

ระบาดวิทยาของสตรีที่มีแปปสเมียร์ผิดปกติในอำเภอกุมภวาปี

ไชยยันต์ อำนานจุนดี พ.บ.*

* สูติ-นรีเวชแพทย์

โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทราบอุบัติการณ์ของ abnormal pap smear ในพื้นที่
2. เพื่อให้ทราบถึงระบาดวิทยา และปัจจัยเสี่ยงของ Abnormal Pap smear
3. เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ในภาคอีสาน

วิธีการและกลุ่มตัวอย่าง

ศึกษาจากประวัติผู้ที่มารับการตรวจ Pap smear ตามโครงการประชาสัมพันธ์ ค้นหาและวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลกุมภวาปี จากตุลาคม 2534 ถึง กันยายน 2537

ผลการศึกษา

ในช่วงเวลาดังกล่าวมีผู้มารับการตรวจ Pap smear ทั้งสิ้น 13,243 ราย ทั้งหมดมีภูมิลำเนา อยู่ในอำเภอกุมภวาปีและอำเภอข้างเคียง พบความผิดปกติเป็น Abnormal Pap smear (class 3,4,5) รวม 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.249 อายุเฉลี่ยของผู้ที่มีความผิดปกติ 44.76 ปี พบอายุน้อยที่สุด 20 ปี พบว่าผู้ที่มีสามีมากกว่า 1 คน มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ [OR = 3.34 ; P= 0.00459]

อุบัติการณ์ที่พบชี้ให้เห็นว่าควรจะต้องดำเนินการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในชนบทอย่างจริงจัง และทั่วถึงโดยเร็ว เพื่อลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งพบมากเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งในสตรีในภาคอีสาน.

ABNORMAL PAP SMEAR IN AMPHURE KUMPHAWAPI

Chaiyan amnatbuddee M.D.*

Kumphawapi Hospital
Udonthani Thailand

Abstract

From September 1992 to October 1994, 13,234 women in Amphure Kumphawapi were taken Pap smear for screening and prevention of cervical cancer by the local cervical cancer prevention program. 33 women with abnormal Pap smear [class 3,4,5] were found, the estimated incidence was 0.249%, their average age were 44.76 years old, the youngest was 20 years old. Multiple sexual partner was the significant risk, OR = 3.34 [p=0.00459].

The result indicated that to decrease the high incidence of cervical cancer there should be the effective nation cervical cancer prevention program in all over rural area of Thailand.

หลักการและเหตุผล

Abnormal Pap smear [APS] เป็นความผิดปกติที่พบในระยะก่อนที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก Pap smear เป็นการตรวจเพื่อหาเซลล์ที่มีความผิดปกติของเยื่อปากมดลูก ซึ่งสามารถพบได้ตั้งแต่ normal cell, atypical cell, dysplastic cell, หรือ malignant cell APS นี้หมายถึง Pap smear class 3,4, และ 5 ตาม WHO classification ซึ่งเมื่อตรวจวินิจฉัยขั้นต่อไปโดยตัดชิ้นเนื้อจากปากมดลูกเพื่อดูพยาธิสภาพ (tissue diagnosis) แล้วสามารถเป็นได้ ทั้ง cervical intraepithelial neoplasia [CIN], carcinoma insitu [CIS] และมะเร็งปากมดลูก

เชื่อว่ามะเร็งปากมดลูกมีวิวัฒนาการมาจากเซลล์ที่มีความผิดปกติตั้งแต่ในระยะ dysplastic cell (1,2,3) ซึ่งในระยะนี้เรียกว่า cervical intraepithelial neoplasia [CIN] โอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงต่อไปจนเป็นมะเร็งขึ้นกับความรุนแรงของความผิดปกติของเซลล์ (2,4) ช่วงเวลาที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงนี้คาดว่าจะอยู่ระหว่าง 1-30 ปี โดยเฉลี่ย 10 ปี (5) ดังนั้นการศึกษาในเรื่องระบาดวิทยา และปัจจัยเสี่ยงของ CIN, CIS, และมะเร็งปากมดลูก จึงใช้อ้างอิงกันได้ (6)

มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งในสตรีในภาคอีสาน (7) และประเทศไทย (8) นับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขอย่างหนึ่งของท้องถิ่น วิธีป้องกันมะเร็งปากมดลูกสามารถทำได้โดย ให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ทุกคนได้รับการตรวจ Pap smear ทุก 1-2 ปี (9,10) เมื่อพบความผิดปกติจึงตัดชิ้นเนื้อจากปากมดลูกเพื่อตรวจให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง และให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งจะสามารถลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกได้

การศึกษาที่ผ่านมา Trevathan E, Layde P, Webster LA และคณะ พบว่า สตรีที่มีอุปนิสัยสูบบุหรี่ มีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มอื่นๆ (11) เช่นเดียวกับสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยหรือมีคู่นอนหลายคน (12) หรือเคยติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะ Human papilloma virus type 16,18 (13) ก็มีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มอื่นๆ เช่นกัน การศึกษานี้มุ่งที่จะศึกษาถึงระบาดวิทยาของ APS โดยจะเน้นให้ทราบถึงอุบัติการณ์ และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบาดวิทยาโดยใช้แหล่งข้อมูลจากประชากรในท้องถิ่นโดยตรง (population base) ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงความจริง รวมทั้งจะศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยง

ของสตรีที่มี APS การศึกษานี้ยังเน้นการใช้วัสดุทรัพยากรและบุคลากรที่มีอยู่แล้วในท้องถิ่น ผลที่ได้นี้จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกในชนบทอย่างจริงจังต่อไป

วิธีการและประชากรกลุ่มตัวอย่าง

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากสตรีที่มารับการตรวจ Pap smear ในโครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก อำเภอกุมภวาปี ปีงบประมาณ 2535-2537 โดยมีการประชาสัมพันธ์โดยตรงแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ทำการตรวจ Pap smear ที่โรงพยาบาลกุมภวาปี และที่สถานีอนามัยตำบลทุกแห่งในอำเภอกุมภวาปี สไลด์ Pap smear ย้อมและอ่านโดยเจ้าหน้าที่และพยาธิแพทย์โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี

การศึกษานี้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นการศึกษาเกี่ยวกับระบาดวิทยาของ APS ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาเป็นผู้ที่มารับการตรวจ Pap smear ในช่วงเวลาตั้งแต่ ตุลาคม 2534 ถึงกันยายน 2537 ซึ่งเป็นสตรีอยู่ในช่วงอายุ 25-60 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอกุมภวาปีและอำเภอข้างเคียง จำนวนอย่างน้อย 12,893 ราย (ที่ความเชื่อถือ 99 % estimated incidence 1%) ทำการศึกษาในเรื่อง อายุ ภูมิลำเนา อาชีพ ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต ประวัติทางสูติรีเวช ประวัติส่วนตัว เพศสัมพันธ์ และประวัติของสามี

ส่วนที่ 2 เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ทำการศึกษาแบบ case control study ประชากรกลุ่มเปรียบเทียบ เรียกว่า "กลุ่มควบคุม" คัดเลือกจากผู้มารับการตรวจในระยะเดียวกัน ที่มีผลการตรวจเป็นปกติ มีอายุใกล้เคียงกัน จำนวน 3 เท่าของผู้ที่มีความผิดปกติ

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้ Odd ratio, chi-square tests โดยใช้ EPIINFO VERSION 6

ค่าที่ถือว่ามีความสำคัญทางสถิติคือ $p < 0.05$

นิยามตัวแปรที่ใช้

Pap smear หมายถึงการตรวจหาเซลล์ที่มีความผิดปกติโดยการย้อม Papanicolaou smear

Abnormal Pap smear [APS] หมายถึง Pap smear class 3 ถึง 5 ตาม WHO classification

ผลการศึกษา

1. ระบาดวิทยา

1.1 อุบัติการ (INCEDENCE)

จากที่มีผู้มารับการตรวจทั้งสิ้น 13,243 ราย พบความผิดปกติ (APS) 33 ราย คิดเป็นอุบัติการเท่ากับร้อยละ 0.249 ของประชากรสตรีวัยเจริญพันธุ์

1.2 อายุ

1.2.1 อายุเฉลี่ย 44.76 ปี (MEAN AGE = 44.76 + SD 11.84 ปี) พบอายุน้อยที่สุด 20 ปี อายุมากที่สุด 73 ปี

1.2.2 การกระจายตามกลุ่มอายุ ดังแสดงในตารางที่ 1 และแผนภูมิที่ 1 พบว่าผู้ที่มีความผิดปกติส่วนมาก คือเท่ากับร้อยละ 84 ของทั้งหมด มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวนของ APS มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี และเมื่อเปรียบเทียบแต่ละกลุ่มอายุพบว่า อัตราของผู้ที่มีความผิดปกติในกลุ่มอายุ 45-49 ปีจะสูงกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า 39 ปีลงมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังที่แสดงไว้ในรูปแผนภูมิที่ 2

1.3 เชื้อชาติผู้มารับการตรวจทั้งหมด รวมทั้งผู้ที่มีความผิดปกติ มีเชื้อชาติไทยทั้งหมด

1.4 ภูมิลำเนาผู้มารับการตรวจทั้งหมด รวมทั้งผู้ที่มีความผิดปกติ มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอ กุมภวาปีและอำเภอข้างเคียง ซึ่งเป็นชุมชนชนบท

1.5 อาชีพผู้ที่มีความผิดปกติทั้งหมดมีอาชีพเป็นแม่บ้านและเกษตรกร

2. การศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

2.1 ข้อมูลทั่วไป

ดังที่แสดงไว้ใน ตารางที่ 2 พบว่า อายุเฉลี่ย อายุที่เริ่มมีประจำเดือน อายุที่แต่งงานหรือมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และอายุที่คลอดบุตรคนแรกของทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ [p>0.05]

ส่วนจำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ของกลุ่ม APS เท่ากับ 5.76 ครั้ง มากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเท่ากับ 3.92 ครั้ง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [p=0.00024] เช่นเดียวกับจำนวนครั้งที่คลอดพบว่ากลุ่ม APS เท่ากับ 5.03 ครั้ง กลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.66 ครั้ง แสดงว่ากลุ่ม APS มีจำนวนครั้งที่คลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.002615)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนของสตรีที่ตรวจทั้งหมด และ APS จำแนกตามกลุ่มอายุ

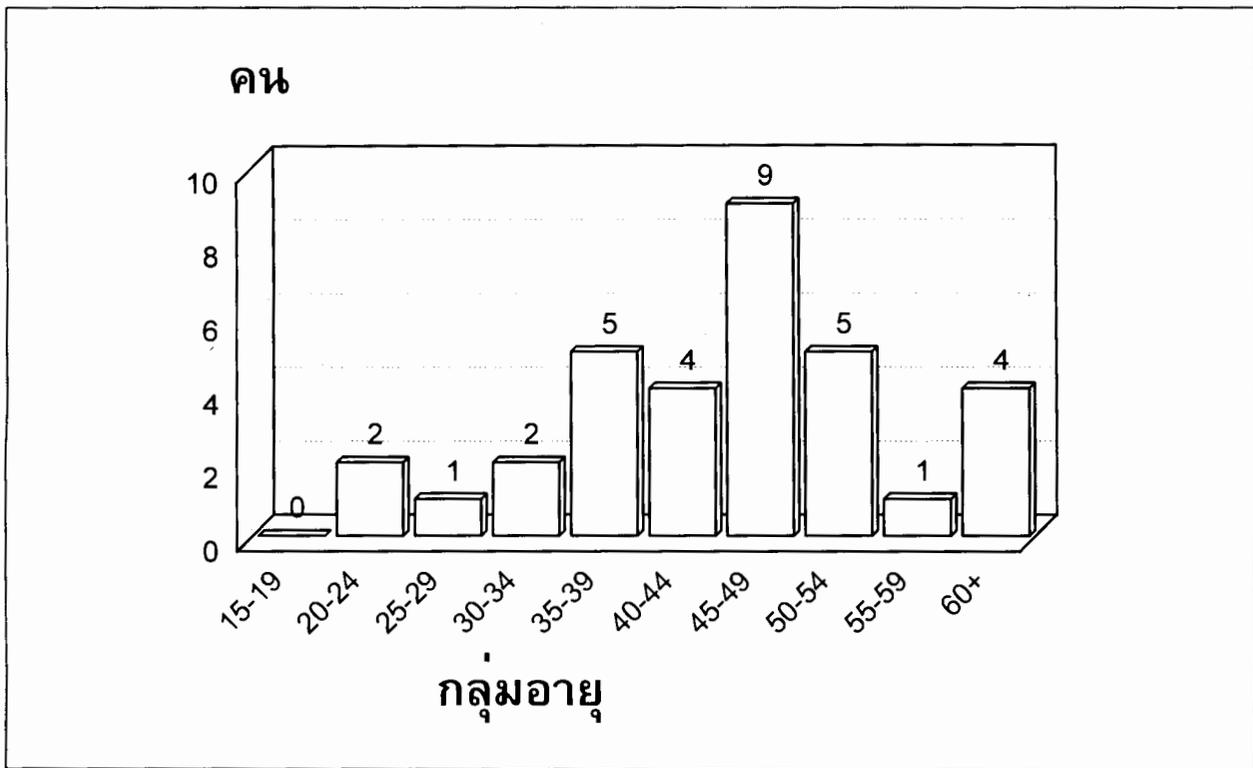
| กลุ่มอายุ | สตรีที่ตรวจทั้งหมด | APS | ร้อยละ | P |
|------------|--------------------|-----------|---------------|-----------|
| 15-19 | 684 | 0 | 0 | p=0.03559 |
| 20-24 | 2506 | 2 | 0.0798 | |
| 25-29 | 2594 | 1 | 0.0386 | |
| 30-34 | 2014 | 2 | 0.0993 | |
| 35-39 | 1804 | 5 | 0.2772 | |
| 40-44 | 1280 | 4 | 0.3125 | |
| 45-49 | 983 | 9 | 0.9156 * | |
| 50-54 | 611 | 5 | 0.6547 | |
| 55-59 | 350 | 1 | 1.1428 | |
| 60+ | 417 | 4 | 0.9592 | |
| รวม | 13243 | 33 | 0.2492 | |

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่ม

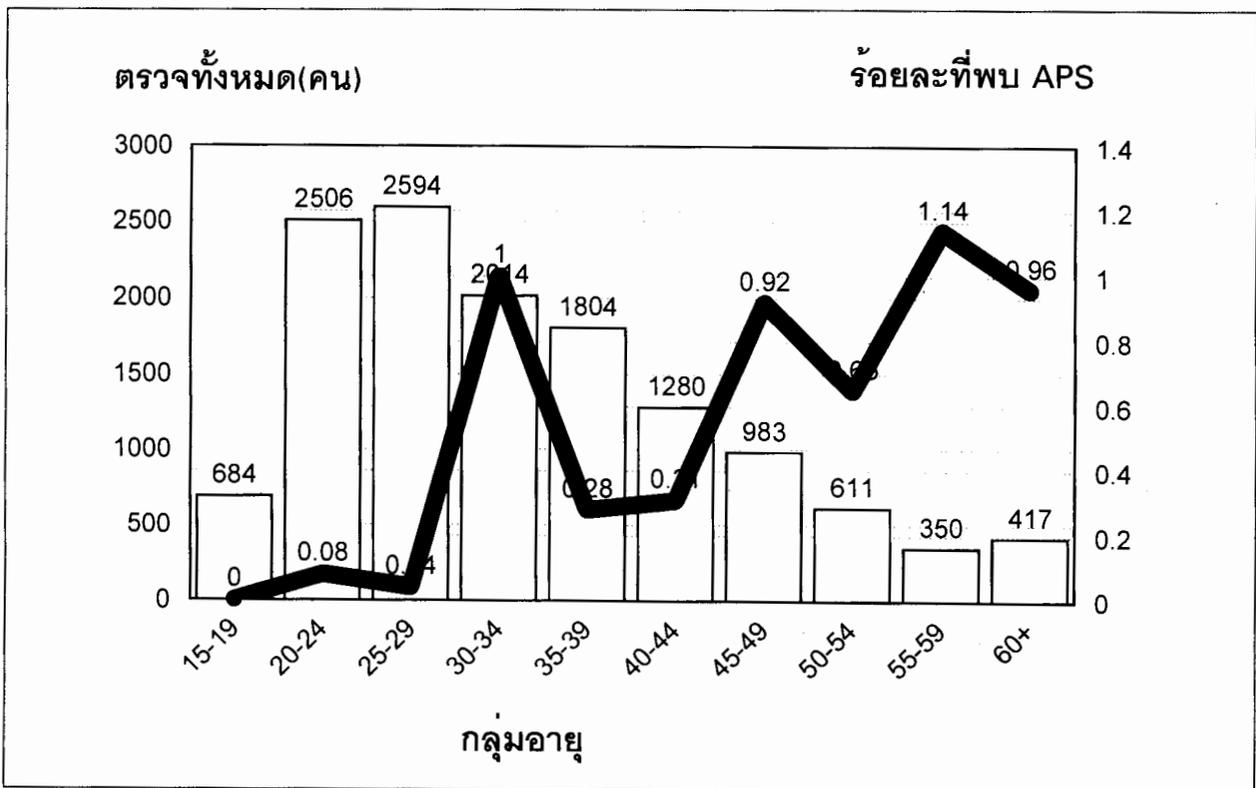
| | CASES | CONTROL GROUP | P |
|--------------------------------|-------|---------------|------------|
| จำนวน | 33 | 134 | |
| อายุเฉลี่ย (ปี) | 44.76 | 41.72 | 0.176938 |
| MENARCHE (ปี) | 15.97 | 15.60 | 0.239208 |
| มีเพศสัมพันธ์ อายุ (ปี) | 19.18 | 19.69 | 0.541696 |
| จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ (ครั้ง) | 5.76 | 3.92 | 0.00024 * |
| จำนวนครั้งที่คลอด (ครั้ง) | 5.03 | 3.66 | 0.002615 * |
| คลอดบุตรครั้งแรกอายุ (ปี) | 20 | 21.66 | 0.160141 |

* = มีนัยสำคัญทางสถิติ

รูปแผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวน APS จำแนกตามกลุ่มอายุ



รูปแผนภูมิที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละของ APS ที่พบกับสตรีที่ได้รับการตรวจทั้งหมด จำแนกตามกลุ่มอายุ



2.2 ปัจจัยเสี่ยง

จากการศึกษาปัจจัยที่อาจมีผลต่อ APS ในทั้งสองกลุ่มพบว่า สตรีที่มีสามีมากกว่า 1 คน มีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มควบคุม 3.34 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.00459$) ส่วนสตรีที่มีสามีเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ต้มเหล้า สูบบุหรี่ เคยมีตกขาว เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เคยเป็นอู้งเชิงกรานอักเสบ เคยมี

เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด มีเลือดออกหลังร่วมเพศ หรือไม่มีอาการใดๆ มาก่อน หรือไม่เคยตรวจ Pap smear มาก่อน จากการศึกษาคั้งนี้พบว่า ไม่มีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3 อย่างไรก็ตามสตรีที่เคยมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด มีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3

| ปัจจัย | CASES [N=33] | CONTROL GR. [N=134] | O.R | 95% C.I. | P |
|---|-----------------|------------------------|--------|-----------|---------|
| - มีสามีมากกว่า 1 คน | 12 | 19 | 3.34 * | 1.30-8.58 | 0.00459 |
| - ต้มเหล้า | 21 | 77 | 1.20 | 0.51-2.86 | |
| - สูบบุหรี่ | 2 | 6 | 1.33 | 0.18-7.87 | |
| - ไม่มีอาการใดๆ มาก่อน | 10 | 56 | 0.57 | 0.23-1.39 | |
| - ไม่เคยตรวจ Pap smear | 22 | 73 | 1.56 | 0.66-3.77 | |
| - เคยมีตกขาว | 17 | 76 | 0.75 | 0.33-1.74 | |
| - เคยเป็นโรคติดต่อ- ทางเพศสัมพันธ์ [STD] | 5 | 10 | 2.14 | 0.58-7.58 | |
| - เคยเป็นอู้งเชิงกรานอักเสบ | 14 | 42 | 1.54 | 0.66-3.61 | |
| - สามีเคยเป็น STD | 7 | 18 | 1.68 | 0.57-4.83 | |
| - เคยมีเลือดออกผิดปกติ- ทางช่องคลอด | 11 | 23 | 2.33 | 0.91-5.90 | |
| - มีเลือดออกหลังร่วมเพศ | 6 | 12 | 2.19 | 0.66-7.04 | |

* = มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและวิจารณ์

จากสตรีที่มารับการตรวจทั้งสิ้น 13,243 ราย พบความผิดปกติ (APS) 33 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ร้อยละ 0.249 ของประชากรสตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุเฉลี่ยของ APS เท่ากับ 44.76 ปี พบว่าสตรีที่มีสามีมากกว่า 1 คน จะมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 3.34)

จำนวนประชากรตัวอย่างที่นำมาศึกษาครั้งนี้ 13,243 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 ของประชากรสตรีวัยเจริญพันธุ์ของอำเภอภูมิกวาวปี สามารถเป็นตัวแทนของประชากรในพื้นที่นี้ได้อุบัติการณ์ที่พบร้อยละ 0.249 เมื่อเปรียบเทียบกับอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกของจังหวัดขอนแก่น และเชียงใหม่ 24-33 ต่อประชากร 100,000 คน (14) จะแตกต่างกันมาก (การศึกษานี้ 249/100,000) จะพบว่าอุบัติการณ์ของภูมิกวาวปีค่อนข้างสูงเนื่องจากตัวเลขนี้นรวมเอาความผิดปกติทั้ง CIN, CIS, และมะเร็งปากมดลูก ซึ่ง APS นี้ ในรายที่ยังมิได้เป็นมะเร็งโอกาสจะเปลี่ยนเป็นมะเร็งได้ร้อยละ 0-70 (2,4) รวมทั้งเป็นได้จากการตรวจ Pap smear ที่นำมาศึกษาครั้งนี้ ทำเป็นจำนวนมากครั้งแรกในพื้นที่นี้ ในขณะที่ปกติประชากรในพื้นที่นี้จะได้รับการตรวจปีละไม่ถึงร้อยละ 5 จึงทำให้พบความผิดปกติที่สะสมอยู่ ซึ่งคาดว่าภายหลังการตรวจประชากรในพื้นที่ที่มีความรู้และได้รับการตรวจอย่างสม่ำเสมอ อุบัติการณ์น่าจะลดลงได้ และอุบัติการณ์เฉพาะแต่ละความผิดปกตินั้นจะได้ทำการศึกษาต่อไป แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของสมพร โพธิ์นามและคณะ (1983-1984) พบ APS 3.1% (15), ภมรประวัติ และศรีสุพรรณดิษฐ์ (1979-1983) พบ APS 1.51% (16) การศึกษาทั้งสองนั้นเป็นการศึกษาข้อมูลจากผู้มารับการตรวจที่โรงพยาบาล [Hospital base] ซึ่งเป็นศูนย์การรักษาที่ใหญ่ของประเทศจึงทำให้เสมือนกับการเลือกเฉพาะกลุ่มที่มีความผิดปกติ ทำให้พบความผิดปกติมากกว่า อายุเฉลี่ยที่พบ 44.76 ปี เมื่อเทียบกับอายุเฉลี่ยของมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 50 ถึง 55 ปี และ CIS น้อยกว่าประมาณ 10 ปี (40-45 ปี) (17) ซึ่งเมื่อติดตามกลุ่ม APS ที่นำมาศึกษาครั้งนี้พบว่าส่วนมาก (ร้อยละ 67) เป็น CIS ดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 4 ทำให้อายุเฉลี่ยที่พบอยู่ในกลุ่ม CIS พบอายุน้อยที่สุด 20 ปี ซึ่งห่างจากมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 4 ปี ข้อมูลนี้ช่วยชี้แนะถึงช่วงเวลาที่จะเริ่มตรวจ Pap smear และเป็นการสนับสนุนข้อเสนอของ

Walton ที่ได้ศึกษาและรายงานในประเทศแคนาดาในปี 1982 ที่ให้จัดโปรแกรมป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยเริ่มตรวจ Pap smear เมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์จากอายุ 18 ปีขึ้นไป (18)

ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง พบว่าสตรีที่มีสามีมากกว่า 1 คน จะมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเช่นการศึกษาของ Kjaer SK และคณะ ที่พบว่าความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในกลุ่มสตรีที่มีคู่นอนหลายคน (12) และพบว่าน่าจะเกี่ยวกับการติดเชื้อหลังร่วมเพศ โดยเฉพาะไวรัส HPV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ (13) ซึ่งการศึกษานี้ปัจจัยที่เกี่ยวกับการติดเชื้อหลังร่วมเพศทั้งในสตรีและสามี ไม่เป็นปัจจัยที่ทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นดังเช่นการศึกษาอื่น ๆ ซึ่งอาจเป็นได้จากการศึกษานี้จำนวนผู้ป่วยที่นำมาศึกษาค่อนข้างน้อย จึงทำให้ไม่เกิดความแตกต่างกันอย่างชัดเจน เป็นที่สังเกตว่าตามวัฒนธรรมประเพณีของชาวชนบทอีสาน ที่สตรีจะอยู่กันอย่างเรียบง่ายไม่มีการสำส่อนทางเพศ นิยมตีหม้อ แต่ไม่นิยมสับนุหรี ดังเช่นสังคมในเมืองหรือต่างประเทศ แต่ก็ยังมีปัจจัยเสี่ยงอันเดียวกันคือมีคู่นอนหลายคน ปัจจัยที่มีร่วมกันน่าจะเป็นการติดเชื้อในช่องคลอดหลังร่วมเพศ ในประเด็นนี้ควรที่จะได้มีการศึกษาในระดับลึกต่อไป

ผลการศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นถึงอุบัติการณ์ของ APS ที่มีอัตราค่อนข้างสูงในพื้นที่ที่ประชากรยังไม่ได้รับการตรวจ Pap smear อย่างทั่วถึง ซึ่งจะยังมีผลให้อัตราของมะเร็งปากมดลูกครองอันดับหนึ่งอยู่ต่อไปประมาณว่าในสภาวะปัจจุบันนี้จะพบมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ทั้งประเทศไทย ปีละ 5,000 ราย (25/100,000 age standardized incidence) (14) ดังนั้นจึงควรที่จะมีระบบที่จะควบคุมและป้องกันมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจ Pap smear อย่างจริงจังและทั่วถึงในระดับชาติ โดยเน้นการใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า

ตารางที่ 4 สรุปผลการตรวจ PAP SMEAR

| CLASS | จำนวน(คน) | การวินิจฉัยขั้นสุดท้าย | | |
|-------|-----------------|------------------------|-------------|------------|
| | | CIN [1] | CIS [2] | Inv. |
| 1-2 | 13,210 [99.7%] | | | |
| 3 | 2 [0.015%] | 1 | 1 | |
| 4 | 26 [0.196%] | 0 | 22 | 4 |
| 5 | 5 [0.037%] | 0 | 0 | 5 |
| รวม | 13,243 [100.0%] | 1 [0.007%] | 23 [0.174%] | 9 [0.068%] |

[1] = cervical intraepithelium neoplasia

[2] = cervical carcinoma insitu

[3] = invasive cervical carcinoma

กิตติกรรมประกาศ

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ สมพร โภธินาม

ศาสตราจารย์นายแพทย์ ประสิทธิ์ เฟิงสา

รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุมิตร สุตรา

ที่กรุณาให้คำแนะนำในการศึกษาครั้งนี้

กราบขอบพระคุณ นายแพทย์ นิตศน์ ราวา นายแพทย์สาธาณสุขจังหวัดอุดรธานี ขณะนั้น ที่ได้สนับสนุน โครงการรณรงค์ควบคุมและป้องกันมะเร็งปากมดลูก อำเภอกุมภวาปี ปีงบประมาณ 2535-2537 และสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Philip J DiSaia, William T Creasman. Preinvasive disease of the cervix, vagina, and vulva. In : Clinical gynecologic oncology. St.Louis : The C.V.Mosby company, 1989 : 1-5.
2. DiSaia PJ, Morrow CP, Townsend DE. Synopsis of gynecologic oncology. New York : John Wiley and Son, 1975 ; 13-17.
3. Brigs RM. Dysplasia and early neoplasia of the uterine cervix. A review. Obstet Gynecol Survey 1979 ; 34 : 70-99.
4. Howard W.Jones III. Cervical intraepithelial neoplasia. In : Howard W. Jones III, Anne Colston Wentz, Lonnie S. Burnett. Novak's textbook of gynecology. Baltimore : William & Wilkins, 1988 ; 653-654.

5. Christopher P.Crum, Peyton T.Taylor. Intraepithelial squamous lesions of the cervix. In : Robert C. Knapp, Ross S.Berkowitz. Gynecologic Oncology. Singapore : McGraw Hill, Inc., International edition 1993 : 179-181.
6. Daniel W. Cramer. Epidemiologic aspects of gynecologic oncology. In : Robert C.Knapp, Ross S.Berkowitz. Gynecologic Oncology. Singapore:McGrawHill, Inc., International edition 1993 : 144-145.
7. Cancer unit Khon Kean University. Tumor registry. Statistical report. Khon Kean : Khon Kean university. 1990.
8. Cancer institute Siriraj hospital. Tomor registry. Statatcal report. Bangkok : Mahidol university. 1990.
9. La Vecchia C, DeCarli A, Gentile A, et al. Pap smear and the risk of cervical neoplasia: Quantitative estimates from a case control study. Lancet 2 : 779,1984a.
10. Shy K, Chu J, Mandelson M, Greer B, Figge D. Papanicolaou smear screening interval and risk of cervical cancer. Obstet Gynecol 1989 ; 74[6] : 838-43.
11. Trevathan E, Layde P, Webster LA,et al. Cigarette smoking and dysplasia and carcinoma in situ of the uterine cervix. JAMA 1983; 1-250 : 499.
12. Kjaer SK, Poll P, Jensen H, Engholm G, Huagaard BJ, Teisen C, Christensen RB, Moller KA,Vestergaard BF, de Villiers EM, et al. Abnormal papanicolaou smear. A population-based study of risks factors in Greenlandic and Denish women. Acta-Obstet-Gynecol-Scand 1990 ; 69[1] : 79-86.
13. Kurman FJ, Jenson AB, Lancaster WD. Papilloma virus infection of the cervix.II.Relationship to intraepitheial neoplasia base on the presence of specific viral structural proteins.Am J Surg Pathol 1983,7 : 39.
14. ประสิทธิ์ เฟิงสา. ระบาดวิทยาของมะเร็งปากมดลูก. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาสาร. 1993 ; Vol.2, No.2; 1-10.
15. Pothinam S,Patumnakul P,Limpaiboon R. Correlation between histology and cytology diagnosis in cervical cancer. In : Moud RF, Tungsubutra K,eds. Diagnosis and treatment of carcinoma of the cervix in developing areas, Proceeding of the International working party meeting in Thailand. 1985 ; 211-214.
16. Bhamarapravati Y, Srisupandit S. Problem in early detection of carcinoma of cervix in rural area in Thailand. In : Moud RF, Tungsubutra K,eds. Diagnosis and treatment of carcinoma of the cervix in developing areas , Proceeding of the International ; 203-205.
17. Van NagellJ.R.,Higgins R.V., Powell D.E. Invasive cervical cancer.In : Robert C. Knapp, Ross S.Berkowitz. Gynecologic Oncology. Singapore : McGraw Hill, Inc., International edition 1993 : 192-193.
18. Walton RJ. [Chairman] Cervical cancer screening programs : summary of the 1982 Canadian Task Force Report. Can Med Assoc J 1982;[127] 581.