



โรงพยาบาลลำปาง
LAMPANG HOSPITAL

ลำปางเวชสาร LAMPANG MEDICAL JOURNAL



นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกของการตรวจพบผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลลำปาง

ชญาดา วงศ์สุวรรณ พ.บ.*, เกื้อหนุน บัวไพจิตร พ.บ.*,
สุจิตรา กอบการดี พย.บ.**, สุนิสา บันตาวงศ์ พย.บ.***

*กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำปาง

**กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปาง

***กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง

รับต้นฉบับ: 22 เมษายน 2568
ปรับแก้ไข: 19 สิงหาคม 2568
รับลงตีพิมพ์: 26 สิงหาคม 2568

คำสำคัญ:

ความชุก,
คัดกรอง,
มะเร็งปากมดลูก,
ตั้งครรภ์

ติดต่อบทความ :

พญ.ชญาดา วงศ์สุวรรณ

กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม

โรงพยาบาลลำปาง

280 ถ.พหลโยธิน ต.หัวเวียง

อ.เมืองลำปาง จ.ลำปาง 52000

โทร. 0 5423 7400 ต่อ 8321

E-mail: buzzispice@hotmail.com

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยเป็นอันดับ 4 ในสตรีไทย รพ.ลำปาง มีนโยบายคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ โดยวิธี liquid-based cytology (LBC) แต่ยังไม่มีความชุกของผลการตรวจที่พบความผิดปกติ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกของผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติในสตรีตั้งครรภ์ และความชุกของรอยโรค ระยะก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูกขั้นที่ 2 ขึ้นไป (cervical intraepithelial neoplasia [CIN] 2+) ในกลุ่มที่มีผลคัดกรองผิดปกติและได้รับการขลิบชิ้นเนื้อหลังคลอด

วัสดุและวิธีการ: เป็นการศึกษาแบบ retrospective study ในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี LBC ใน รพ.ลำปาง ระหว่าง 1 มิถุนายน 2563 ถึง 31 มีนาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีผลคัดกรองปกติและกลุ่มที่มีผลคัดกรองผิดปกติ

ผลการศึกษา: มีสตรีตั้งครรภ์ 1,163 ราย ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง พบผิดปกติ 71 ราย (ร้อยละ 6.1) ได้แก่ atypical squamous cells of undetermined significance (ASCUS) 45 ราย (ร้อยละ 3.8), ร่องลงมาคือ low grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) 20 ราย (ร้อยละ 1.7), atypical squamous cells cannot exclude HSIL (ASC-H) 2 ราย (ร้อยละ 0.2), high grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) 3 ราย (ร้อยละ 0.3) และมะเร็งปากมดลูกจากการตัดชิ้นเนื้อในรอยโรคที่พบจากตาเปล่า 1 ราย (ร้อยละ 0.1) กลุ่มที่มีผลคัดกรองปกติมีประวัติเคยคลอดบุตรร้อยละ 57.2 ต่ำกว่ากลุ่มผลคัดกรองผิดปกติที่พบร้อยละ 70.4 ($p = 0.034$) สตรีที่มีผลคัดกรองผิดปกติมารับการตรวจส่องกล้อง และขลิบชิ้นเนื้อหลังคลอด 26 ราย (ร้อยละ 37.1) พบรอยโรค CIN1 8 ราย และ CIN2+ 2 ราย เมื่อนับรวมกับ 1 ราย ที่พบมะเร็งปากมดลูกจากการตรวจคัดกรองขณะตั้งครรภ์แล้วจึงเป็นรอยโรค CIN2+ ทั้งหมด 3 ราย ในจำนวนสตรีที่มีผลการคัดกรองผิดปกติ และได้รับการขลิบชิ้นเนื้อเพื่อยืนยันวินิจฉัย 27 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 11.1

สรุป: การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีตั้งครรภ์พบผลการตรวจที่ผิดปกติร้อยละ 6.1 และรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูกขั้นสูง (CIN2+) ร้อยละ 11.1 ในกลุ่มที่มีผลคัดกรองผิดปกติและได้รับการขลิบชิ้นเนื้อหลังคลอด

Original Article

Prevalence of Abnormal Cervical Cancer Screening Results Among Pregnant Women at Lampang Hospital.

Chayada Wongsuwan, M.D., Kuanoon Buapaijit, M.D.

Sujittra Kobkarndee, B.N.S.** , Sunisa Nantawong, B.N.S.***

* Department of Obstetrics and Gynecology, Lampang Hospital

** Outpatient Care Unit, Lampang Hospital

***Intensive Care Unit, Lampang Hospital

Lampang Med J 2025;46(2):
69–76

Received: 22 Apr 2025

Revised: 19 Aug 2025

Accepted: 26 Aug 2025

Keywords:

prevalence,
screening,
cervical cancer,
pregnancy

Abstract

Background: Cervical cancer is the fourth most common cancer among Thai women. Lampang Hospital has implemented a policy of cervical cancer screening using liquid-based cytology (LBC) for all pregnant women attending antenatal care. However, data on the prevalence of abnormal screening results in this population remain limited.

Objective: To determine the prevalence of abnormal cervical cancer screening results in pregnant women and the prevalence of cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or higher (CIN2+) among those with abnormal results who underwent postpartum cervical biopsy.

Materials and Methods: This retrospective study included pregnant women who attended antenatal care and underwent cervical cancer screening using LBC at Lampang Hospital between June 1, 2020, and March 31, 2023. Descriptive statistics were used to analyze the data, and comparisons were made between women with normal and abnormal screening results.

Results: A total of 1,163 pregnant women were screened. Abnormal results were found in 71 cases (6.1%), including: atypical squamous cells of undetermined significance (ASCUS) in 45 cases (3.8%), low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) in 20 cases (1.7%), atypical squamous cells cannot exclude HSIL (ASC-H) in 2 cases (0.2%), high-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) in 3 cases (0.3%), and 1 case of cervical cancer detected through visible lesion biopsy (0.1%). A history of prior childbirth was observed in 57.2% of women with normal screening results, compared to 70.4% in the abnormal screening group ($p = 0.034$). Among women with abnormal results, 26 (37.1%) underwent postpartum colposcopy and cervical biopsy, revealing 8 cases of CIN1 and 2 cases of CIN2+. Including the one case of cervical cancer detected during pregnancy, there were a total of 3 CIN2+ cases among 27 women with abnormal screening results who underwent confirmatory biopsy, yielding a CIN2+ prevalence of 11.1%.

Conclusion: Cervical cancer screening during pregnancy detected abnormal results in 6.1% of cases. Among those with abnormal screening who underwent postpartum biopsy, 11.1% had high-grade precancerous lesions (CIN2+).

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยเป็นอันดับ 4 ของสตรีไทย⁽¹⁾ มักพบได้บ่อยในวัยเจริญพันธุ์ โดยมีระยะก่อนเป็นมะเร็งนานหลายปีก่อนจะเปลี่ยนเป็นมะเร็งปากมดลูก มีคำแนะนำจาก The United States Preventive Services Task Force (USPSTF) ให้สตรีทุกคนเริ่มตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีตรวจ cytology ตั้งแต่ อายุ 21 ปี โดยตรวจซ้ำทุก 3 ปี ถึง 65 ปี หรือตรวจหา human papillomavirus deoxyribonucleic acid (HPV DNA) ทุก 5 ปี ตั้งแต่อายุ 30 ปี ถึง 65 ปี โดยไม่คำนึงถึงเพศสัมพันธ์⁽²⁾ อย่างไรก็ตาม สตรีไทยมักละเลยการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็งเนื่องจากไม่เห็นความสำคัญ การตั้งครรภ์เป็นโอกาสอันดีที่จะทำให้ค้นพบรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งได้ ที่ รพ.ลำปางจึงมีมาตรการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี liquid-base cytology (LBC) ในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายตั้งแต่ครั้งแรกที่ฝากครรภ์

ความชุกของการพบเซลล์ที่ปากมดลูกผิดปกติในสตรีตั้งครรภ์สูงเทียบเท่ากับสตรีไม่ตั้งครรภ์⁽³⁾ มีคำแนะนำให้ดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ครั้งแรกที่มารับบริการฝากครรภ์ หากพบความผิดปกติที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพัฒนาเป็นมะเร็งปากมดลูก แนะนำให้เข้ารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก (colposcopy) เพื่อประเมินรอยโรคและวางแผนการติดตามหลังการรักษา โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อมุ่งเน้นการแยกโรคมะเร็งปากมดลูกระหว่างตั้งครรภ์ ดังนั้น รอยโรคที่สงสัยมะเร็งปากมดลูกควรได้รับการขลิบชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา หากผลการตรวจยังไม่สงสัยมะเร็งปากมดลูกสามารถเลื่อนการขลิบชิ้นเนื้อไปหลังคลอดได้ที่ 6-8 สัปดาห์⁽³⁾

มีรายงานการศึกษาหลายฉบับที่ประเมินถึงความปลอดภัยในการติดตามรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูกในสตรีตั้งครรภ์ โดยพบว่ารอยโรคส่วนใหญ่มีแนวโน้มดีขึ้นภายหลังการคลอด ในการศึกษาหนึ่งในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 1,079 รายที่มีรอยโรคผิดปกติบริเวณปากมดลูก พบว่า ร้อยละ 61 ของรอยโรคเหล่านี้กลับสู่สภาวะปกติภายหลังคลอด⁽⁴⁾ อีกการศึกษาหนึ่งรายงานว่าร้อยละ 70 ของรอยโรคชนิด cervical intraepithelial neoplasia ระดับ 2 และ 3 (CIN2 และ CIN3) หายไปได้เองหลังคลอด ขณะที่ร้อยละ 7 ของ CIN2 มีการพัฒนาเป็น CIN3 โดยไม่พบการดำเนินโรคไปสู่มะเร็งปากมดลูก⁽⁵⁾ สำหรับรอยโรคระยะก่อนมะเร็งขั้นสูงหรือ carcinoma in situ (CIS) พบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยมีการหายของรอยโรคภายหลังคลอด ในขณะที่ 2 ใน 3 ยังคงมีรอยโรคอยู่ และพบ 2 รายที่เป็นมะเร็งปากมดลูกจากการวินิจฉัยโดยการตัดปากมดลูกเป็นรูปโคน (cone biopsy) หลังคลอด⁽⁶⁾ ในประเทศไทย มีรายงานว่า ร้อยละ 90 ของเซลล์ผิดปกติที่ปากมดลูกจะหายไปภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด⁽⁷⁾ ดังนั้น ในกรณีที่ไม่มีผลการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกในระหว่างการฝากครรภ์ การติดตามภายหลังคลอดเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ถือเป็นแนวทางที่ปลอดภัยและเหมาะสม

ในระหว่างปี พ.ศ. 2563-2564 รพ.ลำปางมีรายงานการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกภายหลังการคลอดบุตรภายในระยะเวลา 6 เดือนจำนวน 1 ราย โดยพบว่าสตรีรายดังกล่าวไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระหว่างการฝากครรภ์ จากเหตุการณ์นี้ โรงพยาบาลจึงได้มีการเน้นย้ำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของการตรวจพบความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ใน รพ.ลำปาง การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาความชุกของผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในแผนกฝากครรภ์ของ รพ.ลำปาง และวัตถุประสงค์รองเพื่อค้นหาความชุกของรอยโรคระยะก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูกขั้นที่ 2 ขึ้นไป (CIN2+) ในกลุ่มที่มีผลคัดกรองผิดปกติและได้รับการขลิบชิ้นเนื้อหลังคลอด

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (retrospective analytic study) โดยสืบค้นจากทะเบียนสมุดฝากครรภ์ รพ.ลำปางและรวบรวมสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ทั้งหมด โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2563 ถึง 31 มีนาคม 2566 เกณฑ์คัดเข้า คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่อ่อนตั้งครรภ์ ผู้ที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก โดยการศึกษาได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง เลขที่ EC092/67

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สตรีตั้งครรภ์ได้รับการตรวจภายในโดยแพทย์ทั่วไปหรือสูติแพทย์ในวันแรกของการมาฝากครรภ์ เพื่อตรวจประเมินพยาธิสภาพของปากมดลูกเบื้องต้น และดำเนินการเก็บตัวอย่างเซลล์ปากมดลูกโดยใช้วิธี LBC โดยใช้แปรงเก็บเซลล์ชนิด broom-type โดยทำการหมุนแปรงรอบปากมดลูก 360 องศาอย่างน้อย 2 รอบ จากนั้นนำหัวแปรงใส่ลงในหลอดบรรจุน้ำยาเก็บรักษาเซลล์ CyPrep® Solution และปิดฝาให้สนิท ตัวอย่างเซลล์ที่เก็บได้จะถูกส่งต่อไปยังห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา เพื่อดำเนินการเตรียมสไลด์เซลล์ด้วยเทคนิค LBC และย้อมสี จากนั้นพยาธิแพทย์จะเป็นผู้ตรวจแปลผลเซลล์วิทยา และรายงานผลโดยใช้เกณฑ์การรายงานตามระบบ Bethesda System

การวินิจฉัยรอยโรคขั้นสูง

สตรีตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจคัดกรองเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ จะได้รับการนัดตรวจส่องกล้องโดยสูตินรีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งนรีเวชจำนวนสองครั้ง ครั้งแรกในระหว่างตั้งครรภ์เพื่อประเมิน

รอยโรคและเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกโดยไม่ทำการขลิบขึ้นเนื้อเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะเลือดออกจากปากมดลูกระหว่างตั้งครรภ์ ยกเว้นมีรอยโรคที่สงสัยมะเร็ง และครั้งที่สองภายหลังคลอดบุตรประมาณ 6 สัปดาห์โดยจะทำการขลิบขึ้นเนื้อเพื่อยืนยันการวินิจฉัยขั้นสุดท้าย ในการวินิจฉัยรอยโรคขั้นสูงอาศัยผลทางพยาธิวิทยาจากชิ้นเนื้อที่ได้จากการตรวจส่องกล้องปากมดลูก โดยใช้ระบบการจำแนกรอยโรคตามเกณฑ์ของ cervical intraepithelial neoplasia (CIN) ได้แก่ CIN 2 และ CIN 3 และรอยโรคที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเป็นรอยโรคระดับสูง

การเก็บข้อมูล

การศึกษานี้เก็บข้อมูล ลักษณะพื้นฐานของผู้ฝากครรภ์ ได้แก่ อายุ จำนวนการตั้งครรภ์ จำนวนการแท้ง ดัชนีมวลกาย อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก เคยสูบบุหรี่มาก่อน ประวัติการคุมกำเนิด ประวัติการตรวจมะเร็งปากมดลูก ผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกเมื่อมาฝากครรภ์ ผลการส่องกล้องปากมดลูกและผลการขลิบขึ้นเนื้อที่ปากมดลูกหลังคลอด และผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกหลังคลอด โดยนิยามคำว่า CIN2+ หมายถึงรอยโรคที่มีความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุปากมดลูกตั้งแต่ระดับ CIN 2, CIN 3, carcinoma in situ (CIS) จนถึงมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม

การวิเคราะห์ทางสถิติ

การคำนวณตัวอย่างประชากร

การคำนวณตัวอย่างประชากรในการศึกษาโดยคำนวณสถิติ

จาก one sample proportion test โดยอ้างอิงจากการศึกษาของปราณี แข็งขอมและคณะในปี พ.ศ.2554⁽⁸⁾ ที่พบอัตราการมีเซลล์ที่ปากมดลูกผิดปกติในสตรีตั้งครรภ์เท่ากับร้อยละ 7 แทนค่าดังนี้ ค่า $p=0.07$ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 และค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($z=1.96$) คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 1,003 ราย ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนผู้ป่วยอีกร้อยละ 16 (160 ราย) รวมเป็น 1,163 ราย

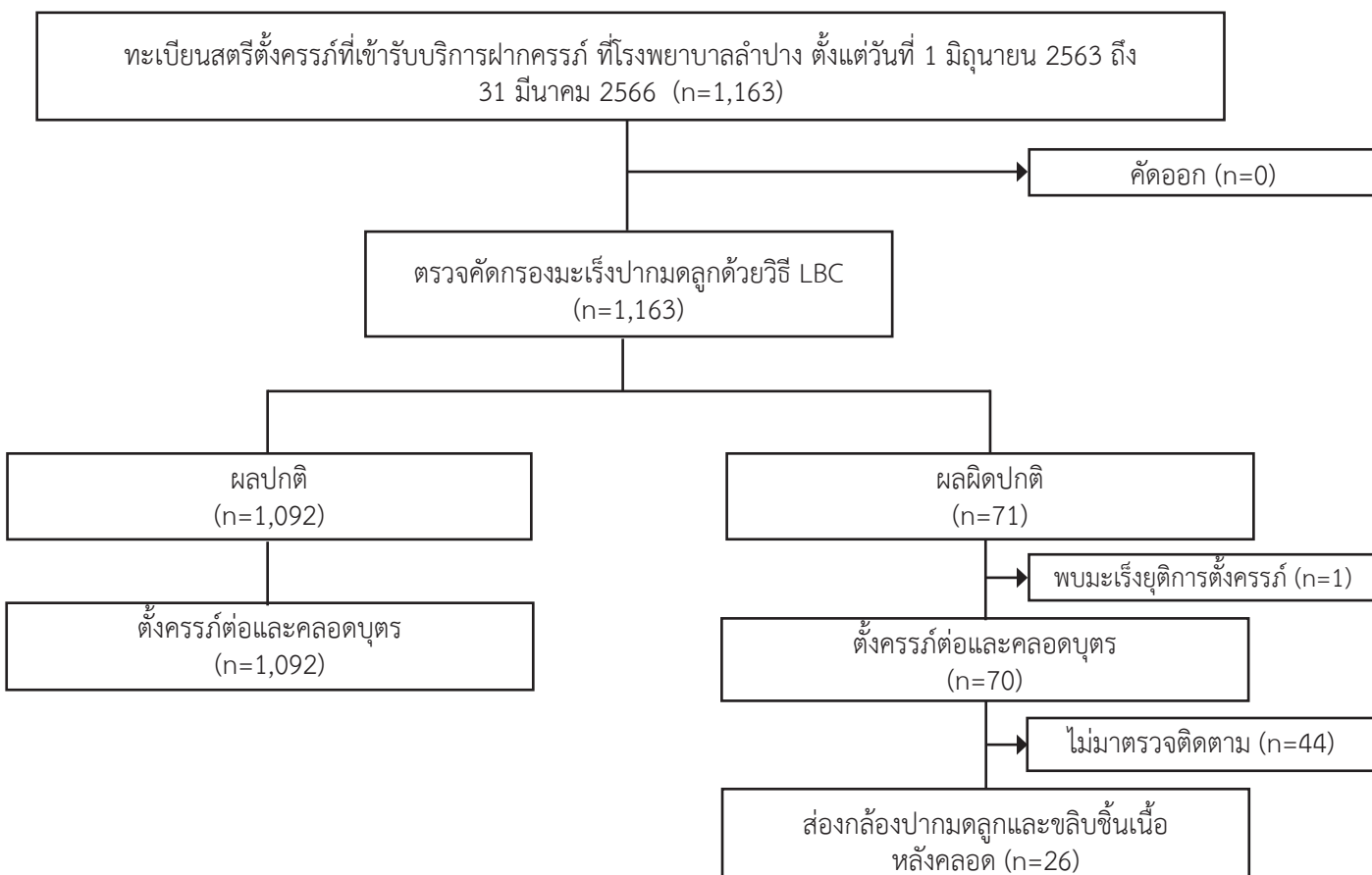
การวิเคราะห์ข้อมูล

รายงานข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและความชุกในรูปของร้อยละสำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม และค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean $\pm$ SD) สำหรับตัวแปรเชิงต่อเนื่อง วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีผลคัดกรองปกติและกลุ่มที่มีผลคัดกรองผิดปกติ โดยใช้ Student's t-test สำหรับตัวแปรเชิงต่อเนื่องและใช้ Fisher's exact test สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p<0.05$

การวิเคราะห์ผลลัพธ์หลักหลักดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนการวิเคราะห์ผลลัพธ์รองดำเนินการเฉพาะในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจเซลล์ปากมดลูกผิดปกติและได้รับการส่องกล้องพร้อมขลิบขึ้นเนื้อหลังคลอดเท่านั้น

ผลการศึกษา

ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2563 ถึง 31 มีนาคม 2566 มีสตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ที่ รพ.ลำปางจำนวนทั้งหมด 1,163 ราย ไม่มีรายใดเข้าเกณฑ์การคัดออกจึงนำมาศึกษาทั้งหมด ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แผนผังงานวิจัย

จากการศึกษาพบว่า มีสตรีที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.1 โดยพบผลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี LBC ผิดปกติ 70 ราย (ร้อยละ 6.0) และพบผลชิ้นเนื้อยืนยันมะเร็งปากมดลูกระยะที่ IB 1 ราย (ร้อยละ 0.1) ในสตรีตั้งครรภ์รายที่ตรวจพบมะเร็งปากมดลูกตัดสินใจเข้าสู่กระบวนการรักษาโดยได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคนร่วมกับการตัดต่อมน้ำเหลืองสองข้าง (radical hysterectomy with bilateral pelvic lymph node dissection) ขณะยังมีตัวอ่อนในโพรงมดลูก (fetus in situ) ปัจจุบันผู้ป่วยรายนี้ไม่พบการกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 2 ปี หลังการรักษาและยังมีชีวิตอยู่

สตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติ 1,092 ราย และสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ 71 ราย มีลักษณะข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน ทั้งอายุเฉลี่ย อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ดัชนีมวลกายเฉลี่ย การมีประวัติ

เคยสูบบุหรี่ การมีประวัติแท้งบุตร การตรวจมะเร็งปากมดลูกมาก่อน ประวัติใช้ยาคุมกำเนิดฮอร์โมนรวมชนิดและประวัติการใช้ถุงยางอนามัย อย่างไรก็ตาม พบว่า กลุ่มที่ผลคัดกรองปกติมีประวัติเคยคลอดบุตรร้อยละ 57.2 ต่ำกว่ากลุ่มผลคัดกรองผิดปกติที่พบร้อยละ 70.4 ($p=0.034$, ตารางที่ 1)

ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ 71 ราย พบชนิดของความผิดปกติเป็น atypical squamous cells of undetermined significance (ASCUS) มากที่สุด 45 ราย (ร้อยละ 3.8) รองลงมาพบ low grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) ร้อยละ 1.7, atypical squamous cells cannot exclude HSIL (ASC-H) ร้อยละ 0.2, high grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) ร้อยละ 0.3 และพบรอยโรคจากตาเปล่าได้รับการตัดชิ้นเนื้อ และวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก 1 ราย (ร้อยละ 0.1) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีผลคัดกรองปกติและกลุ่มที่มีผลคัดกรองผิดปกติ ($n=1,163$)

ข้อมูล	ผลคัดกรองปกติ ($n=1,092$) ราย (ร้อยละ)	ผลคัดกรองผิดปกติ ($n=71$) ราย (ร้อยละ)	ค่า p
อายุ (ปี), (mean $\pm$ SD)	28.0 $\pm$ 6.3	28.3 $\pm$ 6.4	0.740
อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์), (mean $\pm$ SD)	12.4 $\pm$ 6.4	12.2 $\pm$ 5.5	0.850
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.), (mean $\pm$ SD)	24.5 $\pm$ 7.4	24.4 $\pm$ 4.9	0.832
มีประวัติเคยสูบบุหรี่	4 (0.4)	0 (0.00)	1.000
เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก	298 (27.3)	20 (28.2)	0.891
เคยคลอดบุตร	625 (57.2)	50 (70.4)	0.034
เคยแท้งบุตร	235 (21.5)	13 (18.3)	0.654
มีประวัติการใช้ยาคุมกำเนิด	158 (14.5)	13 (18.3)	0.387
มีประวัติการใช้ถุงยางอนามัย	31 (2.8)	4 (5.6)	0.160

ตารางที่ 2 ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ใน รพ.ลำปาง ($n=1,163$)

ผลการตรวจคัดกรอง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Negative for intraepithelial lesion or malignancy (NILM)	1,092	93.9
Atypical squamous cells of undetermined significance (ASCUS)	45	3.8
Low grade squamous intraepithelial lesion (LSIL)	20	1.7
Atypical squamous cells cannot exclude HSIL (ASC-H)	2	0.2
High grade squamous intraepithelial lesion (HSIL)	3	0.3
พบรอยโรคจากตาเปล่า	1	0.1

หลังการตรวจคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ 1 ราย ที่เป็นมะเร็งปากมดลูก ได้รับการรักษาและสตรี 70 ราย ที่มีผลผิดปกติได้รับคำแนะนำให้ตรวจส่องกล้องปากมดลูกเพื่อเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งปากมดลูกขณะตั้งครรภ์ และหลังคลอด 6 สัปดาห์ ซึ่งมีสตรีที่ได้รับการตรวจส่องกล้องและขลิบชิ้นเนื้อหลังคลอดเพียง 26 ราย (ร้อยละ 37.1) ในจำนวนนี้พบรอยโรคขั้นสูง 2 ราย โดยพบในกลุ่มที่ผลการตรวจคัดกรองเป็น ASCUS 1 ราย และ HSIL 1 ราย ดังนั้น สตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งที่ปากมดลูกผิดปกติและได้รับการขลิบชิ้นเนื้อเพื่อยืนยันวินิจฉัยในการศึกษานี้ 27 ราย พบรอยโรคขั้นสูง (CIN2+) 3 ราย (ร้อยละ 11.1) ดังแสดงในตารางที่ 3

ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด (n=1,163) มี 1,084 ราย (ร้อยละ 93.2) ที่กลับมาตรวจติดตามหลังคลอดด้วยวิธี LBC อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลเซลล์ปากมดลูกเป็นปกติในช่วงมาฝากครรภ์ครั้งแรกพบว่าทุกรายมีผลการตรวจหลังคลอดด้วยวิธี LBC ที่เป็นปกติ

วิจารณ์

มะเร็งปากมดลูกพบได้บ่อยในหญิงวัยเจริญพันธุ์ การตั้งครรภ์จึงเป็นโอกาสในการตรวจคัดกรองเพื่อประเมินความเสี่ยงและติดตามรอยโรคที่อาจพัฒนาเป็นมะเร็งหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจผิดปกติสามารถเข้ารับการส่องกล้องได้อย่างปลอดภัย โดยหลีกเลี่ยงการขลิบชิ้นเนื้อระหว่างตั้งครรภ์หากไม่จำเป็น⁽³⁾ แนวทางปฏิบัติในการศึกษานี้จึงเน้นการติดตามส่องกล้องขณะตั้งครรภ์และเลื่อนการขลิบชิ้นเนื้อไปหลังคลอดเพื่อความปลอดภัยและลดผลกระทบต่อการตั้งครรภ์

ความชุกของเซลล์ปากมดลูกผิดปกติในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ใน รพ.ลำปาง ในศึกษานี้เท่ากับร้อยละ 6.1 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของปราณี แข็งข้อ และคณะ (พ.ศ. 2554) ที่รายงานความชุก ร้อยละ 7 ในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจด้วยวิธี LBC ใน รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ⁽⁸⁾ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ใช้

วิธี conventional Papanicolaou smear (Pap smear) พบว่าในการศึกษาของ อนรรฆวรรณ อิงประสาร และ นพดล อ่อนเอี่ยม (พ.ศ.2557) ใน รพ.ชลบุรี รายงานความชุก ร้อยละ 4.4⁽⁹⁾ ซึ่งต่ำกว่าการศึกษานี้เล็กน้อย ขณะที่ จิราภรณ์ เลิศเจริญฤทธิ์ และคณะ (พ.ศ. 2559) รายงานความชุก ร้อยละ 6 ใน รพ.พระปกเกล้า⁽⁹⁾ ซึ่งใกล้เคียงกับผลในครั้งนี้นักกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาดังกล่าว ล้วนเป็นหญิงไทยที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาของ หนึ่งฤทัย แซ่เอี้ยบ และคณะ (พ.ศ.2564) ใน รพ.สงขลานครินทร์ พบความชุกเพียงร้อยละ 1.3⁽⁷⁾ ซึ่งต่ำกว่าการศึกษานี้อย่างมีนัยสำคัญอาจเนื่องมาจากความชุกของเซลล์ปากมดลูกผิดปกติในภาคใต้ของประเทศไทยที่ต่ำกว่าภาคอื่น⁽¹⁰⁾ ร่วมกับการใช้วิธี conventional Pap smear ซึ่งมีความไวต่ำกว่าวิธี LBC ในการตรวจคัดกรอง

จากการศึกษานี้ พบความชุกของรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูกขั้นสูง (CIN2+) ร้อยละ 11.1 ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลคัดกรองผิดปกติและได้รับการตรวจติดตามด้วยการขลิบชิ้นเนื้อหลังคลอด (3 จาก 27 ราย) คิดเป็น ร้อยละ 0.3 ของสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรอง อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาภายในประเทศไทยที่รายงานความชุกของ CIN2+ จากการยืนยันทางพยาธิวิทยาหลังคลอดโดยตรงในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ที่ได้อาจต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจากมีสตรีตั้งครรภ์จำนวนมากที่มีผลคัดกรองผิดปกติไม่ได้เข้ารับการตรวจติดตามหลังคลอด ซึ่งอาจส่งผลให้ความชุกของ CIN2+ ในศึกษานี้ลดลง น่าสังเกตว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีตั้งครรภ์ที่ รพ.ลำปาง สามารถตรวจพบมะเร็งปากมดลูกได้ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.1 ของสตรีที่มาฝากครรภ์ทั้งหมด ซึ่งแตกต่างจากรายงานในการศึกษาก่อนหน้า⁽⁷⁻¹¹⁾ ที่ไม่พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์เลย ผู้ป่วยรายดังกล่าวไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมาก่อน จึงสะท้อนให้เห็นว่าการฝากครรภ์

ตารางที่ 3 ผลการขลิบชิ้นเนื้อที่ปากมดลูกเปรียบเทียบกับผลการตรวจคัดกรองที่ผิดปกติเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก (n=27)

ผลการตรวจคัดกรองที่ผิดปกติ เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก	ผลการขลิบชิ้นเนื้อที่ปากมดลูก		
	ปกติ (normal or cervicitis)	รอยโรคขั้นต่ำ (CIN1)	รอยโรคขั้นสูง (CIN2+)
	ราย	ราย	ราย
ASCUS	13	5	1
LSIL	3	3	0
ASC-H	0	0	0
HSIL	0	0	1
Cancer	0	0	1
รวมจำนวน (ร้อยละ)	16 (59.3)	8 (29.6)	3 (11.1)

เป็นโอกาสสำคัญในการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย จึงควรได้รับการพิจารณาให้เป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน

จากการศึกษานี้ผู้ที่มีผลการคัดกรองปกติและผิดปกติ ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกัน ยกเว้นกลุ่มผลคัดกรอง ผิดปกติมีอัตราส่วนของสตรีที่เคยคลอดบุตรมาก่อนสูงกว่ากลุ่มที่ ผลการคัดกรองปกติ คิดเป็นร้อยละ 70.4 และ 57.2 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อถักของ Tekalegn และคณะในปี พ.ศ. 2565 ที่พบว่าผู้หญิงที่มีบุตรหลายคนมีโอกาสเป็นมะเร็ง ปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีบุตรถึง 2.65 เท่า (OR = 2.65, 95% CI: 2.08–3.38)⁽¹²⁾ แต่ในการศึกษาของ จิราภรณ์ เลิศเจริญฤทธิ์ และคณะในปี พ.ศ. 2559⁽¹¹⁾ ไม่พบความแตกต่างของความชุก ของเซลล์ที่ปากมดลูกผิดปกติในสตรีที่มีบุตรหลายคนดังในการศึกษานี้ อาจเพราะจำนวนประชากรในการศึกษานี้มากกว่าและใช้วิธีตรวจ ด้วย LBC ซึ่งแม่นยำกว่า ดังนั้น แม้ว่าความชุกของผลการตรวจ คัดกรองจะต่ำ แต่เราไม่สามารถละเลยความเสี่ยงเพื่อเลือกตรวจเฉพาะ บางรายได้ จึงควรตรวจทุกรายที่เข้าเกณฑ์ว่าควรคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกเช่นเดียวกับสตรีไม่ได้ตั้งครรภ์โดยเฉพาะสตรีที่เคยมีบุตร มาก่อน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีสตรีตั้งครรภ์ที่ผลการคัดกรอง ผิดปกติ 44 ราย ที่มาฝากครรภ์และคลอดใน รพ.ลำปาง ไม่มาตรวจ ส่องกล้องที่ปากมดลูกเลย คิดเป็นร้อยละ 62.8 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มี ผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ อาจเกิดจากการ ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของสตรีตั้งครรภ์เหล่านี้ และขาดการ ประสานงานเพื่อตรวจติดตามของเจ้าหน้าที่แต่ละแผนก ซึ่งอาจ ทำให้ความชุกของรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูกเมื่อเทียบกับ สตรีตั้งครรภ์ทั้งหมดในวินิจัยสุดท้ายอาจน้อยกว่าความเป็นจริง

หลังคลอด สตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ใน รพ.ลำปาง ร้อยละ 93.2 กลับมาตรวจติดตามหลังคลอดด้วยวิธี LBC และในกลุ่มที่มีผลการตรวจเซลล์ปากมดลูกเป็นปกติในช่วงฝากครรภ์ ไม่มีรายใดมีผลผิดปกติหลังคลอด ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า หญิงตั้ง ครรภ์ที่มีผลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นปกติไม่จำเป็นต้องทำการ ตรวจซ้ำในช่วงหลังคลอด เนื่องจากระยะเวลาห่างกันไม่ถึงหนึ่งปี นอกจากนี้ แนวทางของ USPSTF แนะนำให้หญิงวัย 21–65 ปี ที่มีผลตรวจปกติ ควรตรวจซ้ำทุก 3 ปี ด้วยการตรวจ cytology เพียงอย่างเดียว หรือทุก 5 ปี หากใช้ hrHPV หรือทำ cotesting (cytology ร่วมกับ HPV testing)⁽²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลการ ศึกษา

การศึกษานี้มีจุดแข็งคือ ศึกษาในโรงพยาบาลรัฐบาลที่มี กลุ่มประชากรขนาดใหญ่ สตรีฝากครรภ์ทุกคนได้รับการตรวจภายใน ใช้วิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพ (LBC) ซึ่งสามารถ ทำได้โดยแพทย์ทุกระดับ ใช้งบประมาณน้อยกว่าการตรวจแบบ HPV testing และใช้แพทย์เฉพาะอนุสาขาทงมะเร็งนรีเวช

ลำปางเวชสาร ปีที่ 46 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2568

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ได้แก่ เป็นการศึกษาแบบ retrospective study และสตรีตั้งครรภ์ที่มีเซลล์ผิดปกติถึง ร้อยละ 62.8 (44 จาก 70 ราย) ไม่มาตรวจติดตามด้วยการ ส่องกล้องปากมดลูกหลังคลอด ทำให้ความชุกของรอยโรค CIN2+ ซึ่งพิจารณาจากผลทางพยาธิวิทยาหลังคลอดต่ำกว่าจริง ในอนาคต ควรมีการกำหนดแนวทางการติดตามผู้ป่วยที่เข้มงวดมากขึ้น เพื่อให้มีการขลิบชิ้นเนื้อที่ปากมดลูกทุกรายในสตรีตั้งครรภ์ที่มีเซลล์ ผิดปกติเพื่อให้ได้ผลชิ้นเนื้อหลังคลอด การนำการตรวจ HPV test เข้ามาเป็นการตรวจคัดกรองในรายที่อายุถึง 30 ปีเพื่อเพิ่มความไว ในการตรวจ⁽²⁾ ตลอดจนการศึกษาแบบ multicenter ในบริบท ที่หลากหลายเพื่อสามารถนำไปศึกษาต่อยอดต่อไปได้

สรุป

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีตั้งครรภ์ที่มา ฝากครรภ์ใน รพ.ลำปาง พบความชุกของผลการตรวจที่ผิดปกติร้อยละ 6.1 และค้นพบมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 0.1 โดยพบความชุกของ รอยโรคก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูกขั้นสูง (CIN2+) ร้อยละ 11.1 ในกลุ่ม ที่มีผลคัดกรองผิดปกติและได้รับการตรวจติดตามด้วยการขลิบชิ้นเนื้อ หลังคลอด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Thailand fact sheet: GLOBOCAN 2022 [Internet]. Lyon (France): Global Cancer Observatory; 2024 [cited 2025 Aug 15]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheet.pdf>
2. US Preventive Services Task Force; Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening for cervical cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2018;320(7):674–86.
3. Berek JS, editor. Berek & Novaks Gynecology. 16th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2020.
4. Fader AN, Alward EK, Niederhauser A, Chirico C, Lesnock JL, Zwiesler DJ, et al. Cervical dysplasia in pregnancy: a multi-institutional evaluation. Am J Obstet Gynecol. 2010;203(2):113.e1–6.
5. Yost NP, Santoso JT, McIntire DD, Iliya FA. Postpartum regression rates of antepartum cervical intraepithelial neoplasia II and III lesions. Obstet Gynecol. 1999;93(3): 359–62.

6. Ackermann S, Gehrsitz C, Mehlhorn G, Beckmann MW. Management and course of histologically verified cervical carcinoma in situ during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(9):1134–7.
7. Saeai N, Liabsuetrakul T, Kanjanapradit K. Postpartum pap smear results in women with abnormal pap smears detected at first antenatal care: A retrospective study in a Songklanagarind Hospital. *PSU Med J.* 2021;1(2):55–62.
8. Khaengkhor P, Mairai K, Suwannarurk K, Thaweekul Y, Poomtavorn Y, Pattaraarchachai J, et al. Prevalence of abnormal cervical cytology by liquid based cytology in the antenatal care clinic, Thammasat University Hospital. *J Med Assoc Thai.* 2011;94(2):152–8.
9. Ingprasarn A, Onaium N. Prevalence of abnormal conventional Pap smear in pregnant women, Chonburi Hospital. *Thai J Obstet Gynaecol.* 2014;22(3):137–42.
10. Chichareon SB, Tasse S, Wootipoom V, Buhachat R, Harnprasertpong J. Situation analysis for management of abnormal Pap smears in the lower southern Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2005;6(3):286–94.
11. Lertcharernrit J, Sananpanichkul P, Suknikhom W, Bhamarapratana K, Suwannarurk K, Leaungsomnapa Y. Prevalence and risk assessment of cervical cancer screening by Papanicolaou smear and visual inspection with acetic acid for pregnant women at a Thai provincial hospital. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17(8):4163–7.
12. Tekalegn Y, Sahiledengle B, Woldeyohannes D, Atlaw D, Degno S, Desta F, et al. High parity is associated with increased risk of cervical cancer: systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Womens Health (Lond).* 2022;18:17455065221075904.