



## บทบรรณาธิการ

ปัจจุบัน วารสารโรคมะเร็งได้ผลิตองค์ความรู้ในรูปแบบใหม่เพื่อตอบสนองสมาชิกนักอ่านในยุคศหัสวรรษนี้ เนื่องจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีภาระหน้าที่ใหม่เพิ่มขึ้นและจำเป็นต้องตอบสนองนโยบายกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติบริหารราชการแผ่นดิน พุทธศักราช 2545 และพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พุทธศักราช 2545 จึงเห็นความสำคัญในการผลิตงานวิจัยออกมาเผยแพร่ในวารสารโรคมะเร็งของมูลนิธิสถาบันมะเร็งแห่งชาติสู่สาธารณชนอย่างต่อเนื่อง

สำหรับบทบรรณาธิการในวารสารประจำฉบับนี้เป็นบทความพิเศษ เรื่อง **การป้องกันและควบคุม โรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย โดย ดร. เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล**

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลกโดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา สถิติจากการคาดประมาณในปี 2545 มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่สองของสตรีในโลก<sup>1</sup> มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่เป็นจำนวน 493,243 ราย และอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด ในโลกจะมีสตรีที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูก 273,505 รายต่อปี และมีสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกรายใหม่และรายเก่า (5-year prevalent cases) ในระยะเวลา 5 ปี เป็นจำนวนถึง 1,409,265 รายที่จะต้องได้รับการดูแลรักษา มากกว่าร้อยละ 80 จะอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากยังไม่มีโปรแกรมการตรวจคัดกรอง (screening

programs) ที่มีประสิทธิภาพดีพอในการตรวจหารอยโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็ง (precancerous lesions) และให้การรักษาก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็งระยะลุกลาม (invasive cancer) จากการคาดประมาณในโลกมีสตรีที่เป็น high-grade dysplasia 7,000,000 รายที่ต้องทำการตรวจหาและรักษา

จากสถิติใน 9 จังหวัดที่ทำทะเบียนมะเร็งในระดับประชากรในประเทศไทย โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคมะเร็งที่พบเป็นอันดับหนึ่งในสตรีไทย<sup>2</sup> เริ่มพบก่อนอายุ 20 ปีแต่พบได้น้อยมากและพบมากที่สุดระหว่างอายุ 45-60 ปี และพบว่าเป็นชนิด squamous cell carcinoma ร้อยละ 74-84 และเป็นชนิด adenocarcinoma ร้อยละ 11-18 ของโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด ระยะที่พบส่วนใหญ่อยู่ในระยะลุกลาม คาดประมาณได้ว่าในปี พ.ศ. 2551 จะมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ทั้งประเทศรวมกันไม่น้อยกว่า 9,700 ราย ประมาณว่าในแต่ละปีน่าจะมีผู้ป่วยทั้งที่เป็นโรคใหม่และติดตามการรักษาอยู่ไม่น้อยกว่า 60,000 คนทั่วประเทศ

การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกของทั่วโลกได้มีการใช้การตรวจคัดกรองโดยวิธีมาตรฐานคือ Pap smears ในสตรีกลุ่มเสี่ยงและทำการรักษา precancerous lesions และเป็นวิธีที่ได้พิสูจน์แล้วว่าสามารถป้องกันและควบคุมการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ การคัดกรองโดยการทำ Pap smear ได้พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1930 โดย Dr. George Papanicolaou เป็นที่รู้จักกันว่า cytologic screening programs ได้มีการศึกษาวิจัยได้ผลว่าสามารถลดอุบัติการณ์และอัตราการตาย

จากโรคมะเร็งปากมดลูกได้ในประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ สามารถลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่าร้อยละ 90 ถ้าทำได้อย่างมีคุณภาพและมีความครอบคลุมกลุ่มประชากรเป้าหมายทั้งหมดได้สูง<sup>3</sup> เช่น ในประเทศฟินแลนด์ มี National cervical screening program เริ่มในปี ค.ศ. 1963 ในปัจจุบันมีอุบัติการณ์ของโรคต่ำที่สุดในโลกเป็น 5.5 ต่อแสนของประชากรในประเทศหญิง แต่ไม่สามารถทำได้ผลสำเร็จในประเทศที่กำลังพัฒนาในประเทศที่มีทรัพยากรจำกัดไม่สามารถทำให้ประสบความสำเร็จได้ เนื่องจากไม่สามารถให้สตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจ Pap smear ได้อย่างทั่วถึง ไม่มีการพัฒนาคุณภาพของการทำและการอ่านผล Pap smear และระบบการส่งต่อและทำการตรวจในสตรีอายุน้อย (low-risk women) มากกว่าในสตรีอายุมาก (high-risk women) และ ไม่มีการติดตามสตรีที่มีผลผิดปกติมาให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษา

Pap smear เป็นวิธีการที่ป้ายเซลล์บริเวณปากมดลูก (ectocervix และ endocervix บริเวณ transformation zone) มาป้ายบนแผ่นสไลด์ ทำการย้อมสีและอ่านผลโดยนักเซลล์วิทยา ในปัจจุบันมีความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น การติดเชื้ออย่างเรื้อรังของ human papilloma virus (HPV) ชนิด high risk types (types 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59) เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก แต่สตรีที่ติดเชื้อ HPV มีจำนวนน้อยกว่าร้อยละ 5 จะเกิดเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก natural history ของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกแสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่ของ high-grade cervical dysplasia จะเปลี่ยนแปลงเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจะใช้เวลามากกว่า 10 ปีขึ้นไปในการทำให้เกิดเป็น invasive cancer<sup>4</sup> จากผลการศึกษาของ International Agency for Research on Cancer (IARC/WHO) การทำ Pap smear 1 ครั้งทุกปี 1 ครั้งทุก 2 ปี หรือ 1 ครั้งทุก 3 ปี จะมีอัตราการเกิดโรค

มะเร็งปากมดลูกลดลงร้อยละ 91-93 ถ้าทำ Pap smear 1 ครั้งทุก 5 ปี จะลดลงร้อยละ 84 โดยการตรวจคัดกรองในสตรีอายุ 35-64 ปี จากผลการศึกษาในหลายประเทศได้แสดงให้เห็นว่าการตรวจคัดกรองด้วยการทำ Pap smear ให้ครอบคลุมกลุ่มสตรีเป้าหมายทั้งหมด มีความสำคัญต่อการลดอัตราการเกิดและอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าความถี่ที่ได้รับการตรวจ แต่ไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด สำหรับ low-grade cervical dysplasia ส่วนใหญ่จะหายไป (regress) หรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลง ดังนั้นจึงไม่จำเป็นที่จะต้องทำ Pap smear บ่อยทุกปี ถ้ามีการทำ Pap smear และอ่านรายงานผลอย่างมีคุณภาพ สตรีที่เกิดมะเร็งปากมดลูกหลังจากที่ได้รับการตรวจ Pap smear แล้วในระยะเวลาไม่นานเกิดจากการที่ได้รับการทำ Pap smear ที่ไม่มีคุณภาพ ได้มีการแนะนำว่าในชุมชนที่มีบุคลากรและงบประมาณอย่างจำกัดสตรีที่มีความผิดปกติเป็น high-grade dysplasia ทุกรายควรได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคโดยการทำ colposcopy, การตัดชิ้นเนื้อ และทำการรักษาตามความเหมาะสม สำหรับสตรีที่มีความผิดปกติเป็น low-grade dysplasia ให้ follow-up โดยการตรวจ Pap smear ซ้ำ

ผลการศึกษาจาก cytology-based programs ต่างๆ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมากของ test sensitivity และ specificity ของการทำ Pap smear ในการวิเคราะห์โดยรวม (meta-analysis) พบว่า cervical cytology ในการตรวจหา cervical intra-epithelial neoplasia (CIN) grade I และ II มี sensitivity ร้อยละ 74-99 และ specificity ร้อยละ 24-96 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคุณภาพของการทำและการอ่านผล Pap smear

กรมการแพทย์โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติได้ดำเนินการตามโครงการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกในจังหวัดนครพนมเป็นโครงการตัวอย่างนำร่องโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยส่วนใหญ่พบมากที่สุดเมื่ออายุ 45 ปีขึ้นไป จึงได้กำหนดให้สตรีอายุ 35-54 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองโดยการตรวจ Pap smear 1 ครั้งทุก 5 ปี ในโครงการมีการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีระบบการติดตามผู้ป่วยที่มีผลการตรวจผิดปกติให้มารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโดยสูติ-นรีแพทย์ โดยมีระบบส่งต่ออย่างครบวงจร รวมทั้งมีการประเมินผลโครงการตัวอย่างที่จังหวัดนครพนมนี้ แสดงให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรมว่าได้ผลดีในการควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการดำเนินการคัดกรองในเวลาต่อมาเพื่อให้สะดวกและง่ายในการปฏิบัติงาน สามารถทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจอย่างครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อให้เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่ และเป็นไปได้ในการปฏิบัติ จึงเสนอให้สตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 35-60 ปีทุกคน ได้รับการตรวจ Pap smear 1 ครั้ง ทุก 5 ปีโดยให้สตรีปกติอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ทุกคนและสตรีที่มีอาการแสดงที่สงสัยว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกทุกคนได้รับการตรวจ Pap smear และในรายที่มีผลผิดปกติจะได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกโดยมีระบบส่งต่ออย่างครบวงจร โดยได้มีการดำเนินงานโครงการตัวอย่าง การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกในจังหวัดเลยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ให้ดำเนินการใน 76 จังหวัดทั่วประเทศ

สำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้น้ำส้มสายชู (visual inspection with acetic acid : VIA) คือการตรวจปากมดลูกด้วยตาเปล่าหลังจากป้ายปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชูเจือจาง 3-5% หรือใช้ visual inspection with Lugol's iodine (VILI)<sup>6,7</sup> ถ้าพบว่ามีความผิดปกติจะได้รับการตรวจและรักษาความผิดปกติที่เป็นรอยโรคระยะก่อนลุกลามโดยใช้การจี้ด้วยความเย็น (cryotherapy) ซึ่งควรทำในชุมชนที่มีทรัพยากรน้อย ไม่มีบุคลากรทางเซลล์วิทยา และไม่สามารถมีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ในประเทศที่

พัฒนาแล้วบางประเทศได้มีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจหา HPV high risk types ร่วมกับการตรวจ Pap smears และเริ่มมีการใช้ HPV vaccine ในการป้องกันการติดเชื้อ HPV high risk types ชนิด 16, 18 มีรายงานว่า การฉีด HPV vaccine มีความปลอดภัยและประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการติดเชื้อ HPV และรอยโรคที่เกิดจาก HPV สายพันธุ์ที่มีใน vaccine ในปัจจุบัน vaccine ยังมีราคาแพงและไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อ HPV high risk types ได้ทุกชนิด

#### เอกสารอ้างอิง

1. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC Cancer Base No. 5, Version 2.0. Lyon-France: International Agency for Research on Cancer, 2004.
2. Kruhuprema T, Srivatanakul P, Sriplung H, Wiangnon S, Sumitsawan Y, Attasara P, eds. Cancer in Thailand Vol. IV 1998-2000. Bangkok-Thailand: Bangkok Medical Publisher; 2007.
3. Hakama M, Miller AB and Day NE, eds. Screening for cancer of the uterine cervix. IARC Scientific Publ. 77. Lyon-France: International Agency for Research on Cancer; 1986.
4. PATH. Planning Appropriate Cervical Cancer Prevention Programs. 2<sup>nd</sup> ed. Seattle: PATH, 2000.
5. Deerasamee S, Srivatanakul P, Sriplung H, Nilvachararung S, Tansuwan U, Pitakpraiwan P, et al. Monitoring and evaluation of a model demonstration project for the control of cervical cancer in Nakhon Phanom province, Thailand. Asian Pac J Cancer Prev 2007;8:547-56.
6. Sankaranarayanan R, Wesley RS. A practical manual on visual inspection for cervical neoplasia. IARC Technical Publications No.41. Lyon-France: IARC Press; 2003.
7. Sankaranarayanan R, Rajkumar R, Esmay PO, Fayette JM, Shanthakumary S, Frappart L, et al. Effectiveness, safety and acceptability of use and treatment with cryotherapy by nurses in a cervical screening study in India. Br J Cancer 2007;96:738-43.