

การป้องกันตาบอดในโรคที่สำคัญ

๑. Ophthalmia Neonatorum เป็นการอักเสบของตาในเด็กแรกเกิด มีสาเหตุได้หลายอย่าง ที่สำคัญ คือ Gonococcus และ Chlamydia มีการใช้ ๑% Silver nitrate ให้แก่เด็กแรกเกิดทุกคน ภายใน ๑ ชั่วโมงหลังคลอด พบว่าสามารถลดอุบัติการณ์ของ Gonococcal infection จาก ๑๐% ลงมาเหลือ ๐.๓% แต่ทำให้เกิด Chemical conjunctivitis ตามมา และไม่สามารถป้องกัน Chlamydial infection ได้ มีการเปลี่ยนมาใช้ ๑% Tetracyclin หรือ ๐.๕% Erythromycin ointment แทน ซึ่งก็ได้ผลเช่นกัน และไม่เกิดปัญหาเรื่อง Chemical conjunctivitis แต่การใช้อาจลำบาก เพราะต้องแหกตาเด็กเพื่อป้ายยา มีรายงานการใช้ Providone iodine หยอดตา ซึ่งก็ได้ผลดีเช่นกันและมีผลต่อ Chlamydia ได้ด้วย นอกจากนี้การฝากครรภ์ที่ดี สามารถตรวจพบโรค และให้การรักษาได้ก่อนคลอด โดยแนะนำให้ใช้ Ceftriaxone ๒๕๐ mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือ หลอดเลือดดำ ร่วมกับ Erythromycin base ๕๐๐ mg กินวันละ ๔ ครั้ง นาน ๗ วัน ถ้าการฝากครรภ์ได้ผลดีจริง อาจไม่จำเป็นต้องให้ยาป้องกันแก่เด็กทุกคน สำหรับเด็กที่เป็นแล้ว ควรรีบแยกออกจากเด็กคนอื่น และให้การรักษาโดยเร็ว กรณีที่เป็น Gonococcal infection ให้ Ceftriaxone ๕๐ mg/kg/day วันละครั้ง ต่อกัน ๓-๗ วัน หรือครั้งเดียว ๑๒๕ mg หรือให้ Cefotaxime ๑๐๐ mg/kg ครั้งเดียว ร่วมกับการเช็ดล้างขี้ตาด้วย NSS หรือ BSS บ่อยๆ กรณีที่เป็น Chlamydial infection ให้ Erythromycin base ๕๐ mg/kg/day วันละ ๔ ครั้ง ติดต่อกัน ๑๔ วัน ถ้าไม่ ได้ผล อาจลองดูใหม่ หรือเปลี่ยนเป็น Trimethoprim/ Sulfamethoxazole ๐.๕ ml/kg/day วันละ ๒ ครั้ง ติดต่อกัน ๑๔ วัน

๒. Amblyopia หรือ ภาวะที่มองเห็นได้ต่ำกว่าระดับที่ควรจะเป็น ส่วนใหญ่จะเป็นที่ตาข้างใดข้างหนึ่งที่มีความผิดปกติ หรืออาจเป็นทั้ง ๒ ตาก็ได้ ถ้ามีความผิดปกติอย่างมากทั้ง ๒ ตา มักมีสาเหตุจาก สายตาที่ผิดปกติมาก โดยเฉพาะสายตายาว และในกลุ่มนตาเข ตาเหล่ พบได้ ๑ - ๔% ในเด็ก ถ้าสามารถ ตรวจพบตั้งแต่อายุยังน้อย สามารถกระตุ้นให้สายตากลับมาเป็นปกติได้ แต่ถ้าปล่อยจนมีอายุมากแล้ว (ส่วนใหญ่ถือว่าเกิน 6 ขวบไปแล้ว) ไม่สามารถกระตุ้นให้สายตากลับมาดีได้อีก การตรวจสายตาในวัย เด็กเล็ก โดยเฉพาะในวัยก่อนเรียน จึงมีความสำคัญมาก การตรวจยังก่อนข้างมีปัญหา เนื่องจากการวัด สายตาในเด็กต้องอาศัยความร่วมมือ บางครั้งจึงทำได้ลำบาก ได้ผลไม่แน่นอน มีการแนะนำให้ดู Stereopsis ร่วมไปด้วย แต่เครื่องมือยังหาได้ยาก และราคาแพง

๓. Xerophthalmia ซึ่งเกิดจาก Vitamin A deficiency หรือมีการดูดซึม vitamin A ลดลง จาก การที่มี diarrhea, worm infestation หรือ intestinal disorder อื่นๆ โดยที่มักเกิดร่วมกับภาวะทุร โภชนาการ (protein-energy malnutrition) เดิมเคยพบได้บ่อยในบ้านเรา โดยจะเริ่มมีปัญหาการ มองเห็นในที่มืดลดลง เริ่มมีอาการตาแห้ง เกิดเป็น Bitot's spot ตามมาด้วย corneal perforation โดยเฉพาะเมื่อเป็น Measle, respiratory tract infections หรือ febrile illness อย่างอื่น จะทำให้มีอาการ รุนแรงมากขึ้น เนื่องจากมีความต้องการ vitamin A มากขึ้น พบว่าหลังจากที่มีการให้สุขศึกษา แนะนำ เรื่องโภชนาการ การสนับสนุนการให้นมแม่ ตลอดจนการให้ Immunization ที่ครอบคลุมแล้ว ปัจจุบัน

พบได้น้อยลงมาก ส่วนการให้ Vitamin A Supplement ควรให้เฉพาะในรายที่คิดว่าจะมีปัญหา เนื่องจาก Vitamin A สามารถไปสะสมในร่างกายได้และอาจทำให้เกิด Pseudotumor cerebri ตามมา โดยทั่วไปในเด็กที่มีปัญหา Xerophthalmia ในช่วงอายุระหว่าง๑-๖ปี ให้กิน vitaminAทันที๒๐๐,๐๐๐ หน่วย และให้ซ้ำในวันรุ่งขึ้นและอีก๑เดือนต่อไป ถ้าครั้งแรกกินไม่ได้ ให้ฉีด water soluble vitamin A ๑๐๐,๐๐๐หน่วยเข้าทางกล้ามเนื้อ

ในบริเวณที่มีอุบัติการณ์ของภาวะการขาด vitamin A สูง ควรให้ vitamin A เสริมในเด็กที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่กำลังเป็น measles, severe protein calories malnutrition, chronic diarrhea, และ acute lower respiratory tract infection โดยให้ทันที ๒๐๐,๐๐๐ หน่วย ถ้าอายุระหว่าง๑-๖ปี และ ๑๐๐,๐๐๐หน่วย ถ้าอายุน้อยกว่า๑ปีหรือน้ำหนักน้อยกว่า๘กิโลกรัม นอกจากนี้อาจพิจารณาให้ vitamin A เสริมสำหรับเด็กทั่วไปที่อายุ๑-๖ปี เป็นระยะๆ ทุก๓-๔ เดือน โดยให้๒๐๐,๐๐๐หน่วย ถ้า น้ำหนักมากกว่า๘ กิโลกรัม และให้ ๑๐๐,๐๐๐หน่วย ถ้าน้ำหนักน้อยกว่านี้ แต่ถ้าอายุน้อยกว่า๑ ปี อาจให้ครั้งละ๒๕,๐๐๐หน่วยเมื่อมาฉีด vaccine DPT ทั้ง๓ครั้งใน๖เดือน และเมื่อมาฉีด measles vaccine อีกครั้ง รวมเป็น ๑๐๐,๐๐๐ หน่วย และให้ vitamin A ๒๐๐,๐๐๐หน่วยเสริมแก่มารดาที่คลอดบุตร และเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง

๔. Trachoma เกิดจาก Chlamydia trachomatis ทำให้ตาเกิดการอักเสบเรื้อรัง ตามมาด้วยอาการตาแดงเคืองตา มีmembrane มาคลุมด้านในของหนังตา บางครั้งอาจมีbacterial infection ซ้ำเติม ทำให้เกิดแผลเป็นที่เปลือกตา มีขอบตาม้วนหรือขนตาเก ทำให้เกิดCorneal ulcer หรือ scar ตามมาในที่สุด สามารถติดต่อกันโดยตรงได้ง่ายและรวดเร็ว มักพบในท้องถิ่นที่ยากจน ขาดแหล่งน้ำที่สะอาด และมีแมลงชุกชุม ในแหล่งที่มีการติดเชื้อมาก เด็กส่วนใหญ่มีการติดเชื้อมาตั้งแต่อายุ๑-๒ขวบ โดยจะมี prevalence ลดลงเมื่อเข้าวัยรุ่น การป้องกันจึงต้องเน้นการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมและการสุขาภิบาล ให้สุขศึกษา แนะนำสุขอนามัยโดยเฉพาะการล้างหน้าให้สะอาด ตลอดจนการให้การรักษาเบื้องต้น ยาปฏิชีวนะที่ได้ผล ได้แก่ sulfonamide, tetracyclines, erythromycin and its derivative และ rifampicin สำหรับในแหล่งที่มีการติดเชื้อมาก ในปัจจุบันแนะนำให้ใช้topical tetracyclines วันละ๒ ครั้ง ติดต่อกัน ๕ วัน ซ้ำทุกเดือน ต่อกัน๖ เดือน โดยให้ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในเด็ก จุดมุ่งหมายใหญ่คือ เพื่อลดความรุนแรง และการแพร่กระจายของโรค แต่ไม่สามารถรักษาโรคให้หายได้จริง การรักษารายบุคคลจะมีปัญหาเรื่องการกลับมาติดเชื้อใหม่ ส่วนการรักษาโดยการกินยาปฏิชีวนะ ได้ผลดี เคยมีการใช้ยา sulfonamides แต่มีผลข้างเคียงมาก สำหรับยากลุ่ม long acting tetracyclines นั้นได้ผลดี แต่ไม่สามารถใช้ในเด็กอายุน้อยกว่า๗ขวบได้ ยา erythromycin ต้องกินวันละ๒ครั้ง ส่วนยากลุ่ม new erythromycin เช่น Azithromycin ใช้ครั้งเดียวได้ผลดีเช่นกันแต่ยังมีราคาสูง แต่ก็ได้มีความร่วมมือกับบริษัทผู้ผลิตยานี้ บริจาคยาให้แก่โครงการ vision2020ทำให้คาดว่าจะกำจัด trachomaได้ในเวลาไม่ช้า นอกจากนี้ผู้ช่วยที่มีปัญหา ขนตาม้วน หรือขนตาเก ก็ควรได้รับผ่าตัดแก้ไข เพื่อป้องกัน ulcer หรือ scar ต่อไป อาจสรุปได้ว่า แนวทางการป้องกันตาบอดจาก trachoma อาศัย SAFE regimen คือ Surgery, Antibiotic, facial cleaning และ environment

๕. Retinopathy of Prematurity หลังสงครามโลกครั้งที่๒ เราสามารถเลี้ยงเด็กที่คลอดก่อนกำหนด ให้รอดได้มากขึ้น แต่กลับพบว่าเด็กเหล่านี้ ส่วนหนึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับจอประสาทตา ทำให้ตาบอดในที่สุด จึงมีการศึกษาในเรื่องนี้ พบว่าการให้ Oxygen ที่มีความเข้มข้นสูง ทำให้เส้นเลือดในจอประสาทตาตีบลง เลือดไปเลี้ยงจอประสาทตาไม่พอ ทำให้มีเส้นเลือดใหม่เกิดขึ้น แล้วดึงรั้งให้จอประสาทตาลอกตามมา จึงได้มีการแนะนำเรื่องการให้ Oxygen ที่เหมาะสม การเกิดโรคนี้ก็ลดลง ขณะเดียวกัน ในเด็กที่มีโอกาสเกิดโรคสูง ได้แก่ เด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า ๑๕๐๐ กรัม หรืออายุครรภ์ที่เท่ากับ ๓๐ อาทิตย์หรือน้อยกว่า หรือเด็กที่ได้รับการประเมินจากกุมารแพทย์ว่ามีความเสี่ยงในการเกิดโรค (ทั้งนี้ขึ้นกับภาระงานของแพทย์ อาจปรับเกณฑ์ให้เหมาะสมได้) เด็กเหล่านี้ควรได้รับการตรวจโดยจักษุแพทย์ เพื่อดูจอประสาทตา เมื่ออายุได้ ๔ - ๕ อาทิตย์หรือเร็วที่สุดเท่าที่พอจะตรวจได้ ถ้าพบว่ามี ความผิดปกติถึงระดับหนึ่ง (Threshold ROP) ก็ควรได้รับการรักษา โดยการจี้ความเย็น หรือยิง Laser เพื่อป้องกันไม่ให้เป็นมากขึ้น แล้วมีจอประสาทตาลอกตามมา สำหรับรายที่มีจอประสาทตาลอกแล้ว ก็อาจพิจารณาผ่าตัด แต่ทุกๆไปแล้วผลการผ่าตัดมักจะไม่ดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ เด็กเหล่านี้อาจมีปัญหาอื่น ๆ ตามมา เช่น Myopia, Glaucoma จึงจำเป็นต้องติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกัน Amblyopia

๖. Glaucoma ที่มีความสำคัญคือ POAG เพราะคนไข้กลุ่มนี้เมื่อเป็นแรกๆจะไม่มีอาการอะไร จนเมื่อเป็นมากแล้ว จึงจะพบว่ามีลานสายตาแคบลงมาก เมื่อรักษาตอนนี้ การมองเห็นก็ไม่ดีขึ้น จึงเป็นโรคที่ทำให้เกิดตาบอดตามมาได้ง่าย อย่างไรก็ตามการให้การวินิจฉัยโรคนี้ยังมีปัญหาอยู่ เพราะต้องมีปัจจัย ๓ ตัวเข้ามาเกี่ยวข้อง คือ ความดันลูกตา ลานสายตา และความผิดปกติของขั้วประสาทตา (cupping) นอกจากนี้การดำเนินโรค ยังไม่สามารถสรุปได้แน่นอน การตรวจหาในกลุ่มประชากรยังมีปัญหา เรื่องเครื่องมือตรวจซึ่งต้องมี ๓ อย่างด้วย การวัดความดันลูกตา และการดูขั้วประสาทตา แพทย์ทั่วไปอาจทำได้ แต่ความน่าเชื่อถือไม่แน่นอน ส่วนลานสายตาค่อนข้างทำได้ยาก และใช้เวลานาน แต่ปัจจุบันเริ่มมีเครื่องตรวจลานสายตา ระบบ computer ที่มีprogram สำหรับตรวจคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งใช้เวลาสั้นลงมาก แต่เครื่องมือยังมีราคาแพง และไม่สะดวกในการเคลื่อนย้าย การตรวจหา จึงอาจเลือกกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยที่อายุเกิน๔๐ปี โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีประวัติครอบครัว เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไทรอยด์ หรือ โรคหัวใจ มีสายตาสั้น ควรแนะนำให้ไปตรวจกับจักษุแพทย์ เป็นระยะๆ นอกจากนี้ยังมีข้ออื่นอีก๓ อย่างที่สามารถป้องกันได้ คือ steroid induced glaucoma โดยการไม่ใช้ยาหยอด steroid โดยไม่จำเป็น ถ้าจะใช้ควรเน้นให้ผู้ป่วยรู้ถึงโทษภัยของยา และใช้เท่าที่จำเป็น ไม่ควรนานเกิน๓ อาทิตย์ ข้ออื่นชนิดมุมปิด (angle closure glaucoma) ถ้าพบว่าช่องลูกตาตี้นมาก อาจพิจารณาทำ laser iridotomy เพื่อป้องกันการเกิด acute attack ได้ ส่วนอีกโรคคือ angle recess glaucoma ที่เกิดหลังจากมีอุบัติเหตุ แล้วมีเลือดออกในตา ดังนั้นจึงควรส่งต่อผู้ป่วย hyphema ไปให้จักษุแพทย์ตรวจ แม้จะรักษาจนหายแล้ว ถ้าพบว่ามี angle recession ต้องแนะนำให้ตรวจวัดความดันลูกตาทุกปี ตลอดชีวิต

๗. Retinal Vascular Disease ที่สำคัญในบ้านเราคือเบาหวาน เพราะมีโอกาสที่จะทำให้เกิด Diabetic Retinopathy เลือดไปเลี้ยงจอประสาทตาไม่พอ จุรัรับภาพวม มีเส้นเลือดใหม่เกิดขึ้น นำไปสู่การมีเลือดออกในวุ้นตา จอประสาทตาลอก และตาบอดได้ในที่สุด การรักษาในปัจจุบัน ทำได้โดยการ

ผ่าตัด แต่ยุ่งยาก สิ้นค่าใช้จ่ายมาก การยิง Laser เมื่อถึงเวลาที่เหมาะสม พบว่าช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดโอกาสที่จะมีการสูญเสียสายตาดาลง แต่ไม่ทำให้สายตาดีขึ้น แนะนำให้ทำเมื่อเข้าระยะ Proliferative Retinopathy แล้ว หรือใน severe Non-proliferative ที่ไม่สามารถติดตามการรักษาได้ การตรวจจอประสาทตาเพื่อจำแนกระยะของ Diabetic Retinopathy จึงมีความสำคัญ แนะนำให้ ขยายม่านตาแล้วตรวจจอประสาทตาทุกปี จนกว่าจะพบว่า มี Diabetic Retinopathy ถ้ามีแล้วควรตรวจถี่ขึ้น ในกรณีที่ตั้งครรภ์ แนะนำให้ตรวจทุก ๓ เดือน เพราะอาจมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ในทางปฏิบัติสำหรับแพทย์ทั่วไป ถ้าตรวจพบว่าเริ่มมี cotton wool spot หรือไม่แน่ใจ ควรส่งปรึกษาจักษุแพทย์เพื่อพิจารณายิง Laser ต่อไป สำหรับในกลุ่มที่เป็นเบาหวานตั้งแต่อายุน้อยๆ (Group I DM) อาจรอได้ ๕ ปี หลังจากเริ่มมีอาการแล้วจึงควรตรวจหาเบาหวานเข้าตาทุกปี ในปัจจุบัน เราสามารถใช้กล้องถ่ายภาพจอตาเพื่อตรวจเบาหวานในตาได้โดยไม่ต้องขยายม่านตา ทำให้สามารถตรวจผู้ป่วยได้จำนวนมาก และให้คนที่มีความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องช่วยดูว่ามีปัญหาหรือไม่ ถ้ามีหรือไม่แน่ใจก็ส่งปรึกษาแพทย์ตรวจซ้ำได้ โดยจะมีการหมุนเวียนกล้องนี้ไปตามโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ

๘. Aged Macular Degeneration เป็นการเสื่อมของจอประสาทตาในบริเวณจุดรับภาพ ในคนที่มีอายุตั้งแต่ ๕๐ ปี เป็นต้นไป เมื่อเป็นแล้วจะทำให้การมองเห็นลดลงอย่างมาก โดยจะเห็นเป็นเงาดำๆบังอยู่กลางตา ซึ่งจะไม่หายไป แต่ในบางรายอาจพิจารณายิง LASER เพื่อไม่ให้สายตาดูเลวลงอีก หรืออาจพิจารณาฉีดยาในกลุ่ม anti-VEGF ก็อาจทำให้สายตาดีขึ้นบ้างแต่อาจต้องฉีดยาต่อกันทุกเดือนเป็นเวลานาน ส่วนตาก็ข้างถ้ายังดีอยู่ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยคอยตรวจดูตนเอง โดยใช้ Amsler's grid ถ้าพบความผิดปกติ ควรรีบไปพบจักษุแพทย์เพื่อตรวจรักษาต่อไป นอกจากนี้อาจพิจารณาให้ยา anti-oxidant combination ได้แก่ vitamin C, vitamin E, beta carotene, lutein, และ zinc เพื่อป้องกันอีกตาไม่ให้เป็นมากขึ้นได้ แต่ต้องหลีกเลี่ยงการให้ beta carotene ในผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่อยู่ เพราะอาจทำให้เกิดมะเร็งปอดได้มากขึ้น

๙. Ocular Trauma ที่พบได้บ่อย คือ ระหว่างการทำงาน หรือเล่นกีฬา อุบัติเหตุทางรถยนต์ หรือในบ้าน ส่วนใหญ่พบว่า ขณะเกิดอุบัติเหตุ มักไม่มีการใช้เครื่องป้องกัน ถ้ามีส่วนใหญ่มักไม่รุนแรง การป้องกันที่ดีที่สุด คือการบังคับให้ใช้เครื่องป้องกันระหว่างทำงานที่อาจมีปัญหา เช่น งานเกี่ยวกับสารเคมี งานเกี่ยวกับชิ้นส่วนของที่อาจกระเด็น งานเกี่ยวกับแสง UV. เป็นต้น โดยจะใช้เพียงแว่นตา หรือหน้ากาก ก็แล้วแต่ชนิดของงานนั้นๆ นอกจากนี้จัดสุขอนามัยในสถานที่ต่างๆ ให้เหมาะสมสำหรับคนที่มีความเสี่ยงทางตาอยู่แล้ว โดยเฉพาะคนที่มีความเสี่ยงที่ทำงานได้เพียงข้างเดียวควรสวมแว่นป้องกันตลอดเวลา

Eye Screening in Asymptomatic Patient

ภาวะบางอย่างอาจมีผลต่อสายตาโดยที่ไม่มีอาการแสดงอะไรนำมาก่อนเนื่องจาก ๑) ถ้าเป็นที่ตาข้างเดียว ตาอีกข้างสามารถใช้ทดแทนกันได้ ๒) การสูญเสียสายตาอาจค่อยเป็นค่อยไป หรือมีผลเฉพาะ

ต่อ peripheral vision ๓) มีความผิดปกติเกิดขึ้นแล้วแต่ยังไม่มีอาการสูญเสียสายตา ดังนั้นถ้าเราสามารถให้การวินิจฉัยได้แต่เนิ่นๆจะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น

เราอาจแบ่งกลุ่มประชากรตามความเสี่ยงที่จะมีการสูญเสียสายตาและอายุได้เป็น ๔ กลุ่มดังนี้

๑ เด็กที่มีความเสี่ยงน้อย

ควรตรวจตั้งแต่แรกเกิด และเมื่ออายุ ๖ เดือน, ๓ปี, และ ๕-๖ปี หลังจากนั้นใช้ตามเกณฑ์แบบผู้ใหญ่ โดยแนะนำให้ตรวจดังนี้

เด็กแรกเกิด

External eye examination เพื่อหาความผิดปกติของลูกตา และอวัยวะข้างเคียง

Ocular alignment โดยดูที่corneal light reflex ว่าอยู่ตรงกลางทั้งสองข้างหรือไม่

Ophthalmoscope โดยเน้นที่การดู red reflex

เด็กอายุ ๖ เดือน

Visual acuity โดยดูที่ความสามารถในการจ้อง หรือมองตาม ไฟ หน้า หรือวัตถุที่มีขนาดเล็กๆ

External eye examination

Pupillary examination

Ocular alignment (Hirschberg's test)

Ophthalmoscope (red reflex)

เด็กอายุ ๓ปี

Visual acuity (Picture chart, E game)

External eye examination

Pupillary examination

Ocular motility and alignment (EOM, cover test, Hirschberg's test)

Ophthalmoscope (red reflex, fundus)

เด็กอายุ ๕-๖ ปี

Visual acuity (Snellen chart)

External eye examination

Pupillary examination

Ocular motility and alignment

Ophthalmoscope (red reflex, fundus)

๒ เด็กที่มีความเสี่ยงสูง

ได้แก่กลุ่มที่

๑) คลอดก่อนกำหนด

- ๒) มีประวัติครอบครัวเป็นโรคต้ามมาตั้งแต่เกิด (Cataract, retinoblastoma) หรือมีตาเขตาเหล่ Amblyopia
- ๓) มีการติดเชื้อหรือได้รับสารผิดปกติระหว่างอยู่ในครรภ์
- ๔) มีโรคทางกายอย่างอื่น

ในกลุ่มเหล่านี้ควรส่งต่อให้จักษุแพทย์เพื่อดูแล รักษา และติดตามผลต่อไป

๓ ผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงน้อย

อาจแบ่งตามช่วงอายุได้เป็น ๒ กลุ่ม

กลุ่มอายุ ๖-๔๐ปี ควรตรวจ visual acuity ทุก๓ปี

กลุ่มอายุมากกว่า ๔๐ปี ควรให้จักษุแพทย์ตรวจทุก ๒-๔ ปีเพื่อดูปัญหาเรื่อง Presbyopia และตรวจความดันลูกตา เพื่อดู Glaucoma ต่อไป

๔ ผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงสูง

ได้แก่กลุ่มที่

- ๑) มีประวัติ Retinal Detachment หรือ Ocular Trauma ที่รุนแรง หรือมีการสูญเสียสายตาร้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง
- ๒) มีโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
- ๓) มีประวัติครอบครัวเป็น Glaucoma หรือโรคทางตาอย่างอื่น
- ๔) อายุตั้งแต่ ๖๕ ปีเป็นต้นไป

ในกลุ่มเหล่านี้ควรให้จักษุแพทย์ตรวจทุก ๑-๒ ปี