



ความรู้โรคมะเร็งปากมดลูก



- มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในหญิงไทยเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม ในแต่ละปีคาดประมาณว่าหญิงไทยเป็นมะเร็งปากมดลูก สูงถึง 10,000 คน และเสียชีวิตประมาณ 5,000 คนต่อปี (ประมาณ 14 คนต่อวัน)
- สาเหตุของมะเร็งปากมดลูกเกือบทั้งหมดเกิดจากการติดเชื้อไวรัสที่มีชื่อว่า **“ฮิวแมนแพปพิลโลมาไวรัส”** หรือมีชื่อย่อว่า **“ไวรัสเอชพีวี”**
- ปัจจุบันพบเชื้อไวรัสเอชพีวีมากกว่า 40 สายพันธุ์ที่ก่อโรคริเวณอวัยวะเพศและทวารหนัก พบว่าสายพันธุ์ 16 และ 18 เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูกถึงร้อยละ 70
- การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทำได้โดยหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การมีคู่นอนหลายคน การฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสเอชพีวี ก็เป็นวิธีป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพดีอีกวิธีหนึ่ง นอกจากนี้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยให้พบมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มต้น ซึ่งสามารถรักษาให้หายได้

ข้อควรรู้ของวัคซีนป้องกันเอชพีวีที่นำมาให้บริการแก่นักเรียน

- ประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันเอชพีวีจะสูงสุด หากฉีดในผู้ที่ไม่เคยได้รับเชื้อเอชพีวีหรือไม่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อน นอกจากนี้การตอบสนองทางภูมิคุ้มกันในเด็กอายุ 9-14 ปี มีระดับภูมิคุ้มกันสูงกว่าผู้ใหญ่ 2-3 เท่า
- วัคซีนป้องกันเอชพีวี มีข้อห้ามในผู้ที่เคยแพ้วัคซีนป้องกันเอชพีวีมาก่อน ผู้ที่มีข้อห้ามข้างต้นต้องแจ้งเจ้าหน้าที่เพื่องดการรับบริการวัคซีนป้องกันเอชพีวี
- ฉีดวัคซีนจำนวนทั้งสิ้น 2 เข็ม เข็มที่สองห่างจากเข็มแรก 6 เดือน หลังฉีดวัคซีนจะต้องสังเกตอาการอย่างน้อย 30 นาที เพื่อระวังอาการแพ้วัคซีนรุนแรง หากผู้ปกครองสังเกตพบอาการผิดปกติที่สงสัยว่าเป็นจากวัคซีนป้องกันเอชพีวี ควรปรึกษาแพทย์ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน
- อาการภายหลังได้รับวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ปวดบริเวณที่ฉีด แดงหรือบวมบริเวณที่ฉีด ซึ่งพบน้อยมาก
- ผู้ได้รับวัคซีนควรรับวัคซีนจนครบตามที่กำหนดเพื่อให้สามารถป้องกันโรคได้สูงสุด เมื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ควรมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย เช่น มีคู่นอนคนเดียว ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง และตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ



(โปรดฉีกตามรอยเส้นปะ แล้วนำส่วนนี้ส่งคืนโรงเรียน)

ใบยินยอมของผู้ปกครองให้บุตรหลานได้รับวัคซีนป้องกันเอชพีวี

ข้าพเจ้าชื่อ นามสกุล

ผู้ปกครองของ..... มีความสัมพันธ์เป็น.....

ได้ทราบข้อมูลข้างต้นเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันเอชพีวี ข้อปฏิบัติ และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ทั้งนี้ ข้าพเจ้า ยินยอม ให้เด็กในความปกครองฉีดวัคซีนครบทั้ง 2 เข็มได้

ไม่ยินยอม เนื่องจาก เคยฉีดวัคซีนชนิดนี้แล้ว

อื่นๆ (โปรดระบุ)

ลงชื่อ

(.....)

วันที่

โทรศัพท์