

วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก: สถานการณ์ปัจจุบันและ บทบาทพยาบาล

HPV Vaccine: Current Situation and Nurses' Roles

พรทิพย์ ชีวะพัฒน์* กฤษณา พูลเพิ่ม**
Porntip Cheewapat* Kritsana Poolperm**

บทคัดย่อ

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในสตรีไทย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชพีวี ซึ่งในปัจจุบันมีวัคซีนป้องกันไวรัสเอชพีวีแล้ว สถานการณ์การให้วัคซีนเอชพีวีในประเทศไทยพบว่า การเข้าถึงวัคซีนเอชพีวียังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย บุคลากรพยาบาลมีความรู้เรื่องวัคซีนเอชพีวี ในระดับปานกลาง ผู้รับบริการยังมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอต่อการรับวัคซีนเอชพีวี ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีบทบาทในการส่งเสริมความสำเร็จของการรับวัคซีนเอชพีวีดังนี้ 1) การจัดอบรมเพิ่มพูนความรู้สำหรับพยาบาลเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกให้ทันสมัย 2) การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องสำหรับเด็ก วัยรุ่น และผู้ปกครอง เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ประโยชน์ของวัคซีนเอชพีวี วิธีการการฉีดวัคซีน ตลอดจนข้อจำกัดของวัคซีนเอชพีวี 3) การให้บริการเชิงรุกเพื่อให้การป้องกันมะเร็งปากมดลูกและการฉีดวัคซีนเอชพีวี 4) การพัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและอุปสรรคของการได้รับวัคซีนเอชพีวี

คำสำคัญ: วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก วัคซีนเอชพีวี มะเร็งปากมดลูก

Received: July 31, 2019

Revised: April 11, 2020

Accepted: May 12, 2020

* Corresponding Author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย, e-mail: porntip.cwp@gmail.com

* Corresponding Author, Assistant Professor, Maternal Newborn Nursing and Midwifery Branch, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, e-mail: porntip.cwp@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

** Assistant Professor, Maternal Newborn Nursing and Midwifery Branch, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

Abstract

Cervical cancer is one of the most common types of cancer in Thai women which is mainly caused by the Human Papilloma Virus (HPV). Nowadays, HPV vaccines have been developed to prevent cervical cancer. It was found that in Thailand, not every group of people vulnerable to the disease have access to HPV vaccines, while nurses' knowledge related to HPV vaccine is at a moderate level. Moreover, clients also lack sufficient information about HPV vaccines. Therefore, it is important for nurses to take a key role in increasing the success of HPV vaccination. There should be up-to-date training regarding HPV infection and vaccine for nurses. Children, teenagers and parents should be appropriately educated and receive accurate information regarding cervical cancer, advantages of the HPV vaccine, and ways vaccination should be administrated as well as its limitation. A proactive approach should be taken in providing services in order to prevent cervical cancer and administering of the HPV vaccination. Research on the causes of difficulties and barriers to receiving the vaccination should be conducted.

Keywords: HPV vaccine, cervical cancer

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสี่ของสตรีทั่วโลก ในแต่ละปีประมาณการว่ามีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่จำนวน 528,000 ราย และมากกว่า 266,000 รายเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก โดยร้อยละ 85 ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่และเสียชีวิตเกิดขึ้นในประเทศด้อยพัฒนา สาเหตุส่วนหนึ่งของมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรักษาที่ยังไม่ครอบคลุม¹ สำหรับประเทศไทยมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งเต้านม² ข้อมูลทางระบาดวิทยาของศูนย์รายงานไว้ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าสตรีไทยเป็น

มะเร็งปากมดลูกสูงถึง 8,184 คนต่อปี (ข้อมูลย้อนหลัง 3-5 ปี) และมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 50 นับว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของสตรีไทย โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่ามะเร็งปากมดลูกมีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (human papillomavirus)³ และอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น กรรมพันธุ์ พฤติกรรมการเปลี่ยนคู่นอนหลายคน การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วย เนื่องจากต้องเผชิญกับตัวโรคและการรักษาที่ต่อเนื่องยาวนาน ดังนั้นการป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกถือเป็นเรื่องที่สำคัญ

และสามารถป้องกันได้ วิธีการป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกที่ใช้ในปัจจุบัน คือ การฉีดวัคซีนเอชพีวี⁴ ในระยะแรกที่มีการเริ่มผลิตวัคซีนเอชพีวีสามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีได้ 2 สายพันธุ์ คือ สายพันธุ์ที่ 16 (HPV-16) และสายพันธุ์ที่ 18 (HPV-18) โดยวัคซีนชนิดนี้ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีเพิ่มขึ้นได้หลายสายพันธุ์ ประเด็นที่ควรทราบสำหรับประชาชนในการใช้วัคซีนชนิดนี้ คือการฉีดวัคซีนเอชพีวีไปแล้วมิได้หมายความว่าสามารถป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้อย่างสมบูรณ์ มีรายงานระบุว่าวัคซีนชนิดนี้สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีได้เพียงร้อยละ 70 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก็ยังคงมีความจำเป็นแม้ว่าสตรีจะได้รับวัคซีนแล้วก็ตาม ประกอบกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนและประโยชน์ของวัคซีนของบุคลากรทีมสุขภาพและประชาชนที่ไม่ถูกต้องเท่าที่ควร ทำให้การฉีดวัคซีนเอชพีวีไม่ครอบคลุมกลุ่มที่ควรได้รับ อย่างไรก็ตามยังพบว่าการสร้างความรู้ความเข้าใจในการฉีดวัคซีนเอชพีวีก็มีข้อเรื่องง่ายแต่ก็มีข้อสิ่งที่ควรมองข้าม อีกทั้งที่ผ่านมามีวัคซีนเอชพีวีไม่อยู่ในกลุ่มวัคซีนแห่งชาติ แต่เป็นวัคซีนทางเลือกสำหรับประชาชนที่สามารถจ่ายได้ ทำให้เด็กและสตรีจำนวนมากไม่มีโอกาสได้รับวัคซีนชนิดนี้ บทความฉบับนี้ผู้เขียนจึงขอนำเสนอสาระเกี่ยวกับไวรัสเอชพีวีและความเสี่ยงของสตรีต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งบทบาทของพยาบาล

ดังนั้นการป้องกันมะเร็งปากมดลูกจึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โดยการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ หลีกเลี่ยงการมีคู่นอนหลายคนหรือคู่นอนที่มีคู่นอนหลายคน⁵ และการฉีดวัคซีนเอชพีวี⁴ นอกจากนั้น

ควรมีการคัดกรองหาเซลล์ผิดปกติที่บริเวณปากมดลูกก่อนเป็นมะเร็ง (CIN : cervical intraepithelial neoplasia) ซึ่งหากพบสตรีมีความผิดปกติในระยะนี้สามารถรักษาให้หายได้ แต่ในประเทศกำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนาจะมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการตรวจและการไม่เห็นความสำคัญของผู้สตรีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้การตรวจคัดกรองทำได้จำกัด ไม่ครอบคลุมหรือไม่เลย

ไวรัสเอชพีวีและการเกิดมะเร็งปากมดลูก

การติดเชื้อไวรัสเอชพีวีในสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted disease : STD)⁶ ส่วนใหญ่จะมีการติดเชื้อเมื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ไม่นานหลังจากที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ คณะกรรมการ ACOG : Bulletins-Gynecology (2009) ระบุว่า การติดเชื้อไวรัสเอชพีวีพบมากที่สุด ในวัยรุ่นและสตรีอายุน้อยไม่ถึง 20 ปี ความชุกของการติดเชื้อลดลงในสตรีที่มีอายุ 25-28 ปี โดยทั่วไปร้อยละ 90 ของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีจะเป็นแบบชั่วคราวและหายได้เองโดยไม่ต้องรักษาภายใน 2 ปี⁷ จากข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีที่พบในสตรีที่มีอายุน้อยกว่าอายุดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะสะท้อนถึงการติดเชื้อที่ได้มาในอดีตซึ่งสามารถนำไปสู่โรคมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลามและมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามได้⁸ กระบวนการนี้ใช้เวลาประมาณ 20-30 ปี นับจากเมื่อเริ่มมีการติดเชื้อจนพัฒนาไปเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

ในปัจจุบันไวรัสเอชพีวีมีมากกว่า 100 สายพันธุ์ แต่มีประมาณ 40 สายพันธุ์ที่สามารถทำให้เกิดการติดเชื้อบริเวณอวัยวะเพศได้ โดยสายพันธุ์

ที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกได้สูง คือ HPV-16 และ HPV-18 ซึ่งสองสายพันธุ์นี้เป็นสาเหตุหลักของการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ถึงร้อยละ 70⁹ โดยมีรายงานการวิจัยระบุว่าสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกทั่วโลกทั้งชนิด squamous cell carcinoma และ adenocarcinoma ร้อยละ 55 เกิดจากการติดเชื้อ HPV-16 รองลงมาคือ ร้อยละ 15 เกิดจากเชื้อ HPV-18 ที่เหลือประมาณร้อยละ 18 เกิดจากการติดเชื้ออีก 6 สายพันธุ์ คือ HPV-31, HPV-33, HPV-35, HPV-44, HPV-52 และ HPV-58¹⁰ เช่นเดียวกันในประเทศไทยสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกชนิด squamous cell carcinoma พบว่าเกิดจากการติดเชื้อสายพันธุ์ HPV-16 มากที่สุดคือ ร้อยละ 60 รองลงมาคือสายพันธุ์ HPV-18, HPV-58, HPV-52, HPV-31 โดยพบร้อยละ 18, 3, 3, และ 2 ตามลำดับ สำหรับสตรีที่เป็นมะเร็งชนิด adenocarcinoma/ adeno-squamous carcinoma พบว่าเกิดจากสายพันธุ์ HPV-18, HPV-16, และ HPV-45 โดยพบร้อยละ 60, 37, 3 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีรายงานระบุว่าเชื้อไวรัสเอชพีวียังเป็นสาเหตุของมะเร็งอวัยวะอื่น ๆ ได้อีกด้วย เช่น มะเร็งช่องคลอด (vaginal cancer) มะเร็งทวารหนัก (anal squamous cell cancer) และมะเร็งองคชาติ (penile cancer) มะเร็งคอหอยหลังช่องปาก (Oropharyngeal cancer) และหูดบริเวณอวัยวะเพศทั้งในเพศชายและเพศหญิง (genital wart)¹¹⁻¹³

แม้ว่าไวรัสเอชพีวีจะได้รับการพิสูจน์ว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกก็ตาม แต่สตรีที่ติดเชื้อไวรัสเอชพีวีทุกรายอาจจะไม่เป็นมะเร็งปากมดลูกก็ได้ กล่าวคือ หากร่างกายสามารถผลิตแอนติบอดีขึ้นได้เพียงพอก็จะลดอุบัติการณ์การเกิด

มะเร็งปากมดลูก แต่หากร่างกายผลิตแอนติบอดีได้น้อย ก็จะทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกภายหลังการติดเชื้อ ซึ่งองค์การอนามัยโลก รายงานว่ามีสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกภายหลังการติดเชื้อประมาณร้อยละ 50 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำจึงเป็นอีกหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้สามารถวินิจฉัยการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้เร็วขึ้น ซึ่งการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ใช้กันอย่างกว้างขวางและต่อเนื่องมายาวนานตั้งแต่ช่วงกลางศตวรรษที่ 20 คือ การทำ papanicolaou (pap) smear โดยวิธีนี้สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ถึงสามในสี่สำหรับประเทศที่มีรายได้สูง¹⁴ อย่างไรก็ตามมีผลการวิจัยทางคลินิกพบว่า การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี pap smear มีความไวเพียงร้อยละ 70-80 และหากตรวจคัดกรองด้วยวิธี liquid-based cytology จะมีความไวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 85-90¹⁵ แต่การตรวจคัดกรองด้วยวิธีนี้มีค่าใช้จ่ายสูงกว่า จึงยังไม่แพร่หลายมากนัก

เนื่องด้วยความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางด้านทางการแพทย์ ปัจจุบันมีวิธีการตรวจคัดกรองที่ทันสมัยและได้ผลแม่นยำมากขึ้น ซึ่งคือการตรวจหาดีเอ็นเอของไวรัสเอชพีวี (HPV DNA testing) ร่วมกับการตรวจ pap smear ในการตรวจคราวเดียวกัน ซึ่งการตรวจวิธีนี้ได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาประเทศสหรัฐอเมริกา ว่าสามารถตรวจหาไวรัสที่มีความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกได้ถึง 13 สายพันธุ์ คือ HPV-16, HPV-18, HPV-31, HPV-33, HPV-35, HPV-39, HPV-45, HPV-51, HPV-52, HPV-56, HPV-58, HPV-59 และ HPV-68

หากพบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มต้นสามารถรักษาให้หายขาดได้ วิธีการรักษา ได้แก่ การจี้ด้วยความเย็น การตัดเอาเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกออก การผ่าตัด การฝังแร่ การฉายแสง หรือการให้ยาเคมีบำบัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของโรคและสภาพความพร้อมของผู้ป่วย ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกนั้นนอกจากจะสร้างความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้กับตัวผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง การป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูก จึงเป็นสิ่งที่สังคมหันมาให้ความสำคัญและใส่ใจมากขึ้น โดยเฉพาะการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมถึงฉีดวัคซีนเอชพีวี

วัคซีนเอชพีวีกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูก

วัคซีนเอชพีวี รู้จักกันโดยทั่วไปว่าเป็นวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก เพราะสามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีบางสายพันธุ์¹⁶ โดยวัคซีนเอชพีวีชนิดแรกที่เริ่มฉีดในสตรีคือปี พ.ศ. 2549 (ค.ศ. 2006) จนกระทั่งปี พ.ศ. 2557 (ค.ศ. 2014) มีจำนวน 58 ประเทศทั่วโลกที่ได้บรรจุให้วัคซีนเอชพีวีเป็นวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กหญิง¹⁶ แต่ไม่ได้ับรวมประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2553 คณะกรรมการที่ปรึกษาเกี่ยวกับแนวทางการสร้างภูมิคุ้มกัน (The Advisory Committee on Immunization Practices : ACIP) ได้มีนโยบายให้มีการฉีดวัคซีนเอชพีวีในเพศชายที่มีอายุ 9-26 ปี ด้วย เนื่องด้วยมีข้อคิดเห็นว่าการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีเกิดจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันการติดเชื้อจึงควรครอบคลุมทั้งเพศหญิงและเพศชายจึงจะเกิดผลดี อีกทั้งวัคซีนเอชพีวียังสามารถ

ป้องกันการเกิดมะเร็งองคชาติและมะเร็งทวารหนักในเพศชายได้อีกด้วย^{17,18}

ปัจจุบันมีวัคซีนเอชพีวีอยู่ 3 ชนิด ได้แก่ 1) วัคซีนชนิด 2 สายพันธุ์ (bivalent HPV : cervarix®) 2) วัคซีนชนิด 4 สายพันธุ์ (quadrivalent : gardasil®) และ 3) วัคซีนชนิด 9 สายพันธุ์ (9-valent : gardasil9®) วัคซีนเอชพีวีทั้ง 3 ชนิดสามารถป้องกันการติดเชื้อ HPV-16 และ HPV-18 ได้เหมือนกัน ส่วน quadrivalent ยังสามารถป้องกัน HPV-6 และ HPV-11 ซึ่งเป็นสาเหตุของหูดที่อวัยวะเพศ ส่วน 9-valent ป้องกันเหมือน quadrivalent และเพิ่มอีก 5 สายพันธุ์ คือ HPV-31, HPV-33, HPV-45, HPV-52 และ HPV-58^{16,19} ดังนั้นแนวทางในการเลือกฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกจึงควรพิจารณาวัคซีนที่สามารถป้องกันไวรัสเอชพีวีได้หลายสายพันธุ์²⁰ โดยแต่ละชนิดมีราคาค่าใช้จ่ายที่แตกต่างกัน วัคซีนที่สามารถป้องกันได้หลายสายพันธุ์มักมีราคาสูงกว่า สำหรับประเทศไทยมีวัคซีนเอชพีวีที่ใช้อยู่ 2 ชนิด คือ bivalent และ quadrivalent โดยทั้งสองชนิดมีศักยภาพในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 70 และสำหรับวัคซีนชนิด quadrivalent สามารถป้องกันหูดที่บริเวณอวัยวะเพศได้ด้วย ซึ่งป้องกันได้ถึงร้อยละ 90²¹

การพิจารณาผู้ที่สมควรฉีดวัคซีนเอชพีวี

1) ประชากรกลุ่มที่ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อน และร่างกายอยู่ในวัยที่สร้างภูมิคุ้มกันได้ดีจะได้ประโยชน์สูงสุด การฉีดวัคซีนเอชพีวีไม่สามารถใช้รักษาผู้ที่ติดเชื้อเอชพีวีแล้วหรือใช้เพื่อการรักษา

2) สตรีที่มีเพศสัมพันธ์แล้วหรือเคยมีการติด

เชื้อไวรัสเอชพีวีมาแล้ว สตรีที่มีเพศสัมพันธ์แล้วมีอัตราการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ประมาณร้อยละ 20-25 และมักเป็นการติดเชื้อเพียงหนึ่งสายพันธุ์เป็นส่วนใหญ่ โดยวัคซีนจะมีประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีสายพันธุ์ที่ยังไม่เคยติดเชื้อมาก่อน วัคซีนเอชพีวีมีความปลอดภัยในการฉีดในสตรีที่มีเพศสัมพันธ์หรือเคยติดเชื้อไวรัสเอชพีวีแล้ว ผลข้างเคียงไม่แตกต่างจากผู้ไม่เคยติดเชื้อมาก่อน ไม่มีความจำเป็นต้องตรวจ HPV testing ก่อนการฉีดวัคซีนเอชพีวี²²

3) สตรีวัยกลางคน (อายุมากกว่า 26 ปี) ยังมีความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีไม่แตกต่างจากกลุ่มวัยรุ่นนัก จึงยังมีความจำเป็นในการป้องกันการติดเชื้ออยู่ วัคซีนเอชพีวีทั้งชนิดสองสายพันธุ์และสี่สายพันธุ์สามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ในสตรีวัยกลางคนได้ดีแม้มีระดับต่ำกว่าช่วงวัยรุ่นบ้าง แต่ก็สูงกว่าภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติหลายเท่า ดังนั้นจึงควรพิจารณาและให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการเฉพาะราย โดยคำนึงถึงประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ประวัติการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความคุ้มค่าของการฉีดวัคซีนเป็นราย ๆ ไป²²

4) สตรีที่เคยติดเชื้อไวรัสเอชพีวีและมีภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติ (seropositive, DNA negative) ในระดับสูงสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีครั้งใหม่ได้เมื่อเทียบกับสตรีที่มี seronegative แต่ถ้ามีภูมิคุ้มกันในระดับต่ำอาจไม่สามารถป้องกันได้ ดังนั้นการฉีดวัคซีนเอชพีวีในสตรีที่มีภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติอาจช่วยป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีซ้ำได้ เนื่องจากวัคซีนสามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันให้เกิดขึ้นในระดับที่สูงมากเมื่อเทียบกับระดับภูมิคุ้มกันที่เกิดหลังการติดเชื้อตามธรรมชาติ สตรีที่เคยเป็น CIN หรือโรคที่

สัมพันธ์กับไวรัสเอชพีวีและได้รับการรักษาหายแล้วยังมีความเสี่ยงในการเกิดโรคครั้งใหม่ ดังนั้นการฉีดวัคซีนอาจช่วยลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคครั้งต่อไปได้²²

5) ประชากรเพศชาย ถึงแม้ไม่ได้เป็นกลุ่มที่แนะนำให้ฉีดวัคซีนเอชพีวีในลำดับต้น ๆ แต่เนื่องจากเชื้อไวรัสเอชพีวีเป็นสาเหตุสำคัญของมะเร็งองคชาต มะเร็งทวารหนัก และหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศและทวารหนักของเพศชาย การฉีดวัคซีนเอชพีวีชนิดสองสายพันธุ์และสี่สายพันธุ์สามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเอชพีวีได้ดีและมีความปลอดภัยสูง แต่การฉีดวัคซีนชนิดสี่สายพันธุ์ยังเพิ่มศักยภาพในการป้องกันโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศและทวารหนักในเพศชาย²² ปัจจุบันมีหลายประเทศอนุมัติให้ฉีดในเพศชายแล้วเช่นกัน ได้มีการศึกษาถึงความคุ้มค่าในการบรรจุการได้รับวัคซีนเอชพีวีในเพศชายไว้ในตารางการรับวัคซีนระดับชาติ พบว่ายังไม่มีความคุ้มค่า หากสามารถฉีดวัคซีนในสตรีได้ครอบคลุมร้อยละ 75 แต่ถ้าอัตราการฉีดวัคซีนในสตรีมีน้อยเท่าไร การฉีดวัคซีนในเพศชายก็มีความคุ้มค่ามากขึ้นตามลำดับ²³

การบริหารวัคซีนเอชพีวี²⁴

1) ฉีดวัคซีนเอชพีวี 2 ครั้ง ควรให้ยาครั้งที่สองห่างจากครั้งแรก 6-12 เดือน สำหรับเด็กหญิงอายุครบ 9 ปีถึงอายุก่อน 15 ปี^{24,25} เด็กชายอายุ 9 ปีถึงก่อนอายุ 21 ปี

2) ฉีดวัคซีนเอชพีวี 3 ครั้ง ควรให้ยาครั้งที่สองห่างจากครั้งแรก 1-2 เดือน และครั้งที่ 3 ห่างจากครั้งแรก 6 เดือน สำหรับเด็กหญิงที่เริ่มฉีดวัคซีนหลังวันที่อายุครบ 15 ปีขึ้นไป สำหรับเพศชายอายุ 21 ปีขึ้นไปถึง 26 ปีที่ยังไม่ได้รับการฉีด

วัคซีนหรือได้รับวัคซีนไม่ครบ²⁴ สตรีที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง และหรือสตรีที่มีการติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่คำนึงถึงว่าได้รับหรือไม่ได้รับยารักษา และไม่จำเป็นต้องคัดกรองการติดเชื้อเอชพีวี หรือการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการให้วัคซีนเอชพีวี

3) วัคซีน 9-valent สามารถใช้เพื่อฉีดต่อเนื่องในการฉีดวัคซีนที่เริ่มต้นด้วย bivalent หรือ quadrivalent สำหรับผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีน bivalent หรือ quadrivalent ครบตามกำหนดแล้ว ไม่จำเป็นต้องฉีด 9-valent เพิ่มอีก²⁴

4) หากผู้รับบริการไม่ได้มาฉีดยาตามเวลา ไม่จำเป็นต้องเริ่มต้นใหม่ จำนวนครั้งของการรับวัคซีนขึ้นอยู่กับอายุเมื่อเริ่มฉีดวัคซีนครั้งแรก²⁴

5) วัคซีนเอชพีวีเป็นวัคซีนที่มีความปลอดภัยสูง ผลข้างเคียงส่วนใหญ่ของวัคซีน ได้แก่ อาการเฉพาะที่บริเวณที่ฉีด ได้แก่ รู้สึกเจ็บปวดบริเวณที่ฉีด (ร้อยละ 80) โดยอาจมีอาการบวมแดงหรือมีไข้ร่วมด้วย อาการไม่พึงประสงค์จากการฉีดวัคซีนเอชพีวีโดยภาพรวมจะไม่รุนแรงและจะเกิดขึ้นในระยะสั้นๆ²⁴

6) ห้ามฉีดวัคซีนเอชพีวีในผู้ที่มีอาการแพ้อย่างรุนแรงต่อการฉีดวัคซีนเข็มแรกหรือเข็มก่อนหน้า หรือแพ้ส่วนประกอบของวัคซีน สตรีตั้งครรภ์^{17,18} ผู้มีไข้เฉียบพลัน ส่วนการติดเชื้อเล็กน้อย เช่น การเป็นไข้หวัดไม่ได้เป็นข้อห้ามสำหรับการฉีดวัคซีน

7) สามารถฉีดวัคซีนเอชพีวีร่วมกับการฉีดวัคซีนชนิดอื่นที่เป็นแบบ live หรือ non-live วัคซีนได้โดยไม่ผสมรวมกันในกระบอกฉีดยาเดียวกัน แยกกระบอกฉีดยา และฉีดที่ตำแหน่งแตกต่างกัน²⁴

8) ควรฉีดวัคซีนเอชพีวีชนิดเดียวกันในทุกครั้งของการมาฉีดตามนัด อย่างไรก็ตามหากไม่ทราบว่าจะฉีดวัคซีนชนิดใดหรือไม่สามารถหาวัคซีน

ชนิดเดิมได้ กรณีเช่นนี้แนะนำให้ใช้วัคซีนชนิดใดก็ได้เพื่อให้การได้รับวัคซีนครบตามกำหนด²⁴

สถานการณ์การให้วัคซีนเอชพีวีในปัจจุบัน

ปัจจุบันการให้วัคซีนเอชพีวียังมีน้อย ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มที่ควรได้รับเท่าที่ควร เนื่องด้วยวัคซีนมีราคาค่อนข้างสูง หรือบางรายได้รับวัคซีนเกินช่วงอายุที่กำหนดให้สมควรได้รับ จะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก บางรายฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกแต่มีพฤติกรรมเสี่ยง ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับวัคซีนเอชพีวี สรุปได้ 3 ประเด็นหลัก ๆ ได้แก่

1. นโยบายเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนเอชพีวีไม่เข้าถึงประชาชนทุกช่วงวัย กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการได้มีการบูรณาการงานบริการสุขภาพวัยรุ่นโดยมีนโยบาย 1 โรงพยาบาล 1 โรงเรียน เป็นการเชื่อมประสานระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพวัยรุ่น นอกจากนี้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้สนับสนุนโครงการมากมาย ซึ่งจะเน้นไปเรื่องการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น การคุมกำเนิด การเพิ่มการเข้าถึงถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นควบคู่ไปกับการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาและทักษะชีวิต²⁶ ส่วนโครงการที่จะเน้นเรื่องการป้องกันมะเร็งปากมดลูกยังมีน้อย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการบรรจุวัคซีนเอชพีวีเข้าในตารางการให้วัคซีนในเด็กไทย แต่ยังเป็นวัคซีนทางเลือก เนื่องจากวัคซีนยังมีราคาแพง

2. บุคลากรพยาบาลซึ่งมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้รับวัคซีนเอชพีวี เห็นความสำคัญและตระหนักเกี่ยวกับการได้รับวัคซีนเอชพีวีเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก แต่มีความรู้เรื่องไวรัส

เอชพีวี มะเร็งปากมดลูก และวัคซีนเอชพีวี ในระดับปานกลาง²⁷ ซึ่งความรู้เรื่องวัคซีนเอชพีวีมีการพัฒนาก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว

3. ผู้รับบริการบางส่วนยังมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอต่อการรับวัคซีนเอชพีวี ผู้รับบริการและครอบครัวยังขาดความรู้และทักษะที่เพียงพอในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก วัคซีนนี้ยังไม่ได้รับการยอมรับจากบิดามารดาหรือประชาชนทั่วไป ปัญหาการเดินทางมารับบริการ อีกทั้งราคาของวัคซีนเอชพีวียังมีราคาค่อนข้างสูงตลอดจนชนบทธรรมเนียมประเพณีของแต่ละท้องถิ่น

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความสำเร็จของการให้วัคซีนเอชพีวี

ความสำเร็จของการให้วัคซีนเอชพีวี คือ การที่สามารถให้บริการวัคซีนเอชพีวีได้ครอบคลุมประชาชนกลุ่มที่ควรได้รับ และสามารถลดอุบัติการณ์ในการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการสร้างความตระหนักรู้กับประชาชน เพื่อให้มีการฉีดวัคซีนเอชพีวีเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก มีรายละเอียดดังนี้

1. การจัดอบรมฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกให้ทันสมัย โดยครอบคลุมเนื้อหาที่จำเป็นตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ บทนำการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีและมะเร็งปากมดลูก คุณสมบัติของวัคซีนเอชพีวีและการเก็บวัคซีน การเลือกใช้วัคซีนและข้อห้าม การบริหารยาวัคซีนเอชพีวี การบันทึกและติดตามการให้ยาแต่ละครั้ง การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับไวรัสเอชพีวีในผู้เกี่ยวข้อง และการดูแลสุขภาพวัยรุ่น²⁸

2. การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ประโยชน์ของวัคซีนเอชพีวี วิธีการการฉีดวัคซีน ตลอดจนข้อจำกัดของวัคซีนเอชพีวีกับเด็ก วัยรุ่น และผู้ปกครอง เนื่องจากผู้ปกครองถือเป็นบุคคลสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจในการฉีดวัคซีนเอชพีวีและเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการฉีดวัคซีน^{22,29}

3. การให้บริการเชิงรุกเพื่อให้การป้องกันมะเร็งปากมดลูกและการฉีดวัคซีนเอชพีวีได้ครอบคลุมผู้รับบริการมากขึ้น อาทิเช่น การประชาสัมพันธ์หลายช่องทางและกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการให้ความรู้ เช่น กลุ่มเด็กหญิงอายุ 9-15 ปี กลุ่มผู้ปกครอง กลุ่มผู้บริหารโรงเรียนและครูในโรงเรียน กลุ่มผู้นำชุมชน เป็นต้น

4. การพัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและอุปสรรคของการได้รับวัคซีนเอชพีวี ได้แก่ การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและความตระหนักในการฉีดวัคซีนเอชพีวีของสตรีในวัยที่แตกต่างกันรวมถึงวัยรุ่น³⁰

สรุป

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสอง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี โดยเฉพาะสายพันธุ์ HPV-16 และ HPV-18 การป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้วยวัคซีนถือว่าช่วยลดความสูญเสียทั้งต่อตนเอง ครอบครัวและประเทศ แนวทางในการที่จะลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้แก่ การรณรงค์การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการฉีดวัคซีนเอชพีวี ซึ่งพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการที่จะให้ความรู้ที่ถูกต้อง รวมถึงให้คำปรึกษาและสร้างความ

ตระหนักแก่ผู้ปกครองและกลุ่มเด็กและสตรีในเรื่อง
การรับวัคซีนเอชพีวี อันจะนำไปสู่การลดอัตราการ

เกิดมะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุข
ของประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al., editors. GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer (IARC); 2012.
2. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary. Public Health Statistics A.D. 2018. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018.
3. World Health Organization. Human Papillomavirus vaccines. WHO position paper. Wkly Epidemiol Rec 2009;84(15):118-31.
4. Bruni L, Barrionuevo-Rosas L, Albero G, Serrano B, Mena M, Gómez D, et al. Human papillomavirus and related diseases report in Thailand. Summary Report. n.p.: ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre); 2017.
5. Srisomboon J, Termrungruanglert W. HPV Vaccine. In: Srisomboon J, Kietpeerakool C, editors. Gynecologic Oncology. Bangkok: RTCOG; 2010. p. 33-46 (in Thai)
6. Galani E, Christodoulou C. Human papilloma viruses and cancer in the post-vaccine era. Clin Microbiol Infect 2009;15(11):977-81.
7. Hutchison DJ, Klein KC. Human papillomavirus disease and vaccines. Am J Health Syst Pharm 2008;65(22):2105-12.
8. ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology. ACOG Practice Bulletin No.109: Cervical cytology screening. Obstet Gynecol 2009;114(6):1409-20.
9. Dawar M, Deeks S, Dobson S. Human papillomavirus vaccines launch a new era in cervical cancer prevention. CMAJ 2007;177(5):456-61.
10. Smith JS, Lindsay L, Hoots B, Keys J, Franceschi S, Winer R, Clifford GM. Human papillomavirus type distribution in invasive cervical cancer and high-grade cervical lesions: a meta-analysis update. Int J Cancer 2007;121(3):621-32.
11. World Health Organization. HPV infection and cervical cancer [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 17]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/253123/1/9789241549769-eng.pdf?ua=1>.

12. Viens LJ, Henley SJ, Watson M, Markowitz LE, Thomas CC, Thompson TD, et al. Human Papillomavirus-Associated Cancers-United States, 2008–2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016;65(26):661-6.
13. De Vuyst H, Clifford GM, Nascimento MC, Madeleine MM, Franceschi S. Prevalence and type distribution of human papillomavirus in carcinoma and intraepithelial neoplasia of the vulva, vagina and anus: a meta-analysis. *Int J Cancer* 2009;124(7):1626-36.
14. Ault KA. Human papillomavirus vaccines: an update for gynecologists. *Clin Obstet Gynecol* 2008;51(3):527-32.
15. Hakim AA, Dinh TA. Worldwide impact of the human papillomavirus vaccine. *Curr Treat Options Oncol* 2009;10(1-2):44-53.
16. World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec* 2014;43(89):465-92.
17. Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, Chesson HW, Curtis CR, Gee J, et al. Human papillomavirus vaccination: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep* 2014; 63(RR-05):1-30.
18. Petrosky E, Bocchini JA Jr, Hariri S, Chesson H, Curtis R, Saraiya M, et al. Use of 9-valent Human Papillomavirus (HPV) vaccine: updated HPV vaccination recommendations of the advisory committee on immunization practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015;64(11):300-4.
19. Kash N, Lee MA, Kollipara R, Downing C, Guidry J, Tying SK. Safety and efficacy data on vaccines and immunization to human papillomavirus. *J Clin Med* 2015;4(4):614-33.
20. Chichareon S, Herrero R, Munoz N, Bosch FX, Jacobs MV, Deacon J, et al. Risk factors for cervical cancer in Thailand: a case-control study. *J Natl Cancer Inst* 1998;90(1):50-7.
21. Hakim AA, Lin PS, Wilczynski S, Nguyen K, Lynes B, Wakabayashi MT. Indications and efficacy of the human papillomavirus vaccine. *Curr Treat Options Oncol* 2007;8(6):393-401.
22. Termrungruang W, Kasemsarn P, Srisomboon J. HPV-related diseases and HPV vaccines. HPV newsletter. Bangkok: Rakluke Publishing Service; 2010. (in Thai)
23. Kim JJ, Goldie SJ. Cost effectiveness analysis of including boys in a human papillomavirus vaccination programme in the United States. *BMJ* 2009;339:b3884. doi: 10.1136/bmj.b3884

24. Meites E, Kempe A, Markowitz LE. Use of a 2-dose schedule for human papillomavirus vaccination-updated recommendations of the advisory committee on immunization practices. *MMWR* 2016;65(49):1405-8.
25. World Health Organization. WHO recommendations for HPV vaccination [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 17]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/253123/1/9789241549769-eng.pdf?ua=1>.
26. Talungchit P. Accessibility to Reproductive Health Care Service of Adolescents. In: Tanmahasamut P, Chanprapaph P, Jaishuen A, Wongwananuruk T, Lertbunnaphong T, editors. *OB-GYN in practice 2014*. Bangkok: Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University; 2014. p. 1-6. (in Thai)
27. Songthap A, Pitisuttithum P, Kaewkungwal J, Fungladda W, Bussaratid V, Koonsaeng S. Knowledge, attitudes, and acceptability of a human papillomavirus vaccine among healthcare providers. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2009;40(5):1048-56.
28. World Health Organization. Implementation-training, service delivery and supervision [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 17]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/253123/1/9789241549769-eng.pdf?ua=1>.
29. World Health Organization. Developing a communication plan [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 17]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/253123/1/9789241549769-eng.pdf?ua=1>.
30. Gerend MA, Lee SC, Shepherd JE. Predictors of human papillomavirus vaccination acceptability among underserved women. *Sex Transm Dis* 2007;34(7):468-71.