได้ยิ่งดี)
3. ต้องมีความพร้อมด้านเครื่องมือที่ใช้วินิจฉัย มีการรักษารองรับที่ประชาชนเข้าถึงได้
4. ควรเป็นการคัดกรองโรคหรือภาวะที่อยู่ในระยะที่ยังไม่แสดงอาการชัดเจน (latent stage)
5. เครื่องมือหรือวิธีการคัดกรองต้องดีพอสำหรับโรคหรือภาวะนั้นๆ
6. เครื่องมือหรือวิธีการคัดกรองโรคหรือภาวะต้องเป็นที่ยอมรับของประชาชน (ง่าย ไม่ยุ่งยาก ไม่เสียเวลา)
7. ผู้คัดกรองต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรคหรือภาวะ (natural history) นั้นเป็นอย่างดี
8. ต้องมีมาตรการที่ตกลงกันก่อนว่าใครเป็นผู้ที่สมควร

ได้รับการรักษา

9. ค่าใช้จ่ายในการค้นหาผู้ป่วย (case finding) ต้องสมดุลกับงบประมาณด้านสาธารณสุขโดยรวม

10. การค้นหาผู้ป่วยต้องเป็นกระบวนการที่ดำเนินอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่ทำเพียงครั้งเดียวแล้วยกเลิก

กระบวนการคัดกรองโรคหรือภาวะใดก็ตาม ต้องมีองค์ประกอบครบทุกข้อตามหลักเกณฑ์ข้างต้น จะขาดข้อใดข้อหนึ่งไม่ได้ มิฉะนั้น การคัดกรองอาจส่งผลเสียมากกว่าผลดี เช่น การคัดกรองโรคที่ยังไม่มีวิธีการรักษาที่ดี หรือมีทางรักษาแต่ประชากรบางกลุ่มอาจเข้าไม่ถึง อาจส่งผลให้ผู้ถูกคัดกรองเกิดความเครียดยาวนาน เพราะรู้ว่าตัวเองเป็นโรคที่ไม่มีทางรักษาหรือรักษาไม่ได้ เพราะขาดแคลนทุนทรัพย์ เป็นต้น

เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพของคนไทย คณะผู้วิจัยได้จัดทำงานวิจัยจำนวน 17 เรื่อง โดยลงพิมพ์ในวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2 ฉบับติดต่อกัน โดยเริ่มจากฉบับนี้เป็นฉบับแรก งานวิจัยทั้งหมดนี้เป็นเรื่องที่ผ่านมาการวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญของโรคหรือปัญหาสุขภาพที่ควรคัดกรองในบริบทของสังคมไทย ตลอดจนศึกษาความเป็นไปได้ในการคัดกรองโรคหรือภาวะที่เป็นภาระหลักของประเทศ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง (มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งท่อน้ำดี) โรคติดเชื้อเรื้อรัง (วัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์) โรคเรื้อรังไม่ติดต่อ (หืด ภาวะโลหิตจาง ภาวะทุพโภชนา) ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการป้องกันอุบัติเหตุจากรถยนต์

ผู้วิจัยวิเคราะห์อัตราประโยชน์ และความคุ้มค่าของกระบวนการคัดกรองไว้อย่างน่าสนใจ และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการคัดกรองด้านสุขภาพที่น่าจะจัดให้มีในชุดสิทธิประโยชน์ด้วย

ตัวอย่างเช่น

1. การใช้แบบประเมินอย่างง่ายโดยไม่ใช้ผลเลือดเพื่อประเมินความเสี่ยงโดยรวมต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. การคัดกรองภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะในผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไปโดยการคลำชีพจร 20 วินาที

3. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี โดยการทำให้ Pap smear ทุก 5 ปี
 4. การตรวจคัดกรอง HBsAg ± anti-HBs ร่วมกับการให้วัคซีนในผู้ไม่มีภูมิคุ้มกันทุกคน
 5. การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและให้คำปรึกษาที่ดำเนินการในชุมชนโดยอาสาสมัคร
 6. การวัดดัชนีมวลกายในประชากร 3 กลุ่มอายุ ได้แก่
 - อายุ 0-18 ปีให้บันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว
 - อายุ > 15 ปีให้บันทึกเมื่อเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลทุกครั้ง
 - อายุ > 60 ปีให้บันทึกเมื่อเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลร่วมกับการซักประวัติน้ำหนักตัวที่ลดลงโดยไม่ได้ตั้งใจ
 7. การคัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็กไทย โดยตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) ในเด็กอายุ 9-12 เดือนขณะมารับการฉีดวัคซีนที่สถานพยาบาล
 8. การคัดกรองวัณโรค โดยการรณรงค์ให้ประชากรทั่วไปมีความรู้เรื่องวัณโรค ตระหนักถึงความเสี่ยงในการเป็นวัณโรค และแนะนำให้ถ่ายภาพรังสีทรวงอกเฉพาะผู้มีความเสี่ยงหรือผู้ที่สงสัยว่าเป็นวัณโรค
 9. ผู้ป่วยโรคหืดที่ยังควบคุมอาการไม่ได้ควรได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม
- การจัดการกับโรคที่เป็นภาระหลักของประเทศ ควรเน้นการป้องกันหรือควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพราะเป็นการลงทุนที่ดูจะคุ้มค่าที่สุด เช่น การจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองโดยค้นหาผู้ปัจจัยเสี่ยงเพื่อให้การรักษา (ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ มีประวัติคนในครอบครัวเสียชีวิตกะทันหันจากโรคหลอดเลือดหัวใจ) หรือการคัดกรองประชากรที่เข้าข่ายอ้วนลงพุงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร ควบคุมน้ำหนัก และออกกำลังกาย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง เป็นต้น
- โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายในอันดับต้นของคนไทย สำหรับโรคมะเร็งที่มีการดำเนินโรคช้า เช่น มะเร็งปากมดลูก

การตรวจคัดกรองและให้การรักษาดังแต่ระยะแรกสามารถเพิ่มอัตราการอยู่รอด เพิ่มคุณภาพชีวิต และรักษาให้หายขาดได้ตรงข้ามกับโรคมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งมีพยากรณ์โรคเลวกว่า การค้นหาผู้ป่วยมะเร็งตับโดยการเจาะเลือดหรือทำอัลตราซาวด์ติดตามเป็นกระบวนการที่ยุ่งยากกว่าและประชากรส่วนใหญ่เข้าไม่ถึง ที่สำคัญคือผลการรักษายังไม่ตีมาตรการในการต่อสู้กับโรคมะเร็งควรเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งตับ เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีในคนไทยทุกคน ลดการดื่มแอลกอฮอล์ งดพฤติกรรมสูบบุหรี่ และรักษาพยาธิใบไม้ตับ เป็นต้น

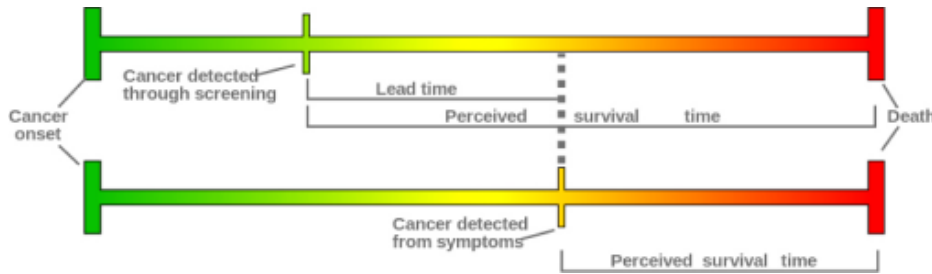
ในความเห็นของคนส่วนใหญ่ การคัดกรองโรคน่าจะช่วยให้สุขภาพของประชากรดีขึ้นและมีชีวิตยืนยาวขึ้นเนื่องจากประชากรได้รับการรักษาเร็ว แต่เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือคัดกรองที่สมบูรณ์แบบ ความผิดพลาดจึงอาจเกิดได้ ดังนั้น ก่อนประกาศใช้เป็นนโยบาย จึงควรทบทวนผลการศึกษาให้รอบคอบ เพื่อให้แน่ใจว่าเมื่อดำเนินการไปแล้วผลดีจะเกิดมากกว่าผลเสีย

การศึกษาวินิจฉัยที่ดีที่สุดที่จะบอกว่าการคัดกรองนั้นๆ เป็นประโยชน์แก่ประชากรแท้จริงต้องเป็นการศึกษาแบบ randomized control trials (RCT) โดยศึกษาในกลุ่มประชากรที่มากพอ เปรียบเทียบอัตราการป่วย อัตราการเสียชีวิตตายหรือภาวะทุพพลภาพในภาพรวม ระหว่างกลุ่มประชากรที่ได้รับการคัดกรองและกลุ่มที่ไม่ได้รับการคัดกรอง โดยยึดถือระเบียบวิธีวิจัยที่เคร่งครัด และติดตามเป็นระยะเวลานานพอ

การศึกษาในรูปแบบนี้ต้องใช้กำลังคนและงบประมาณในการวิจัยมหาศาล ส่วนใหญ่ของโปรแกรมคัดกรองที่นำมาใช้ในปัจจุบันจึงมักได้จากการศึกษาแบบ case-control หรือ cohort จึงอาจทำให้ได้ข้อสรุปคลาดเคลื่อน และดูดีกว่าความเป็นจริง เนื่องจากมีอคติในการวิจัยซ่อนอยู่ ไม่ว่าจะเป็น lead time bias, length time bias หรือ selection bias

Lead time เป็นส่วนต่างของเวลาที่ตรวจพบโรคจากการใช้เครื่องมือทดสอบ 2 ชนิดที่ไม่เหมือนกัน เช่น การวินิจฉัยโรคโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยใหม่ หรือการใช้เครื่องมือคัดกรองที่มีความไวสูง เปรียบเทียบกับการวินิจฉัยโรคโดยใช้

Lead time bias



เกณฑ์การวินิจฉัยเดิม

Lead time bias เป็นอคติที่เกิดขึ้น เมื่อทำการเปรียบเทียบผลของการวินิจฉัยโรค โดยใช้เครื่องมือ 2 ชนิดที่ไม่เหมือนกัน เครื่องมือชนิดแรกเป็นเครื่องมือคัดกรองที่ช่วยวินิจฉัยโรคได้เร็วกว่าเดิม แต่ไม่ได้ช่วยให้อายุไขของผู้ป่วยแตกต่างจากเดิม (equal life expectancy) หากวิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี จึงอาจสรุปผิดพลาดได้ว่า การคัดกรองและให้การรักษาแต่เนิ่นๆ ช่วยให้อัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้คัดกรอง

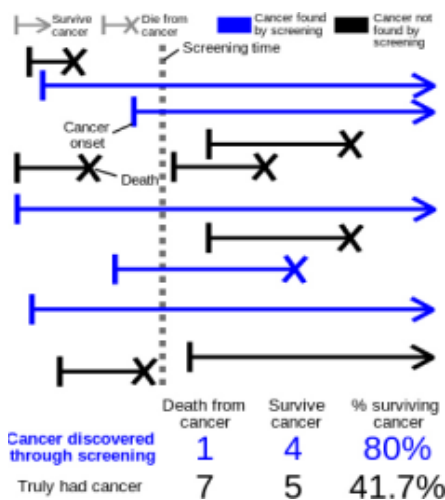
Length time bias เป็นอคติที่เกิดขึ้นเมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแบบสุ่มในช่วงเวลาต่างกัน จึงต้องพึงระวังในการคัดกรองโรคมะเร็ง เพราะอาจทำให้ด่วนสรุปว่าการคัดกรองน่าจะมีประโยชน์ ทั้งที่ความจริงอาจไม่ใช่ เช่นนั้น มะเร็งที่โตเร็ว (fast-growing tumor) มักมีช่วงเวลา

ที่ไม่แสดงอาการ (asymptomatic phase) สั้น เมื่อเทียบกับมะเร็งที่โตช้า (slow-growing tumor) จึงมีโอกาสหลุดรอดจากการตรวจคัดกรองได้ง่าย ฉะนั้น หากในปีหนึ่งๆ มีจำนวนมะเร็งทั้งสองกลุ่มพอๆ กัน การคัดกรองจะมีโอกาสตรวจพบมะเร็งที่โตช้ามากกว่า และเนื่องจากผลลัพธ์ของการรักษามะเร็งที่โตช้ามักดีกว่ามะเร็งที่โตเร็วอยู่แล้ว มันจึงไม่ใช่ประโยชน์ที่เกิดจากการคัดกรองแต่อย่างใด

Selection bias เป็นอคติที่เกิดขึ้นเนื่องจากลักษณะของอาสาสมัครในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะหากกระบวนการคัดกรองทำตามความสมัครใจ ตามปกติคนที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมักอยากอยู่ในกลุ่มที่ถูกคัดกรองมากกว่า อาทิ คนมีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมมักได้รับการตรวจ mammography ผลการตรวจพบมะเร็งโดยการตรวจ mammography จึงดูมากกว่าความเป็นจริง และผลลัพธ์ในการรักษาจะแยกจากกลุ่มควบคุม

สำหรับประเทศไทย ซึ่งอยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา การคัดกรองด้านสุขภาพที่ไม่ต้องอาศัยงบประมาณและกำลังคนมาก น่าจะเป็นทางเลือกที่เหมาะสม เช่น การคัดกรองโดยใช้แบบประเมินอย่างง่ายที่ประชากรสามารถประเมินด้วยตนเอง (self-assessment) หรือ ทำโดยผู้ใกล้ชิดหรือผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพที่ไม่จำเป็นต้องเป็นบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ครูหรือเจ้าหน้าที่แผนกสุขภาพของสถานที่ทำงาน แบบคัดกรองควรได้รับการพัฒนาในรูปแบบที่ประชากรเข้าถึงง่าย ผ่านสื่อสารสนเทศ และมีการสร้างแบบทดสอบ หรือแบบเตือนความจำ (เพื่อให้ทำการคัดกรองเป็นระยะ) ที่สามารถใช้กับโทรศัพท์อัจฉริยะได้

Length time bias



ที่สำคัญ คือ การรณรงค์ให้ประชากรเป้าหมายเกิดความตระหนัก โดยอาศัยกลยุทธ์ทางการตลาดที่สอดคล้องกับพฤติกรรมของคนไทยในแต่ละกลุ่มอายุ สร้างค่านิยมหรือความต้องการด้านสุขภาพให้แก่คนรุ่นใหม่ การรณรงค์ดังกล่าวต้องพัฒนาควบคู่กับระบบการให้ข้อมูลข่าวสารที่ง่าย กระชับ เหมาะสม และฉับไว เพื่อลดความสับสน อาทิ ความสับสนที่เกิดจากข้อมูลข่าวสารจากแหล่งอื่นที่แสวงหาผลประโยชน์ด้านสุขภาพ และเพื่อสร้างการรับรู้ที่ถูกต้อง เป็นต้น

ที่สำคัญอีกประการ คือ การมีระบบรองรับหากผลประเมินบ่งชี้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การจัดทำมีระบบลงทะเบียน online ที่ประชาชนสามารถเข้าไปขอรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมได้ทันที ณ ศูนย์บริการที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย โดยไม่ต้องมารับการตรวจที่สถานพยาบาล

ลำดับถัดมา เมื่อตรวจพบว่าประชาชนเป็นโรคและต้องได้รับการรักษา เจ้าหน้าที่ควรมีระบบส่งต่อ online หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ระบบการคัดกรองทางสุขภาพควรเชื่อมต่อกับระบบโรงพยาบาลในลักษณะ health integrated information technology หรือผ่านทางบัตรประชาชนอัจฉริยะที่สามารถบันทึกและแสดงผลการคัดกรองด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล

ในมุมมองของแพทย์เฉพาะทาง การคัดกรองทางสุขภาพไม่ใช่เรื่องไกลตัว ผู้เขียนเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาโรคข้อและภูมิแพ้ที่เกี่ยวข้องกับโรคข้ออักเสบเรื้อรังและโรคอโตอิมมูน ซึ่งอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด การคัดกรองทางสุขภาพอาจเป็นหนทางนำไปสู่การรักษาที่มีประสิทธิภาพได้ ผู้เขียนจึงหวังว่าในอนาคตอาจมีหนทางป้องกันโรคดังกล่าวนี้ หรือทำให้โรคดังกล่าวนี้หายขาด

สืบเนื่องจากองค์ความรู้รอบทิศทาง ทั้งในมุมกว้างและลงลึกระดับโมเลกุล เราจึงรู้จักโรคอโตอิมมูนมากขึ้น การรักษาในปัจจุบันส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น อายุยืนยาวขึ้น และความพิการลดลงมาก เมื่อเทียบกับการรักษาดั้งเดิมเมื่อ 30 ปีก่อน

ข้อสรุปจากงานวิจัยหลายฉบับมีความเห็นตรงกันว่า ผลลัพธ์ของการรักษาโรคอโตอิมมูนจะดีที่สุด เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาเร็วตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

แต่ประสิทธิภาพของการรักษาจะลดลงหากเริ่มรักษาโรคในระยะที่มีอาการชัดเจน (established disease) เพราะถึงตอนนั้น การทำลายอวัยวะได้เกิดขึ้นมาก จนเกิดความพิการแล้ว ทั้งยังอาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นหลายร้อยเท่าตัว กรณีจำเป็นต้องใช้ยาราคาแพง จึงดูจะไม่คุ้มค่า เมื่อเทียบกับปีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น

ถึงกระนั้น แม้การป่วยด้วยโรคอโตอิมมูนหรือข้ออักเสบเรื้อรังจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมาก ทั้งทำให้อัตราการมีชีวิตรอดต่ำกว่าคนปกติที่อายุเท่ากัน แต่เนื่องจากเป็นโรคที่มีความซุกซ่อน (ราวร้อยละ 1) โรคและภาวะดังกล่าวจึงไม่จัดอยู่ในกลุ่มที่เป็นภาระหลักของประเทศ เลยยังไม่มีการศึกษารองรับว่า ถ้าให้การรักษาในระยะก่อนเกิดอาการ (pre-symptomatic) เช่น ในญาติสายตรงของผู้ป่วยอโตอิมมูน เราจะสามารถเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคได้หรือไม่

เท่านั้นไม่พอ เรายังมีข้อกังวลอีกด้วยว่า มันอาจเป็นการเพิ่มความเครียดแก่ผู้ที่ตรวจพบว่ามียาผลเลือดผิดปกติ

การคัดกรองเพื่อค้นหาโรคอโตอิมมูนในกลุ่มประชากรทั่วไปจึงไม่คุ้มค่า ส่วนใหญ่ต้องรอให้เกิดอาการและสงสัยว่าเป็นโรคก่อน จึงจะดำเนินการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม และแม้แต่ผู้ที่เริ่มมีอาการแล้วเช่น มีข้ออักเสบเกิดขึ้น เรายังไม่มีคำแนะนำให้ตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยโรคเช่นกัน (เว้นแต่จะมีอาการทางคลินิกที่เข้าได้กับโรคอโตอิมมูนจริงๆ) เพราะเราอาจตรวจพบผลบวกจากสาเหตุอื่นได้มาก ส่วนใหญ่จึงแนะนำให้รักษาตามอาการ เนื่องจากโรคข้ออักเสบส่วนใหญ่ (ราวร้อยละ 60) มักหายเองภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ เว้นแต่ “ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นใน 6 สัปดาห์ ควรส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม”

อันเป็นข้อแนะนำที่เข้าใจง่าย ไม่ต้องอาศัยอุปกรณ์หรือแบบสอบถามใดๆ และน่าจะปฏิบัติได้ แต่อุปสรรคสำคัญ คือ เมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งต่อมายังแพทย์ที่โรงพยาบาลทั่วไป แพทย์อาจไม่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ เพราะขาดอุปกรณ์และเครื่องมือที่ช่วยในการวินิจฉัย รวมถึงไม่สามารถจัดหายาให้กับผู้ป่วยได้ เพราะยาหลายตัวถูกกำหนดให้สั่งได้โดยแพทย์เฉพาะทางซึ่งมีจำนวนจำกัด



ปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องแก้ไขระบบด้วยการสร้างเครือข่ายรองรับ จัดระบบให้คำปรึกษาทางไกล และจัดระบบประสานงาน เพื่อจัดหายาให้ผู้ป่วยเฉพาะราย ผู้ป่วยจะได้เข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

ความสำเร็จของการคัดกรองด้านสุขภาพจึงขึ้นอยู่กับ การเรียนรู้และการรับรู้ของประชากร ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องเข้าใจหลักการของการคัดกรองทางสุขภาพในระดับประชาชน ต้องทำให้ประชากรตระหนักถึงความสำคัญด้านสุขภาพว่าไม่ต่างจากการทำมาหากินในชีวิตประจำวัน รวมถึงสร้างความตระหนักแก่ผู้รับผิดชอบในชุมชน โรงเรียน สถานที่ทำงาน หรือเครือข่าย

รัฐหรือผู้ให้บริการทางการแพทย์ต้องเร่งพัฒนาเครื่องมือคัดกรองให้มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า ใช้ง่าย เผยแพร่ให้ ประชากรรับรู้ในรูปแบบที่น่าสนใจ และให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องและทันการ โดยอาศัยสื่อที่เข้าถึงได้ง่าย

ท้ายสุดที่ขาดไม่ได้ คือ การวิเคราะห์และติดตามผลระยะยาวจากการใช้ระบบคัดกรองเป็นระยะๆ ว่าสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชากรไทยได้แท้จริงเพียงไร

References

1. Bakker MF, Jacobs JW, Welsing PM. Early clinical response to treatment predicts 5-year outcome in RA patients: follow-up results from the CAMERA study. *Ann Rheum Dis* 2011;70:1099-103.
2. Escalas C, Dalichampt M, Combe B, et al. Effect of adherence to European treatment recommendations on early arthritis outcome: data from the ESPOIR cohort. *Ann Rheum Dis* 2012;71(11):1803-8.
3. Gordis L. *Epidemiology: with student consult*. Online access. Philadelphia: Saunders 2008. p. 318. ISBN 1-4160-4002-1.
4. Morabia A, Zhang FF. History of medical screening: from concepts to action. *Postgrad Med J* 2004;80:463-69.
5. UK National Screening Committee. Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme. 2009. Last accessed April 22, 2009
6. Vermeer M, Kuper HH, Hoekstra M, et al. Implementation of a treat-to-target strategy in very early rheumatoid arthritis: results of the Dutch Rheumatoid Arthritis Monitoring remission induction cohort study. *Arthritis Rheum* 2011;63:2865-72.
7. Visser H, et al. Development of diagnostic criteria of early rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2000;42 (Suppl);S154.
8. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. WHO Chronicle Geneva: World Health Organization; 1968; 22:473. Public health Papers, #34