

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุปากมดลูก ในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช

นลินี เตียววัฒนวิวัฒน์

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช สุพรรณบุรี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของ abnormal Pap smear และการตรวจค้น ดูแลและรักษาเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการควบคุมและรักษามะเร็งปากมดลูกเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ชนิดเก็บข้อมูลย้อนหลังจากผลการตรวจ Pap smear หน่วยเซลล์วิทยา โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช และข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ระหว่าง ตุลาคม 2546 ถึง กันยายน 2550 จำนวน 122,314 ราย ผลการศึกษา พบความผิดปกติ 665 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.543 (95% CI 0.505, 0.581) อายุเฉลี่ย 43.01 ปี (SD 11.505) ความผิดปกติมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 35-49 ปี คือ 353 ราย (53.0%) พบ HSIL 373 ราย (56.1%) ผลการตรวจทาง colposcopy, ผลชิ้นเนื้อ จาก biopsy และ LEEP 409 ราย นำผลไปพิจารณาตัดมดลูกเมื่อมีข้อบ่งชี้ จำนวน 155 ราย พบว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลามขั้นต้น 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.67

ผลการตรวจคัดกรองที่ผิดปกติกับกลุ่มอายุ พบว่าสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ตรวจพบความผิดปกติในระดับที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=20.063$, $p=0.000$, 95%CI=1.612, 3.459) ผลการคัดกรองที่มีความผิดปกติมากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะพบผลชิ้นเนื้อผิดปกติในระดับที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=85.576$, $p=0.000$, 95%CI=4.360, 10.468)

เมื่อติดตามผู้ป่วยหลังตรวจพบ abnormal Pap smear ระยะ 6 เดือน พบว่ามาตรวจตามนัดร้อยละ 78.2 และระยะ 2 ปีร้อยละ 8.82 ผลการศึกษา ชี้ให้เห็นว่าการลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก จะต้องมีการตรวจคัดกรองอย่างมีประสิทธิภาพในสตรีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปโดยตรวจให้ครอบคลุมสตรีเป้าหมายในพื้นที่มีมาตรการ แนวทางการตรวจค้น รักษาในรายที่ผิดปกติ หลักการในการรักษาทางคลินิก และมีระบบส่งต่อที่ได้ผล รวมทั้งการติดตามอย่างเข้มงวด

คำสำคัญ:

ความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุปากมดลูก, ความผิดปกติของเซลล์ภายในเยื่อบุสแควมัสชั้นสูง, มะเร็งระยะลุกลามขั้นต้น

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยพบว่าสตรีไทยเสียชีวิตและเจ็บป่วยจากมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด

ในจำนวนมะเร็งทั้งหมด จากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. 2546 พบว่ามีอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานตามอายุ (ASR) = 19.5 ต่อประชากร 100,000 คน/ปี รองลงมา คือ มะเร็งเต้านม

(ASR 17.2) และมะเร็งตับ (ASR 16.0)⁽¹⁾ เมื่อเปรียบเทียบกับสหรัฐอเมริกาใน พ.ศ. 2541 -2544 ซึ่งมี ASR 12.0⁽²⁾ สำนักงานวิจัยมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer [IARC]) ได้รายงานใน พ.ศ. 2547 ว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกปีละ 6,423 ราย เสียชีวิต 2,620 ราย หรือประมาณร้อยละ 42 หรือเท่ากับ 7 วันต่อคน⁽³⁾

เนื่องจากมะเร็งปากมดลูกมีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป ใช้ระยะเวลาค่อนข้างนาน และเป็นอวัยวะในตำแหน่งที่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ง่าย การตรวจคัดกรองเพื่อหารอยโรค สามารถป้องกันและลดอุบัติการณ์ การเกิดเป็นโรคได้ การตรวจคัดกรองเพื่อหารอยโรคที่สำคัญ และใช้กันมานานคือ VIA⁽⁴⁾ (Visual Inspection with Acetic acid) สามารถรู้ผลและรักษาได้ทันที โดยวิธีจี้เย็น (cryotherapy) แต่ไม่สามารถประเมินรอยโรคที่อยู่ลึกภายในช่องคอมดลูกได้ จึงมีข้อจำกัดในรายที่เห็น squamo-columnar junction ครบชัดเจน และยังไม่มีการวินิจฉัยเก็บไว้ให้สามารถตรวจสอบได้ จึงนิยมใช้ในสถานที่ที่มีทรัพยากรจำกัดและ Papanicolaou smear^(5,6) ซึ่งเป็นการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีทางเซลล์วิทยา การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดย Pap smear เป็นวิธีการที่สามารถลดอุบัติการณ์ และอันตรายของมะเร็งปากมดลูกซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยมีค่าใช้จ่ายไม่สูง เป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย ประมาณร้อยละ 7 มีผลการตรวจผิดปกติ เมื่อพบความผิดปกติ มีการสืบค้นเป็นขั้นตอน ได้แก่ colposcope, biopsy รวมทั้งการทำ LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure) เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่แน่นอนก่อน ทำให้สามารถวางแผนการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยต่อไป

ในจังหวัดสุพรรณบุรี มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear เช่นกัน โดยยังไม่ได้มีการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูก และโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ได้เข้าร่วมโครงการขององค์การโครงการโฮปแห่งประเทศไทยร่วมกับสถาบัน

มะเร็งแห่งชาติ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีในจังหวัดสุพรรณบุรี (2545-2549)⁽⁷⁾ ทำให้มีการตรวจคัดกรองจำนวนมาก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอุบัติการณ์ของ abnormal pap smear และ ผลของการดูแล รักษาสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ (abnormal pap smear) เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการควบคุม และรักษามะเร็งปากมดลูก

วิธีการศึกษา

วัตถุประสงค์และวิธีการ

1. รายงานผลการตรวจ Pap smear จากหน่วยเซลล์วิทยา โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ซึ่งเก็บ specimen จากสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ ในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี รวม 9 อำเภอ ยกเว้น อำเภอสองพี่น้องซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป สามารถตรวจรักษาได้ จึงไม่นำผลการตรวจส่งตรวจที่หน่วยเซลล์วิทยา โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2546 ถึง เดือนกันยายน 2550

2. รายงานจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ในรายที่ Pap smear ผิดปกติ นำมาศึกษาอุบัติการณ์ การตรวจคัดกรองรักษา ผลการรักษา และการติดตาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการตรวจ Pap smear โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบความสัมพันธ์ของระหว่างผลการตรวจคัดกรองที่ผิดปกติกับกลุ่มอายุและผลการตรวจคัดกรองที่ผิดปกติกับผลชิ้นเนื้อโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi-square tests) และหาค่า 95% CI

ผลการศึกษา

1. ผลการตรวจ Pap smear จากสถานีอนามัยต่าง ๆ โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ ในเขตจังหวัด

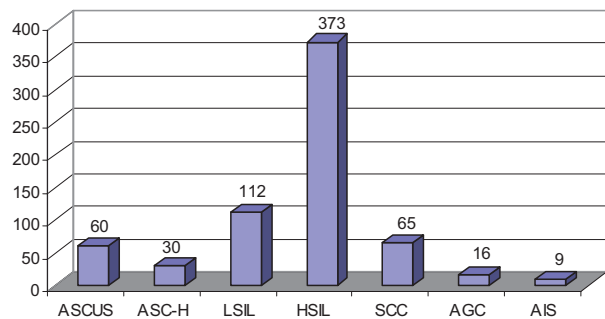
นิยามศัพท์⁽⁸⁾

abnormal Pap smear	ความผิดปกติของ เซลล์เยื่อบุปากมดลูก แปลผลทางเซลล์วิทยา ในระบบ Bethesda ⁽⁹⁾
ASC-US (Atypical squamous cell with unsignificance)	ความผิดปกติของเซลล์ที่รุนแรง ตามปฏิกิริยาแต่ในเชิงคุณภาพและปริมาณแล้ว ยังไม่ถึงรอยโรคขั้นต่ำ
ASC-H (High grade squamous intraepithelial lesion)	ความผิดปกติของเซลล์ที่มีความรุนแรงมากกว่า ASC-US แต่ยังไม่ถึงรอยโรคขั้นสูง
LSIL (Low grade squamous intraepithelial lesion)	เป็นความผิดปกติของเซลล์ภายในเยื่อบุสแควมัสขั้นต่ำ
HSIL (High grade squamous intraepithelial lesion)	เป็นความผิดปกติของเซลล์ภายในเยื่อบุสแควมัสขั้นสูง
SCC CA (squamous cell cacinoma)	ความผิดปกติของเซลล์มะเร็งระยะลุกลาม
AGC (Atypical Glandular Cells)	ความผิดปกติของ glandular cells ที่มีความรุนแรงน้อยกว่า adenocarcinoma
AIS (Endocervical adeno carcinoma in situ)	ความผิดปกติของเซลล์ที่อยู่ในช่องคอมดลูก adenocarcinoma ความผิดปกติของ glandular cells ระยะลุกลาม
CINI (Cervical intraepithelial neoplasia I)	ความผิดปกติใน lower 1/3 ของชั้นเยื่อบุสแควมัส
CINII (Cervical intraepithelial neoplasia II)	ความผิดปกติใน lower 2/3 ของชั้นเยื่อบุสแควมัส
CINIII (Cervical intraepithelial neoplasia III)	ความผิดปกติเกือบทั้งหมดของชั้นเยื่อบุสแควมัสแต่ไม่ลุกลามต่ำกว่าชั้น basement membrane

สุพรรณบุรี และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช ยกเว้นอำเภอสองพี่น้อง ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2546 ถึง เดือนกันยายน 2550 จำนวน 122,314 ราย พบ abnormal pap smear 665 คน คิดเป็นร้อยละ 0.543 (95%CI 0.505,0.581)

จำนวนของ abnormal pap smear จำแนกตามชนิดของความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุปากมดลูก แสดงดังรูปที่ 1 แยกเป็นระดับ HSIL 373 ราย (56.1%) ความผิดปกติของเซลล์ที่เป็นมะเร็ง ได้แก่ SCC CA 65 ราย (9.8%)

2. อายุเฉลี่ยของสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองที่ผิดปกติ คือ 43.01 ปี (SD 11.51 ปี) โดยช่วงอายุระหว่าง 35-49 ปี พบมากที่สุด 353 ราย (53%) (ตารางที่ 1) เมื่อศึกษาผลการตรวจคัดกรองที่ผิดปกติกับกลุ่มอายุพบว่าสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ตรวจพบความผิดปกติในระดับที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางทางสถิติ ($\chi^2=20.063$, $p=0.000$, $95\%CI=1.612,3.459$) ดัง



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามผล Pap smear

แสดงในตารางที่ 2

เมื่อพิจารณาผลความผิดปกติของ Pap smear HSIL ทั้งหมด 373 ราย (56.1%) พบมากในสตรีอายุ 40-44 ปี จำนวน 80 ราย (21.4%) และรองลงมาพบในอายุ 45-49 ปี จำนวน 66 ราย (17.7%) ตารางที่ 1 และรูปที่ 2

ตารางที่ 1 ผลของการคัดกรอง Pap smear ผิดปกติ ตามกลุ่มอายุ

Abnormal Pap smear	กลุ่มอายุ (ปี)									รวม
	16-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60 ปีขึ้นไป	
ASC-US	3 (5.0)	5 (8.3)	6 (10.0)	12 (20.0)	10 (16.7)	13 (21.7)	7 (11.7)	2 (3.3)	2 (3.3)	60 (100.0)
ASC-H	2 (6.7)	3 (10.0)	4 (13.3)	2 (6.7)	5 (16.7)	7 (23.3)	2 (6.7)	0 (.0)	5 (16.7)	30 (100.0)
AGC	0 (0)	0 (0)	3 (18.8)	1 (6.3)	4 (25.0)	4 (25.0)	1 (6.3)	2 (12.5)	1 (6.3)	16 (100.0)
LSIL	17 (15.2)	15 (13.4)	10 (8.9)	18 (16.1)	15 (13.4)	21 (18.8)	9 (8.0)	5 (4.5)	2 (1.8)	112 (100.0)
HSIL	16 (4.3)	17 (4.6)	33 (8.8)	63 (16.9)	80 (21.4)	66 (17.7)	39 (10.5)	29 (7.8)	30 (8.0)	373 (100.0)
AIS	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (33.3)	0 (0)	1 (11.1)	3 (33.3)	1 (11.1)	1 (11.1)	9 (100.0)
SCC	1 (1.5)	0 (0)	5 (7.7)	7 (10.8)	9 (13.8)	12 (18.5)	7 (10.8)	13 (20.0)	11 (16.9)	65 (100.0)
รวม	39 (5.9)	40 (6.0)	61 (9.2)	106 (15.9)	123 (18.5)	124 (18.6)	68 (10.2)	52 (7.8)	52 (7.8)	665 (100.0)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของการคัดกรอง Pap smear ผิดปกติ ตามกลุ่มอายุ

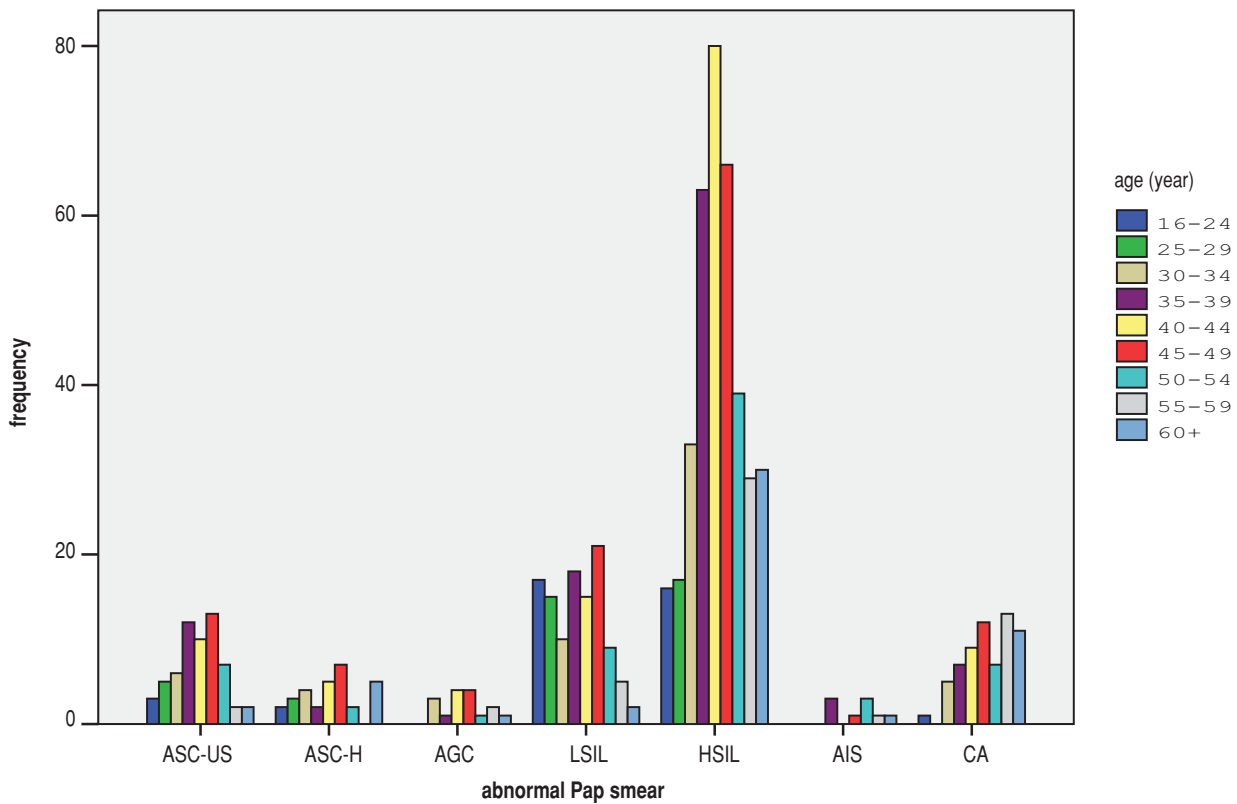
Abnormal Pap smear	กลุ่มอายุ		รวม
	น้อยกว่า 35 ปี	มากกว่า 35 ปี	
ต่ำกว่า HSIL	68	150	218
HSIL ขึ้นไป	72	375	447
รวม	140	525	665

($\chi^2=20.063$, $p=.000$, $95\%CI=1.612$, 3.459)

จากผู้ป่วยที่มีผลการตรวจ Pap smear ที่ผิดปกติจำนวน 665 ราย พบว่าเป็นการผิดปกติระดับ ASC-US จำนวน 60 ราย ซึ่งได้รับการตรวจ colposcope biopsy พบว่า 42 ราย (70%) เป็นการอักเสบ มีการตรวจติดตาม Pap smear ทุก 6-12 เดือน อีก 18 ราย (30%) พบเป็นมะเร็งระยะก่อนลุกลามโดยเป็นระดับ CIN

I มากที่สุด 9 ราย (15%) และไม่พบมะเร็งปากมดลูกชนิดลุกลามเลย

ผู้ป่วยที่มีผล Pap smear ผิดปกติตั้งแต่ระดับ ASC-H ขึ้นไป มีจำนวน 605 ราย โดยพบระดับ HSIL มากที่สุด ทุกรายจะได้รับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องคอลโปสโคปี (colposcopy) ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อ (bi-



รูปที่ 2 abnormal Pap smear ตามกลุ่มอายุ

opsy) จากรอยโรคที่ปากมดลูก เพื่อนำไปตรวจทางพยาธิวิทยา เมื่อพบความผิดปกติระดับ AGC ต้องทำ endocervical curettage (ECC) ทุกราย ชิ้นเนื้อที่ได้จะส่งไปตรวจทางพยาธิวิทยาจากสถานบริการในกรุงเทพมหานคร นำมาประเมินร่วมกับผลคอลโปสโกปี และผล Pap smear ในรายที่มีผลพยาธิสภาพไม่เกิน CIN I และผล Pap smear ต่ำกว่า LSIL จะติดตาม Pap smear ทุก 6-12 เดือน ในรายที่พบมะเร็งระยะลุกลามจะนำส่งต่อไปรักษาที่สถาบันที่มีศักยภาพสูงกว่า

ผู้ป่วยที่มีผล Pap smear ผิดปกติตั้งแต่ระดับ HSIL ขึ้นไป หรือในรายที่มีผลพยาธิสภาพ CIN II ขึ้นไป และมีผล คอลโปสโกปี ผิดปกติ จะตรวจค้นและตัดด้วยการทำ LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure) จำนวน 409 ราย เพื่อนำผลชิ้นเนื้อส่งตรวจและนำผลชิ้นเนื้อมาประเมินเพื่อพิจารณาตัดมดลูกจำนวน 155 ราย เมื่อมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ ระยะลุกลามขึ้น

ต้น CIN III ที่มีรอยโรคคงเหลือ รายที่มีโอกาสขาดการติดตามและในรายที่โรคทางนรีเวชร่วมด้วยที่จำเป็นต้องรักษาด้วยการตัดมดลูกออกอยู่แล้ว หลังจากที่มีการรักษาดังกล่าวข้างต้น ผู้ป่วยทุกรายยังต้องมีการนัดติดตามผลการตรวจ Pap smear และคอลโปสโกปี ทุก 6 เดือน เป็นเวลา 2 ปี ต่อจากนั้นปีละครั้ง

จากผลตรวจชิ้นเนื้อที่ได้จากการตัดชิ้นเนื้อ และการตัดมดลูก พบว่าระดับของ abnormal pap smear ระดับ HSIL มากที่สุด 373 ราย พบผลชิ้นเนื้อเป็น CIS 144 ราย (38.6%) และ malignancy 28 ราย (7.5%) ส่วนผลชิ้นเนื้อที่เป็น cervicitis พบถึง 75 ราย (20.1%) อาจเนื่องจากการอ่านผลคลาดเคลื่อนหรือเป็นความผิดปกติจริง จึงต้องติดตามต่อทุก 6 เดือน จนผล Pap smear ปกติ 3 ครั้ง ถ้าผลการติดตามผิดปกติต้องเริ่มต้นแผนการตรวจค้นและรักษาเดิม abnormal pap smear ระดับ invasive carcinoma พบ 65 ราย ผล

ตารางที่ 3 ระดับ abnormal Pap smear ตามผลชิ้นเนื้อ

Abnormal Pap smear	ผลชิ้นเนื้อ						รวม
	cervicitis	CIN I	CIN II	CIN III	CIS	malignancy	
ASC-US	42 (70.0)	9 (15.0)	3 (5.0)	4 (6.7)	2 (3.3)	0 (0)	60 (100.0)
ASC-H	15 (50.0)	4 (13.3)	1 (3.3)	2 (6.7)	8 (26.7)	0 (0)	30 (100.0)
AGC	10 (62.4)	1 (6.3)	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)	4 25.0%	16 (100.0)
LSIL	69 (61.6)	17 (15.2)	6 (5.4)	6 (5.4)	14 (12.4)	0 (0)	112 (100.0)
HSIL	75 (20.1)	32 (8.6)	23 (6.2)	71 (19.0)	144 (38.6)	28 (7.5)	373 (100.0)
AIS	0 (0)	0 (0)	1 (11.1)	0 (0)	3 (33.3)	5 (55.6)	9 (100.0)
CA	5 (7.8)	6 (9.2)	3 (4.6)	8 (12.3)	29 (44.6)	14 (21.5)	65 (100.0)
รวม	216 (32.4)	69 (10.4)	38 (5.7)	91 (13.7)	200 (30.1)	51 (7.7)	665 (100.0)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระดับ abnormal Pap smear ตามผลชิ้นเนื้อ

Abnormal Pap smear	ผลชิ้นเนื้อ		รวม
	ระยะก่อนเป็นมะเร็ง	ระยะเป็นมะเร็ง	
ต่ำกว่า HSIL	190	28	218
HSIL ขึ้นไป	224	223	447
รวม	414	251	665

($\chi^2=85.576$, $p=0.000$, $95\%CI=4.360,10.468$)

ชิ้นเนื้อพบเป็น micro invasive malignancy 14 ราย (21.5%) และ CIS 29 ราย (44.6%) ดังแสดงในตารางที่ 3

พบว่าผลการคัดกรองที่มีความผิดปกติมากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะพบผลชิ้นเนื้อผิดปกติในระดับที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=85.576$, $p=0.000$,

$95\%CI=4.360,10.468$) ดังแสดงในตารางที่ 4

การติดตามการรักษาผู้ป่วยจำนวน 665 ราย พบว่าผู้ป่วยมาติดตามหลังพบผล abnormal pap smear ระยะ 6 เดือน จำนวน 520 ราย (78.20%) และ 2 ปี จำนวน 59 ราย (8.82%) โดยที่ 42 ราย (6.32%) ส่งไปที่สถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษามะเร็งต่อไป

เนื่องจากเป็นระยะลุกลามขั้นต้น (invasive cancer) ในจำนวนผู้ป่วยระยะลุกลามขั้นต้นทั้งหมด 51 ราย ส่วนที่เหลือ 34 รายเป็นผู้ป่วยที่ขอตรวจติดตามที่สถานีนอนามัยใกล้บ้าน

วิจารณ์

จากการศึกษาผล Pap smear จำนวน 122,314 ราย พบผิดปกติ 665 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ร้อยละ 0.543 ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของสายบัว ซีเจริญ⁽¹⁰⁾ ใน พ.ศ. 2525 - 2529 พบร้อยละ 2.21 ภมรประวัติ และศรีสุพรรณดิษฐ์ ใน พ.ศ. 2522 - 2526 พบร้อยละ 1.15⁽¹¹⁾ ทั้งนี้เนื่องจากกาลเวลาที่ผ่านไป การตรวจคัดกรองมะเร็งมีมากขึ้น ทำให้พบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกลดน้อยลง โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช เป็นโรงพยาบาลศูนย์ทำให้เสมือนกับการเลือกเฉพาะกลุ่มที่มีความผิดปกติ จึงพบความผิดปกติมากกว่าในบริเวณชุมชนที่ตรวจเฉพาะสตรีในพื้นที่ชนบทภาคอีสานเท่านั้นโดยเทียบกับอำเภอกุมวปี ที่ศึกษาใน พ.ศ. 2534-2537 พบเพียงร้อยละ 0.49⁽¹²⁾

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ Pap smear มีผลการตรวจผิดปกติ คือ 43.01 ปี โดยช่วงอายุ 35-49 ปี พบผลผิดปกติมากถึงร้อยละ 53 เมื่อเทียบกับอายุเฉลี่ยของการเกิดมะเร็งปากมดลูกและ CIS ซึ่งเท่ากับ 50- 55 ปี น้อยกว่าประมาณ 10 ปี (40-45 ปี)^(2,8) ทำให้ต้องวางแผนการตรวจคัดกรองสตรีตั้งแต่อายุ 35-60 ปี ให้ครอบคลุมทั้งพื้นที่เพื่อที่จะได้พบรอยโรคแต่เนิ่น ๆ

ผลความผิดปกติของ Pap smear เป็น HSIL มากถึง 373 ราย (56.1%) ซึ่งต่างจากรายงานอื่นที่พบเป็น ASC-US มากที่สุด^(8,13) ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ผู้ป่วยที่มารักษามักเป็นผู้ป่วยที่มีอาการมากและส่งต่อจากที่อื่น รวมทั้งประสิทธิภาพในการอ่านผลของหน่วยเซลล์วิทยา โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช โดยเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มีประสบการณ์กว่า 20 ปี พร้อม

การส่งปรึกษาสถาบันพยาธิวิทยา ทำให้แยกระดับได้ชัดเจน

การตรวจค้นและการรักษาใช้แผนการรักษาใกล้เคียงกัน มีแผนการรักษาตามขั้นตอน และมีการติดตามเป็นระยะ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชใช้แผนการรักษาขององค์การโครงการโฮป⁽⁷⁾ แห่งประเทศไทย เนื่องจากมีการสนับสนุนเครื่องมือในการทำ LEEP และมีการจัดการอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความชำนาญในการใช้เครื่องมือและการอ่านผลทางเซลล์วิทยา ทำให้แพทย์มีความสนใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น จึงสามารถพบความผิดปกติได้เร็วขึ้น และวางแผนการรักษาได้ดีขึ้น

ถ้าตรวจพบความผิดปกติของ Pap smear ในระดับที่สูงขึ้นจะแปรผันโดยตรงกับผลชิ้นเนื้อที่เป็น CIN III CIS และมะเร็งระยะลุกลาม สอดคล้องกับการศึกษาของกอบกุล ตั้งสินมั่นคง ซึ่งพบว่าผลของ Pap smear ที่มีคุณภาพสามารถชี้พยาธิสภาพของมะเร็งปากมดลูกได้⁽¹⁴⁾

ผู้ป่วยมาตรวจติดตามหลังพบความผิดปกติ 6 เดือน 78.2% หลังจากนั้นก็ขาดการติดต่อ ซึ่งแม้ในประเทศไทยที่มีประสิทธิภาพในการติดตามอย่างดีแล้วยังพบว่าสูญหายได้ถึงร้อยละ 20⁽¹⁵⁾ ปัญหาของการติดตามคือ ผู้ป่วยไม่มาตามนัด ความวิตกกังวลขณะรอคอยการติดตาม ค่าใช้จ่ายที่ต้องมาโรงพยาบาลหลายครั้ง รวมทั้งการวินิจฉัยโรคและการรักษาล่าช้า จึงทำให้เป็นอุปสรรคต่อการติดตามผู้ป่วย ดังนั้นควรมีระบบของการติดตามอย่างเคร่งครัด มีระบบแจ้งเตือนให้ทราบถึงวันนัด แยกผู้ป่วยเป็นระบบและใช้การติดตามด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การโทรศัพท์ ไปรษณีย์บัตร การติดตามจากชุมชน เป็นต้น รวมทั้งเน้นให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นไปได้ของการเปลี่ยนเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม

สรุป

จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การที่ได้ตรวจ

คัดกรองมะเร็งระยะก่อนลุกลามและรักษานั้น เป็นการลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกได้เป็นอย่างดี ดังนั้นควรมีการตรวจคัดกรอง Pap smear อย่างเป็นระบบครอบคลุมในสตรีอายุ 35-60 ปี รวมทั้งการให้ความสำคัญสำคัญกับการควบคุมคุณภาพของการตรวจ การอ่านผล มาตรการการตรวจค้น และการรักษาเมื่อพบผล Pap smear ผิดปรกติ การติดตามผู้ป่วยอย่างเคร่งครัดระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพรวมทั้งการเน้นการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกอย่างแพร่หลาย มีผลให้อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกน้อยลง นอกจากนี้การตรวจพบ Pap smear ผิดปรกติ ควรมีการตรวจหา HPV DNA ด้วย เนื่องจากการพบผลบวกจะมีโอกาสเกิดมะเร็งปากมดลูกได้มากขึ้น⁽¹⁶⁾ เชื้อ HPV จึงเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งปากมดลูก จึงควรมีการแนะนำให้ฉีดวัคซีน เพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ชัชวรินทร์ ปิ่นสุวรรณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่อนุญาตให้เสนอรายงานวิจัยนี้ ตลอดจนเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม และหน่วยเซลล์วิทยาที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Pengsaa P, Jindawijak S. Cervix uteri. In : Sriplung H, Sontipon S, Martin N, Wiangnon S, Vootiprux V, hirsilpa A, et al, editors. Cancer in Thailand Vol iii, 1995 - 1997. Bangkok; Bangkok Medical Publisher: 2003. p. 49-50.
2. Vicki B, Benard PID, Steven S, Trevor C, Thompson BS, Richardson LC. Cervical cancer incidence in the United States by area of residence, 1998 - 2001. *Obstet Gynecol* 2007; 110:681-6.
3. Ferlay J, Bary F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002 : cancer incidence, mortality and prevalence

- worldwide. IARC Cancer Base No. 5, Version 2.0. Lyon: IARC Press; 2004.
4. Royal Thai College of Obstetricians and Gynecologists (RTCOCG / JSPIEGO) Coporation 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.
5. Vilos PA. The history of the Papanicolaou smear and the odyssey of George and Andromache Papanicolaou. *Obstet Gynecol* 1998; 91:479-83.
6. Papanicolaou GN. Atlas of exfoliative cytology. Boston: Massachusetts Commonwealth Fund University Press; 1954.
7. สุภาณี จิวศักดิ์อภิมาศ, ชัยรัตน์ ถิลาพัฒน์ดิษฐ์, บรรณาธิการ. Colposcopy และ LEEP ผลการดำเนินงานจากจังหวัดสุพรรณบุรี. เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการเรื่องให้ควมรู้ความเข้าใจเรื่องมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีในชนบท; 16 มีนาคม 2550; ณ ห้องประชุมประพาส เพ็ชรเลิศ ภาควิชาสูติ นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสูติ นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550. หน้า 35-47.
8. จตุพล ศรีสมบูรณ์. มะเร็งปากมดลูก การวินิจฉัย และการรักษา. กรุงเทพมหานคร: พี.บี. ฟอเรน บুকส์ เซนเตอร์; 2547:74-87.
9. Solomon D, Devey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al. The 2001 Bethesda terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA* 2002; 287:2114-9.
10. Chichareon SB, Tasse S, Wootipoom V, Buhachat R, Harnprasertpong J. Situation analysis for management of abnormal Pap smear in the lower southern Thailand. *Asian Pacific Journal of cancer prevention* 2005; 6:286-93.
11. Bhamraparvati Y, Srisupandit S. Problem in early detection of carcinoma of cervix in rural area in Thailand. In: Mould RF, Tungsubutra K, editors. Diagnosis and treatment of carcinoma of the cervix in developing areas. Proceeding of the International Working Party Meeting in Thailand. 1st ed. London: Taylor & Fancis; 1986. p. 205-10.
12. Amnatpuddee C. Abnormal pap smear in amphure kumphawapi. *Srinagarind Med J* 1996; 11(3):151-9.
13. Chichareon SB, Management of pre - invasive cervical cancer in low - resource setting. *J Med Assoc Thai* 2004; 87(3):214-22.
14. Tungsinmunkong K. The Bethesda system for reporting cervical cancer cytology screening. *Songkhla Med J* 2005; 23(Suppl 2):297-311.
15. Shafi MI, Luesley DM, Jordan JA, Dunn JA, Rollason

TP, Yates M. Randomized trial of immediate versus referred treatment strategies for the management of minor cervical cytological abnormalities. Br J Obstet Gynecol 1997; 104:590-4.

16. Wallin KL, Wklund F, Angstrom T, Bergman F,

Stendahl U, Wadell G, et al. Type -specific persistence of human papilloma virus DNA before the development of invasive cervical cancer. N Engl J med 1999; 341:1633-8.

Abstract Abnormal Pap Smear in Chaoprayayomraj Hospital
Nalinee Deawwatanavivat

Department of Obstetric & Gynaecology, Chaoprayayomraj Hospital, Suphan Buri
Journal of Health Science 2008; 17:433-41.

The objective of this retrospective descriptive study was to study the incidence of abnormal Pap smear in Chaoprayayomraj Hospital. It reviewed 122,314 Pap smears screening results from Cytology unit during October 2002 - September 2006 and additional records from the inpatient unit.

There were 665 cases (0.543%) (95% CI 0.505-0.581) that showed abnormal cytology with an average age of 43.01 years (SD 11.505). Most abnormal Pap smear was 353 (53%) presented in women between 35-49 years and HSIL was the most abnormal Pap in 373 women (56.1%). Colposcopic finding, pathologic result from biopsy and LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure) in 409 cases led to 155 cases of hysterectomy. In all, 51 micro invasive cancer cases were found (7.67%). The correlation between age and abnormal Pap smear was statistically significant ($\chi^2=20.063$, $p=.000$, 95% CI=1.612, 3.459). The women aged more than 35 years had higher possibility of having abnormal Pap smear. The higher the level of abnormal Pap smear would predict, the higher the level abnormal biopsy result with statistical significance ($\chi^2=85.576$, $p=.000$, 95% CI=4.360, 10.468). Six months after finding of abnormal Pap smear, 78.2 percent of the patients were followed up and only 8.82 percent remained in the program after two years. In conclusion, effective control of cervical cancer required early detection among the high risk group (more than 35 years), management of abnormal Pap smear, systemic clinical guideline, referral system and strict follow up system.

Key words: abnormal Pap smear, HSIL, micro invasive cancer