

ป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มตกหล่น:

# วัคซีน HPV สำหรับหญิงไทยอายุ 21-26 ปี

(Protecting the Missed Generation: HPV Vaccine Strategies for Women 21-26)

Key Messages

- หญิงไทยป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ปีละประมาณ 9,000 ราย เสียชีวิตประมาณ 5,000 ราย
- วัคซีนเอชพีวี มีประสิทธิภาพสูงมากสามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 70 ถึง 95
- คณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ประเทศไทย มีคำแนะนำให้วัคซีนในหญิงอายุน้อยกว่า 26 ปี และบรรจุวัคซีนเอชพีวีเป็นสิทธิประโยชน์สำหรับเด็กหญิงอายุ 11-12 ปี ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2560 (เกิดปี พ.ศ. 2548) ทำให้กลุ่มที่เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2542 - 2548 ยังไม่ได้รับวัคซีน
- การให้วัคซีนเอชพีวี 2 สายพันธุ์ เป็นทางเลือกนโยบายที่คุ้มค่าที่สุด มีค่าใช้จ่าย 60,306 บาท เพื่อลดการป่วยมะเร็งปากมดลูก 1 คน



สถานการณ์โรค



ปี พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ **จำนวน 9,158 ราย**

อันดับ **3** ของผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงรายใหม่

เสียชีวิต **4,705 ราย**

อันดับ **5** ผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในเพศหญิง

สายพันธุ์หลักของเชื้อ HPV ที่ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย



คำแนะนำการให้วัคซีน



อายุระหว่าง 21-26 ปี



อายุระหว่าง 15-26 ปี



อายุระหว่าง 21-26 ปี



ปี พ.ศ. 2560 เริ่มบรรจุวัคซีนเอชพีวีในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค สำหรับเด็กหญิงชั้น **ป.5 หรืออายุ 11-12 ปี** ส่งผลให้ในปี พ.ศ. 2568 ผู้หญิงอายุ 21 ปีขึ้นไป จะเป็นกลุ่มตกหล่น ไม่ได้รับวัคซีนเอชพีวี ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

Policy Options

**OPTION 1** ให้วัคซีนเอชพีวี 2 สายพันธุ์ แก่หญิงไทยอายุ 21-26 ปี

- ✓ ให้วัคซีนเอชพีวี ชนิด 2 สายพันธุ์ แก่หญิงไทยอายุ 21 - 26 ปี ที่ความครอบคลุม ร้อยละ 90
- ✓ HPV 2 สายพันธุ์ **ครอบคลุมสายพันธุ์รุนแรงชนิด 16 และ 18** ที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกกว่าร้อยละ 70
- ✓ มีความเป็นไปได้สูง เนื่องจาก HPV 2 สายพันธุ์ ใช้งบประมาณน้อยกว่า การใช้ HPV 9 สายพันธุ์ โดยยังครอบคลุมสายพันธุ์ก่อโรคที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกรวมกว่า 70%

**OPTION 2** ให้วัคซีนเอชพีวี 9 สายพันธุ์ แก่หญิงไทยอายุ 21-26 ปี

- ✓ ให้วัคซีนเอชพีวี ชนิด 9 สายพันธุ์ แก่หญิงไทยอายุ 21 - 26 ปี ที่ความครอบคลุม ร้อยละ 90
- ✓ HPV 9 สายพันธุ์ ครอบคลุมสายพันธุ์ก่อโรคที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกกว่าร้อยละ 94
- ✓ มีความเป็นไปได้น้อย ถึงแม้ HPV 9 สายพันธุ์ครอบคลุมสายพันธุ์ที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกกว่าร้อยละ 94 แต่ใช้**งบประมาณมากกว่า**การใช้ HPV ชนิด 2 สายพันธุ์ ประมาณ 3 เท่า

	ไม่ดำเนินการ	<b>OPTION 1</b>	<b>OPTION 2</b>
จำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่คาดการณ์	23,132	10,379	5,399
จำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่คาดว่าจะลดลง	0	↓ 12,753	↓ ↓ 17,733
งบประมาณสำหรับการดำเนินงาน		↑ 2,576,199,524	↑ ↑ 5,230,272,092
งบประมาณการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ลดลง		↓ 1,807,112,710	↓ ↓ 2,512,696,830
ค่าใช้จ่ายในการลดผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก 1 ราย (ICER)		60,306	153,250
ความเป็นไปได้		👍 สูง	🗨️ ต่ำ
ในการนำนโยบายไปปฏิบัติ	ด้านการเมือง	👍 สูง	
	ด้านการดำเนินงาน	👍 สูง	👍 สูง

หมายเหตุ Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER) = (ต้นทุนทางเลือกใหม่ - ต้นทุนทางเลือกเดิม) / (จำนวนผู้ป่วยที่ลดได้ทางเลือกใหม่ - จำนวนผู้ป่วยที่ลดได้ทางเลือกเดิม)

การให้วัคซีนป้องกันโรคเอดส์ที่ประเทศไทยที่เกิดขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2542-2548 (อายุ 21-26 ปี) มีความคุ้มค่าในการป้องกันการป่วยมะเร็งปากมดลูกที่สุดเมื่อให้วัคซีน 2 สายพันธุ์ และสามารถป้องกันการป่วยมะเร็งปากมดลูกได้มากที่สุดเมื่อให้วัคซีน 9 สายพันธุ์ ทั้งนี้การพิจารณาเลือกจำนวนสายพันธุ์ต้องคำนึงถึงความยินยอมเข้ารับวัคซีนด้วย กรมควบคุมโรค สถาบันวัคซีนแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรสนับสนุนวัคซีนป้องกันโรคเอดส์ที่ประเทศไทยกลุ่มดังกล่าว โดยทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่ายเพื่อให้การจัดส่งงบประมาณและการให้บริการวัคซีนเข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงได้มากที่สุด โดยอาจแบ่งดำเนินการเป็นโครงการระยะเวลา 5-6 ปี เพื่อลดภาระงบประมาณต่อปี



1. Vongpunsawad S, Rhee C, Nityanimit P, Poudyal N, Jiamsiri S, Ahn HS, et al. Prevalence of HPV infection among Thai schoolgirls in the north-eastern provinces in 2018: implications for HPV immunization policy. *IID Reg.* 2023 Mar 4; 7:110-115.
2. Chansanroj J, Lurchachaiwong W, Termrungruanglert W, Tresukosol D, Niruthisard S, Trivijitsilp P, et al. Prevalence and genotypes of human papillomavirus among Thai women. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2010;11(1):17-22.
3. Age at last screening and remaining lifetime risk of cervical cancer in older, unvaccinated women: a modelling study. Malagón, Talía et al. *The Lancet Oncology*, Volume 19, Issue 12, 1569 – 1578.
4. Protection from a Single Dose of HPV Vaccine - IARC, accessed on November 6, 2025, [https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2023/04/IARC\\_Evidence\\_Summary\\_Brief\\_4.pdf](https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2023/04/IARC_Evidence_Summary_Brief_4.pdf)
5. Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Collado JJ, Gómez D, et al. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre) Human Papillomavirus and Related Diseases in Thailand. Summary Report 10 March 2023.
6. Goldhaber-Fiebert JD, Stout NK, Salomon JA, Kuntz KM, Goldie SJ. Cost-effectiveness of cervical cancer screening with human papillomavirus DNA testing and HPV-16,18 vaccination. *J Natl Cancer Inst.* 2008 Mar 5;100(5):308-20.
7. Centers for Disease Control and Prevention. (2021, November 16). HPV Vaccination Recommendations. <https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/hpv/hcp/recommendations.html>
8. Ortenadhi, J, van der Ham, E, Sy, S, & Kim, J J. (2011). Cost-effectiveness of human papillomavirus vaccination and cervical cancer screening in Thailand. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 118(10), 1184–1194.
9. Health Intervention and Technology Assessment Program. (2020). Full report on the cost-effectiveness of HPV vaccination and cervical cancer screening [Technical report]. <https://www.hitapnet/wp-content/uploads/2020/06/full-report-Cost-PP.pdf>
10. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer. (2023, March 10). Human Papillomavirus and Related Diseases Report: Thailand. <https://www.hpvcentre.net>
11. World Health Organization. (2022) Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, December 2022. *Weekly Epidemiological Record*, 97(50), 645–672. <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9750-645-672>