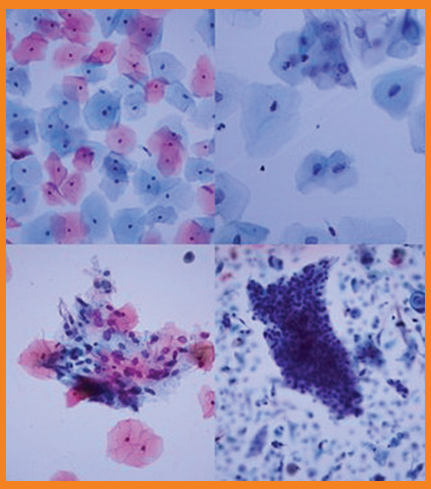
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก



เย็นฤดี ภูมิถาวร

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

โครงการหนังสือวิชาการที่น่าพิมพ์ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ให้จัดพิมพ์และจำหน่ายในราคาย่อมเยา

ถ่ายเอกสารแทนการใช้หนังสือ
คือการทำลายภูมิปัญญาสร้างสรรค์

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

แพทย์หญิงเย็นฤดี ภูมิถาวร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

2556

เย็นฤดี ภูมิถาวร.

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก.

1. เนื้องอกคอมดลูก - - การวินิจฉัย. 2. เนื้องอกคอมดลูก - - การป้องกันและควบคุม.

WP480

ISBN 978-616-314-063-0

eISBN 978-616-314-126-2

ลิขสิทธิ์ของ**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเย็นฤดี ภูมิถาวร**

สงวนลิขสิทธิ์

ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 1 เดือนธันวาคม 2556

จำนวน 300 เล่ม

ฉบับอิเล็กทรอนิกส์ (e-book) กันยายน 2557

จัดพิมพ์และจำหน่ายโดย**สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์**

อาคารธรรมศาสตร์ 60 ปี ชั้น U1 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ถนนพระจันทร์ กรุงเทพฯ 10200

โทร. 0-2223-9232, 0-2613-3801-2

โทรสาร 0-2226-2083

(สำนักงานศูนย์รังสิต โทร. 0-2564-2859-60)

e-mail address: unipress@tu.ac.th

พิมพ์ที่**ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็มแอนด์เอ็มเลเซอร์พริ้นต์**

นายสมชาย ดำขำ ผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

แบบปกโดยนายณรงค์ฤทธิ์ สิงห์ทอง

ราคาเล่มละ 120.- บาท

สารบัญ

หน้า

คำนำ (7)

บทที่ 1 แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1
(Cervical cancer screening recommendation)

บทที่ 2 วิธีตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 17
(Methods of cervical cancer screening)

บทที่ 3 การรายงานผลเซลล์วิทยาของปากมดลูก 31
(Terminology for reporting result of cervical cytology)

บทที่ 4 แนวทางการดูแลสตรีที่มีผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ 39
(Management of women with abnormal cervical cytology)

บทที่ 5 แนวทางการดูแลสตรีที่มีรอยโรคระยะก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก 68
(Management of women with preinvasive cervical diseases)

บทที่ 6 วิธีรักษารอยโรคระยะก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก 86
(Expectant and surgical treatment for preinvasive cervical diseases)

Index 110

คำนำ

หนังสือเล่มนี้ได้แรงบันดาลใจจากการที่ผู้เขียนได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรีตั้งแต่ศึกษาอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขามะเร็งวิทยานรีเวช ที่คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขณะนั้นมีผู้ป่วยมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี เช่น มะเร็งรังไข่ มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก และมะเร็งปากมดลูก จำนวนมาก แต่มีเพียงมะเร็งปากมดลูกเท่านั้นที่สามารถให้การวินิจฉัยและรักษาได้ตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็ง ทำให้ได้ผลการรักษาที่ดีกว่ามะเร็งชนิดอื่นๆ และเมื่อจบการศึกษาในปี พ.ศ. 2551 ผู้เขียนได้ทำงานเป็นอาจารย์ในหน่วยมะเร็งวิทยานรีเวช โครงการจัดตั้งภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จากประสบการณ์ในการสอนนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน ซึ่งจะเป็นกำลังหลักในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและให้การดูแลเบื้องต้นแก่สตรีที่มีผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ พบว่าบุคลากรเหล่านี้ยังขาดความรู้และความเข้าใจในเรื่องนี้อยู่มาก ซึ่งส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลมาจากขาดเอกสารภาษาไทย ประกอบกับในปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางวิชาการและมีความรู้ใหม่ๆ เกิดขึ้นอย่างมาก

ผู้เขียนจึงได้ตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องมีหนังสือภาษาไทยที่มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จึงได้จัดทำหนังสือเล่มนี้ขึ้น โดยได้รวบรวมความรู้ที่ทันสมัยและหลักฐานข้อมูลวิจัยทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้มาประกอบการเรียบเรียง เนื้อหาของหนังสือประกอบด้วย แนวทางและวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การดูแลสตรีที่มีผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ และการดูแลรักษาสตรีที่มีรอยโรคระยะก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก ผู้อ่านสามารถทำความเข้าใจได้ง่าย และใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า ตลอดจนนำไปใช้ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วย จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์แก่สูตินรีแพทย์ แพทย์เฉพาะทางมะเร็งนรีเวช แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ที่สนใจ เพื่อเป็นแนวทางประกอบในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

สุดท้ายนี้ผู้เขียนขอขอบคุณคณาจารย์ในหน่วยมะเร็งวิทยานรีเวช คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้สอนและถ่ายทอดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแก่ผู้เขียน และขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ได้สนับสนุนทุนในการจัดทำหนังสือเรื่องนี้

เย็นฤดี ภูมิถาวร

หน่วยมะเร็งวิทยานรีเวช
โครงการจัดตั้งภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทที่ 1

แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
(Cervical cancer screening recommendation)

บทนำ

มะเร็งปากมดลูก (cervical cancer) เป็นมะเร็งที่พบบ่อยในสตรีไทย มีอุบัติการณ์ (age-standardized incidence rate, ASR) 24.7 ต่อประชากร 100,000 คน[1] โดยมีรายงานผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณปีละ 7,000 คน และในแต่ละวันมีสตรีไทยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกถึงวันละ 7 คน[2] การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (cervical cancer screening) และให้การรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของปากมดลูกตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็ง จะช่วยลดอุบัติการณ์และอัตราตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

สาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อ human papillomavirus (HPV)[3-5] ซึ่งติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยทั่วไปการติดเชื้อ HPV ส่วนใหญ่จะไม่ทำให้เกิดความผิดปกติของปากมดลูก เนื่องจากเชื้อจะถูกกำจัดโดยภูมิคุ้มกันของร่างกายภายในระยะเวลา 8-24 เดือน[3,6,7] แต่การติดเชื้อ HPV แบบฝังแน่น (persistent HPV infection) เท่านั้นที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกจนเกิดเป็นรอยโรคระยะก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก (cervical intraepithelial neoplasia, CIN) การติดเชื้อ HPV พบบ่อยที่สุดในสตรีวัยรุ่นและสตรีอายุ 20-30 ปี และอุบัติการณ์ของการติดเชื้อจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น[8] สตรีอายุน้อยที่ติดเชื้อ HPV และมีรอยโรค CIN มักจะหายได้เอง[6,9,10] ดังนั้นการตรวจพบเชื้อ

HPV ในสตรีที่อายุมากขึ้นมักบ่งบอกว่าเป็นการติดเชื้อ HPV แบบฝังแน่น จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดรอยโรค CIN

ในปี ค.ศ. 2012 American Cancer Society (ACS), American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) และ American Society for Clinical Pathology (ASCP) 2012[11] และ U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) 2012[12] ได้เสนอแนวทางใหม่ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีความแตกต่างจากคำแนะนำของ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ปี ค.ศ. 2009[13] (ตารางที่ 1) โดยอ้างอิงข้อมูลที่ทันสมัยจากหลายการศึกษาเพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดังกล่าว คำแนะนำนี้สามารถใช้กับสตรีทั่วไป ยกเว้นสตรีที่มีความเสี่ยงที่ต้องได้รับการตรวจคัดกรองที่แตกต่างออกไป ซึ่งได้แก่

1. สตรีที่มีประวัติเป็นมะเร็งปากมดลูก
2. สตรีที่เคยมีประวัติได้รับสาร diethylstilbestrol (DES) ในขณะตั้งครรภ์
3. สตรีที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น สตรีที่ติดเชื้อ human immunodeficiency virus (HIV)

ตารางที่ 1 แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามคำแนะนำของสถาบันต่างๆ

แนวทางการตรวจ	**ACS, ASCCP และ ASCP ปี ค.ศ. 2012**[11]	**USPSTF ปี ค.ศ. 2012**[12]	**ACOG ปี ค.ศ. 2009**[13]
อายุที่ควรเริ่มตรวจ	21 ปี	21 ปี	21 ปี
วิธีและความถี่ของการตรวจคัดกรอง			
Cervical cytology*			
อายุ 21-29 ปี	ทุก 3 ปี	ทุก 3 ปี	ทุก 2 ปี
อายุ 30-65 ปี	ทุก 3 ปี	ทุก 3 ปี	ทุก 3 ปี (ถ้ามีประวัติผลเซลล์ปากมดลูกปกติ 3 ครั้งต่อเนื่องกัน)
Cotesting**			
อายุ 21-29 ปี	ไม่แนะนำ	ไม่แนะนำ	ไม่แนะนำ
อายุ 30-65 ปี	ทุก 5 ปี	ทุก 5 ปี	ทุก 3 ปี (ถ้าผลเซลล์ปากมดลูกปกติและผล HPV เป็นลบ)

ตารางที่ 1 แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามคำแนะนำของสถาบันต่างๆ (ต่อ)

แนวทางการตรวจ	ACS, ASCCP และ ASCP ปี ค.ศ. 2012[11]	USPSTF ปี ค.ศ. 2012[12]	ACOG ปี ค.ศ. 2009[13]
อายุที่ควรหยุดตรวจ	มากกว่า 65 ปี (ถ้ามีประวัติการตรวจคัดกรองในอดีตที่ดี)† ส่วนสตรีที่มีประวัติ CIN 2,3 หรือ adenocarcinoma in situ (AIS) มาก่อน ควรตรวจติดตามต่อไปอย่างน้อย 20 ปี	มากกว่า 65 ปี (ถ้ามีประวัติการตรวจคัดกรองในอดีตที่ดี)†	65-70 ปี (ถ้ามีประวัติการตรวจคัดกรองในอดีตที่ดี)†† ส่วนสตรีที่ยังมีเพศสัมพันธ์อยู่และมีคู่เพศสัมพันธ์หลายคน ควรตรวจคัดกรองต่อไปแม้อายุจะมากกว่า 65 ปี
การตรวจคัดกรองภายหลังตัดมดลูกแล้ว	ไม่แนะนำ (ถ้าไม่มีประวัติ cervical pre-cancer หรือ cancer มาก่อน)	ไม่แนะนำ (ถ้าไม่มีประวัติ CIN 2,3 หรือ cancer มาก่อน)	ไม่แนะนำ (ถ้าไม่มีประวัติ CIN 2,3 หรือ cancer มาก่อน) แต่ถ้าไม่ทราบประวัติสาเหตุของการตัดมดลูกควรตรวจคัดกรองต่อไป

* การตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก

** การตรวจหาเชื้อ HPV ร่วมกับการตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก

† มีประวัติผลเซลล์ปากมดลูกปกติ 3 ครั้งต่อเนื่องกัน หรือผล cotesting ปกติ 2 ครั้งต่อเนื่องกันภายใน 10 ปีก่อนหยุดตรวจคัดกรองและการตรวจครั้งสุดท้ายทำภายใน 5 ปีที่ผ่านมา และไม่มีประวัติปากมดลูกผิดปกติตั้งแต่ CIN 2 ขึ้นไปภายในเวลา 20 ปีที่ผ่านมา

†† มีประวัติผลเซลล์ปากมดลูกปกติ 3 ครั้งต่อเนื่องกันและไม่มีประวัติผลการตรวจคัดกรองผิดปกติภายใน 10 ปีที่ผ่านมา

แนวทางในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามคำแนะนำของ ASC, ASCCP, ASCP และ USPSTF ปี ค.ศ. 2012[11,12]

1. อายุที่ควรเริ่มตรวจคัดกรอง (age to begin screening)

ควรเริ่มตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่อายุ 21 ปี[11,12] ส่วนสตรีที่อายุน้อยกว่า 21 ปีไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรอง เนื่องจากอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรีวัยรุ่นพบได้น้อยมาก[14] อีกทั้งรอยโรค CIN ในสตรีวัยนี้ส่วนใหญ่หายได้เอง ดังนั้นการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มนี้อาจนำไปสู่การให้การรักษาโดยไม่จำเป็น อีกทั้งการรักษาบางอย่างอาจมีผลกระทบต่อภาวะการเจริญพันธุ์ในอนาคตของผู้ป่วยได้[15]

2. ความถี่ของการตรวจคัดกรอง (screening periodicity)

ในปัจจุบันไม่มีหลักฐานสนับสนุนให้ทำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกปี โดยการตรวจทุกปีจะเพิ่มการส่งตรวจต่อเพิ่มเติมและการรักษาความผิดปกติของปากมดลูกโดยไม่จำเป็น[16] เนื่องจากพบความชุกของการติดเชื้อ HPV แบบชั่วคราว (transient HPV infection) และรอยโรค CIN ขั้นต่ำ (low grade CIN, CIN 1) ได้มาก ซึ่งรอยโรคเหล่านี้ส่วนใหญ่หายได้เองภายในเวลา 1-2 ปี โดยความถี่ของการตรวจคัดกรองขึ้นกับอายุของสตรีดังนี้

สตรีอายุ 21 ถึง 29 ปี

ให้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก (cervical cytology) ทุก 3 ปี โดยไม่คำนึงถึงประวัติการตรวจคัดกรองในอดีตที่ผ่านมา[11,12]

เนื่องจากหลักฐานการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุก 2 ปี และ 3 ปี มีการลดลงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน[17,18] และพบมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นถ้าตรวจคัดกรองห่างกว่า 3 ปีหลังจากผลการตรวจครั้งสุดท้ายปกติ[19] แม้ว่าผลการตรวจคัดกรองครั้งก่อนในอดีตปกติหลายครั้งขึ้นการเกิดรอยโรคตั้งแต่ CIN 3 ขึ้นไปก็ไม่ลดลง[20] แต่ถ้าตรวจคัดกรองทุกปีจะเพิ่มการส่งตรวจปากมดลูกด้วยกล้องคอลโปสโคป (colposcopy) เป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกับการตรวจคัดกรองทุก 3 ปี โดยลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกเพียงเล็กน้อย นอกจากนี้พบว่าความชุกของการติดเชื้อ HPV ในสตรีที่อายุน้อยกว่า 30 ปีค่อนข้างสูง ดังนั้นจึงไม่แนะนำให้ใช้วิธีการตรวจหาเชื้อ HPV (HPV testing) ทั้งการตรวจ HPV testing อย่างเดียว (stand-alone test) และการตรวจร่วมกับ cervical cytology (cotesting)[11]

สตรีอายุ 30 ถึง 65 ปี

มี 2 แนวทางในการดูแลสตรีกลุ่มอายุนี้[11,12] ได้แก่

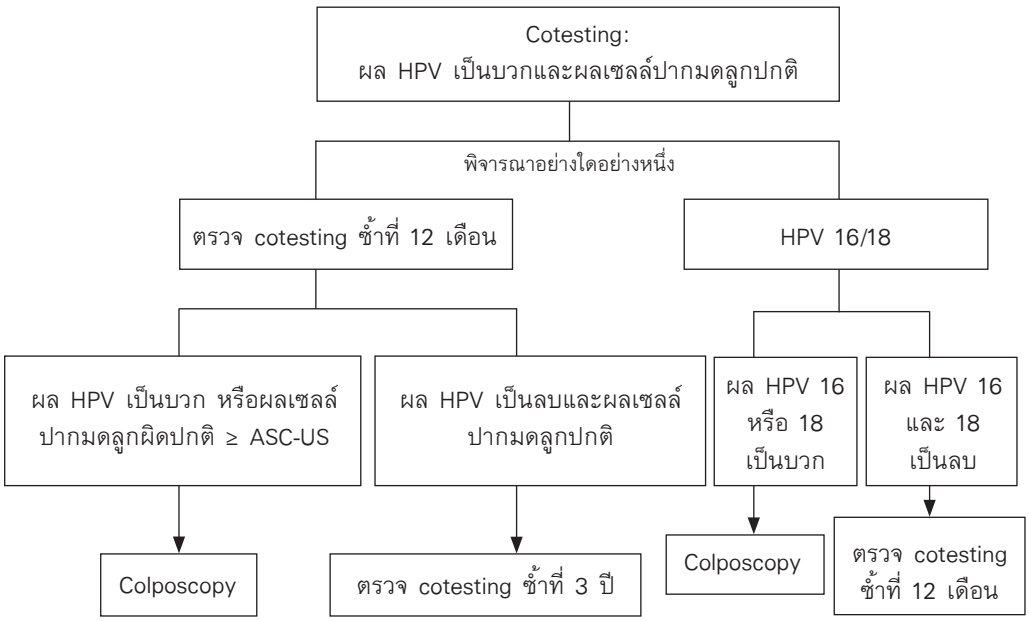
1. ตรวจ cervical cytology ร่วมกับ HPV testing (cotesting) ทุก 5 ปี หรือ
2. ตรวจ cervical cytology อย่างเดียว ทุก 3 ปี

เมื่อเปรียบเทียบการตรวจคัดกรองด้วยวิธี cotesting กับวิธี cervical cytology อย่างเดียว พบว่าการตรวจคัดกรองด้วยวิธี cotesting นอกจากจะทำให้อัตราการตรวจพบรอยโรคตั้งแต่ CIN 3 ขึ้นไปเพิ่มขึ้นในการตรวจคัดกรองครั้งแรกแล้ว อัตราการตรวจพบรอยโรคตั้งแต่ CIN 3 ขึ้นไปในการตรวจคัดกรองครั้งต่อไปยังลดลงด้วย[21-23] จึงทำให้ระยะห่างของการตรวจด้วยวิธี cotesting มากกว่าการตรวจด้วยวิธี cervical cytology อย่างเดียว นอกจากนี้ในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนการตรวจคัดกรองด้วยวิธี cervical cytology อย่างเดียวที่ห่างกว่าทุก 3 ปี แม้ว่าสตรีนั้นจะมีประวัติการตรวจคัดกรองในอดีตที่ดี อีกทั้งการตรวจ HPV testing ยังเพิ่มโอกาสการตรวจพบมะเร็งปากมดลูกชนิด adenocarcinoma ด้วย[24,25] เนื่องจากพบว่าการตรวจคัดกรองด้วยวิธี cervical cytology มีประสิทธิภาพในการลดอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งปากมดลูกชนิด adenocarcinoma ด้อยกว่าชนิด squamous cell carcinoma[26]

แนวทางการดูแลสตรีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปที่มีผล HPV เป็นบวก (positive) และผลเซลล์ปากมดลูกปกติ (แผนภูมิที่ 1) มี 2 แนวทาง ได้แก่

1. ตรวจ cotesting ซ้ำที่ 12 เดือน[27] เนื่องจากการติดเชื้อ HPV ส่วนใหญ่เป็น transient infection ซึ่งหายเองได้ภายในเวลาประมาณ 12 เดือน[28,29]
   - ถ้าผล cotesting ผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง (ผล HPV เป็นบวกหรือผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติตั้งแต่ระดับ ASC-US ขึ้นไป) ให้ตรวจปากมดลูกด้วยกล้อง colposcopy
   - ถ้าผล cotesting ปกติ (ผล HPV เป็นลบและผลเซลล์ปากมดลูกปกติ ให้ตรวจติดตาม cotesting ซ้ำที่ 3 ปี

2. ตรวจ HPV genotype-specific testing (HPV 16 และ 18)[27] พบว่าการติดเชื้อ HPV 16 หรือ HPV 18 มีความเสี่ยงสูงในการเกิดรอยโรค CIN 3 และมะเร็งปากมดลูก[30-32]
   - ถ้าผล HPV 16 หรือ HPV 18 เป็นบวก ให้ตรวจปากมดลูกด้วย colposcopy
   - ถ้าผล HPV 16 และ HPV 18 เป็นลบ ให้ตรวจ cotesting ซ้ำที่ 12 เดือน



แผนภูมิที่ 1 แนวทางการดูแลสตรีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปที่มีผล HPV เป็นบวก และผลเซลล์ปากมดลูกปกติ

แนวทางการดูแลสตรีที่มีผล HPV เป็นลบและผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติระดับ ASC-US

เนื่องจากสตรีกลุ่มนี้มีความเสี่ยงในการเป็นรอยโรค CIN 3 และมะเร็งปากมดลูกใกล้เคียงกับสตรีที่ตรวจ cervical cytology อย่างเดียวแล้วผลปกติ แต่ความเสี่ยงมากกว่าสตรีที่มีผล cotesting ปกติ (ผลเซลล์ปากมดลูกปกติและผลเป็น HPV เป็นลบ)[33,34] ดังนั้น การดูแลสตรีกลุ่มนี้ แนะนำให้ทำการตรวจติดตามด้วยการตรวจ cotesting ซ้ำที่ 3 ปี สำหรับสตรีที่อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป และตรวจ cervical cytology เพียงอย่างเดียวที่ 3 ปี สำหรับสตรีที่อายุน้อยกว่า 30 ปี[27]

สตรีอายุมากกว่า 65 ปี

ไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอีก ถ้ามีประวัติการตรวจคัดกรองด้วยวิธี cervical cytology ปกติ 3 ครั้งต่อเนื่องกัน หรือตรวจ cotesting แล้วปกติ 2 ครั้งต่อเนื่องกันภายในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา โดยผลการตรวจครั้งล่าสุดไม่เกิน 5 ปี และไม่มีประวัติปากมดลูกผิดปกติตั้งแต่ CIN 2 ขึ้นไปภายในเวลา 20 ปีที่ผ่านมา[11]

สตรีที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างเหมาะสมจะมีความเสี่ยงในการเกิดรอยโรค CIN 2 ขึ้นไปได้น้อย[35] การตรวจ cervical cytology ในสตรีกลุ่มนี้อาจเกิดผลบวกลวง (false positive) จากการตรวจได้ และการติดเชื้อ HPV ครั้งใหม่ในสตรีกลุ่มนี้ส่วนใหญ่หายได้เอง มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่จะเกิด persistent infection

อีกทั้งจากการดำเนินโรคของการเกิดมะเร็งปากมดลูกที่ยาวนานจึงเป็นไปได้ยากที่การตรวจพบการติดเชื้อ HPV และรอยโรค CIN หลังจากอายุ 65 ปี จะมีเวลาที่จะพัฒนากลายเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ในช่วงชีวิตของสตรีนั้น แต่ในสตรีที่มีประวัติอดีตมีปากมดลูกผิดปกติตั้งแต่ CIN 2 ขึ้นไปทั้งที่เคยได้รับการรักษาแล้วหรือหายเอง จะมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีทั่วไปถึง 5-10 เท่า[36,37]

สตรีที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และมีประวัติเป็น CIN 2,3 หรือ adenocarcinoma in situ (AIS)

สตรีที่เป็น CIN 2 ขึ้นไปและ AIS ที่ได้รับการรักษาหายแล้ว ควรได้รับการตรวจคัดกรองต่อไปอย่างน้อย 20 ปี แม้ว่าอายุจะเกิน 65 ปี ก็ตาม[11]

3. สตรีที่ตัดมดลูกแล้วและไม่มีประวัติเป็นรอยโรคตั้งแต่ CIN 2 ขึ้นไปมาก่อน

สตรีที่ได้รับการตัดมดลูกและปากมดลูกออกแล้ว โดยที่ไม่เคยมีประวัติเป็นรอยโรคตั้งแต่ CIN 2 ขึ้นไปมาก่อน ไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองมะเร็งช่องคลอด (vaginal cancer) อีกต่อไป[11] เนื่องจากอุบัติการณ์ของการเกิด vaginal cancer นั้นต่ำมาก[38] และการตรวจพบ vaginal cytology ที่ผิดปกตินั้นมักไม่มีความสำคัญในทางคลินิก[39]

แนวทางตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ติดเชื้อ human immunodeficiency virus (HIV)

สาเหตุสำคัญของการเกิดรอยโรค CIN และมะเร็งปากมดลูกเกิดจาก persistent high risk HPV infection สตรีที่ติดเชื้อ HIV มีความชุกของการเกิด persistent HPV infection ค่อนข้างสูง[40,41] ดังนั้นสตรีกลุ่มนี้จึงมีความเสี่ยงในการเกิดรอยโรค CIN และมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีทั่วไป ACOG และ Center for Disease Control and Prevention (CDC) จึงแนะนำให้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจ cervical cytology 2 ครั้งใน 1 ปีแรกหลังจากวินิจฉัยว่าติดเชื้อ HIV และถ้าผลปกติให้ตรวจติดตามทุก 1 ปี[13,42] ส่วนการใช้ HPV testing ในสตรีกลุ่มนี้ยังเป็นที่ถกเถียง เนื่องจากความชุกของการติดเชื้อ HPV ในสตรีกลุ่มนี้สูง ดังนั้นความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ของการตรวจ HPV testing อาจต่ำกว่าในสตรีทั่วไป[43]

แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย

นอกจากวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจ cervical cytology และ HPV testing ซึ่งนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันแล้ว สำหรับในประเทศที่กำลังพัฒนา รวมถึงประเทศไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดในการตรวจคัดกรองด้วยเซลล์วิทยา และระบบการส่งต่อสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติไปรับการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษายังไม่ครบวงจร ยังมีการตรวจคัดกรองอีกวิธีหนึ่ง คือ การตรวจด้วยน้ำส้มสายชู หรือ visual inspection with acetic acid (VIA) ซึ่งมีประสิทธิภาพค่อนข้างสูงและเมื่อตรวจพบความผิดปกติยังสามารถให้การรักษาได้ในครั้งเดียวกัน

ในปี พ.ศ. 2555 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยได้กำหนดแนวทางในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก[44] โดยดัดแปลงมาจากคำแนะนำของ ASC, ASCP, ASCCP และ ACOG[11,13] ดังนี้

1. ควรเริ่มตรวจคัดกรองด้วย cervical cytology ครั้งแรกเมื่ออายุ 25 ปี ในสตรีที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว และเมื่ออายุ 30 ปี ในสตรีที่ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์

2. สตรีที่อายุ 25-65 ปี ควรตรวจคัดกรองด้วย cervical cytology ทุก 2 ปี ส่วนสตรีที่อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติการตรวจคัดกรองในอดีตปกติ 3 ครั้งต่อเนื่องกันและไม่เคยมีประวัติได้รับการรักษารอยโรค CIN หรือมะเร็งปากมดลูก และไม่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง แนะนำให้ตรวจคัดกรองห่างขึ้นเป็นทุก 3-5 ปี โดยความถี่ในการตรวจคัดกรองอาจปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมในแต่ละพื้นที่ เช่น อาจทำการตรวจคัดกรองทุก 1 ปี ในพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดผลลบลวง (false negative) ของการตรวจ cervical cytology สูง หรือสตรีที่มีความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูง เป็นต้น

3. การตรวจ cotesting พิจารณาใช้เฉพาะสตรีที่อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป โดยถ้าไม่พบเซลล์ผิดปกติและไม่พบเชื้อ HPV ไม่ควรตรวจซ้ำก่อน 3 ปี

4. สามารถหยุดตรวจคัดกรองได้เมื่ออายุมากกว่า 65 ปี ถ้าตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติ 3 ครั้งต่อเนื่องกันภายใน 10 ปีที่ผ่านมา

5. สตรีที่ตัดมดลูกและปากมดลูกออกแล้วและไม่มีประวัติเป็น CIN หรือมะเร็งปากมดลูกมาก่อน ไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองอีก

6. สตรีที่เคยได้รับการรักษารอยโรค CIN หรือมะเร็งปากมดลูก ควรตรวจติดตามด้วยความถี่ตามคำแนะนำสำหรับสตรีที่เป็นโรคนี้จนครบกำหนด แล้วจึงตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกปี จนครบ 20 ปี

7. ในสถานที่ที่การตรวจคัดกรองด้วยเซลล์วิทยาและระบบการส่งต่อสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติยังไม่พร้อมหรือมีความครอบคลุมต่ำกว่าเป้าหมาย สามารถใช้การตรวจ