

การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก รายใหม่ ระหว่างพื้นที่ที่มีการคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกโดยใช้และไม่ใช้วิธีวีไอเอ

ชลิตา เกษประดิษฐ์*

นิตยา แสงเล็ก†

นิลุบล เรือนโรจน์รุ่ง‡

บัณฑิต ชุมวรฐายี[§]

สุภวรรณ เจตุวงศ์*

สุรทัศน์ พงษ์นิกร†

ชิตเขต โตเหมือน‡

* กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

† ศูนย์พัฒนาอนามัยพื้นที่สูง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

‡ ศูนย์มะเร็งลำปาง จังหวัดลำปาง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

§ หน่วยทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด กระทรวงสาธารณสุข

[¶] ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

โปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีวีไอเอแล้วรักษาเลยในคราวเดียวด้วยการจีเอ็น ได้เริ่มต้นในจังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยเปรียบเทียบผลในการลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในแต่ละปี กับจังหวัดที่ไม่ได้ใช้วิธีการนี้มาก่อน จึงศึกษาผลการดำเนินงานดังกล่าว ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2550 โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ในพ.ศ. 2541-2548 จากจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งใช้วิธีวีไอเอ และจังหวัดลำปาง ซึ่งไม่ได้ใช้วิธีวีไอเอ แล้วนำมาเปรียบเทียบกัน

พบว่าใน พ.ศ. 2541-2548 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในต่อปีของจังหวัดลำปาง ก่อนข้างคงที่ (100-130 รายต่อปี) โดยพบสูงสุดใน พ.ศ. 2545-2546 ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ต่อปีของจังหวัดร้อยเอ็ด กลับเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากเพียงประมาณ 100 รายต่อปี ใน พ.ศ. 2542 เป็นประมาณ 210 รายต่อปี ใน พ.ศ. 2548

การที่จังหวัดร้อยเอ็ดมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในแต่ละปีเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากได้เริ่มโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอในปี พ.ศ. 2543 และสามารถตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมเพียงพอใน พ.ศ. 2548 ผลการลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกน่าจะเห็นได้อย่างชัดเจนอีก 5 ปีข้างหน้า คือในปี พ.ศ. 2553

คำสำคัญ: มะเร็งปากมดลูก, อุบัติการณ์, การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, วีไอเอ

บทนำ

โรคมะเร็งของระบบสืบพันธุ์เป็นองค์ประกอบหนึ่งของงานอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่ประเทศไทยได้กำหนด

ไว้ว่า จะดำเนินการให้เป็นผลสัมฤทธิ์ตามมติการประชุมประชากรโลกครั้งที่ 4 ที่ประเทศอียิปต์ เมื่อ พ.ศ. 2537 หรือที่เรียกการประชุมครั้งนั้นว่า International

Conference on Population and Development (ICPD) ปัจจุบันโรคมะเร็งของระบบสืบพันธุ์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเฉพาะโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีอัตราการเกิดโรคสูงสุดในบรรดามะเร็งของสตรีไทย และเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของสตรีไทย⁽¹⁾ อย่างไรก็ตามโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้ ถ้าตรวจพบและรักษาเสียตั้งแต่เนิ่น ๆ ในระยะก่อนเป็นมะเร็ง ขณะที่เยื่อปากมดลูกเพิ่งเริ่มเปลี่ยนแปลง แต่เนื่องจากข้อจำกัดหลายประการของกระบวนการตรวจคัดกรองแบบเดิม เช่น แพลสมิแยร์: Papanicolaou [Pap] smear การวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อความแน่นอน เช่น การตรวจวินิจฉัยด้วยกล้องส่องขยายและ/หรือ การตัดชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยาภายใต้การชี้นำด้วยกล้อง: Colposcopy and/or Colposcopic Directed Biopsy-CDB และกระบวนการรักษารอยโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูกที่มีใช้กันอยู่แพร่หลายในปัจจุบัน เช่น การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า: Loop Electrosurgical Excision Procedure-LEEP มิได้มีทุกสถานบริการที่มีการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยโรค จึงทำให้อัตราการเกิดโรคมะเร็งในประเทศไทยยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้น และทราบได้ว่าการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่ครอบคลุมถึงร้อยละ 70-80 ก็ไม่สามารถลดอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกได้^(2,3) ซึ่งจะสัมพันธ์กับความถี่ของการคัดกรอง กลุ่มอายุ และการรักษาเบื้องต้นของการคัดกรอง ที่จะลดอัตราการเกิดโรคได้^(4,5)

เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองให้สูงขึ้น กรมอนามัยจึงมีแนวคิดในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาสตรีที่ปากมดลูกผิดปกติ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกหรือระยะก่อนเป็นมะเร็ง หากพบว่ามีผลการตรวจผิดปกติ ก็สามารถให้การรักษาในคราวเดียวกันด้วยการจี้เย็น (cryotherapy) ซึ่งมีราคาถูกลงและผลข้างเคียงต่ำมาก เป็นแนวทางที่ให้ผลคุ้มค่ากว่าการรักษาเมื่อเป็นมะเร็งแล้ว หรือวิธีการเดิมที่ต้องไปพบแพทย์อีกหลายครั้งก่อนได้รับการรักษาดังนั้น กรมอนามัยจึงได้ร่วมมือกับราชวิทยาลัยสูตินรี

แพทย์แห่งประเทศไทย คณะแพทยศาสตร์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ แห่งมหาวิทยาลัยขอนแก่น และองค์กร JHPIEGO แห่งมหาวิทยาลัย Johns Hopkins ประเทศสหรัฐอเมริกา ในการนำเทคนิคการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ (Visual Inspection with Acetic Acid-VIA) ร่วมกับการรักษาเลยในคราวเดียวเมื่อพบความผิดปกติด้วยการจี้เย็น มาใช้เป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับสตรีไทย ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนเป็นมะเร็ง นอกเหนือจากวิธีการเดิมที่ใช้อยู่ทั่วไป⁽⁶⁾

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หน่วยงานวิชาการ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในจังหวัดต่าง ๆ จึงได้ฝึกอบรมแพทย์และพยาบาล เพื่อเป็นวิทยากรและผู้ให้บริการเพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถขยายการดำเนินการได้เต็มพื้นที่ จังหวัดร้อยเอ็ดใน พ.ศ. 2544-2545 จังหวัดหนองคาย จังหวัดยโสธรและจังหวัดอำนาจเจริญใน พ.ศ. 2546 จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดอุดรธานี จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดน่าน และจังหวัดเชียงใหม่ใน พ.ศ. 2548 จังหวัดเพชรบูรณ์ จังหวัดกระบี่ และจังหวัดตากใน พ.ศ. 2549 และล่าสุดคือ จังหวัดสระแก้วใน พ.ศ. 2550 นอกจากนี้ ยังได้อบรมเพิ่มเติมในจังหวัดเดิม ที่ต้องการพยาบาลวิชาชีพในการคัดกรองเพิ่มขึ้นอีกด้วย

โดยที่โครงการลดปัญหาจากโรคมะเร็งของระบบสืบพันธุ์ เป็นหนึ่งในโครงการสำคัญของกรมอนามัยใน พ.ศ. 2550 และมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราป่วยและตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทย จากการที่ได้ดำเนินงานมาเป็นระยะเวลายาวนานตั้งแต่ พ.ศ. 2543 จึงควรที่จะได้ประเมินผลการดำเนินงานในเบื้องต้น ถึงแนวโน้มอุบัติการณ์จากโรคนี ในพื้นที่ที่ดำเนินงานการตรวจคัดกรองและรักษาในคราวเดียว (VIA and cryotherapy) มาเกินกว่า 5 ปี โดยเปรียบเทียบกับจังหวัดที่ไม่ใช้วิธีนี้ แต่ใช้วิธีการตรวจคัดกรองแบบเดิม และ

ระบบการรายงานทะเบียนมะเร็ง (cancer registry) เนื่องจากการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งเป็นวิธีการที่ดีที่สุด ที่จะทำให้ทราบได้ถึงข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง รวมไปถึงการประเมินผลการรักษาโรคมะเร็งอีกด้วย⁽⁷⁾ ในจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด มีเพียงจังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดเดียว ที่ได้จัดทำทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งมาตั้งแต่ พ.ศ. 2548 และจังหวัดลำปางก็เป็นจังหวัดหนึ่งที่ไม่ได้ร่วมโครงการ แต่จัดทำทะเบียนผู้ป่วยมะเร็ง

จากเหตุผลที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาขึ้นในสองจังหวัดดังกล่าวข้างต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในแต่ละปี ระหว่างสองจังหวัดที่คัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยในจังหวัดหนึ่งตรวจคัดกรองแล้วรักษาในคราวเดียวมานานเกิน 5 ปี เปรียบเทียบกับอีกจังหวัดหนึ่งที่ไม่ใช้วิธีการนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ช่วยในการตัดสินใจเพิ่มมากขึ้น เกี่ยวกับอุบัติการณ์ของโรคที่เปลี่ยนแปลงไป ในพื้นที่ที่มีวิธีการดำเนินงานแตกต่างกัน ภายในช่วงเวลาเดียวกัน

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังนี้ (retrospective descriptive study) ครอบคลุมตั้งแต่ พ.ศ. 2541 เท่าที่ได้บันทึกข้อมูลในการรายงานผลทางพยาธิ ก่อนเริ่มการคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอของจังหวัดร้อยเอ็ดใน พ.ศ. 2543 เป็นการศึกษาข้อมูลอ้างอิงจากทั้งโรงพยาบาล (hospital based) และจากกลุ่มประชากร (population based) บางส่วน เท่าที่สามารถทำได้ ถึงจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในแต่ละปีของโรงพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด และนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลดังกล่าวกับศูนย์มะเร็งลำปาง ที่เก็บข้อมูลผู้ป่วยซึ่งได้วินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ในระบบทะเบียนมะเร็งแบบ population based มาตั้งแต่ พ.ศ. 2538⁽⁸⁾ โดยการศึกษาได้ใช้เอกสาร Cancer Incidence and Mortality in Lampang, Thailand, Volume 3.

1998- 2002⁽⁹⁾ และ Trends in Cancer Incidence in Lampang, Thailand. 1985-2004⁽¹⁰⁾

โดยรวมรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2550 เปรียบเทียบข้อมูลตั้งแต่ พ.ศ. 2541 ก่อนที่จะมีการเริ่มต้นโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอในจังหวัดร้อยเอ็ด และเก็บข้อมูลดังกล่าวต่อเนื่องเป็นรายปี เปรียบเทียบความแตกต่างที่เกิดขึ้น ระหว่างชุดข้อมูลดังกล่าวจากสถานบริการทั้งสองแห่ง ด้วยวิธีการทางสถิติเชิงพรรณนา แต่เนื่องจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัดโรงพยาบาลแรกๆ ที่จัดทำทะเบียนผู้ป่วยมะเร็ง โดยเริ่มต้นอย่างเป็นทางการ (แบบ hospital based) ใน พ.ศ. 2548 จึงต้องสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ในปีก่อนหน้านั้น จากสมุดทะเบียนของกลุ่มงานพยาธิวิทยา ซึ่งได้บันทึกผลการตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่เป็นรายปี ก่อนการรักษาหรือส่งต่อไปรักษายังสถานบริการอื่น

ผลการศึกษา

จากข้อมูลของจังหวัดร้อยเอ็ด (hospital based) และจังหวัดลำปาง (population based) ตั้งแต่ พ.ศ. 2541 ถึง พ.ศ. 2548 พบจำนวนผู้ป่วยเป็นมะเร็งมากกว่าระยะก่อนเป็นมะเร็งในช่วงแรก แต่ในตั้งแต่ พ.ศ. 2543 ซึ่งจังหวัดร้อยเอ็ดเริ่มคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอ เป็นต้นมา พบผู้ป่วยระยะก่อนเป็นมะเร็งต่อปีมากขึ้นเรื่อย ๆ มาตลอดทุกปี ยกเว้นใน พ.ศ. 2545 ที่พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งมากกว่า ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวมีผู้ให้บริการวีไอเอเต็มพื้นที่ในทุกอำเภอ ทำให้มีการคัดกรองเพิ่มขึ้นและประชาชนตื่นตัวมากขึ้น ซึ่งแตกต่างจากจังหวัดลำปาง ที่จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเริ่มน้อยกว่าระยะก่อนเป็นมะเร็ง ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 จนถึง พ.ศ. 2548 โดยพบจำนวนผู้ป่วยระยะก่อนมะเร็งสูงสุดใน พ.ศ. 2546 และพบจำนวนผู้ป่วยระยะมะเร็งสูงสุดใน พ.ศ. 2545 (รูปที่ 1)

แต่จะเริ่มทำการเปรียบเทียบข้อมูลตั้งแต่ พ.ศ. 2541

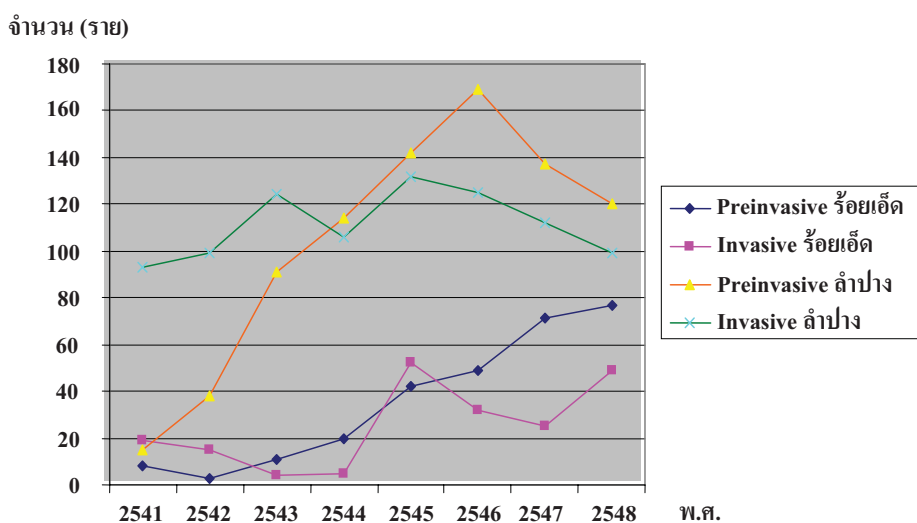
เท่าที่มีการบันทึกข้อมูลในการรายงานผลทางพยาธิ ก่อนเริ่มการคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอของจังหวัดร้อยเอ็ด ใน พ.ศ. 2543 (รูปที่ 2)

เมื่อเปรียบเทียบเป็นรายกลุ่มอายุของจังหวัดร้อยเอ็ด ในช่วง พ.ศ. 2541 ถึง 2545 พบว่า จำนวนผู้ป่วยระยะก่อนมะเร็งพบมากในกลุ่มอายุ 30-34 ปี ซึ่งเป็นระยะเริ่มต้นของกลุ่มอายุที่คัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ (30-45 ปี) และจำนวนลดลงจนน้อยกว่าจำนวนที่เป็นมะเร็งในช่วงอายุ 45 ปีขึ้นไป ซึ่งจะพ้นช่วงอายุที่

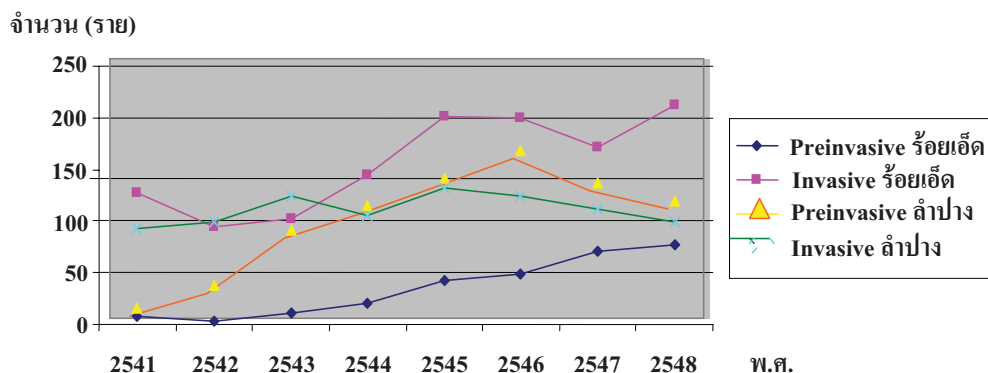
สามารถคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอได้ และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งมากในกลุ่มอายุ 55-59 ปี (รูปที่ 3)

เมื่อจำนวนผู้ป่วยมะเร็งของจังหวัดร้อยเอ็ด กับของศูนย์มะเร็งลำปางในช่วงเวลาเดียวกัน พบว่า จำนวนผู้ป่วยมะเร็งมีมากในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 55-59 ปี โดยที่ของจังหวัดลำปางมีมากในกลุ่มอายุ 50-59 ปี (รูปที่ 4)

ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา จังหวัดร้อยเอ็ดได้ดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอควบคู่กับแพปสเมียร์มาโดยตลอด และมีผลงานสูงสุดในการ



รูปที่ 1 ผู้ป่วยรายใหม่ระยะก่อนเป็นมะเร็งและมะเร็งในแต่ละปี ของจังหวัดร้อยเอ็ด (ฐานข้อมูลจากโรงพยาบาล) และจังหวัดลำปาง (ฐานข้อมูลจากกลุ่มประชากร)



รูปที่ 2 ผู้ป่วยรายใหม่ระยะก่อนเป็นมะเร็งและมะเร็งในแต่ละปี ของจังหวัดร้อยเอ็ด (ฐานข้อมูลโรงพยาบาล) และจังหวัดลำปาง (ฐานข้อมูลกลุ่มประชากร)

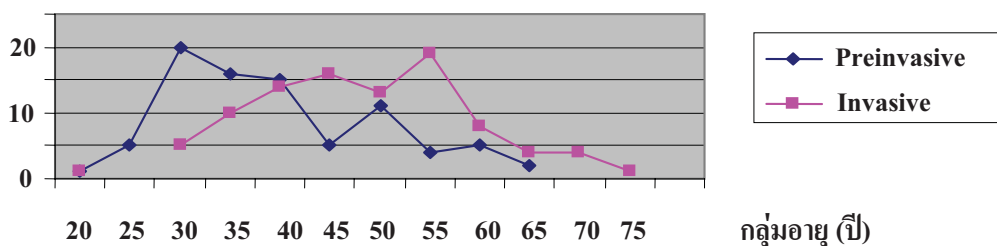
ดำเนินงานด้วยวิธีวีไอเอ เนื่องจากเป็นจังหวัดแรกที่ใช้วิธีนี้ จึงพบจำนวนผู้ป่วยระยะก่อนเป็นมะเร็งมากที่สุด ในกลุ่มอายุ 30-34 ปี โดยเหตุที่เป็นกลุ่มอายุเริ่มต้นในการคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ และพบลดน้อยลงจนต่ำกว่าระยะมะเร็งในกลุ่มอายุ 45-49 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งสูงสุดในช่วงเวลานี้ (พ.ศ. 2543 ถึง 2547) ส่วนจังหวัดลำปาง พบจำนวนผู้ป่วยระยะก่อนเป็นมะเร็งและมะเร็งสูงสุดในกลุ่มอายุเดียวกัน คือ 40-44 ปี (รูปที่ 5) ซึ่งจะพบเร็วขึ้นจากช่วงเวลา พ.ศ. 2541-2545 ถึง 10 ปี (รูปที่ 4)

วิจารณ์

ใน พ.ศ. 2541-2548 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในแต่ละปีของจังหวัดลำปาง ค่อนข้างคงที่ (100-

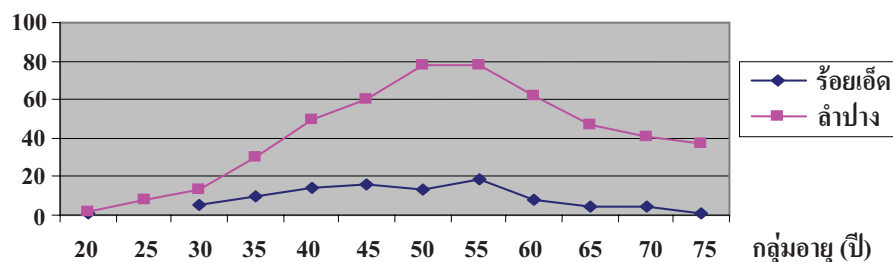
130 รายต่อปี) ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในแต่ละปีของจังหวัดร้อยเอ็ดกลับเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากเพียงประมาณ 100 รายต่อปีใน พ.ศ. 2542 เป็นประมาณ 210 รายต่อปี ใน พ.ศ. 2548 (รูปที่ 1 และ 2) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเพิ่มความครอบคลุมในการตรวจมะเร็งปากมดลูกของจังหวัดร้อยเอ็ด เนื่องจากมีผลทำให้รูปแบบของผู้ป่วยที่พบระหว่าง พ.ศ. 2541-2545 และ พ.ศ. 2543-2547 เปลี่ยนแปลงไป เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบที่พบในศูนย์มะเร็งลำปาง ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นรูปแบบปรกติ พบได้ในจังหวัดที่ใช้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแพปสเมียร์มาอย่างต่อเนื่อง (รูปที่ 3, 4 และ 5) ข้อแตกต่างที่สำคัญของสองวิธีนี้ นอกไปจากความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) (วีไอเอไวกว่า แพปสเมียร์จำเพาะกว่า) ก็คือ

จำนวน (ราย)

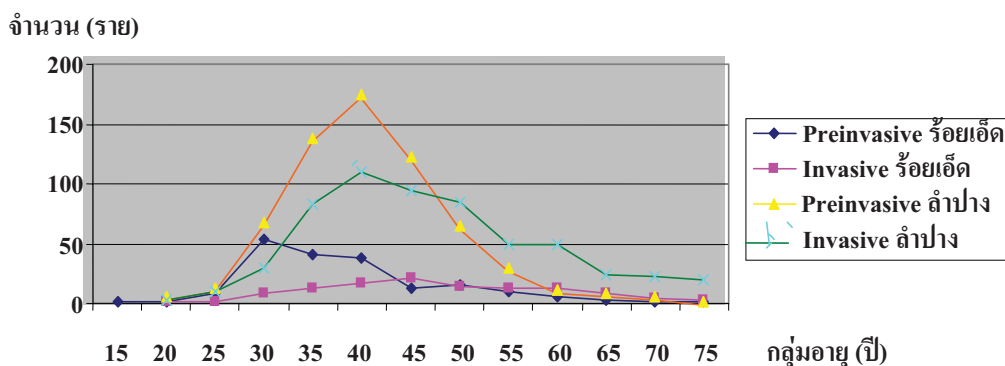


รูปที่ 3 ผู้ป่วยรายใหม่ระยะก่อนเป็นมะเร็งและมะเร็งในแต่ละกลุ่มอายุ ของจังหวัดร้อยเอ็ด (ฐานข้อมูลโรงพยาบาล) ระหว่าง พ.ศ. 2541-2545

จำนวน (ราย)



รูปที่ 4 ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในแต่ละกลุ่มอายุ ของจังหวัดร้อยเอ็ด (ฐานข้อมูลโรงพยาบาล) และจังหวัดลำปาง (ฐานข้อมูลกลุ่มประชากร) ระหว่าง พ.ศ. 2541-2545



รูปที่ 5 ผู้ป่วยรายใหม่ระยะก่อนเป็นมะเร็งและมะเร็งในแต่ละกลุ่มอายุ ของจังหวัดร้อยเอ็ด (ฐานข้อมูลโรงพยาบาล) และจังหวัดลำปาง (ฐานข้อมูลกลุ่มประชากร) ระหว่าง พ.ศ. 2543-2547

อายุของสตรีกลุ่มเป้าหมาย ที่วีไอเอจะเน้นกลุ่ม 30-45 ปีเป็นหลัก ส่วนแพปสเมียร์เน้นกลุ่มอายุ 35-60 ปี

ไม่ว่าจะใช้วิธีการใดก็ตาม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกลงให้ได้ผลในเชิงสาธารณสุขขึ้นนั้น ต้องตรวจคัดกรองให้ครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ 80⁽¹¹⁾ ของสตรีกลุ่มเป้าหมาย ถึงแม้จังหวัดร้อยเอ็ดได้ทำตรวจคัดกรองมาตั้งแต่ พ.ศ. 2543 แต่เริ่มครอบคลุมได้ใกล้เคียงร้อยละ 80 พ.ศ. 2548 ซึ่งก็เป็นช่วงเวลาที่ผู้มารับการตรวจวีไอเอครั้งแรกใน พ.ศ. 2543 ต้องตรวจซ้ำ จึงอาจเป็นเหตุให้จำนวนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในแต่ละปีของจังหวัดร้อยเอ็ด เพิ่มขึ้นอย่างไม่หยุดยั้งในระหว่างช่วงเวลาที่ศึกษา (พ.ศ. 2541-2548) แต่ถ้าวินิจฉัยจากจำนวนประชากรของทั้งสองจังหวัดที่พบว่า จำนวนประชากรของจังหวัดร้อยเอ็ดโดยเฉลี่ยแล้วมากกว่าจำนวนของจังหวัดลำปางประมาณ 2 เท่าตัวอยู่เสมอ และสอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งของจังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีมากกว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งของจังหวัดลำปางประมาณ 2 เท่าตัวด้วยเช่นกัน ใน พ.ศ. 2548 (รูปที่ 2)

อาจสรุปได้ว่า จังหวัดร้อยเอ็ดเริ่มตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมเพียงพอใน พ.ศ. 2548 และอาจส่งผลให้ลดอุบัติการณ์

ของโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างชัดเจนอีก 5 ปีข้างหน้า คือใน พ.ศ. 2553 หากโครงการนี้สามารถปฏิบัติต่อไปได้อย่างยั่งยืน ส่วนจังหวัดลำปางนั้น ได้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างได้ผล มาเป็นเวลานานแล้ว จำนวนการพบระยะก่อนมะเร็งได้เพิ่มสูงขึ้นจนสูงสุดใน พ.ศ. 2546 แล้วค่อย ๆ ลดลง แสดงว่าสามารถคัดกรองได้ดีขึ้นเช่นกัน ในช่วงก่อนเวลาดังกล่าว ส่วนการที่จะมีผลให้จำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในแต่ละปีลดลงเมื่อเทียบกับที่พบใน พ.ศ. 2541 ก็ย่อมน่าจะเห็นได้อย่างชัดเจนอีก 5 ปีข้างหน้า หรือใน พ.ศ. 2551 นี้ การที่เมื่อพิจารณาจำนวนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในแต่ละปี ต่อจำนวนประชากรของจังหวัดลำปาง พบว่ามีความสอดคล้องกันดีกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในแต่ละปี ต่อจำนวนประชากรของจังหวัดร้อยเอ็ด หากตั้งสมมติฐานว่ามีอัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกใกล้เคียงกัน ทั้งสองจังหวัดก็น่าจะตรวจคัดกรองที่ครอบคลุมเพียงพอแล้วทั้งคู่เช่นกัน

ถึงแม้ว่าวิธีวีไอเอเป็นที่ทราบกันดีแล้วว่า เป็นวิธีการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ⁽¹²⁾ และรักษาเลยในคราวเดียวกันเมื่อพบความผิดปกติด้วยการจี้เย็น จัดเป็นการรักษาระยะก่อนมะเร็งของปากมดลูก ที่มีประสิทธิภาพเช่นกัน⁽¹³⁾ ส่วนประสิทธิภาพในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกเมื่อรวมทั้งสองวิธีเข้าด้วยกัน

เป็นโปรแกรมเดียว ก็ยังไม่ได้พิสูจน์ อย่างไรก็ตาม ได้มีรายงานเมื่อไม่นานมานี้โดย Sankaranarayanan และคณะ⁽¹⁴⁾ ว่าการรวมทั้งสองวิธีเข้าด้วยกันเป็นโปรแกรมเดียวสามารถลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกรายใหม่และอัตราการตายจากโรคลงได้ แต่ในการศึกษานี้ ยังไม่อาจแสดงให้เห็นผลเช่นนั้นได้ เนื่องมาจากบริบทต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น แตกต่างออกไปมากจากการศึกษาของ Sankaranarayanan และคณะ⁽¹⁴⁾

ถึงแม้การศึกษานี้มีจุดอ่อน คือความถูกต้องของจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ของจังหวัดร้อยเอ็ด (hospital based) ซึ่งมีความถูกต้องในเรื่องของ preinvasive แต่ไม่ถูกต้องนักในเรื่องของ invasive cancer ซึ่งได้มาจากโรงพยาบาล 3 แห่ง อาจคาดเดาได้ว่าต่ำกว่าความเป็นจริงแบบ population based บ้าง แต่สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทในจังหวัดทั้งสอง และหากได้ทำการติดตามต่อไปด้วยวิธีการเช่นเดียวกันนี้จนถึง พ.ศ. 2553 ก็น่าจะสามารถเห็นการเปลี่ยนแปลง ในทางที่ดีได้นั้นคือ จำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในแต่ละปีของจังหวัดร้อยเอ็ดลดลง

ข้อยุติ

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ได้ความครอบคลุมเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้ได้มากกว่าร้อยละ 80 ของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย มีผลในการค้นหาผู้ป่วยโรคมะเร็งและระยะก่อนการเป็นมะเร็งอย่างมาก⁽⁶⁾ การนำวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอ ซึ่งสามารถให้การรักษาด้วยการจี้เย็นไปเลยในคราวเดียวมาใช้ มีประโยชน์อย่างมากในพื้นที่ที่ความพร้อมของการอ่านสไลด์แพปสเมียร์ และการตรวจด้วยกล้องส่องขยายยังมีไม่เพียงพอ⁽¹⁵⁾ การสรุปผลว่าการใช้วีไอเอแล้วรักษาเลย ในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกลง ควรต้องตรวจคัดกรองให้ครอบคลุมอย่างต่อเนื่องไปจนถึง พ.ศ. 2553 เป็นอย่างน้อย และศึกษาเปรียบเทียบอุบัติการณ์ของโรคจากระบบทะเบียน

มะเร็งที่อ้างอิงจากกลุ่มประชากร (population based) ของจังหวัดร้อยเอ็ดกับจังหวัดที่ใช้แพปสเมียร์ในการตรวจคัดกรองแต่เพียงอย่างเดียว เช่นจังหวัดลำปางนี้ อีกครั้งหนึ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. GLOBOCAN 2002 database: summary table by population, female Thailand [serial online] [Cited 2008 Sep 13]; Available From: URL: <http://www-dep.iarc.fr>
2. Broekuizen FF. Overview of cervical precancer treatment in low resource settings. Proceedings of Conference report. Preventing cervical cancer in low resource settings: From Research to Practice; 2005 Dec 4-7; Bangkok. Bangkok: Thailand; 2005. p. 14-16.
3. World Health Organization. Strategy to prevent cervical cancer. Report of a Bi-Regional Consultation; 2007 April 11-13; Pattaya, Thailand. New Delhi: India; 2008.
4. Bradley J, Barone M, Mahe C, Lewis R, Luciani S. Delivering cervical cancer prevention services in low-Resource Settings. Int Gycecol Obstet 2005; 89:S21-S29.
5. Sherris J, Agurto I, Arrossi S, Dzuba I, Gaffikin L, Herdman C, et al. Advocating for cervical cancer prevention. Int Gynecol Obstet 2005; 89:S46-S54.
6. Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists (RTCOC)/ JHPIEGO Cervical Cancer Prevention Group. Safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach to cervical-cancer prevention in rural Thailand: a demonstration project. Lancet 2003; 361 (9360):814-20.
7. ชิตเขต โตเหมือน, บรรณาธิการ. สถิติโรคมะเร็ง 2548 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ด: รัตนกิจ; 2550.
8. Martin N, Pongnikorn S, Patel N, Daoprasert K. Lampang cancer registry. In: Sriplung H, Sontipong S, Martin N, Wiangnon S, Vootiprux V, Cheirsilpa A, et al, editors. Cancer in Thailand vol. III 1995-1997. Bangkok: Bangkok Medical Publishing; 2003.
9. Pongnikorn S, Martin N, Pornruangwong W, Daoprasert K. Cancer incidence and mortality in Lampang, Thailand vol. III 1998-2002. Lampang: Lampang Cancer Center; 2004.
10. Pongnikorn S, Raunroadroong N, Daoprasert K. Trends

- in cancer incidence in Lampang, Thailand 1985-2004. In: Pongnikorn S, editor. Lampang cancer registry report No. 7. Lampang: Lampang Cancer Center; 2006.
11. Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2001; 79 (10):954-62.
 12. Gaffikin L, Lauterbach M, Blumenthal PD. Performance of visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening: a qualitative summary of evidence to date. *Obstet Gynecol Surv* 2003; 58 (8):543-50.
 13. Castro W, Gage J, Gaffikin L, Ferreccio C, Sellors J, Sherris J, et al. Effectiveness, safety, and acceptability of cryotherapy: a systematic literature review (Cervical Cancer Prevention Issues in Depth #1). Seattle: Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP); 2003.
 14. Sankaranarayanan R, Esmey PO, Rajkumar R, Muwonge R, Swaminathan R, Shanthakumari S, et al. Effect of visual screening on cervical cancer incidence and mortality in Tamil Nadu, India: a cluster-randomised trial. *Lancet* 2007; 370 (9585):398-406.
 15. Chumworathayi B, Limpaphayom K, Srisupundit S, Lumbiganon P. VIA and cryotherapy: Doing what's best. *J Med Assoc Thai* 2006; 89 (9):1333-9.

Abstract Comparison of Cervical Cancer Incidences in Areas with Screening Programs between VIA and Non -VIA

Chalida Gespradit*, Supawan Jetuwong*, Nitaya Sangelek†, Surathat Pongnikorn‡, Nilubol Raunroadroong‡, Chitkhet Tomuen§, Bandit Chumworathayi¶

*Division of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health, †Highland Health Development Center, Department of Health, Ministry of Public Health, ‡Lampang Cancer Center, Department of Medical Service, Ministry of Public Health, §Cancer Registry Unit, Roi Et Hospital, Roi Et Province, Ministry of Public Health, ¶Department of Obstetric and Gynecology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Journal of Health Science 2009; 18:163-71.

VIA and cryotherapy, a single visit approach program for cervical cancer prevention, have been implemented in Roi Et province since 2000 without any assessment of its outcome as measured in terms of incidence relative to any other areas.

During February to September, 2007, medical records on new cases of cervical cancer in Roi Et and Lampang retrospectively were reviewed from 1998 to 2005. During then, the annual cervical cancer incidence in Lampang seemed stable (100-130 cases per year) and reaching its peak in 2002-2003, while that of Roi Et was substantially increasing from about 100 cases per year in 1999 to 210 in 2005.

Since 2000, cervical cancer incidence in Roi Et had been increasing, and the program had just reached desirable coverage in 2005. Decreasing of this incidence should be expected in the year 2010, if the program maintains its course.

Key words: cervical cancer, incidence, visual inspection with acetic acid-VIA