

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งในสตรี

อัจฉิมา ตันกุล, ไอรีน เรืองขจร

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

มะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของประเทศไทย การตรวจคัดกรองมะเร็งจึงเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันโรคมะเร็งหรือสามารถตรวจเจอได้ตั้งแต่ระยะแรก ซึ่งจะช่วยให้ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลงได้ ในปัจจุบันนี้มีเพียงโรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งปอดที่มีแนวทางในการคัดกรองโรค แต่สำหรับมะเร็งรังไข่และมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกนั้น ยังไม่มีวิธีคัดกรองมะเร็งอย่างชัดเจน รวมทั้งในประเทศไทยเองก็ยังไม่มีความรู้แนวทางตรวจคัดกรองมะเร็งในสตรีอย่างชัดเจน

Corresponding Author: อัจฉิมา ตันกุล

หน่วยมะเร็งนรีเวชวิทยา ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10700 ประเทศไทย เบอร์โทรศัพท์: +66-81-956-5006 เบอร์โทรfax: +66-02-418-2668 อีเมล: achjimink@gmail.com



บทนำ

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง คือ การตรวจค้นหาหรือโรคก่อนเป็นมะเร็ง หรือมะเร็งในระยะเริ่มแรกในผู้ที่ยังไม่มีอาการของโรค โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งนั้นๆ ดังนั้นโรคมะเร็งที่เหมาะสมกับการตรวจคัดกรองต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อย หรือมีอัตราการตายสูง จนเป็นปัญหาระดับนานาชาติ
2. ทราบสาเหตุ และกลไกการเกิดโรคที่ชัดเจน
3. มีระยะเวลาการดำเนินโรคก่อนกลายเป็นมะเร็งที่นานพอ
4. มีเครื่องมือการตรวจคัดกรองมะเร็งที่ดี คือ ผลตรวจมีประสิทธิภาพเชื่อถือได้ ราคาไม่แพง ทราบผลเร็ว
5. เมื่อผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ มีแนวทางการตรวจรักษาต่อที่มีประสิทธิภาพ
6. ประชากรทั่วไปสามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองนั้นๆ ได้ หมายถึง การตรวจนั้นควรทำได้โดยสะดวกที่สถานพยาบาลทุกแห่ง ตรวจได้ด้วยวิธีที่ non-invasive เช่น จากสารคัดหลั่งต่างๆ ปัสสาวะ อุจจาระ หรือน้ำลาย และมีนโยบายระดับชาติรองรับแม้ผู้ที่มีรายได้ต่ำก็สามารถเบิกจ่ายจากองค์กรของรัฐได้

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2555⁽¹⁾ ได้รายงานอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งรายใหม่ที่พบบ่อยในสตรีทั่วโลกเรียงตามลำดับดังนี้ มะเร็งเต้านม 1,671,000 ราย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 614,000 ราย มะเร็งปอด 583,000 ราย มะเร็งปากมดลูก 528,000 ราย มะเร็งกระเพาะอาหาร 320,000 ราย มะเร็งเยื่อบุมดลูก 320,000 ราย และมะเร็งรังไข่ 239,000 ราย

ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ประเทศไทย รายงานเมื่อปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีการขึ้นทะเบียนมะเร็งรายใหม่ของสตรีไทยเรียงตามลำดับ คือ มะเร็งเต้านม 10,193 ราย มะเร็งปากมดลูก 6,453 ราย มะเร็งตับ 6,143 ราย มะเร็งปอด 4,322 ราย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 2,574 ราย มะเร็งรังไข่ 2,318 ราย และมะเร็งเยื่อบุมดลูก 1,537 ราย⁽²⁾

ในบทนี้จะขอกล่าวถึงการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ มะเร็งเยื่อบุมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปอด ตามลำดับ

มะเร็งปากมดลูก

ในปี พ.ศ. 2555 ทั่วโลกมีผู้ป่วยรายใหม่ 528,000 ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิต 266,000 ราย⁽¹⁾ จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งพบอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานตามอายุ (age - standardized incidence rate, ASR) 16.7 ต่อประชากรสตรี 100,000 ราย จัดเป็นมะเร็งที่พบบ่อยอันดับ 4 ของสตรีทั่วโลก และเป็นอันดับ 2 ของสตรีไทย⁽²⁾ ซึ่งพบอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกแนะนำให้จำเป็นต้องทำการตรวจคัดกรองสตรีกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมถึงร้อยละ 80 จึงจะลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกลงได้ร้อยละ 50 มะเร็งปากมดลูกจัดเป็นมะเร็งที่มีวิธีการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เพราะเป็นมะเร็งที่ทราบสาเหตุชัดเจน มีระยะเวลาการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปจากรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งไปจนเป็นมะเร็งปากมดลูกในที่สุดและมีวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

ตามข้อแนะนำขององค์กรแพทย์ของสหรัฐอเมริกา ได้แก่ American Cancer Society (ACS), American Society of Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) และ American Society for Clinical Pathology (ASCP) ปี พ.ศ. 2555 มีดังนี้⁽³⁾

1. สตรีที่อายุน้อยกว่า 21 ปี ไม่แนะนำให้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยไม่คำนึงถึงว่าเคยมีเพศสัมพันธ์มานานเท่าใด เนื่องจากพบอุบัติการณ์ของโรคในสตรีอายุ 15-19 ปี เพียง 1-2 รายต่อ 1,000,000⁽⁴⁾

2. สตรีที่อายุ 21-29 ปี แนะนำตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจเซลล์วิทยา (cytology) เพียงอย่างเดียว ทุก 3 ปี

3. สตรีที่อายุ 30-65 ปี แนะนำตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

- Co-testing ทุก 5 ปี คือ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย high-risk HPV DNA testing และตรวจเซลล์วิทยาในคราวเดียวกัน มีข้อดีกว่าการตรวจเซลล์วิทยาเพียงอย่างเดียว ช่วยทำให้วินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก (adenocarcinoma) ได้มากขึ้น และช่วยลดอัตราการตรวจปากมดลูกช่องคลอด ปากช่องคลอดด้วยกล้องขยาย (colposcopy) ได้ร้อยละ 17

- การตรวจเซลล์วิทยาทุก 3 ปี ยอมรับทั้งการตรวจแบบดั้งเดิม (conventional) และแบบอิงของเหลว (liquid-

based)

4. สตรีที่อายุมากกว่า 65 ปี สามารถหยุดการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ โดยที่ในช่วงเวลา 10 ปี ต้องมีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติ

5. สตรีที่ได้รับการตัดมดลูก (total hysterectomy) สามารถหยุดการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ โดยที่ในช่วง 20 ปี ไม่เคยมีรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูกชั้นสูงหรือมะเร็งปากมดลูก (Cervical Intraepithelial Neoplasia, CIN2+)

6. สตรีที่ได้รับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ก็ให้ใช้วิธีการเช่นเดียวกัน

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยปี พ.ศ. 2555 ได้ให้คำแนะนำในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไว้ดังนี้⁽⁵⁾

1. ควรเริ่มตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุตั้งแต่ 25 ปี ที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว หรือ อายุตั้งแต่ 30 ปี หากยังไม่มีเพศสัมพันธ์ โดยตรวจเซลล์วิทยาทุก 2 ปี และ Co-testing ทุก 3 ปี สำหรับสตรีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป

2. สตรีที่อายุมากกว่า 65 ปี สามารถหยุดการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ โดยที่ในช่วงเวลา 10 ปี ต้องมีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติ

3. สตรีที่ได้รับการตัดมดลูก สามารถหยุดการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ หากช่วง 20 ปี ไม่เคยมีรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูกชั้นสูงหรือมะเร็งปากมดลูก

4. สตรีที่ได้รับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ก็ให้ใช้วิธีการเช่นเดียวกัน

ประเทศไทยมีแผนดำเนินการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกปี พ.ศ. 2548 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายเพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีเป้าหมายที่จะลดอัตราการตายของหญิงไทยจากมะเร็งปากมดลูกลงร้อยละ 50 ระยะเวลาดำเนินการ 5 ปี ใน 75 จังหวัดทั่วประเทศ โดยใช้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสองวิธี คือ Pap smear และ Visual Inspection with Acetic acid (VIA) พร้อมกับการจี้เย็น (cryotherapy) กล่าวคือ⁽⁵⁾

1. แนะนำสตรีที่อายุ 30-60 ปี ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจเซลล์วิทยาแบบดั้งเดิม ทุก 5 ปี

2. แนะนำสตรีที่อายุ 30-45 ปี ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย VIA และการจี้เย็น ทุก 5 ปี โดยการใช้น้ำส้มสายชูชนิดเจือจางป้ายที่บริเวณปากมดลูกทิ้งไว้ 1 นาที น้ำส้มสายชูจะไปทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อที่ผิดปกติของปากมดลูกให้เห็นเป็นฝ้าขาว ซึ่งสามารถมองเห็นด้วยตาเปล่าและรักษาได้ทันทีด้วยการจี้เย็น จัดเป็นวิธีที่ง่าย ค่าใช้จ่ายต่ำ ปลอดภัยและรักษาได้ทันที แต่ข้อเสียคือไม่ทราบผลพยาธิวิทยาที่แท้จริงว่าฝ้าขาวนั้นเป็นเพียงรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก หรือมะเร็งปากมดลูก จังหวัดนาร่อง คือ จังหวัดร้อยเอ็ด ต่อมาได้นำไปใช้ในจังหวัดหนองคาย อำนาจเจริญ ยโสธร มุกดาหาร เชียงใหม่ น่าน อุตรดิตถ์ ตาก เพชรบูรณ์ แม่ฮ่องสอน ลพบุรี สระแก้ว สระบุรี สมุทรปราการ สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช กระบี่ ตรัง สตูล ชัยนาท พระนครศรีอยุธยา ปัจจุบันมีสตรีที่ได้รับการตรวจด้วยวิธีนี้แล้วกว่า 600,000 ราย⁽⁶⁾

มะเร็งรังไข่

มะเร็งรังไข่ในสตรีไทยพบได้เป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปากมดลูก เป็นอันดับที่ 7 ของมะเร็งในสตรีทั่วโลก โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ในปี พ.ศ. 2555 จำนวน 239,000 ราย เสียชีวิต 152,000 ราย⁽¹⁾ รายงานของประเทศไทยมีอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานตามอายุ 6.2 ต่อประชากรสตรี 100,000 ราย จัดเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นลำดับ 6 ของสตรีไทย⁽²⁾ แต่มีความสำคัญมากเนื่องจากเป็นมะเร็งที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดเมื่อเทียบกับมะเร็งนรีเวชชนิดอื่นทั้งในระดับประเทศและในโลก เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่มีอาการชัดเจนในระยะเริ่มแรกทำให้มักตรวจพบผู้ป่วยในระยะ 3-4 ดังนั้นหากสามารถวินิจฉัยมะเร็งรังไข่ในระยะ 1-2 ได้ร้อยละ 75 จะลดอัตราการตายของมะเร็งรังไข่ได้ร้อยละ 50⁽⁷⁾

มีหลายการศึกษาตรวจคัดกรองมะเร็งรังไข่โดยใช้การตรวจเลือดหาค่า CA 125 และ/หรือการตรวจอัลตราซาวด์ทางช่องคลอด (transvaginal ultrasonography, TVS) โดยคุณสมบัติของเครื่องมือตรวจคัดกรองที่ยอมรับต้องมีความไว (sensitivity) มากกว่าร้อยละ 75 ความจำเพาะ (specificity) มากกว่าร้อยละ 99.6 ความแม่นยำในการทำนายผลบวก (positive predictive value) มากกว่าร้อยละ 10 และจำนวนสตรีที่มีผลตรวจคัดกรองผิดปกติที่ต้องรับการผ่าตัดต่อการพบมะเร็งรังไข่ 1 รายต้องน้อยกว่า 10 จะขอลำดับถึงการศึกษาต่างๆ ในสตรีทั่วไป (average risk) ดังนี้



- **University of Kentucky ovarian cancer screening study⁽⁸⁾** เป็นการศึกษาแบบ prospective study ของการตรวจคัดกรองมะเร็งรังไข่ด้วยอัลตราซาวด์ทุก 1 ปี ในสตรีทั่วไปอายุมากกว่า 50 ปี และในสตรีอายุมากกว่า 25 ปีที่มีประวัติมะเร็งรังไข่ในครอบครัวจำนวน 37,293 ราย เริ่มเมื่อปีพ.ศ. 2530 และติดตามผลถึงปี พ.ศ. 2554 มีระยะเวลาเฉลี่ยในการติดตามผู้ร่วมวิจัย 5.8 ปี พบสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ 47 ราย เป็นโรคระยะที่ 1-2 ร้อยละ 70 การตรวจวิธีนี้มีความไวร้อยละ 85 ความจำเพาะร้อยละ 98.7 ความแม่นยำในการทำนายผลบวกร้อยละ 14 และจำนวนการผ่าตัดต่อการวินิจฉัยมะเร็งรังไข่ 1 ราย เท่ากับ 7.3 อัตราการรอดชีวิตที่ระยะเวลา 5 ปี ของสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งรังไข่เท่ากับร้อยละ 74.8 ซึ่งมากกว่าสตรีที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยตามปกติของโรงพยาบาล (ร้อยละ 53.7) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

- **The Shizuoka cohort study on ovarian cancer screening (SCCOCS) programme⁽⁹⁾** เป็นการศึกษาแบบ randomized controlled trial ในช่วงปี พ.ศ. 2528 ถึง 2542 ในประเทศญี่ปุ่น โดยทำการตรวจด้วยอัลตราซาวด์และตรวจค่า CA 125 ทุก 1 ปี ในสตรีวัยหมดระดูจำนวน 41,688 ราย เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจำนวน 40,799 ราย สตรีกลุ่มที่ได้ตรวจคัดกรองพบเป็นมะเร็งรังไข่ 27 ราย เป็นโรคระยะที่ 1-2 ร้อยละ 67 การตรวจวิธีนี้มีความไวร้อยละ 75 ความจำเพาะร้อยละ 99.3 ความแม่นยำในการทำนายผลบวกร้อยละ 8.1 และจำนวนการผ่าตัดต่อการวินิจฉัยมะเร็งรังไข่ 1 ราย เท่ากับ 12.2 ยังไม่มีรายงานในเรื่องอัตราการรอดชีวิต

- **Ovarian cancer screening in the prostate, lung, colorectal and ovarian (PLCO) cancer screening trial⁽¹⁰⁾** เป็นการศึกษาแบบ randomized controlled trial ในประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี พ.ศ. 2536 ถึง 2544 ค่ากลางในการติดตามผู้ร่วมวิจัยนานถึง 12.4 ปี โดยทำการตรวจด้วยอัลตราซาวด์และตรวจค่า CA 125 ทุก 1 ปี ในสตรีอายุ 55-74 ปี จำนวน 28,816 ราย เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจำนวน 10,299 ราย การตรวจคัดกรองวิธีนี้มีความแม่นยำในการทำนายผลบวกร้อยละ 23.5 ช่วยให้วินิจฉัยสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ระยะที่ 1-2 ได้เพียงร้อยละ 28 ผู้วิจัยสรุปว่าการ

ตรวจคัดกรองมะเร็งรังไข่ด้วยวิธีนี้ไม่ช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วย

- **United Kingdom collaborative trial of ovarian cancer screening (UKCTOCS)⁽¹¹⁻¹⁴⁾** เป็นการศึกษาแบบ randomized controlled trial ในประเทศสหราชอาณาจักร ในช่วงปีพ.ศ. 2544 ถึง 2548 และติดตามผลถึงปี พ.ศ. 2558 ทำการศึกษาในสตรีวัยหมดระดูที่มีอายุ 50-74 ปี จำนวน 202,638 ราย โดยทำการแบ่งสตรีออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มควบคุม จำนวน 101,359 ราย กลุ่มที่ 2 ตรวจคัดกรองด้วยอัลตราซาวด์และตรวจค่า CA 125 ทุก 1 ปี จำนวน 50,640 ราย กลุ่มที่ 3 ตรวจคัดกรองด้วยอัลตราซาวด์เพียงอย่างเดียว จำนวน 50,639 ราย โดยมีค่ากลางของระยะเวลาในการติดตามผู้เข้าร่วมวิจัยนาน 11.1 ปี พบว่า การตรวจด้วยอัลตราซาวด์และตรวจค่า CA 125 มีความไวร้อยละ 89.5 ความจำเพาะร้อยละ 99.8 ความแม่นยำในการทำนายผลบวกร้อยละ 35.5 และจำนวนการผ่าตัดต่อการวินิจฉัยมะเร็งรังไข่ 1 ราย เท่ากับ 2.8 การตรวจคัดกรองด้วยอัลตราซาวด์เพียงอย่างเดียวมีความไวร้อยละ 82.1 ความจำเพาะร้อยละ 98.3 ความแม่นยำในการทำนายผลบวกร้อยละ 2.8 และจำนวนการผ่าตัดต่อการวินิจฉัยมะเร็งรังไข่ 1 ราย เท่ากับ 36.2 มีการตรวจพบมะเร็งรังไข่จากผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มที่ 1 จำนวน 1,282 ราย (ร้อยละ 0.6) กลุ่มที่ 2 จำนวน 338 ราย (ร้อยละ 0.7) กลุ่มที่ 3 จำนวน 314 ราย (ร้อยละ 0.6) และพบว่าอัตราการเสียชีวิตในแต่ละกลุ่มเท่ากับร้อยละ 0.34, 0.29 และ 0.3 ตามลำดับ ซึ่งการตรวจคัดกรองด้วยอัลตราซาวด์และตรวจค่า CA 125 ทุก 1 ปี หรือตรวจคัดกรองด้วยอัลตราซาวด์เพียงอย่างเดียวสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งรังไข่ในช่วงปีที่ 0-14 ลงได้ร้อยละ 15 และ 11 ตามลำดับ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทำการวิเคราะห์โดยตัดมะเร็งรังไข่ที่เกิดตามอุบัติการณ์ (prevalent cases) เปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมกับกลุ่มที่ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยอัลตราซาวด์และตรวจค่า CA 125 ทุก 1 ปี พบว่าการตรวจคัดกรองช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ร้อยละ 20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.021$)

ส่วนสตรีที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ที่เป็นหรือครอบครัวเป็นโรค hereditary non-polyposis colon cancer

(HNPPC) หรือมะเร็งเต้านม หรือครอบครัวเป็นโรคมะเร็งรังไข่ ต้องรอข้อมูลจากการศึกษาของ United Kingdom collaborative trial of familial ovarian cancer screening (UKFOCSS) และ Gynecologic oncology group (GOG)⁽¹⁴⁾

มะเร็งเยื่อบุช่องคลอด

มะเร็งเยื่อบุช่องคลอดจัดเป็นมะเร็งของสตรีที่พบบ่อยลำดับที่ 6 ในปี พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยใหม่ 320,000 ราย เสียชีวิต 76,155 ราย⁽¹⁾ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานตามอายุ 4 ต่อประชากรสตรี 100,000 ราย คิดเป็นจำนวนผู้ป่วยใหม่ 1,537 รายต่อปี⁽²⁾ ส่วนใหญ่มีกวีนิพนธ์ได้ในระยะ 1-2 เพราะมีอาการนำของโรคชัดเจน คือ เลือดออกทางช่องคลอด

การตรวจคัดกรองมะเร็งเยื่อบุช่องคลอด ตามคำแนะนำของ American Cancer Society (ACS) ปี พ.ศ. 2558 มีดังนี้⁽¹⁵⁾

1. แพทย์ควรให้คำแนะนำความเสี่ยงและอาการของมะเร็งเยื่อบุช่องคลอดที่สามารถเกิดขึ้นได้ในวัยหลังหมดประจำเดือนแก่สตรีทั่วไป และสตรีที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเยื่อบุช่องคลอดดังต่อไปนี้ มีประวัติภาวะ unopposed estrogen เช่น polycystic ovary syndrome ที่มี oligomenorrhea ใชยา Tamoxifen หมดระดูซ้ำ มีบุตรยากหรือไม่มีบุตร และภาวะอ้วน โรคเบาหวาน

2. สตรีในกลุ่มเสี่ยงสูง ACS แนะนำให้ทำ endometrial sampling ทุก 1 ปี ในสตรีที่อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะ Lynch syndrome และสงสัยโรคมะเร็งลำไส้ที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม

มะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุด และเป็นสาเหตุการตายสูงที่สุดในสตรีทั่วโลกและสตรีไทย ในปี พ.ศ. 2555 ทั่วโลกมีผู้ป่วยใหม่ 1,700,000 ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิต 522,000 ราย⁽¹⁾ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานตามอายุ 26.4 ต่อประชากรสตรี 100,000 ราย คิดเป็นจำนวนผู้ป่วยใหม่ 10,193 รายต่อปี⁽²⁾

American Cancer Society (ACS) ปี พ.ศ. 2558 ให้คำแนะนำในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมไว้ดังนี้⁽¹⁵⁾

1. สตรีที่อายุ 20-39 ปี แนะนำให้แพทย์ให้คำแนะนำอาการที่ผิดปกติ และพบแพทย์เพื่อตรวจเต้านมทุก 3 ปี

2. สตรีที่อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป แนะนำให้แพทย์ให้คำแนะนำอาการที่ผิดปกติ พบแพทย์เพื่อตรวจเต้านมทุก 3 ปี และตรวจ mammography ปีละ 1 ครั้ง

3. สตรีที่มีประวัติยีน BRCA หรือมีประวัติรับรังสีรักษาตั้งแต่อายุน้อย แนะนำให้เริ่มตรวจที่อายุ 30 ปีขึ้นไปด้วย mammography ปีละ 1 ครั้ง และ magnetic resonance imaging (MRI)

4. ไม่แนะนำให้ตรวจเต้านมด้วยตัวเอง

5. ไม่มีเกณฑ์อายุที่ควรยุติการตรวจคัดกรอง

American College of Physician ปี พ.ศ. 2558 ได้ให้คำแนะนำที่แตกต่างออกไปเล็กน้อย โดยมีข้อแนะนำดังนี้⁽¹⁶⁾

1. สตรีที่อายุ 40-74 ปี แนะนำให้ตรวจ mammography ทุก 2 ปี

2. ไม่แนะนำให้ตรวจเต้านมด้วยตัวเอง หรือ MRI หรือ tomosynthesis ไม่แนะนำให้ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีที่อายุน้อยกว่า 40 ปี หรืออายุเท่ากับหรือมากกว่า 75 ปี หรือสตรีที่ป่วยด้วยโรคอื่นๆ ที่คาดว่าจะมีอายุขัยเหลือน้อยกว่า 10 ปี

European guidelines ส่วนใหญ่แนะนำให้ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 40-74 ปี ด้วย mammography ทุก 2-3 ปี⁽¹⁷⁾ และไม่แนะนำให้ตรวจเต้านมด้วยตัวเอง หรือ MRI หรือ tomosynthesis หรือสตรีที่ป่วยด้วยโรคอื่นๆ ที่คาดว่าจะมีอายุขัยเหลือน้อยกว่า 10 ปี

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

พบมากเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในสตรีทั่วโลก มีสถิติผู้ป่วยใหม่ 614,000 ราย เสียชีวิต 320,000 ราย⁽¹⁾ และพบบ่อยเป็นลำดับที่ 5 ของสตรีไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ รายงานอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานตามอายุ 11 ต่อประชากรสตรี 100,000 ราย คิดเป็นจำนวนผู้ป่วยใหม่ 4,051 รายต่อปี⁽²⁾

การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตามคำแนะนำของ American Cancer Society ปีพ.ศ. 2558 มีดังนี้⁽¹⁵⁾

1. สตรีที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป แนะนำทางเลือกใน



การตรวจคัดกรอง ดังนี้

- Guaiac-based fecal occult blood test ทุก 1 ปี
- Stool DNA test ทุก 3 ปี
- Flexible sigmoidoscopy ทุก 5 ปี
- Double-contrast barium enema ทุก 5 ปี
- Computer tomography (CT) colonography ทุก 5 ปี
- Colonoscopy ทุก 10 ปี

2. แนะนำให้เริ่มตรวจเร็วขึ้นในสตรีกลุ่มความเสี่ยงสูง ได้แก่ มีประวัติ adenomatous polyps มีประวัติครอบครัวญาติสายตรง (first degree relative) เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีประวัติ inflammatory bowel disease และ hereditary syndrome เช่น Lynch syndrome (hereditary nonpolyposis colorectal cancer), familial adenomatous polyposis เป็นต้น

ตามคำแนะนำของ American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) ปีพ.ศ. 2557 มีดังนี้⁽¹⁸⁾

1. สตรีที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป แนะนำทางเลือกในการตรวจคัดกรอง ดังนี้

- Guaiac-based fecal occult blood test ทุก 1 ปี
- Flexible sigmoidoscopy ทุก 5 ปี
- CT colonography ทุก 5 ปี

- Colonoscopy ทุก 10 ปี ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

2. แนะนำให้ยุติการตรวจคัดกรองเมื่ออายุครบ 75 ปี

มะเร็งปอด

พบมากเป็นอันดับ 3 ของมะเร็งในสตรีทั่วโลก มีสถิติผู้ป่วยใหม่ 583,000 ราย เสียชีวิต 491,000 ราย⁽¹⁾ และพบบ่อยเป็นลำดับที่ 4 ของสตรีไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ รายงานอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานตามอายุคือ 11.5 ต่อประชากรสตรี 100,000 ราย คิดเป็นจำนวนผู้ป่วยใหม่ 4,322 รายต่อปี⁽²⁾

ปัจจัยเสี่ยงคือ การสูบบุหรี่ รวมถึงผู้ที่เคยสูบบุหรี่ American Cancer Society ปี พ.ศ. 2558⁽¹⁵⁾ แนะนำให้ตรวจ low-dose CT scan ทุก 1 ปี ในผู้ที่อายุ 55-74 ปี ที่เคยสูบบุหรี่มากกว่าหรือเท่ากับ 30-pack-year กล่าวคือ “a pack-year” หมายถึง การสูบบุหรี่ 1 ซองต่อวันนาน 1 ปี ดังนั้น 30 pack-years เทียบเท่ากับการสูบบุหรี่ 1 ซองต่อวันนาน 30 ปี หรือ 2 ซองต่อวันนาน 15 ปี

unสรุป

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ การแนะนำสตรีที่มารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งทางนรีเวช แพทย์ควรเลือกวิธีตรวจให้เหมาะสม และให้คำแนะนำถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งอื่นๆ ที่สำคัญด้วย ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปอด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer (IARC). GLOBOCAN 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx. Accessed November 15, 2015.
2. Attasara P, Sriplung H. Cancer incidence in Thailand. In: Khuhaprema T, Attasara P, Sriplung H, Wiangnon S, Sangrajang S, editors. Cancer in Thailand. Bangkok: Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2013. p. 8-76.
3. Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. J Low Genit Tract Dis 2013;(5 Suppl 1):S1-S27.

4. Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *Obstet Gynecol* 2013;121:829-46.
5. การตรวจคัดกรองรอยโรคระยะก่อนมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี VIA และการบำบัดโดยวิธีจี้เย็น (cryotherapy). ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. Available from: http://www.rtcog.or.th/html/photo/articlesfile__905957.pdf. Accessed November 15, 2015.
6. กรมอนามัยชวนหญิงไทยเลิกอาย ตรวจ VIA ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก. กรมอนามัย. Available from: http://www.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=7023. Accessed November 15, 2015.
7. van Nagell JR, Jr., Hoff JT. Transvaginal ultrasonography in ovarian cancer screening: current perspectives. *Int J Womens Health* 2013;6:25-33.
8. van Nagell JR, Jr., Miller RW, DeSimone CP, Ueland FR, Podzielinski I, Goodrich ST, et al. Long-term survival of women with epithelial ovarian cancer detected by ultrasonographic screening. *Obstet Gynecol* 2011;118:1212-21.
9. Kobayashi H, Yamada Y, Sado T, Sakata M, Yoshida S, Kawaguchi R, et al. A randomized study of screening for ovarian cancer: a multicenter study in Japan. *Int J Gynecol Cancer* 2008;18:414-20.
10. Buys SS, Partridge E, Greene MH, Prorok PC, Reding D, Riley TL, et al. Ovarian cancer screening in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) cancer screening trial: findings from the initial screen of a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1630-9.
11. Menon U, Gentry-Maharaj A, Hallett R, Ryan A, Burnell M, Sharma A, et al. Sensitivity and specificity of multimodal and ultrasound screening for ovarian cancer, and stage distribution of detected cancers: results of the prevalence screen of the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS). *Lancet Oncol.* 2009 Apr;10(4):327-40.
12. Menon U, Griffin M, Gentry-Maharaj A. Ovarian cancer screening--current status, future directions. *Gynecol Oncol* 2014;132:490-5.
13. Menon U, Kalsi J, Jacobs I. The UKCTOCS experience--reasons for hope? *Int J Gynecol Cancer* 2012;22 (Suppl 1):S18-20.
14. Rosenthal AN. Ovarian cancer screening in the high-risk population--the UK Familial Ovarian Cancer Screening Study (UKFOCSS). *Int J Gynecol Cancer* 2012;22 (Suppl 1):S27-8.
15. Smith RA, Manassaram-Baptiste D, Brooks D, Doroshenk M, Fedewa S, Saslow D, et al. Cancer screening in the United States, 2015: a review of current American cancer society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin* 2015;65:30-54.
16. Wilt TJ, Harris RP, Qaseem A. Screening for cancer: advice for high-value care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2015;162:718-25.
17. Viguier J, Morere JF, Touboul C, Coscas Y, Blay JY, Lhomel C, et al. Cancer screening in France: third edition of the EDIFICE survey. *Eur J Cancer Prev* 2015;24 Suppl:S68-72.
18. Committee opinion no 609: colorectal cancer screening strategies. *Obstet Gynecol* 2014;124:849-55.



Original Articles/นิพนธ์ต้นฉบับ

Cancer Screening in Women

AchjimaTankul, Irene Ruengkachorna

*Gynecologic Oncology Division, Department of Obstetrics & Gynecology,
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand*

Abstract

Cancer is the leading cause of death in Thai. Cancer screening is the major strategy for cancer prevention and early detection, leading to a decrease in cancer - related mortality rate. The effective cancer screening program in women are cervical cancer, breast cancer, colorectal cancer, and lung cancer. Tests that have been investigated as potential screening methods for ovarian cancer and endometrial cancer are unsatisfactory. The best cost-utility of cancer screening program in Thailand should be further investigated.

Corresponding author: AchjimaTankul

Division of Gynecologic Oncology, Department of Obstetrics and Gynecology,
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand
Tel: +66-81-956-5006 Fax: +66-02-418-2668 Email: achjimink@gmail.com