

โครงการตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะแรกลดอัตราการตาย ของมะเร็งปากมดลูกจริงหรือ

ประสิทธิ์ เพ็งสา

รองศาสตราจารย์ภาควิชาสูติเวชศาสตร์ และ
รองประธานกรรมการหน่วยมะเร็ง
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กานำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบได้มากที่สุด
ในสตรีไทยทุกภาค รวมทั้งในประเทศกำลัง
พัฒนาอื่น ๆ หลาย ๆ ประเทศ^(1,2) ปัจจุบันยัง
ไม่มีอุบัติการณ์และอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูก
ในประเทศไทยที่แน่นอนตัวเลขต่าง ๆ ที่เป็นของ
ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกนั้นมักจะเป็นรายงานจาก
องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)
ดังเช่นในตารางที่ 1 และ 2 เป็นอัตราการตายจาก
ประเทศต่าง ๆ ในช่วงปี ค.ศ.1965-1971 รูปที่ 1
เป็นการแสดงถึงอัตราการตายเทียบกับอุบัติการณ์ใน
ประเทศต่าง ๆ จะเห็นว่าประเทศที่พบมะเร็ง
ปากมดลูกเป็นอันดับหนึ่งจากรายงานขององค์การ
อนามัยโลกคือประเทศโคลัมเบีย (Colombia)
และประเทศที่พบน้อยที่สุดคือประเทศอิสราเอล
แต่อัตราการตายของประเทศโคลัมเบียไม่ได้เป็น
อันดับหนึ่ง ถ้าเทียบอัตราส่วนระหว่างอัตราการ
ตายและอุบัติการณ์ (Mortality/Incidences หรือ M/I
ratio) จะพบว่าประเทศสหราชอาณาจักรมีอัตรา
สูงสุด รูปที่ 2 แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลง
ของอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกในประเทศ
ต่าง ๆ ในช่วงปี ค.ศ.1950-1970 จะเห็นว่ามี

หลายประเทศที่มีอัตราการตายเพิ่มขึ้น เช่น ใน
ประเทศชิลี แต่มีหลายประเทศที่มีอัตราการ
ลดลง เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา และนิว-
ซีแลนด์ เป็นต้น⁽³⁾ เป็นที่เชื่อกันว่าการที่อัตรา
ตายจากมะเร็งปากมดลูกในหลาย ๆ ประเทศ
ลดลง ส่วนหนึ่งนั้นเป็นผลมาจากการมีโครงการ
ตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะแรกในสตรีในชุมชน
ที่เป็นโครงการใหญ่และต่อเนื่อง

โครงการตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะแรก ในประเทศพัฒนา⁽⁴⁾

ประเทศแคนาดาได้ชื่อว่าเป็นแห่งแรกของ
โลกที่ได้มีการทำการตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะ
แรกในชุมชนในจังหวัดต่าง ๆ เช่น British Co-
lumbia, Alberta และ Saskatchewan จากตารางที่
3 แสดงให้เห็นถึงอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูก
ในประเทศแคนาดา ตั้งแต่ปี ค.ศ.1932 ถึง ค.ศ.
1984 จะเห็นว่าในช่วงแรกคือ ค.ศ.1932 ถึง
1956 อัตราตายจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อมีการทำ
โครงการตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะแรกในชุมชน
ในปี ค.ศ.1958 พบว่าอัตราการตายจากมะเร็งปาก-

ตารางที่ 1 แสดงถึงอัตราการตายในประเทศต่างๆ ในช่วงปี ค.ศ.1965-1969 (จาก Carmichael JA. Cervical cancer screening-revision of the Walton Report. Morrow CP, Smart GE. Gynaecological oncology. Springer. Verlag Berlin Heidelberg New York 1986, p 39)

Mortality from carcinoma of the uterus, 1965-1969

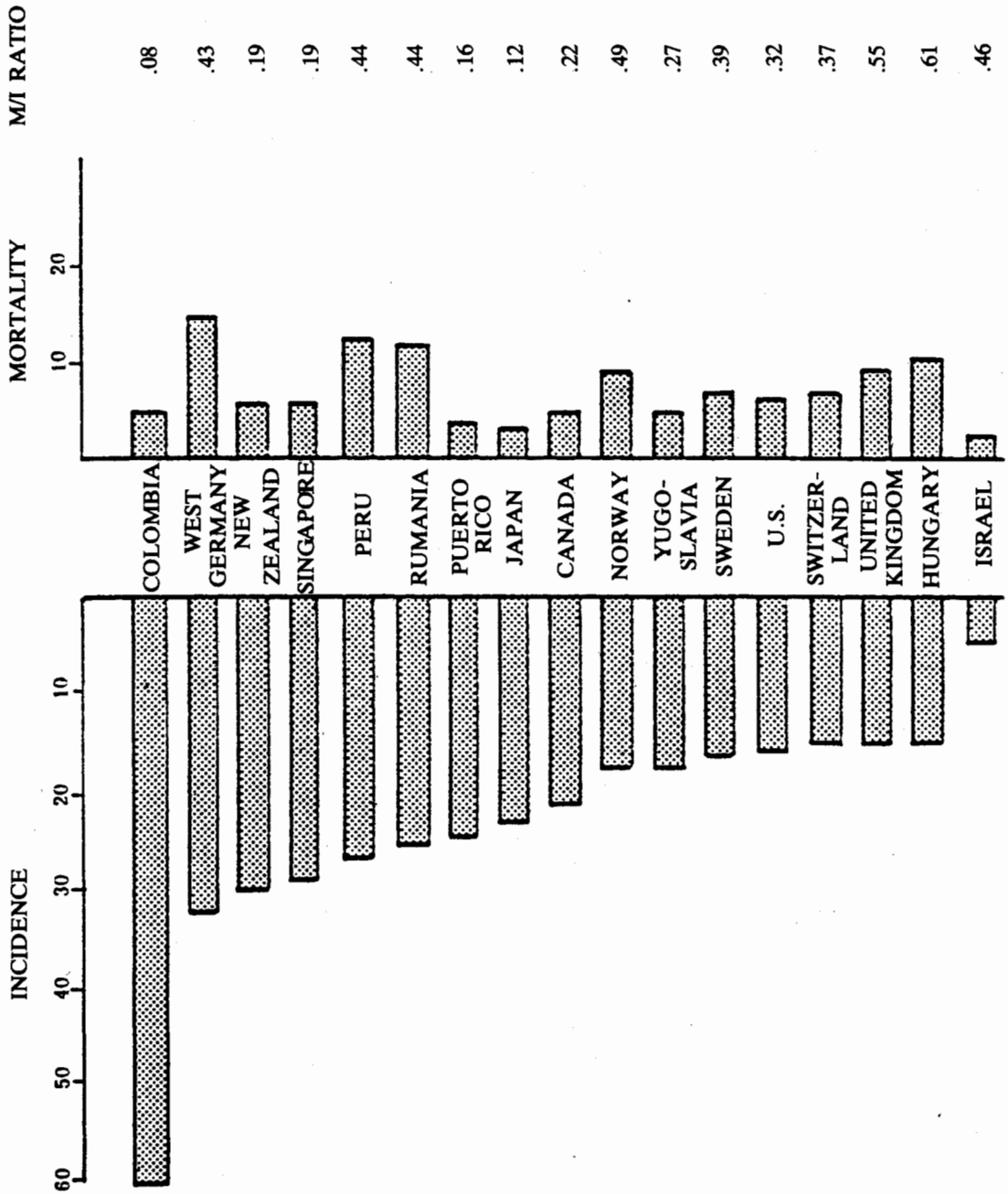
Country	Mortality*	Country	Mortality*
Israel	9.5	Yugoslavia	24.0
Philippines	11.4	Czechoslovakia	24.8
Greece	12.6	Portugal	25.4
Bulgaria	14.3	Japan	25.9
Australia	15.8	Hong Kong	26.9
Eire	16.8	Italy	26.9
New Zealand	18.2	West Germany	27.1
Northern Ireland	18.4	Singapore	28.8
Norway	18.5	Panama	28.9
Finland	18.9	Taiwan	33.8
Canada	19.1	Poland	35.2
Sweden	19.8	Denmark	35.5
United States	19.8	Hungary	35.5
Netherlands	20.3	Mauritius	35.7
Switzerland	20.7	Austria	36.3
England and Wales	20.7	Mexico	39.1
Scotland	21.2	Chile	43.7
France	22.1	Romania	45.5
Belgium	22.8		

* Age-standardised rates per 100000 women aged 35 to 64.

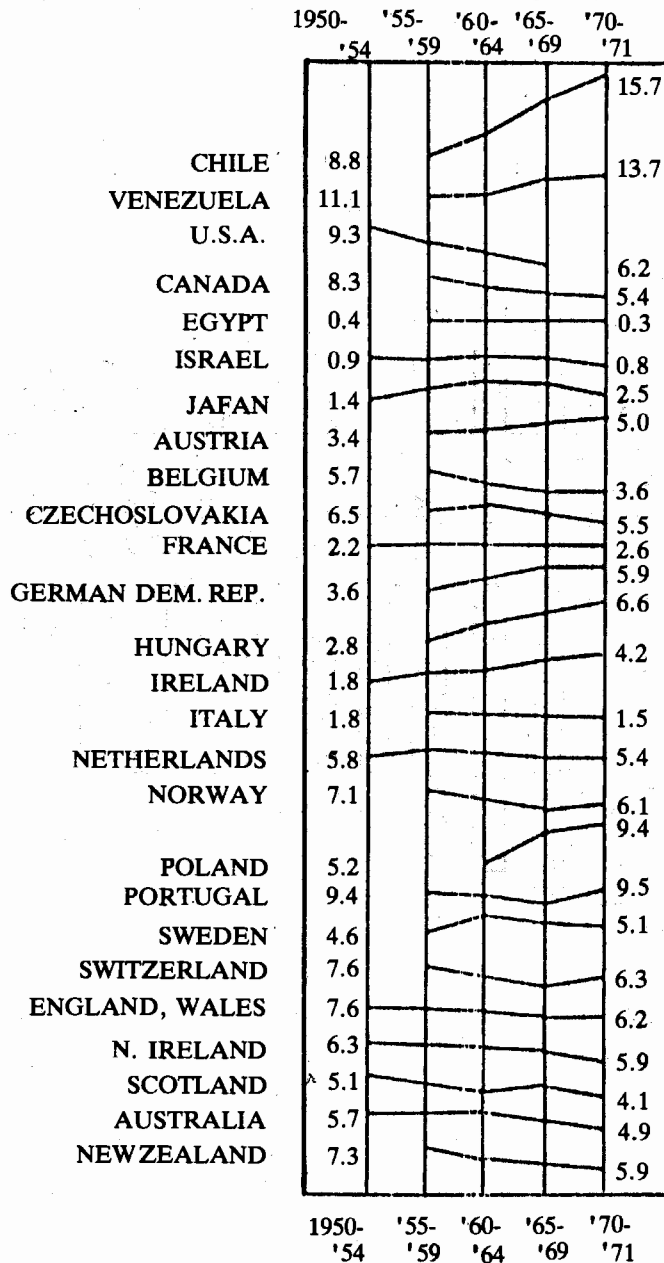
ตารางที่ 2 แสดงถึงอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งมดลูกในประเทศต่างๆ ในช่วงปี ค.ศ.1967-1971 และอัตราการตายในช่วงปี ค.ศ.1974-1975 ของมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งตัวมดลูกต่อประชากร 100,000 คน (จาก World health statistics annual, 1977)

Population	Cervixal cancer		Corpus cancer	
	Incidence	Mortality	Incidence	Mortality
Colombia	62.8	5.6	5.1	4.9
German Democratic Republic	33.2	14.3	13.0	8.5
New Zealand	31.0	5.8	10.0-22.3	3.9
Singapore	11.6-29.3	5.8	2.9-4.9	1.5
Peru (Lima)	28.6	12.7	3.1	2.1
Rumania	26.2	11.7	8.8	8.5
Puerto Rico	25.6	4.0	6.1	5.6
Japan	13.8-24.9	2.9	8.1	7.4
Canada	10.5-22.6	4.9	9.0-17.4	4.2
Norway	18.1	8.9	9.7	5.0
Yugoslavia	18.1	4.9	9.1	8.7
Sweden	17.7	6.9	12.1	7.9
United States, all races	17.3	5.5	19.3	5.6
Switzerland	16.1	5.9	16.3	8.8
United Kingdom	10.1-16.1	6.3-8.8	6.7-11.0	6.8
Hungary	11.0-16.0	9.8	7.0-12.3	16.0
Israel (Jewish)	4.5-5.0	2.3	10.8	4.0

* Sources : Incidence rates (except Peru), Cancer Incidence in Five Continents (1976). Mortality rates (except Peru), World Health Statistics Annual (1977). Peru, Brandon (1973)



รูปที่ 1 แสดงถึงอุบัติการณ์, อัตราตาย และอัตราส่วนของอัตราตายต่ออุบัติการณ์ (M/I ratio ของมะเร็งปากมดลูก ในประเทศต่างๆ (จาก Cancer incidence in five continents, 1976 World health statistics annual, 1977)



รูปที่ 2 แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงอัตราค่าจากกะเร็งปากมดลูกในประเทศต่างๆ ในช่วงปี ค.ศ.1950-1970 (จากแหล่งเดียวกับรูปที่ 1)

ตารางที่ 3 แสดงถึงอัตราตายจากมะเร็งปากมดลูกในประเทศแคนาดา ในช่วงปี ค.ศ. 1932-1984
(จาก Aylomamitis A. Am J obstet Gynecol 1987; 156:1075-80)

Year	Age-standardized rates	
	Mortality	Morbidity
1932	-	4.67
1936	-	6.26
1940	-	7.55
1944	-	7.09
1948	-	7.67
1952	-	8.66
1956	-	8.23
1960	-	6.88
1964	-	6.44
1968	-	5.92
1970	15.30	5.76
1971	14.66	5.43
1972	12.63	5.01
1973	12.06	4.47
1974	11.97	4.38
1975	10.71	3.64
1976	10.73	3.42
1977	12.33	3.78
1978	11.88	3.64
1979	11.51	3.26
1980	10.11	2.83
1981	-	3.02
1982	-	3.02
1983	-	2.87
1984	-	2.66

* Per 100,000 population per year.

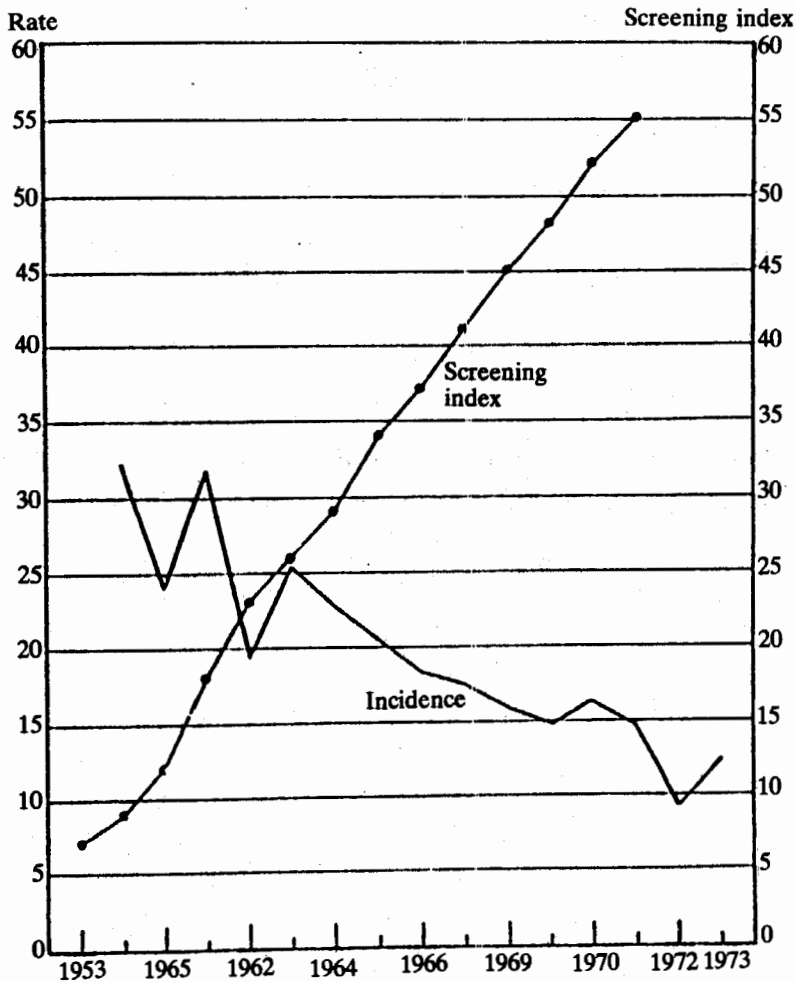
† Annual figures during 1970 to 1984.

ตารางที่ 4 แสดงถึงอุบัติการณ์และอัตราตายจากมะเร็งปากมดลูกที่จังหวัด British Columbia ประเทศแคนาดาในช่วงปี ค.ศ.1952-1977 (จาก Bonyes DA, et al : Gynecol oncol 1981; 125:143)

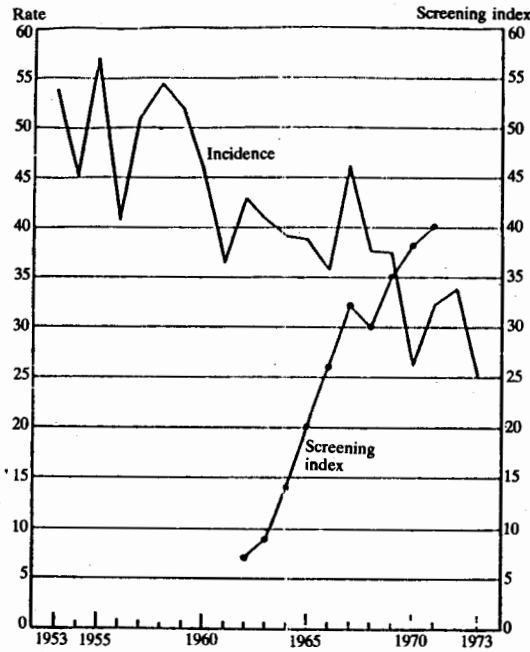
YEAR	WOMEN SCREENED ANNUALLY	TOTAL CASES OF INVASIVE CERVICAL CANCER	INCIDENCE 100,000 WOMEN	MORTALITY RATE FROM CERVICAL CANCER
1952	4,140	-	-	-
1953	5,584	-	-	-
1954	8,848	-	-	-
1955	11,707	120	28.4	-
1956	15,106	119	27.2	-
1957	18,719	120	26.0	-
1958	29,869	112	23.7	-
1959	38,849	108	22.6	11.4
1960	54,844	96	19.7	10.6
1961	81,614	115	23.2	9.9
1962	106,176	78	15.5	10.3
1963	119,292	98	19.1	12.9
1964	138,700	86	16.3	11.0
1965	161,556	80	14.7	10.6
1966	182,375	77	13.6	7.7
1967	209,405	85	14.3	7.8
1968	236,234	80	13.0	6.4
1969	266,036	89	13.0	8.8
1970	297,407	82	12.3	7.1
1971	322,436	73	10.6	6.9
1972	336,351	66	9.2	8.0
1973	377,397	71	9.5	6.0
1974	385,303	67	8.6	5.6
1975	-	70	8.7	4.8
1976	-	69	8.4	5.2
1977	-	64	7.6	3.8

มดลูกลดลงมาเป็นลำดับ (ตารางที่ 4 และรูปที่ 3^(5,6)) สำหรับใน Alberta และ Saskatchewan นั้นได้มีการทำทะเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนในช่วงปี ค.ศ.1946 และ 1953 แต่เริ่มมีโครงการตรวจมะเร็งปากมดลูกระยะแรกในชุมชน หลังจากนั้นอีกประมาณ 10 ปี พบว่าอัตราตายจาก

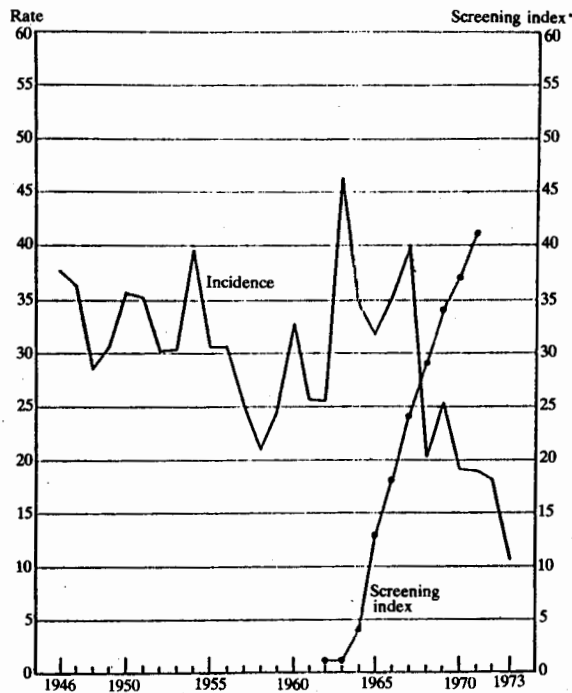
มะเร็งปากมดลูกในทั้งสองจังหวัด เริ่มมีแนวโน้มที่จะลดลงหลังจากการทำทะเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็งแล้ว แต่อัตราการลดเห็นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เมื่อเริ่มมีโครงการตรวจมะเร็งระยะแรกในชุมชน (รูปที่ 4 และ 5)



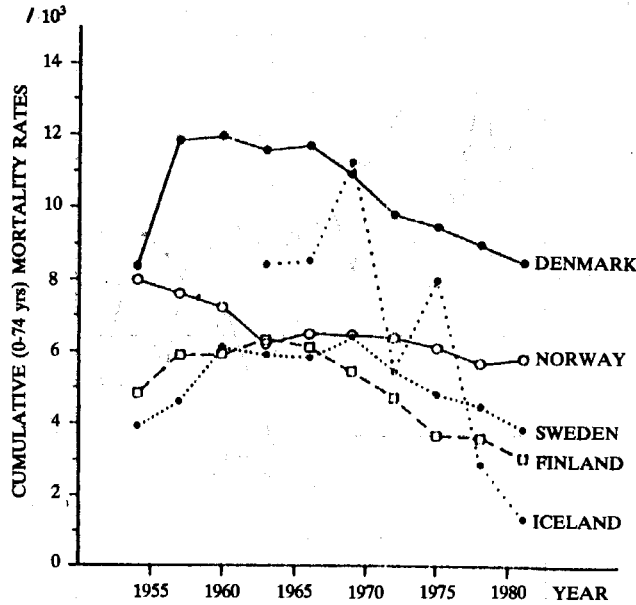
รูปที่ 3 รูปกราฟเส้นแสดงถึงการลดอัตราตายจากมะเร็งปากมดลูกหลังจากเริ่มมีโครงการตรวจมะเร็งปากมดลูกระยะแรกในปี ค.ศ.1958-1973 (จากแหล่งเดียวกับตารางที่ 1)



รูปที่ 4 รูปกราฟเส้นแสดงถึงการลด อัตราตายจากมะเร็งปากมดลูกในจังหวัด Alberta ประเทศแคนาดา ในช่วงปี ค.ศ.1953-1973 (จากแหล่งเดียวกับตารางที่ 1)



รูปที่ 5 รูปกราฟเส้นแสดงถึงการลดอัตราตายจากมะเร็งปากมดลูกในจังหวัด Saskatchewan ประเทศแคนาดาในช่วงปี ค.ศ.1946-1973.



WHO mortality data bank
Trends in triannual cumulative mortality rates (0-74 years of age)
or cervical cancer in the Nordic countries, 1953-1982.

รูปที่ 6 รูปกราฟเส้นแสดงถึงการลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูก ในประเทศกลุ่มสแกนดิเนเวีย ในช่วงปี ค.ศ.1955-1980 (จาก Laara E, et al. The Lancet 1987; May 30, 1247)

ประเทศกลุ่มสแกนดิเนเวีย⁽⁷⁾

ประเทศกลุ่มสแกนดิเนเวียหรือกลุ่มนอร์ดิก ประกอบด้วย 5 ประเทศ คือ สวีเดน, นอร์เวย์, เดนมาร์ก, ฟินแลนด์และไอซ์แลนด์ โครงการตรวจมะเร็งปากมดลูกระยะแรกในชุมชนในประเทศเหล่านี้เริ่มขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ.1980 โดยได้รับความร่วมมือและคำแนะนำอย่างใกล้ชิดจาก International Union Against Cancer (UICC) ในประเทศไอซ์แลนด์ ซึ่งมีประชากรประมาณแสนคนได้รับการตรวจทั้งประเทศพบว่า ในช่วงปี ค.ศ. 1985 ถึงปี ค.ศ.1982 อัตราตายจากมะเร็งปากมดลูกลดลง 80% (รูปที่ 6) ในประเทศฟินแลนด์ ซึ่งมีประชากรประมาณ 2 ล้านคนได้มีโครงการทั่วประเทศเช่นกัน พบว่าในช่วงระยะเวลาเดียวกัน อัตราตายจากมะเร็งปากมดลูกลดลง

50% ประเทศสวีเดนซึ่งมีประชากรประมาณ 4 ล้านคน มีโครงการทั่วประเทศเช่นเดียวกัน ในช่วงระยะเวลาเดียวกันมีอัตราตายลดลง 34% สำหรับประเทศเดนมาร์กไม่ได้ทำโครงการตรวจมะเร็งปากมดลูกระยะแรกทั่วประเทศเหมือนประเทศทั้งสามที่กล่าวแล้ว ทำเป็นบางส่วนแต่สามารถครอบคลุมประชากรได้ประมาณ 40% พบว่าในช่วงระยะเวลาเดียวกันสามารถลดอัตราตายจากมะเร็งปากมดลูกได้ 25% ส่วนประเทศนอร์เวย์ซึ่งเป็นประเทศเดียวที่มีการตรวจมะเร็งปากมดลูกระยะแรกน้อยที่สุดคือเพียง 5% ของประชากรทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตามในช่วงระยะเวลาเดียวกัน อัตราตายของมะเร็งปากมดลูกก็ยังลดลงถึง 10%

ประเทศสหราชอาณาจักร

ในประเทศสหราชอาณาจักร ยังไม่มีโครงการตรวจมะเร็งปากมดลูกระยะแรกครอบคลุมทั่วประเทศ มีทำเป็นบางส่วนเท่านั้นร่วมกับการทำ Cancer registration แต่อย่างไรก็ตามก็ยังพบว่าในช่วงปี ค.ศ.1963-1978 อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกได้ลดลงเป็นลำดับ⁽⁸⁾ ส่วนอัตราการตายนั้น ก็พบว่ามีการลดลงที่ละน้อยแต่ไม่ชัดเจนเหมือนกับของประเทศแคนาดา และกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย^(9,10)

สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน

ประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน ได้เริ่มมีโครงการตรวจมะเร็งระยะแรกในชุมชนทั่วทั้งประเทศตั้งแต่ปี ค.ศ.1971 โดยให้ตรวจในสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป จากการสรุปรายงานพบว่า จากปี ค.ศ.1963 ถึงปี ค.ศ.1976 อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกลดลงเรื่อย ๆ จาก 0.36% ถึง 0.03% ขณะเดียวกันอัตราการตายก็ลดลงด้วย⁽¹¹⁾

ประเทศสหรัฐอเมริกา

ในประเทศสหรัฐอเมริกานั้น โครงการตรวจมะเร็งปากมดลูกระยะแรกที่ทำในชุมชนมักจะทำเฉพาะแห่ง ไม่ครอบคลุมทั้งประเทศเนื่องจากเป็นประเทศใหญ่และมีประชากรมาก ตัวอย่างของโครงการที่สามารถแสดงให้เห็นการลดอุบัติการณ์และอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ เมือง Louisville มลรัฐ Kentucky ที่เมืองนี้ได้เริ่มโครงการมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1956 จนถึงปี ค.ศ.1973 พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยจากมะเร็งปากมดลูกลดลง 70.8% ของคนที่มีอายุ 30-39 ปี และ 69.0% ในช่วงอายุ 50-59 ปี

โครงการตรวจมะเร็งปากมดลูกระยะแรกในประเทศกำลังพัฒนา

สาธารณรัฐประชาชนจีน⁽¹²⁾

โครงการตรวจมะเร็งปากมดลูกระยะแรกในชุมชนของประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนเริ่มที่เมืองปักกิ่งก่อนในปี ค.ศ.1957 และขยายไปเรื่อย ๆ จนปัจจุบันครอบคลุมทั่วประเทศโดยใช้กับสตรีที่แต่งงานแล้วอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป พบว่าตั้งแต่ปี ค.ศ. 1958-1977 อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกในเมืองต่าง ๆ ลดลงเป็นลำดับ ส่วนอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกนั้นยังไม่มีกรนำมาเสนอ

ประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ

ความจริงมะเร็งปากมดลูก เป็นปัญหาที่สำคัญโรคหนึ่งของประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลายทั่วโลก เพราะมีความคล้ายคลึงกันในหลาย ๆ ด้าน เช่น ภาวะเศรษฐกิจ และสภาพสังคม ทั้งแถบทะเลเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก เอเชีย ออสเตรเลีย และแปซิฟิกตะวันตก ข้อมูลหรือตัวเลขสถิติเกี่ยวกับมะเร็งและการทำโครงการตรวจมะเร็งปากมดลูกระยะแรกในชุมชนยังขาดหรือมีก็ไม่ค่อยจะสมบูรณ์⁽¹⁴⁾ ข้อมูลที่ได้รับโดย WHO มักจะเป็นข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ของ WHO ออกไปหาข้อมูลเอง หรือเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นที่มีความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่นั้น ๆ ส่งมาส่วนมากจะเป็นข้อมูลจากสถาบันหรือโรงพยาบาล ตัวเลขของประชากรที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ของการทำการตรวจมะเร็งปากมดลูกระยะแรกในชุมชนกับการลดอุบัติการณ์หรืออัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกจึงยังไม่มี

ประเทศไทย

จนกระทั่งปัจจุบันนี้ยังไม่มีสถิติที่เป็นทางการที่สามารถบอกอุบัติการณ์และอัตราการตายของ

มะเร็ง ในประเทศไทยที่แท้จริงได้เพราะยังไม่มี การทำทะเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็งในชุมชนที่แท้จริง ตัวเลขที่ได้เป็นเพียงการรวบรวมโดยทางอ้อม และมักจะไม่สามารถหรือมีโอกาสผิดพลาดโน้ม เียงได้มาก ส่วนมากเป็นเพียงตัวเลขของสถาบัน โรงพยาบาลเท่านั้น แต่ตัวเลขทั้งหลายเหล่านี้ ก็จะตรงกันอยู่ข้อหนึ่งว่ามะเร็งปากมดลูกเป็น มะเร็งที่พบได้เป็นอันดับหนึ่งของประเทศ การทำ โครงการตรวจมะเร็งปากมดลูกในระยะแรกในชุมชน ที่เป็นโครงการถาวรครอบคลุมประชากรให้ได้ ทั้งหมด ในแต่ละท้องถิ่นยังไม่มี

สรุป

จากข้อมูลในประเทศพัฒนาหลาย ๆ ประเทศ ที่กล่าวข้างต้นก็พอจะเป็นแนวทางให้เห็นว่าการ ที่จะแก้ปัญหาเรื่องมะเร็งปากมดลูกนั้น จะต้อง ทำเป็นโครงการใหญ่ที่ถาวร และครอบคลุม ประชากรให้ได้ทั้งท้องถิ่น เช่น จังหวัด หรือ ภาคและจะต้องทำควบคู่ไปกับการทำทะเบียน ผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Cancer registration) ด้วย โดย ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ให้พร้อมทั้ง แพทย์ พยาธิแพทย์ นักเซลล์วิทยา นักเวช สติติ เป็นต้น ซึ่งน่าจะได้รับการสนับสนุนเป็น อย่างดีจากหน่วยงานของรัฐบาล ภาคเอกชน และ องค์การระหว่างประเทศด้วย เป็นที่น่ายินดีว่า International Agency for Research on Cancer (IARC) ได้เล็งเห็นความสำคัญของเรื่องนี้ ใน ประเทศไทยและกำลังหาทางสนับสนุนให้สาม โรงเรียนแพทย์ส่วนภูมิภาคทำในแต่ละท้องถิ่นของ ตัวเอง

เอกสารอ้างอิง

1. Pengsaa P, Udomthavomsuk B, Pesi M, et al. Cervical Cancer in Khon Kaen University Hospital 1976-1985, Thai Cancer Journal 1986; 12: 123-9.
2. Mould RF, Tungsubutra K. Proceeding of the meeting of the international working party and international conference on diagnosis and treatment of carcinoma of the cervix in developing areas, Pattaya and Bangkok, Thailand, January 8 to February 2, 1985.
3. Dallenbach-Hellweg G. Cervical Cancer : current topics in pathology. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 1981, p 86-88.
4. Morrow CP, Smart GE. Gynaecological oncology. Sringer-Verlag Berlin Heidelberg New York Tokyo 1986, p 39-50.
5. Aylomamitis A, The epidemiology of cancer of the uterine cervix in Canada 1931 to 1984. Am J Obstet Gynecol 1987; 156 : 1075-80.
6. Boyes DA, Worth AJ, Anderson GH. Experience with cervical screening in British Columbia. Gynecol Oncol 1981; 125 : S143.
7. Laara E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries : association with organized screening program mes. The Lancet 1987; May 30 : 1247-9
8. Parkin DM, Ngugen-Dinh X, Day NE. The impact of screening on the incidence of cervical cancer in England and Wales. Brit J Obstet Gynecol 1985; 92 : 150-7.
9. Roberts A. Cervical cytology in England and Wales, 1965-80. Health, Trends 1982; 14: 41-3.
10. Yule R. Mortality from carcinoma of the cervix. The Lancet 1978; 1 : 1031-2
11. Soost HJ, Bockmilhl B, Zock H. Results of cytologic mass screening in the Federal Republic of Germany. Acta Cytologica 1982; 26 : 445-52.
12. Christopherson WM, Lundin FE, Mendez WM, et al. Cervical cancer control : a study of morbidity and mortality trends over a twenty-one-year period. Cancer 1978; 38 : 1357-66.
13. Dawany Y, Jufang Y, Showfux, Yixian L. Mass cytologic screening for cervical carcinoma in China : a review of 7,735,057 reported cases. Acta Cytologica 1985; 29 : 341-4
14. Lunt R. Worldwide early detection of cervical cancer. Obstet Gynecol 1984; 63 : 708-13.