

## ความสำคัญทางคลินิกของผลการตรวจปากมดลูกด้วยการป้ายน้ำส้มสายชูแล้วดูด้วยตาเปล่า (VIA) เป็นบวก ที่โรงพยาบาลนครพิงค์

จตุชัย มณีรัตน์

กลุ่มงานสูติรีเวช โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

## Clinical Significance of Positive Visual Inspection with Acetic Acid (VIA) Result at Nakornping Hospital

Jatuchai Maneerat

Department of Obstetrics and Gynecology, Nakornping Hospital, Chiang Mai, Thailand

**หลักการและเหตุผล:** การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการป้ายน้ำส้มสายชูแล้วดูด้วยตาเปล่า (VIA) ได้เริ่มดำเนินการในจังหวัดเชียงใหม่มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 มีผู้มารับบริการได้รับการส่งตัวเข้าตรวจรักษาต่อที่โรงพยาบาลนครพิงค์ อย่างไรก็ตามยังไม่เคยมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายมาก่อน

**วัตถุประสงค์:** เพื่อทราบผลการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายและความชุกของรอยโรคในเยื่อเมือกแควมัส (SIL) และมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลการตรวจ VIA เป็นบวก และได้รับการส่งตัวมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลนครพิงค์

**ผู้ป่วยและวิธีการ:** ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจ VIA เป็นบวก และได้รับการส่งตัวมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลนครพิงค์ ระหว่างวันที่ 1 ก.ค. 2548 ถึง 30 มิ.ย. 2549 ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย กรณีที่ผิดปกติจะได้รับการตัดชิ้นเนื้อเพื่อการวินิจฉัยขั้นสุดท้าย ข้อมูลทั้งหมดได้รับการบันทึกลงในแบบบันทึกที่ได้รับการออกแบบไว้ก่อน และผู้นิพนธ์ได้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดและนำมาทำการศึกษาวិเคราะห์ย้อนหลัง

**รูปแบบการศึกษา:** เชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง

**สถานที่ศึกษา:** โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

**ผลการศึกษา:** มีผู้ป่วยได้รับการส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลนครพิงค์จำนวน 142 ราย สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากพยาธิสภาพมีขนาดใหญ่ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการตรวจด้วยกล้องส่องขยายพบว่าผลการตรวจผิดปกติจำนวน 100 ราย ในกลุ่มนี้ได้รับการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายด้วยการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา โดยตรวจพบว่าเป็นรอยโรคในเยื่อเมือกแควมัสขั้นต่ำ

**Background:** Cervical cancer screening using visual inspection with acetic acid (VIA) program has been done in Chiang Mai Province since 2003. There were some patients referred to Nakornping Hospital because of certain clinical indications for referral. However, there was no previous data collection about the final diagnosis of these patients before.

**Objective:** To know the final diagnosis and prevalence rate of cervical squamous intraepithelial lesion (SIL) and cancer in patients with positive VIA results being referred to Nakornping Hospital.

**Materials and method:** All positive VIA patients whom referred to Nakornping Hospital during 1st July 2005 to 30th June 2006 received colposcopic examination. If abnormal colposcopic finding was found, colposcopic directed biopsy would be done to get the final tissue diagnosis. During this study period, all necessary data had been prospectively recorded on colposcopic data form. These data were retrospectively collected and analyzed in this study.

**Design:** Retrospective descriptive study

**Setting:** Nakornping Hospital, Chiang Mai, Thailand

**Result:** Among 142 patients, who had positive VIA results and were referred, the major reason of referral was large acetowhite lesion on cervix. All patients underwent colposcopy, 100 had abnormal colposcopic findings. In this group, final diagnosis was confirmed by colposcopic directed biopsy, twenty patients (14.1%) had low-grade

(Low-grade squamous intraepithelial lesion :LSIL) จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 14.1) รอยโรคในเยื่อเมือกชั้นสูง (High-grade squamous intraepithelial lesion :HSIL) จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 11.3) มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม 3 ราย (ร้อยละ 2.1) ปากมดลูกอักเสบเรื้อรัง 44 ราย (ร้อยละ 31) atypical immature squamous metaplasia and intraepithelial lesion cannot be excluded 8 ราย (ร้อยละ 5.6) ไม่พบสิ่งผิดปกติ 9 ราย (ร้อยละ 6.3)

**สรุป:** ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจ VIA เป็นผลบวกและได้รับการส่งตัวมาพบนรีแพทย์ ต้องได้รับการตรวจยืนยันด้วยการตรวจด้วยกล้องส่องขยายทุกราย และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายในรายที่มีข้อบ่งชี้ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีรอยโรคในเยื่อเมือกชั้นต่ำและชั้นสูงรวมกัน สูงถึงร้อยละ 25.4 และพบมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามร้อยละ 2.1

squamous intraepithelial lesions, sixteen patients (11.3%) had high-grade squamous intraepithelial lesions, three patients (2.1%) had invasive cancer, forty-four patients (31%) had chronic cervicitis, eight patients (5.6%) had atypical immature squamous metaplasia and intraepithelial lesion cannot be excluded, nine patients (6.3%) were normal.

**Conclusion:** Patients with positive VIA result must be examined by colposcopy. Colposcopic directed biopsy should be done in case of abnormal colposcopic finding, because low-grade and high-grade squamous intraepithelial lesions were found in 25.4% while invasive cervical cancer was found in 2.1%.

**Keywords:** VIA, colposcopy, squamous intraepithelial lesion, invasive cervical cancer

## บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคมะเร็งที่พบได้มากที่สุดสตรีไทย และเป็นโรคที่ทำลายความสามารถของผู้เกี่ยวข้องเป็นอย่างมาก ทั้งๆ ที่เป็นโรคซึ่งมีวิธีการตรวจคัดกรองและวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง อีกทั้งยังสามารถตรวจพบได้ล่วงหน้าก่อนที่จะเป็นมะเร็งนาน 5-10 ปี<sup>1</sup> Papanicolaou (Pap) smear ถือเป็นวิธีการตรวจคัดกรองที่ได้รับการยอมรับมานานมากกว่า 60 ปี เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงและใช้กันแพร่หลายทั่วโลก แต่ทั้งนี้ต้องสามารถตรวจครอบคลุมประชากรสตรีได้อย่างน้อยร้อยละ 80 จึงจะทำให้อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกลดลงได้อย่างชัดเจน<sup>2</sup> ประเทศไทยเริ่มมีการตรวจ Pap smear ในปี พ.ศ. 2495 ที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล แต่จนถึงปัจจุบัน ความครอบคลุมของประชากรสตรีที่ได้รับการตรวจ Pap smear ในภาพรวมของทั้งประเทศก็ยังไม่มีความครอบคลุมน้อยกว่าร้อยละ 10 ของกลุ่มประชากรเป้าหมาย<sup>3</sup> โดยเฉพาะในชนบท ยิ่งพบว่าต่ำมาก เป็นผลให้อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยไม่ลดลงเลยตลอด 50 ปีที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2542 มีรายงานอุบัติการณ์ของมะเร็งในสตรีไทยพบว่า โรคที่มีอุบัติการณ์สูงสุดได้แก่มะเร็งปากมดลูกโดยมีอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 20.9 ต่อประชากรสตรีแสนคน และอุบัติการณ์สูงสุดพบที่จังหวัดเชียงใหม่ โดยเท่ากับ 25.7 ต่อประชากรสตรีแสนคนต่อปี<sup>4</sup>

ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงมีความพยายามนำวิธีการตรวจคัดกรองอื่นๆ เข้ามาปรับใช้ในประเทศไทย เนื่องจากในสถานการณ์ที่ผ่านมาภายใต้บริบทเดิมๆ นั้น เราอาจกล่าวได้ว่า ไม่สามารถลดอุบัติการณ์ของโรคได้ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการป้ายน้ำส้มสายชูแล้วดูด้วยคาเปล่า (visual inspection with acetic acid: VIA) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ได้รับการนำมาใช้ในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา เนื่องจากเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูง ทำได้ง่าย ราคาถูก วัสดุที่ ไม่ต้องอาศัยวัสดุเครื่องมือที่มีราคาแพง และนักเซลล์วิทยาหรือพยาธิแพทย์ซึ่งขาดแคลนมาก นอกจากนั้น ในทางปฏิบัติ การจูงใจให้สตรีเข้ามารับการตรวจก็เป็นสิ่งสำคัญ โครงการใดขั้นตอนน้อย วัสดุเร็ว ก็ย่อมได้รับการยอมรับจากประชาชนมากกว่า สำหรับคุณภาพของการทดสอบ VIA ได้มีผลการศึกษามากมายยืนยันแล้ว ถึงคุณภาพที่ไม่ด้อยไปกว่า Pap smear (ตารางที่ 1)

ในปี พ.ศ. 2546 Gaffikin และคณะ<sup>12</sup> ได้ตีพิมพ์บทความที่สรุปถึงหลักฐานเท่าที่มีในปัจจุบัน สรุปว่า VIA มีคุณภาพเท่าเทียมกับ Pap smear นอกจากนี้องค์การวิชาชีพต่างๆ เช่น วิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งอเมริกา ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งอังกฤษ สมาคมสูตินรีแพทย์แคนาดา ก็ยังได้ให้การรับรอง VIA แล้วว่า เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ใช้ได้ดี ในการตรวจคัดกรองสำหรับท้องถิ่นที่มีทรัพยากรจำกัด (ACOG 2004)<sup>13</sup>

ตารางที่ 1 แสดง sensitivity และ specificity ของ VIA ในการตรวจหา HSIL และ cervical cancer

ผู้ศึกษา	ประเทศ	จำนวนที่ศึกษา	Sensitivity	Specificity
Belinson (2001) <sup>5</sup>	China	1997	71%	74%
Denny et al (2001) <sup>6</sup>	South Africa	2944	67%	84%
Sankaranarayanan et al (1999) <sup>7</sup>	India	1351	96%	68%
University of Zimbabwe and JHPIEGO (1999) <sup>8</sup>	Zimbabwe	2148	77%	64%
Sankaranarayanan et al (1998) <sup>9</sup>	India	2935	90%	92%
Megevand et al (1996) <sup>10</sup>	South Africa	2426	65%	98%
Sankaranarayanan et al (2004) <sup>11</sup>	India	56939	76.8%	85.5%

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA ได้เริ่มดำเนินการในจังหวัดเชียงใหม่มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 และได้เริ่มให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปในปี พ.ศ. 2548 โดยเน้นกลุ่มประชากรในเขตชนบท ภายหลังจากการดำเนินการไประยะหนึ่งก็เริ่มมีผู้มารับบริการได้รับการส่งตัวเข้ามารับการตรวจรักษาต่อที่โรงพยาบาลนครพิงค์ ด้วยเหตุผลตามข้อบ่งชี้ของการส่งต่อที่ได้รับการสอนและฝึกอบรมมาจากหลักสูตร “ทักษะทางคลินิกในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการป้ายน้ำส้มสายชูแล้วดูด้วยตาเปล่า” ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรับเอารูปแบบจากองค์กร JHPIEGO แห่งมหาวิทยาลัย John Hopkins มาปรับใช้ แต่เนื่องจากยังไม่เคยมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับเหตุผลในการส่งผู้ป่วยมารับการรักษาต่อ รวมไปถึงผลการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายของผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก่อน และหากได้ข้อมูลนี้ ก็จะสามารถสะท้อนถึงผลการทำงานและความสามารถของพยาบาลที่ได้ผ่านการฝึกฝนอบรมในหลักสูตร “ทักษะทางคลินิกในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการป้ายน้ำส้มสายชูแล้วดูด้วยตาเปล่า” และได้ปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่อีกด้วย ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษานี้

### ผู้ป่วยและวิธีการศึกษา

จากจำนวนผู้มารับบริการในจังหวัดเชียงใหม่ที่ได้รับการตรวจ VIA ตั้งแต่ 1 พ.ศ. 2548 ถึง 30 เม.ย. 2549 ทั้งหมด 21,330 ราย พบว่ามีผลการตรวจ VIA เป็นบวกจำนวน 1,442 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.76 และในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้รับการรักษาด้วยวิธีจีเย็นจำนวน 1,045 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.51 ที่เหลือจำนวน 397 รายได้รับการส่งตัวไปพบนรีแพทย์ เนื่องจากมีข้อห้ามในการรักษาด้วยวิธีจีเย็นต่างๆ ได้แก่ สงสัยมะเร็งหรือรอยโรคมีขนาดใหญ่เกินกว่าที่จะจีได้ด้วยหัวจีขนาด 20 มิลลิเมตร เช่น มีขนาดใหญ่เกินขอบนอกของหัวจีเย็นมากกว่า 2 มิลลิเมตร หรือรอยโรคลามเข้าไปยังด้านในของรู

ปากมดลูก เป็นต้น ผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้รับการส่งตัวเข้ามารับการตรวจที่โรงพยาบาลนครพิงค์ตั้งแต่ 1 ก.ค. 2548 ถึง 30 มิ.ย. 2549 จำนวนทั้งสิ้น 142 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.8 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการส่งตัวไปพบนรีแพทย์เนื่องจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย และหัตถการต่างๆ ที่อาจจะได้รับ เช่น การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาด้วยวิธีการต่างๆ และได้ลงนามในใบยินยอมให้ตรวจรักษาทุกราย

นรีแพทย์ที่ทำการตรวจในคลินิกกล้องส่องขยาย (colposcopic clinic) มีทั้งหมด 4 ท่าน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 2 คน การให้ความเห็นเกี่ยวกับผลการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแต่ละกลุ่ม โดยอาศัยความผิดปกติที่เห็นจากการตรวจด้วยกล้อง เช่น acetowhite epithelium, punctation, mosaic, sharpness of border, iodine negativity, vascular pattern และ atypical vessels<sup>14</sup> ในกรณีที่ผลการตรวจด้วยกล้องส่องขยายพบความผิดปกติ ผู้ป่วยจะได้รับการตัดชิ้นเนื้อด้วยวิธี colposcopic directed biopsy (CDB), loop electrosurgical excision procedure (LEEP) หรือ cold knife conization (CKC) ก็ขึ้นอยู่กับชนิด ความรุนแรง และขนาดของรอยโรคที่พบ

ในกรณีที่ผู้ทำการตรวจด้วยกล้องส่องขยายมีความเห็นว่ารอยโรคน่าจะเป็นชนิดรอยโรคในเยื่อบุสแควมัสชั้นสูง (HSIL) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการตัดชิ้นเนื้อด้วยวิธี LEEP หรือ CKC ภายใต้แนวคิด “ดูแล้วทำการรักษาได้เลย” หรือ “see-and-treat” ขึ้นเนื้อทั้งหมดจะได้รับการตรวจโดยคุณจารย์ในภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในระหว่างที่ทำการศึกษา ผู้ตรวจรักษาได้ทำการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยผลการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย และผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ลงในแบบบันทึกการตรวจด้วยกล้องส่องขยายไว้ก่อนแล้วจึงได้นำมาเก็บรวบรวมและทำการวิเคราะห์ในภายหลัง

**ตารางที่ 2** แสดงเหตุผลที่ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวเข้ามารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลนครพิงค์

เหตุผล	จำนวน	ร้อยละ
1. รอยโรคมีขนาดใหญ่มากกว่าร้อยละ 75 ของปากมดลูก	17	12
2. รอยโรคกว้างเกินหัวจี้มากกว่า 2 มิลลิเมตร หรือลามเข้าไปในปากมดลูก	122	86
3. สงสัยมะเร็ง	2	1.4
4. ปากมดลูกอยู่ในตำแหน่งที่ไม่สามารถทำการจี้ได้อย่างปลอดภัย	1	0.6
<b>รวม</b>	<b>142</b>	<b>100</b>

**ตารางที่ 3** แสดงผลการตรวจทางพยาธิวิทยาในกลุ่มที่ผู้ตรวจมีความเห็นว่าเป็น LSIL

Tissue pathology	Procedure			
	CDB	LEEP	CKC	รวม
1. No epithelial lesion	3	-	-	3
2. Chronic cervicitis	8	-	-	8
3. Atypical immature squamous metaplasia and intraepithelial lesion cannot be excluded	3	-	-	3
4. LSIL	7	-	-	7
5. HSIL	-	-	-	-
6. Invasive cancer	-	-	-	-
<b>รวม</b>	<b>21</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>21</b>

CDB = colposcopic directed biopsy

LEEP = loop electrosurgical excision procedure

CKC = cold knife conization

LSIL = Low-grade squamous intraepithelial lesion

HSIL = High-grade squamous intraepithelial lesion

**ตารางที่ 4** แสดงผลการตรวจทางพยาธิวิทยาในกลุ่มที่ผู้ตรวจมีความเห็นว่าเป็น HSIL

Tissue pathology	Procedure			
	CDB	LEEP	CKC	รวม
1. No epithelial lesion	1	2	3	6
2. Chronic cervicitis	4	30	2	36
3. Atypical immature squamous metaplasia and intraepithelial lesion cannot be excluded	1	4	-	5
4. LSIL	2	11	-	13
5. HSIL	3	12	1	16
6. Invasive cancer	-	-	2	3
<b>รวม</b>	<b>11</b>	<b>60</b>	<b>8</b>	<b>79</b>

CDB = colposcopic directed biopsy

LEEP = loop electrosurgical excision procedure

CKC = cold knife conization

LSIL = Low-grade squamous intraepithelial lesion

HSIL = High-grade squamous intraepithelial lesion

**ตารางที่ 5** แสดงผลการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายในผู้ป่วยที่มีผลการตรวจ VIA เป็นบวก และได้รับการส่งตัวมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลนครพิงค์ ระหว่าง 1 ก.ค. 2548 - 30 มิ.ย. 2549

ผลการวินิจฉัย	จำนวน	ร้อยละ
Normal colposcopy	42	29.6
Abnormal colposcopy		
No epithelial lesion	9	6.3
Chronic cervicitis	44	31
Atypical immature squamous metaplasia and intraepithelial lesion cannot be excluded	8	5.6
LSIL	20	14.1
HSIL	16	11.3
Invasive cancer	3	2.1
<b>รวม</b>	<b>142</b>	<b>100</b>

LSIL = Low-grade squamous intraepithelial lesion

HSIL = High-grade squamous intraepithelial lesion

### ผลการศึกษา

โรงพยาบาลนครพิงค์ได้รับผู้ป่วยที่มีผลตรวจคัดกรอง VIA เป็นบวก จำนวน 142 คน มาทำการตรวจรักษาต่อในคลินิกกล้องส่องขยาย โดยมีเหตุผลในการส่งต่อมาเพื่อรับการตรวจต่างๆ กันไป ได้แก่ รอยโรคมีขนาดใหญ่กว่าร้อยละ 75 ของปากมดลูก จำนวน 17 ราย รอยโรคมีขนาดกว้างเกินกว่าหัวจี้เย็นมากกว่า 2 มิลลิเมตร (หัวจี้มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 20 มิลลิเมตร) หรือรอยโรคลุกลามเข้าในรูปากมดลูก จำนวน 122 ราย สงสัยมะเร็งจำนวน 2 ราย และปากมดลูกอยู่ในตำแหน่งที่ไม่สามารถจี้เย็นได้อย่างปลอดภัย 1 ราย (ตารางที่ 2)

ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย พบว่ามีผลการตรวจเป็นปกติ จำนวน 42 ราย และพบว่ามีคามผิดปกติจากการตรวจดูด้วยกล้องส่องขยาย จำนวน 100 ราย ในกลุ่มที่ผิดปกตินี้ ผู้ตรวจมีความเห็นจากการตรวจว่าเป็นรอยโรคในเยื่อเมือกชั้นต่ำ (Low-grade squamous intraepithelial lesion :LSIL) จำนวน 21 ราย และรอยโรคในเยื่อเมือกชั้นสูง (High-grade squamous intraepithelial lesion :HSIL) จำนวน 79 ราย

ผู้ป่วยที่มีผลตรวจด้วยกล้องส่องขยายผิดปกติ จะได้รับการตรวจยืนยันทางพยาธิวิทยาด้วยการตัดชิ้นเนื้อเพื่อการส่งตรวจ หรือเพื่อการรักษาไปด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ CDB, LEEP หรือ CKC กลุ่มที่ผู้ตรวจมีความเห็นจากการตรวจว่าเป็น LSIL จะได้รับการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาด้วยวิธี CDB โดยมีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่าเป็น LSIL 7 ราย

เนื้อเยื่อปากมดลูกที่ปกติ 3 ราย เนื้อเยื่อปากมดลูก ที่มีการอักเสบ 8 ราย atypical immature squamous metaplasia and intraepithelial lesion cannot be excluded 3 ราย (ตารางที่ 3)

ผู้ป่วยที่ผู้ตรวจด้วยกล้องส่องขยายมีความเห็นว่าเป็น HSIL อาจได้รับการตัดชิ้นเนื้อด้วยวิธี CDB, LEEP หรือ CKC ก็ได้ โดยอาศัยหลักการ “see-and-treat” ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มนี้ได้รับการตัดชิ้นเนื้อด้วยวิธี LEEP หรือ CKC ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่า เป็นมะเร็งปากมดลูก 3 ราย HSIL 16 ราย LSIL 13 ราย และเนื้อเยื่อปากมดลูกที่ปกติ 6 ราย เนื้อเยื่อปากมดลูกที่มีการอักเสบ 36 ราย atypical immature squamous metaplasia and intraepithelial lesion cannot be excluded 5 ราย (ตารางที่ 4) ในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น HSIL จากผลการตรวจทางพยาธิวิทยาหลังจากการตัดชิ้นเนื้อด้วยวิธี CDB ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาเพิ่มเติมด้วยวิธี LEEP ซึ่งผลการตรวจทางพยาธิวิทยาจากการตัดชิ้นเนื้อด้วยวิธี LEEP ไม่พบว่ามีรายใดที่ให้ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาแตกต่างไปจากเดิม ซึ่งเคยให้การวินิจฉัยไว้ก่อนด้วยวิธี CDB

โดยสรุปพบว่าผลการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายของผู้ป่วยที่มีผลตรวจ VIA เป็นบวก และได้รับการส่งตัวมาตรวจจำนวน 142 ราย พบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม 3 ราย (ร้อยละ 2.1) HSIL 16 ราย (ร้อยละ 11.2) LSIL 20 ราย (ร้อยละ 14.1) ปากมดลูกอักเสบเรื้อรัง 44 ราย (ร้อยละ 31) atypical immature squamous metaplasia and intraepithelial lesion cannot be excluded 8 ราย (ร้อยละ 5.6) (ตารางที่ 5)

## วิจารณ์

หลังจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA ได้รับการนำมาเผยแพร่ในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา โดยมีการฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพและทำการศึกษาวิจัยในประชากรชนบท 4 อำเภอของจังหวัดร้อยเอ็ดเป็นแห่งแรก ได้เกิดข้อโต้แย้งขึ้นมากมาย ทั้งในกลุ่มสูตินรีแพทย์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง โดยมีทั้งผู้ที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย ในกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยให้เหตุผลว่า เป็นวิธีที่ไม่น่าเชื่อถือเนื่องจากไม่มั่นใจในกระบวนการอบรมว่าผู้ตรวจ VIA ที่ไม่ใช่แพทย์ (พยาบาลวิชาชีพ) จะทำได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าเทียมกับผลการศึกษาที่เขียนไว้ในรายงานการวิจัย และเป็นวิธีที่ไม่มีผลการตรวจทั้งทางเซลล์วิทยาและทางพยาธิวิทยายืนยัน กล่าวคือ ไม่มีหลักฐานให้ทำการตรวจสอยย้อนหลัง บางส่วนเข้าใจว่าจะได้รับการนำมาแทนที่วิธี Pap smear ที่มีการทำอยู่แล้วทั้งหมด ส่วนในกลุ่มผู้เห็นด้วยให้เหตุผลว่า ควรสนับสนุนเพราะมีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพชัดเจน มีกระบวนการฝึกอบรมที่เข้มข้น โดยหลักสูตรที่ได้มาตรฐานในระดับนานาชาติ จากมหาวิทยาลัย John Hopkins ที่มีชื่อเสียงในประเทศสหรัฐอเมริกา และสามารถนำมาใช้เป็นอีกทางเลือกหนึ่งควบคู่ไปกับวิธี Pap smear โดยเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้มารับบริการหรือปรับใช้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่ได้

ข้อมูลจากการศึกษานี้พบว่า การตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA ในกลุ่มประชากรสตรีอายุ 30-45 ปี ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 21,330 ราย พบว่ามีผลการตรวจ VIA เป็นบวก 1,442 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.76 นั้น ถือว่ามีความชุกของผลการตรวจ VIA เป็นบวก ต่ำกว่าข้อมูลจากการศึกษาที่จังหวัดร้อยเอ็ด โดยราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ แห่งมหาวิทยาลัยขอนแก่น องค์กร JHPIEGO แห่งมหาวิทยาลัย John Hopkins และกระทรวงสาธารณสุข<sup>15</sup> ซึ่งได้ทำการศึกษาในสตรีจำนวน 5,999 ราย พบว่ามีผลการตรวจ VIA เป็นบวกสูงถึงร้อยละ 13.3 เพราะฉะนั้น มีความเป็นไปได้ที่ความไวของวิธีการตรวจนี้ โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นเนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกที่จังหวัดเชียงใหม่สูงที่สุดในประเทศไทย ดังนั้นผู้ที่ทำการตรวจด้วยวิธีนี้ จึงควรเพิ่มความละเอียดรอบคอบในการตรวจให้มากยิ่งขึ้นไปอีก

จากการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย 142 รายที่มีผลการตรวจ VIA เป็นบวก และได้รับการส่งตัวมาตรวจที่โรงพยาบาลนครพิงค์ในการศึกษานี้พบว่า ผลการตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาขั้นสุดท้ายเป็น HSIL จำนวน 16 รายนั้น คิดเป็นค่าทำนายผลบวกได้ร้อยละ 11.2 สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยต่างๆ ที่ได้ทำมาแล้วจนถึงปัจจุบัน ในพื้นที่ที่มีความ

ชุกของโรคค่อนข้างสูง พบว่า ค่าทำนายผลบวกของวิธีการตรวจ VIA ต่อ HSIL อยู่ระหว่างร้อยละ 10-35<sup>16</sup> นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามอีก 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.1 จากข้อมูลนี้จะเห็นว่า ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจ VIA เป็นบวก และได้รับการส่งตัวมาพบแพทย์ด้วยเหตุผลต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นนั้น ต้องได้รับการตรวจยืนยันด้วยกล้องส่องขยายทุกราย การทำ Pap smear ซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้นั้น ถือว่าเป็นแนวทางที่ยอมรับไม่ได้และไม่ควรทำอย่างยิ่ง เนื่องจากวิธี Pap smear มีค่าผลลบเทียมสูงถึงร้อยละ 15-30 สำหรับรอยโรคภายในเยื่อเมือกชั้นสูง<sup>17-19</sup> ยกตัวอย่างเช่น ในการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่เป็น HSIL ทั้งหมด 16 ราย หากไม่ทำการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย แต่กลับทำการตรวจซ้ำด้วย Pap smear ก็จะมีผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ราย (ร้อยละ 15) ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาเพิ่มเติม เป็นต้น

ข้อกังวลอีกประการหนึ่งก็คือ ผู้เขียนพบว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม 3 ราย ทั้งหมดอยู่ในระยะที่ 1 แต่พยาบาลวิชาชีพไม่สามารถวินิจฉัยได้ โดยให้เหตุผลในการส่งต่อมาเพราะเพียงเห็นว่ามียอโรคนขนาดใหญ่เท่านั้น สำหรับพยาบาลผู้ตรวจ VIA หลักประกันที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการจี้เยื่อแก่ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในระยะลุกลามได้แก่ เมื่อตรวจพบก้อนหรือแผลผิดปกติสงสัยมะเร็งที่ปากมดลูกก็ควรไม่ควรดำเนินการตรวจคัดกรองต่อไปด้วยวิธีใดๆ ไม่ว่าจะวิธี Pap smear หรือวิธี VIA ก็ตาม เพราะโอกาสที่จะได้ผลลบเทียมมีสูง ควรส่งตัวผู้ป่วยไปพบแพทย์ทันที โดยอาจบอกกับผู้ป่วยว่า “ปากมดลูกมีความผิดปกติรุนแรง ต้องส่งไปพบแพทย์ เพื่อที่แพทย์จะได้พิจารณาส่องกล้องตรวจ หรือทำการตัดชิ้นเนื้อเพื่อการวินิจฉัยต่อไป” ไม่ควรบอกไปว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกแล้วและในกรณีที่พบว่ามีความผิดปกติเป็นบริเวณกว้างตามที่ห้ามในกรณีจี้เยื่อซึ่งได้มีการสอนในหลักสูตรอยู่แล้ว ก็ต้องไม่ฝืนไปทำการจี้เยื่อให้แก่ผู้ป่วย แม้จะได้รับการร้องขอก็ตาม เพราะรอยโรคที่เป็นบริเวณกว้างหรือลุกลามเข้าไปในรูปปากมดลูก อาจมีมะเร็งระยะลุกลามซ่อนเร้นอยู่ ควรส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจในคลินิกกล้องส่องขยาย เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้รับ การวินิจฉัยที่ถูกต้องก่อนพิจารณาดำเนินการรักษาด้วยวิธีการที่เหมาะสมแก่พยาธิสภาพต่อไป

ในปี พ.ศ. 2547 นายแพทย์ วชิรินทร์ สุนทรลัมศิริ<sup>20</sup> ได้รายงานข้อมูลการศึกษาวิจัยจากคลินิกกล้องส่องขยายที่โรงพยาบาลนครพิงค์ โดยผู้เข้าร่วมในการศึกษาทั้งหมดเป็นผู้ที่มีผลการตรวจด้วยวิธี Pap smear ผิดปกติ ในรายงานดังกล่าวพบว่า กรณีที่ผลการตรวจด้วยกล้องส่องขยายมีความเห็นว่าเป็น HSIL เปรียบเทียบกับผลการวินิจฉัยขั้นสุดท้าย จากชิ้นเนื้อที่ได้จากการทำ LEEP พบว่ามีความ

ถูกต้องถึงร้อยละ 80 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Szurkus และ Harrison<sup>21</sup> (ถูกต้องร้อยละ 71) และ Ferris et al<sup>22</sup> (ถูกต้องร้อยละ 82) ในรายงานดังกล่าวสรุปว่าสามารถนำแนวคิด “see-and-treat” มาใช้ในคลินิกกล้องส่องขยายของโรงพยาบาลนครพิงค์ได้ แต่ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้กลับแตกต่างไปมาก โดยผู้ที่เข้าร่วมในการศึกษาทั้งหมดมีผลการตรวจด้วยวิธี VIA เป็นบวก เมื่อผู้ทำการตรวจด้วยกล้องส่องขยายมีความเห็นว่าเป็น HSIL เปรียบเทียบกับผลการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายจากการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาพบว่ามีความถูกต้องเพียงร้อยละ 20.2 ทั้งนี้ ที่กลุ่มผู้ทำการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย ก็เป็นวิธีแพทย์กลุ่มเดียวกันกับที่ทำการศึกษาวิจัยและรายงานไว้ในปี พ.ศ. 2547 ดังกล่าวข้างต้น แต่ข้อมูลจากการศึกษานี้กลับบ่งชี้ว่า ไม่ควรนำแนวคิด “see-and-treat” (treat นั้นหมายถึงการทำ LEEP ไม่ใช่ cryotherapy) มาใช้ในผู้ป่วยที่มีผลตรวจ VIA ผิดปกติและมารับการตรวจด้วยกล้องส่องขยายเพิ่มเติม เพราะพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพียงปากมดลูกอักเสบเรื้อรัง (ร้อยละ 31) ดังนั้น ในการตรวจผู้ป่วยที่มีผลการตรวจ VIA ผิดปกติด้วยกล้องส่องขยาย ควรดำเนินการตรวจด้วยความละเอียดรอบคอบ ปฏิบัติไปตามขั้นตอนที่เหมาะสม โดยควรทำการรักษาจากน้อยไปหามาก และไม่ควรมีแนวคิด “see-and-treat” มาใช้ เพราะโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาเกินความจำเป็นมีสูงมาก หากพบว่าจากการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย มีรอยโรคที่สงสัยว่าอาจเป็น SIL ก็ควรทำ CDB ก่อนเสมอ ไม่ควรข้ามหรือลัดขั้นตอน

สุดท้าย ข้อมูลจากการศึกษานี้บ่งชี้ให้เห็นว่า คลินิกที่ทำการตรวจด้วยกล้องส่องขยายประจำจังหวัดต่างๆ ที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA นั้น ไม่ควรมีแพทย์ปฏิบัติงานเพียงท่านเดียว เนื่องจากภาระงานจะเพิ่มขึ้นมากกว่าการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Pap smear มาก เนื่องจากโดยทั่วไปแล้ว วิธี VIA มีความไว (sensitivity) สูงกว่า แต่มีความจำเพาะ (specificity) ต่ำกว่าวิธี Pap smear ก็ย่อมมีผู้ป่วยที่จะได้รับการส่งตัวเข้ามารับการตรวจมากกว่าวิธี Pap smear แต่โอกาสที่ตรวจพบผลบวกลงก็จะมีมากกว่าด้วยเช่นกัน และด้วยเหตุนี้เอง หลักการ “see-and-treat” จึงกลับไม่มีความเหมาะสม หากจะนำมาใช้ในคลินิกกล้องส่องขยายสำหรับผู้ป่วยที่มีผลการตรวจ VIA เป็นบวก

## สรุป

ผลการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายของผู้ป่วยที่มีผลตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA เป็นบวก และได้รับการส่งตัวมารับการตรวจที่โรงพยาบาลนครพิงค์จำนวน 142 คน พบว่าเป็น LSIL ร้อยละ 14.1 เป็น HSIL ร้อยละ 11.3 และเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามร้อยละ 2.1 แสดงให้เห็นว่า การตรวจด้วยกล้อง

ส่องขยายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ทุกราย มีความเหมาะสมและคุ้มค่า ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ น่าจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง สำหรับผู้ที่ได้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับโครงการตรวจคัดกรองและป้องกันมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย เช่น โรงพยาบาลวิชาชีพที่ทำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA แพทย์ประจำโรงพยาบาล และแพทย์ผู้ทำการตรวจด้วยกล้องส่องขยายในจังหวัดที่มีพยาบาลวิชาชีพที่ทำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA เพื่อที่จะได้นำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการพิจารณาให้การดูแลรักษาเพิ่มเติม ตลอดจนเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- Ostor AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *Int J Gynecol Pathol* 1993; 12: 186-92.
- IARC Working Group on Cervical Cancer Screening. In: Hakama M, Miller AB, Day NE, editors. Summary chapter. Screening for cancer of the uterine cervix. Lyon: IARC Sci Publ, 1986 : 133-44.
- ประเสริฐ ตรีวิจิตรศิลป์. Cervical cancer screening: interpretation & situation in Thailand. ใน: ชมรมคอลโปสโคปี, บรรณาธิการ. Basic principle of colposcopy and management of abnormal cytologic screening, กรุงเทพมหานคร : คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี , 2546: 1-10.
- Deerasamee S, Srivatanakul P. Cervix uteri. In: Deerasamee S, Martin N, Sontipong S, Sriamporn S, Sriplung S, Srivatanakul P, et al , editors. Cancer in Thailand Vol. II. 1992-1994. Lyon: IARC, 1999: 56-9.
- Belinson JL, Pretorius RG, Zhang WH, Wu LY, Qiao YL, Elson P. Cervical cancer screening by simple visual inspection after acetic acid. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 441-4.
- Denny L, Kuhn L, Pollack A, Wainwright H, Wright TC Jr. Evaluation of alternative methods of cervical cancer screening for resource-poor settings. *Cancer* 2000; 89: 826-33.
- Sankaranarayanan R, Shyamalakumary B, Wesley R, Sreedevi Amma N, Parkin DM, Nair MK. Visual inspection with acetic acid in the early detection of cervical cancer and precursors. *Int J Cancer* 1999; 80: 161-3.
- University of Zimbabwe/JHPIEGO Cervical Cancer Project. Visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening: test qualities in a primary care setting. *Lancet* 1999; 353: 869-73.
- Sankaranarayanan R, Wesley R, Somanathan T, Dhakad N, Shyamalakumary B, Amma NS, et al. Visual inspection of the

- uterine cervix after the application of acetic acid in the detection of cervical carcinoma and its precursors. *Cancer* 1998; 83: 2150-6.
10. Megevand E, Denny L, Dehaeck K, Soeters R, Bloch B. Acetic acid visualization of the cervix: an alternative to cytologic screening. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 383-6.
  11. Sankaranarayanan R, Basu P, Wesley RS, Mahe C, Keita N, Mbalawa CC, et al. Accuracy of visual screening of cervical neoplasia: results from an IARC multicenter study in India and Africa. *Int J Cancer* 2004; 110: 907-13.
  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: 543-50.
  13. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG statement of policy: cervical cancer prevention in low-resource settings. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 607-9.
  14. Walker P, Dexeus S, De Palo G, Barrasso R, Campion M, Girardi F, et al. International terminology of colposcopy: an updated report from the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 175-7.
  15. Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists (RTCOG)/JHPIEGO Corporation 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: 814-20.
  16. Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low-and middle-income developing countries. *Bull World Health Organization* 2001; 79: 954-62.
  17. Fahey MT, Irwig L, Macaskill P. Meta-analysis of Pap test accuracy. *Am J Epidemiol* 1995; 141: 680-9.
  18. Koss L. The Papanicolaou test for cervical cancer detection: a triumph and a tragedy. *JAMA* 1989; 261: 737-43.
  19. Wilkinson EJ. Pap smears and screening for cervical neoplasia. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33: 817-25.
  20. Suntornlimsiri W. Loop electrosurgical excision for high grade squamous intraepithelial lesion on cervical cytology at Nakornping Hospital. *Chiang Mai Med Bull* 2004; 43: 143-50.
  21. Szurkus DC, Harrison TA. Loop excision for high-grade squamous intraepithelial lesion on cytology: correlation with colposcopic and histologic finding. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 1180-2.
  22. Ferris DG, Hainer BL, Pfenninger JL, Zuber TJ. "See-and-treat" electrosurgical loop excision of the cervical transformation zone. *J Fam Pract* 1996; 42: 253-7.

