

รายงานการประชุมเพื่อให้ข้อเสนอแนะแนวทางการคัดกรองโรคมะเร็ง ภายใต้โครงการวิจัย

“การศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการคัดกรองทางสุขภาพระดับประชากรในประเทศไทย”

วันพฤหัสบดีที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2555 ณ ห้องประชุมโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ผู้เข้าร่วมประชุม

1	ผศ.นพ.กษานต์ สีตลารมณ	มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย
2	รศ.พญ.อาภัสณี โสภณสฤษฏ์สุข	สมาคมโรคตับ (ประเทศไทย)
3	นพ.วิสิทธิ์ สุภัครพงษ์กุล	สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย
4	พญ.ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
5	รศ.นพ.วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์	ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
6	นพ.วัชรศักดิ์ โชติยะปุตตะ	ภาควิชาอายุรศาสตร์ สาขาวิชาโรกระบบทางเดินอาหาร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
7	พญ.สุนิตย์ ธีระศักดิ์วิद्या	ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาล
8	รศ.นพ.วิชัย เต็มรุ่งเรืองเลิศ	ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา สาขาวิชามะเร็งนรีเวช คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
9	นพ.ธีรวุฒิ คูหะเปรมะ	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
10	นพ.วิภูษิต แต่สมบัติ	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
11	นพ.นพวุฒิ กิรติกรณสุภัก	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
12	ดร.นพ.ยศ ติระวัฒนานนท์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
13	ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
14	อาจารย์เดช เกตุฉ่ำ	มหาวิทยาลัยมหิดล
15	พญ.ธัญญรัตน์ โอนทัยสินทวี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
16	ภญ.พิศพรรณ วีระยิ่งยง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
17	ภญ.ปฤษฎรรพ กิ่งแก้ว	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
18	ภญ.ธัญญา คู่พิทักษ์ขจร	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เริ่มประชุมเวลา 09.00 น.

วาระที่ 1: แนะนำโครงการวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ชี้แจงที่มาของโครงการวิจัยนี้ว่าเป็นหนึ่งในหัวข้อวิจัยที่จัดทำขึ้นเพื่อตอบ โจทย์ของกรมบัญชีกลางซึ่งได้แก้ไขระเบียบในเรื่องของสิทธิประโยชน์ในการตรวจร่างกาย โดยจะมีการกำหนด ชุดสิทธิประโยชน์ด้านการตรวจคัดกรองใหม่ และได้ขอให้ทาง HITAP ช่วยทำการศึกษาชุดสิทธิประโยชน์ใหม่ นี้ ให้ เดิมผลการศึกษาที่ได้จะถูกนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณา ก่อนการออกประกาศของ กรมบัญชีกลาง แต่ภายหลังจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญครั้งแรก ซึ่งประกอบด้วยผู้เข้าร่วมประชุมจากหลายภาค ส่วนได้แก่ ตัวแทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และตัวแทนสำนักงานประกันสังคม ได้ลง ความเห็นให้มีการขยายขอบเขตการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการตรวจคัดกรองให้ครอบคลุมทั้ง 3 กองทุน

ภญ.ปฤษฎิธร กิ่งแก้ว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุมในวันนี้ว่าเพื่อค้นหาวิธีการตรวจคัดกรองโรค ตับแข็ง/มะเร็งตับ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก เพื่อนำเข้าสู่การวิจัยในด้านความเหมาะสมในประชากรไทย ต่อไป โดยขั้นตอนการดำเนินงานของโครงการวิจัยนี้ มี 3 ระยะ กล่าวคือ

ระยะที่ 1: การค้นหาปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยที่มิวิจัยจะศึกษาจากขนาดของปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และ ปัญหาสุขภาพนั้นจะต้องสามารถคัดกรองได้

ระยะที่ 2: ประเมินการตรวจคัดกรองอย่างเป็นระบบ โดยที่มิวิจัยจะพิจารณาจาก ความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

ระยะที่ 3: จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

โดยขณะนี้โครงการกำลังดำเนินงานอยู่ในระยะที่ 2 ทั้งนี้การคัดกรองโรคตับแข็ง/มะเร็งตับ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก เป็นหัวข้อที่ได้รับการคัดเลือกมาจากการประชุมจัดลำดับความสำคัญของโรคและปัญหา สุขภาพในประเทศไทยในวันที่ 10 มีนาคม ที่ผ่านมา โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยตัวแทนจากภาคส่วน ต่างๆ ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชน และ เครือข่ายภาคประชาชน จำนวนทั้งสิ้น 41 คน

วาระที่ 2: นำเสนอข้อมูลการตรวจคัดกรองโรคและผู้เข้าร่วมประชุมอภิปรายให้ข้อเสนอแนะ

ภญ.ปฤษฎิธร กิ่งแก้ว นำเสนอความหมายของการตรวจคัดกรองคือ การตรวจหาโรคหรือปัจจัยเสี่ยง ของการเกิดโรคในประชากรที่ยังมีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค ลดความเสี่ยง หรือการรักษา ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นของโรค ซึ่งกลุ่มเป้าหมายในการตรวจคัดกรองสามารถแบ่งได้ 3 กลุ่มได้แก่

- 1) กลุ่มที่มีการเจ็บป่วยที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะหรือโรคที่ต้องมีการตรวจคัดกรอง (Opportunistic screening)
- 2) กลุ่มที่ต้องมีการเฝ้าระวัง (Surveillance) เช่น การตรวจคัดกรองโรคในโรงงาน

3) กลุ่มประชากรทั้งหมดที่มีความเสี่ยง และไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Population-based screening) ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในการประชุมครั้งนี้

ทั้งนี้ได้นำเสนอข้อมูลการตรวจคัดกรองโรคตับแข็ง/มะเร็งตับ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก ที่ได้จากการทบทวน National guideline ของประเทศสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย สิงคโปร์ และไทย ตลอดจนข้อมูลสิทธิประโยชน์ในการตรวจคัดกรองที่เกี่ยวข้องของประเทศไทยในปัจจุบัน และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมอภิปรายให้ข้อเสนอแนะแนวทางการคัดกรองที่เหมาะสมสำหรับประชากรไทยซึ่งสรุปเป็นประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. แนวทางการคัดกรองโรคมะเร็งตับ

- ในประเทศไทยความชุกของผู้ป่วย chronic Hepatitis B และ C ค่อนข้างสูงและมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเป็นโรคมะเร็งตับและตับแข็ง จากการทบทวนข้อมูลในต่างประเทศยังไม่พบการแนะนำให้คัดกรองในระดับประชากรอาจเนื่องมาจากไม่ใช่ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศนั้นๆ

- โรคมะเร็งที่ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดในประเทศไทยคือมะเร็งตับ ข้อมูลจาก population-based cancer registry เมื่อพิจารณา histology พบว่า 40% ของผู้ป่วยมะเร็งตับเป็น Hepatocellular carcinoma และอีก 40% เป็น Cholangiocarcinoma

- ไม่สนับสนุนการคัดกรอง Hepatocellular carcinoma ในระดับประชากร เนื่องจากโดยทั่วไปมักเกิดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงได้แก่ hepatitis B, hepatitis C, anti HIV positive และตับแข็งจากทุกสาเหตุ ดังนั้นเสนอให้คัดกรองในกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้

- ปัจจุบันอุบัติการณ์ของ hepatitis B ในประเทศไทยยังสูงอยู่ แต่มีแนวโน้มว่าจะลดลงเนื่องจากเริ่มมีการให้วัคซีนป้องกัน ส่วน hepatitis C อุตการณ์อาจจะเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามข้อมูลอุบัติการณ์และความชุกอาจยังไม่ถูกต้องมากนัก หากมีการคัดกรองอย่างเป็นระบบจะช่วยให้ทราบถึงข้อมูลที่แท้จริงของโรค

- เนื่องจาก Hepatitis B มีความชุกสูง เสนอให้ทำการศึกษาการคัดกรองในระดับประชากรโดยการตรวจ HBsAg ส่วน hepatitis C ให้คัดกรองเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงได้แก่

- 1) ได้รับเลือด หรือ blood component ก่อนปี 2530
- 2) On hemodialysis
- 3) HIV
- 4) IVDU

- Cholangiocarcinoma เป็นโรคที่พบมากในประชากรไทยโดยมีอุบัติการณ์สูงที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแถบภาคอีสานซึ่งมีอุบัติการณ์ประมาณ 30-80 ต่อแสนประชากร ผู้เชี่ยวชาญไม่สนับสนุนการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีตับในระดับประชากร แต่เสนอให้มีการคัดกรองโดยระบุกลุ่มเสี่ยง (selective screening) ด้วย ultrasound และควรเป็นการคัดกรองแบบ voluntary screening เนื่องจากระบบสาธารณสุขในเมืองไทยยังรองรับการรักษาหลังตรวจพบมะเร็งท่อน้ำดีตับได้ไม่เพียงพอ โดยหวังผลว่าจะช่วยให้สามารถตรวจพบผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น ซึ่งการรักษาจะทำได้ง่ายให้ผลดีและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยกว่า ทั้งนี้ปัจจัยเสี่ยงที่พิจารณาประกอบด้วย

- 1) เป็นชาวอีสานโดยกำเนิด อายุ 40 ปีขึ้นไป

- 2) ตรวจพบหรือมีประวัติเคยเป็นโรคพยาธิใบไม้ในตับ
- 3) มีญาติสายตรงเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี
- 4) มีประวัติกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ในตับเอง (praziquantel) ช้ำซาก

ทั้งนี้หากผู้ป่วยมีปัจจัยข้อ 1 หรือ มีปัจจัยข้อ 2-4 เพียง 2 ใน 3 ข้อก็แนะนำให้ทำการคัดกรอง

- ผู้เชี่ยวชาญชี้แจงว่าผู้ป่วย Cholangiocarcinoma ที่พบส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไปทำ ultrasound ที่คลินิกและต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการตรวจเอง และผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ส่วนใหญ่จะเป็นมะเร็งในระยะสุดท้ายซึ่งการรักษาไม่ค่อยได้ผล อัตราการเสียชีวิตสูง จึงน่าจะมีการคัดกรองเพื่อให้ตรวจพบผู้ป่วยได้เร็วขึ้น

- การคัดกรองและให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ในตับ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของ Cholangiocarcinoma น่าจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคได้ อย่างไรก็ตามการแนะนำให้ปรับสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร (ปลาดิบ, สารก่อมะเร็งในอาหาร) ซึ่งจะลดโอกาสในการติดเชื้อและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคทำได้ยากเนื่องจากเป็นเรื่องของพฤติกรรมกรรมกริน

- Cholangiocarcinoma ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการเป็นพยาธิใบไม้ในตับเพียงอย่างเดียว จากข้อมูลในช่วงที่ผ่านมาพบว่าจำนวนผู้ป่วยพยาธิใบไม้ในตับลดลง แต่จำนวนผู้ป่วย Cholangiocarcinoma ไม่ลดลง

- ธรรมชาติของการเกิด Cholangiocarcinoma และประโยชน์ของการคัดกรองยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน ศักยภาพในการรักษาหลังตรวจพบยังไม่เพียงพอ หากพิจารณาตามเกณฑ์การตรวจคัดกรองโรคในประชากรขององค์การอนามัยโลกแล้วยังไม่สามารถคัดกรองในระดับประชากรได้ ควรทำการศึกษาให้มีหลักฐานทางวิชาการที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามผู้เชี่ยวชาญเสนอว่าน่าจะทำการศึกษาในเบื้องต้นไปก่อนเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของระบบ เนื่องจากเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อ

- การคัดกรองระดับประชากร (population-based screening) ในการศึกษานี้เป็นแบบ organized คือทำในเชิงรุก และชุดสิทธิประโยชน์ในการคัดกรองที่ได้จากการศึกษาจะถูกพิจารณาแล้วว่า มีการบริการทางการแพทย์ที่รองรับงานที่เพิ่มขึ้นจากการตรวจคัดกรองนี้ได้ และมีหลักฐานยืนยันว่าเกิดประโยชน์จริง

- สิ่งที่จะต้องพิจารณาต่อไปคือการต่อ

- 1) กรณี hepatitis B แม้ว่าจากการทบทวนข้อมูลในต่างประเทศไม่พบการแนะนำให้คัดกรองในประชากรทั่วไป แต่เนื่องจากความชุกในประเทศไทยสูง ทางทีมจะทำการศึกษาว่ามีความเป็นไปได้และมีความคุ้มค่าหรือไม่หากจะให้คัดกรองในประชากรทุกรายที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป และควรทำการคัดกรองครั้งเดียวตลอดชีวิตหรือจะต้องมีการคัดกรองซ้ำบ่อยมากน้อยแค่ไหน

- 2) กรณี hepatitis C จะพิจารณาคัดกรองเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงได้แก่ ผู้ป่วยที่เคยได้รับเลือดหรือ blood component ก่อนปี 2530, on hemodialysis, HIV, IDU, hepatitis B

- 3) กรณี Cholangiocarcinoma จะศึกษาข้อมูลความคุ้มค่าของการคัดกรองในประชากรกลุ่มเสี่ยงแถบภาคอีสาน

2. แนวทางการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม

- ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลว่าอุบัติการณ์โรคมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยข้อมูลที่กำลังจะประกาศใหม่อยู่ที่ 25 ต่อแสนประชากร

- การคัดกรองโดย breast self-examination (BSE) ไม่ใช่สิทธิประโยชน์ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถทำได้เอง การแนะนำให้ทำ BSE นั้นน่าจะเป็นกลยุทธ์เชิงนโยบายเพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งเต้านมและเป็นจุดเริ่มต้นที่นำไปสู่วิธีการคัดกรองอื่นๆ ต่อไป ทั้งนี้ยังไม่พบข้อมูลที่ชัดเจนว่า BSE ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้ ผู้เชี่ยวชาญเสนอว่าน่าจะมีการทำวิจัยดังกล่าวในบริบทของไทย
- กรณี clinical breast examination (CBE) พบการศึกษาการคัดกรองแบบ organized screening เชิงรุกในประเทศอินเดียและฟิลิปปินส์ แต่ยังไม่พบการศึกษาที่บ่งชี้อย่างชัดเจนว่าช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้ ส่วนใหญ่จะเชื่อมโยงกับ mammogram โดยหากตรวจ CBE แล้วพบก้อนที่เต้านมจะต้องคัดกรองต่อด้วย mammogram ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญมองว่าการตรวจ CBE ยังมีความจำเป็นสำหรับประเทศกำลังพัฒนาซึ่งมีข้อจำกัดด้านเครื่องมือและบุคลากร
- ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าในประเทศไทยพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านม stage 3, 4 เยอะ และต้องการจะตรวจให้พบผู้ป่วยเร็วขึ้นใน stage 1, 2 โดยมองว่า CBE หรือ BSE น่าจะทำได้
- ผู้เชี่ยวชาญสนับสนุนให้มีการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมด้วย mammogram ในระดับประชากร เนื่องจากมีหลักฐานทางวิชาการชัดเจนว่าช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย แต่ด้วยข้อจำกัดของจำนวนเครื่องมือและบุคลากรทำให้ไม่สามารถคัดกรองในระดับประชากรทั่วไปได้ จึงเสนอให้พิจารณาให้สิทธิประโยชน์ในประชากรบางกลุ่มเช่น กลุ่มอายุที่พบอุบัติการณ์ของโรคสูง, ผู้ป่วย menopause ที่ใช้ hormone replacement therapy ซึ่งมีความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านม
- การคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย mammogram ในช่วงอายุเดียวที่มีอุบัติการณ์ของโรคสูงคือ 40-50 ปี อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ภายใต้ภาวะที่ทรัพยากรมีอยู่อย่างจำกัด ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญเสนอประเด็นว่าหากเลือกทำในประชากรเพียงช่วงอายุเดียวจะขัดกับหลักการของ population-based screening หรือไม่ อย่างไรก็ตามอาจจะลองทำดูก่อนเพื่อเป็นการทดสอบระบบว่าจะสามารถบริหารจัดการได้หรือไม่ และหากมีข้อจำกัดความพร้อมจะไม่สามารถเริ่มดำเนินการใดๆ ได้ ทั้งนี้คาดว่าจะมีประชากรเพศหญิงที่เข้าเกณฑ์ประมาณสี่แสนราย
- จากข้อมูลของโรงพยาบาลจุฬาฯ พบว่าแนวโน้มของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่มีการเปลี่ยนแปลงระยะของโรคเป็น stage 1 และ 2 มากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่มาตรวจหลายรายต้องได้ทำ screening mammogram การคัดกรองนี้ทำให้ตรวจเจอผู้ป่วยได้เร็วขึ้น ส่งผลให้การรักษาทำได้ดีขึ้นและต้นทุนในการรักษาลดลง ข้อมูลที่พบจากการตรวจคัดกรองนี้ทำให้โรงพยาบาลมีนโยบายที่จะเพิ่มจำนวนเครื่องและบุคลากรให้มากขึ้นเพื่อให้เพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ
- ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลว่าปัจจุบันหลักฐานทางวิชาการเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย mammogram ยังขัดแย้งกันอยู่ โดยการศึกษาทางยุโรปพบว่าช่วงเวลาของการเริ่มคัดกรองด้วย mammogram ไม่สอดคล้องกับอัตราการเสียชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และสรุปว่าอัตราการเสียชีวิตที่ลดลงไม่ได้เป็นผลมาจากการคัดกรองแต่เป็นผลมาจากการรักษาที่ดี ในขณะที่การศึกษาของอเมริกาพบว่า การคัดกรองนี้ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้
- ในประเทศไทยมีการทำวิจัยหาความสัมพันธ์ระหว่าง BSE, CBE และ mammogram ในชุมชน ทั้งนี้มีข้อสังเกตว่า breast tissue ของคนไทยอาจแตกต่างจากกลุ่มประเทศอเมริกาและยุโรปเนื่องจากเวลาอ่าน mammogram ก็จะมีลักษณะที่แตกต่างกัน ขณะนี้ยังอยู่ในระหว่างการศึกษา

- กรณีการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมด้วย mammogram อย่างเดียวเพียงพอหรือไม่ หรือต้องทำ ultrasound ควบคู่กันไป ผู้เชี่ยวชาญชี้แจงว่ามักจะทำควบคู่กัน แต่ยังไม่พบหลักฐานทางวิชาการที่ยืนยันถึงประสิทธิผลอย่างชัดเจน

- การตรวจคัดกรองมะเร็งควรคำนึงถึงว่านอกจากจะมี early detection แล้ว ต้องมี early diagnosis ด้วย โดยผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและมีอาการต้องสามารถเข้าถึงบริการได้

- ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะว่าในการทำวิจัยนั้นควรพิจารณาข้อมูลที่เป็น population based เนื่องจากในทางนโยบายนั้นผู้กำหนดนโยบายมักใช้ข้อมูลของจังหวัดกรุงเทพฯ มาพิจารณาซึ่งไม่ใช่ตัวแทนของข้อมูลระดับประเทศ

- สรุปสิ่งที่ทีมวิจัยจะไปดำเนินการต่อ

- 1) กรณี BSE นั้นเป็นการดำเนินงานเชิงนโยบายและไม่จำเป็นต้องอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ดังนั้นงานวิจัยนี้จะไม่ใช่คัดค้านการประชาสัมพันธ์ด้วยวิธีดังกล่าว

- 2) ทำการศึกษา CBE โดยพิจารณาว่าจะช่วยในการตรวจพบมะเร็งเต้านมระยะ 2, 3 ได้มากน้อยแค่ไหน โดยพิจารณาจากข้อมูลการศึกษาของอินเดียและฟิลิปปินส์ อาจทำการคัดกรองทุก 3 หรือ 5 ปี เปรียบเทียบกับข้อ 3

- 3) การทำ mammogram ที่เป็น organized screening ในประชากรช่วงอายุเดียวที่มีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งคือช่วง 40-50 ปีและอาจทำ 1-2 ครั้งในชีวิต ทั้งนี้ไม่ได้พิจารณาคัดกรองเฉพาะกลุ่มเสี่ยงเนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้องและยังไม่มีเครื่องมือในการคัดเลือกรูปแบบที่ชัดเจน

3. แนวทางการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

- ราชวิทยาลัยสูตินารีแพทย์กำลังร่างแนวทางการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกโดยกำหนดอายุในการคัดกรองที่ 25-65 ปี เนื่องจากที่อายุต่ำกว่านี้พบอุบัติการณ์การเกิดน้อยกว่า 1% และให้เริ่มคัดกรองที่อายุ 30 ปีขึ้นไปในกรณีที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์

- ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยที่จะให้มีการคัดกรองในผู้ที่อายุต่ำกว่า 30 ปี เนื่องจากปัจจุบันอายุที่เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกและกลุ่มอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกต่ำลง

- ผู้เชี่ยวชาญเสนอให้ทำการศึกษาความคุ้มค่าของการตรวจด้วย HPV DNA testing เนื่องจากในอนาคตน่าจะมีการใช้มากขึ้น โดยพบการศึกษาของประเทศอินเดียในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป เปรียบเทียบระหว่าง pap smear, VIA และ HPV DNA testing พบว่าช่วยเพิ่ม interval ทั้งนี้ นพ.ยศ ชี้แจงว่าการศึกษาดังกล่าวมีข้อได้เปรียบหลายประการ และข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกแนะนำการใช้ HPV DNA testing เฉพาะกลุ่มโดยใช้ร่วมกับวิธี pap smear แต่ไม่มีการแนะนำใน general population-based screening

- ปัจจุบัน HPV DNA testing มีการใช้ใน 3 ลักษณะ คือ

- 1) ตรวจ pap smear ก่อน หากพบความผิดปกติจึงตรวจด้วย HPV DNA testing

- 2) Co-test คือตรวจ pap smear ควบคู่ไปกับ HPV DNA testing

- 3) ตรวจ HPV DNA testing ก่อน หากพบความผิดปกติจึงตรวจด้วย pap smear

- 90% ของผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อ HPV ร่างกายจะกำจัดเชื้อออกไปได้เอง ทำให้ไม่สามารถตรวจพบได้ด้วย HPV DNA testing เนื่องจาก HPV DNA testing เป็นการตรวจการติดเชื้อปัจจุบัน (current infection) แต่ไม่สามารถตรวจกรณีเคยมีการติดเชื้อ (past infection) ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดโรคได้ในภายหลัง ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าข้อมูลการกำจัดเชื้อดังกล่าวส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 30 ปี

- ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า การตรวจ HPV DNA testing มีประโยชน์ เนื่องจาก sensitivity ของ pap smear ยังไม่ 100% และยังมี false negative การตรวจ HPV DNA testing น่าจะช่วยในการคัดกรองได้ ทั้งนี้ราชวิทยาลัยสูตินารีแพทย์กำลังจะออกแนวเวชปฏิบัติโดยให้ใช้ HPV DNA testing เป็น co-testing ในประชากรอายุ 30 ปีขึ้นไป เนื่องจากมีโอกาสติดเชื้อแบบ persistent infection มากกว่าคนอายุน้อย และใช้เป็น secondary test ในกรณีที่พบความผิดปกติ

- การทำ cervical cancer model เป็นสิ่งที่ดี ปัจจุบันอายุในการคัดกรองเริ่มที่ 30 ปี โดยมีช่วงห่างของระยะเวลาในการตรวจแต่ละครั้ง 5 ปี ซึ่งมีปริมาณ cytologist เพียงพอ แต่หากจะลดอายุในการเริ่มตรวจลงไปที่ 25 ปี ปริมาณ cytologist อาจไม่เพียงพอและต้องใช้ HPV DNA testing มาทดแทน ทั้งนี้ต้องทำ pilot study ดูความเป็นไปได้และความคุ้มค่าในบางพื้นที่ก่อน

- ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าไม่ควรพิจารณาผลกระทบด้านโรคเพียงอย่างเดียว แต่ควรคำนึงถึงผลกระทบทางด้านจิตใจด้วย และยกตัวอย่างประเด็นที่ควรคำนึงถึงในการนำผลการวิจัยไปใช้ในทางปฏิบัติจริงได้แก่

- 1) self collection โดยเฉพาะในเรื่องของ HPV อาจมี contaminate ทำให้เกิดความแปรปรวนในการตรวจมาก

- 2) มีระบบการให้คำแนะนำผู้ป่วยดีพอหรือไม่ก่อนทำการคัดกรอง (pre-test counseling)

- สิ่งที่มีวิจัยจะไปดำเนินการต่อ

- 1) ทีมวิจัยจะทำการศึกษาความคุ้มค่าของการตรวจคัดกรองด้วย pap smear โดยปรับลดอายุจาก 30 ปี เป็น 25 ปี และ 20 ปี ส่วนการใช้ HPV DNA testing เป็น co-test และใช้ตรวจก่อนทำ pap smear เนื่องจากยังไม่พบข้อมูลการศึกษาที่ชัดเจนในปัจจุบัน ประกอบกับเป็นเทคโนโลยีที่ยังไม่หยุดนิ่งมีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้ในอนาคตอันใกล้ และมีประเด็นที่เกี่ยวข้องหลายประเด็นเช่น ระบบ counseling จึงอาจพิจารณาทำการศึกษาต่อในภายหลัง

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ แจ้งผู้เข้าร่วมประชุมว่าทางทีมจะสรุปการประชุมและส่งให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา และจะเริ่มดำเนินการวิจัยตามประเด็นที่ได้คุยกันไว้ ทั้งนี้หลังจากจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ข้อเสนอแนะแนวทางการคัดกรองโรคครบทั้ง 12 โรคแล้ว จะจัดประชุมใหญ่อีกครั้งประมาณปลายปี และเชิญผู้เชี่ยวชาญทุกท่านรวมทั้งผู้บริหารมาร่วมให้ข้อคิดเห็นและข้อสรุปที่จะเป็นชุดสิทธิประโยชน์สุดท้ายก่อนจะเสนอไปยัง 3 กองทุน และระหว่างนี้หากมีข้อมูลที่น่าสนใจหรือต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมสามารถส่งมาได้ที่อีเมลของทีมวิจัย screening.package@hitap.net

ปิดประชุมเวลา 11.30 น.

ผู้จัดรายงานการประชุม

ภญ.ธัญญา คู่พิทักษ์ขจร