KKU Journal for Public Health Research วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Vol.17 No.1 January – March 2024 ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – มีนาคม 2567

นิพนธ์ต้นฉบับ

อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูก จังหวัดเลยปี พ.ศ. 2560-2565

กุลธิดา จำปาเงิน[1], สุพจน์ คำสะอาด[2], กชกร ทิพย์สันเทียะ[3], นิธิ ศรีสุขุมชัย[4], สใบแพร สีหะวงศ์[4], สุพาณี ศรีมาจันทร์[4], นราวดี เกษมโรจนฐานันท์[5]*

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 12 พฤศจิกายน 2566
วันที่ตอบรับการตีพิมพ์:22 ธันวาคม 2566

**ผู้รับผิดชอบบทความ*
(1) นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
(2) สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
(3) กลุ่มสาขาวิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก
(4) โรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย
(5) โรงพยาบาลภูกระดึง จังหวัดเลย

บทคัดย่อ

มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer, CC) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของสตรีและยังคงเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับที่ 4 ของโลก ปัจจุบันยังไม่มีรายงานอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกจังหวัดเลย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกจังหวัดเลยระหว่าง ปี พ.ศ. 2560-2565 แบบเชิงพรรณนาย้อนหลัง (Descriptive retrospective cohort study) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ทุกรายที่ได้รับการบันทึกลงในฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับประชากรจังหวัดเลย (Loei Population-Based Cancer Registry, LPBCR) โดยโปรแกรม Thai Cancer Based (TCB) และได้รับการวินิจฉัยระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ 2565 จำนวน 228 คน คำนวณค่าอุบัติการณ์อย่างหยาบ (Crude incidence rate) และอุบัติการณ์ที่ปรับอายุมาตรฐาน (Age-standardized rate, ASR) นำเสนอค่า ASR พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% โดยผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์ปรับอายุมาตรฐานภาพรวม (Overall Age Standardized Rate, ASR) 10.0 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี (ช่วงเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 9.14, 10.82) ASR สูงที่สุดในปี พ.ศ. 2562 เป็น 12.6 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี (ช่วงเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 11.73, 13.41) และ ASR ต่ำที่สุดปี พ.ศ. 2564 เป็น 8.1 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี (ช่วงเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 7.27, 8.95) โดยสรุปอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกจังหวัดเลยพบต่ำ เมื่อเทียบกับพื้นที่ใกล้เคียงและประเทศไทย เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: มะเร็งปากมดลูก, อุบัติการณ์, ทะเบียนมะเร็งระดับประชากร

KKU Journal for Public Health Research
Vol.17 No.1 January – March 2024

วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – มีนาคม 2567

Original Article

Incidence of Cervical Cancer Loei Province, 2017-2022

Kunthida Champangoen[(1)], Supot Kamsa-ard[(2)], Kodchakorn Thipsanthia [(3)], Nithi Srisukhumchai[(4)], Sabaiprae Seehawong[(4)], Supanee Srimachan[(4)], Narawadee Kasamrothjanathanan[(5)]*

Received Date:November 12 2023
Accepted Date: December 22 2023

*Corresponding author
(1) Master of Public Health Student in Nutrition for Health Program, Faculty of Public Health, Khon Kaen University
Regional Health Promotion Center 8 Udonthani, Department of Health, Ministry of Public Health.
(2) Nutrition for Health Program, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Abstract

Cervical Cancer (CC) is the leading cause of mortality women and the fourth most common cancer worldwide. There is no reporting incidence of CC in Loei province. The aim of this study is to determine incidence of CC in Loei province 2017 - 2022. Descriptive retrospective cohort study was conducted. Using data from the Loei Population-Based Cancer Registry, LPBCR by the Thai Cancer Based program (TCB). Of 228 patients who were diagnosed between January 1, 2017 and December 31, 2022. The Crude incidence rates and Age-standardized rates, ASR were estimated, the ASR and 95% confidence interval was reported. We found that, the overall ASR from 2017 to 2022 for all ages was 10.0 per 100 000 person-years (95% CI; 9.14 to 10.82). Additionally, the ASR varied by year of diagnosis, with the highest and lowest were in 2019 (ASR = 12.6, 95%CI: 11.73 to 13.41) and in 2012 (ASR = 8.1 (95% CI: 7.27 to 8.95), respectively. In sum up, the ASR of CC in Loei province was low which compared to nearby areas and Thailand. Future study should focus on trends in incidence of CC to use as basic information in planning prevention, which is for cervical cancer control program in this area.

***Keywords*:** Cervical cancer, Incidence, Population-based cancer registry

บทนำ

มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer, CC) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของสตรีและยังคงเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยเป็นอันดับที่ 4 ของโลก (World Health Organization, 2022)

ในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทั่วโลกประมาณ 604,000 คน พบอุบัติการณ์ (Age Standardized Rate, ASR) 13.3 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี และเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก 342,000 คน คิดเป็นอัตราตาย (Age-standardized Mortality Rates, ASMR) 7.3 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี ปี พ.ศ. 2560-2561 พบ ASR 14.5 และ 13.1 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี ตามลำดับและพบ ASMR 6.9 และ 6.1 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี ตามลำดับ (Globocan, 2020) ข้อมูลจากสถาบันวิจัยมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer, IARC) ได้รายงานสถิติมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย พบ ASR 16.4 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี และ ASMR 7.4 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี รวมทั้งได้คาดการณ์จำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2583 โดยปี พ.ศ. 2563 จะพบผู้ป่วยจำนวนประมาณ 604,000 คน และในอีก 20 ปีข้างหน้า พ.ศ. 2583 คาดว่าจะเพิ่มขึ้นจำนวนประมาณ 798,000 คน ในขณะที่จำนวนผู้เสียชีวิต ในปี พ.ศ.

2563 จำนวนประมาณ 342,000 คน และในอีก 20 ปีข้างหน้า พ.ศ. 2583 คาดว่าจะเพิ่มขึ้นจำนวนประมาณ 481,000 คน (IARC, 2020)

สำหรับประเทศไทยมะเร็งปากมดลูกพบเป็นอันดับ 5 ของเพศหญิง รองจากมะเร็งปอดและหลอดลม (Rojanamatin et al., 2021) และยังเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 ของกลุ่มมะเร็งในเพศหญิง (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับประชากรทั่วประเทศไทย อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกในรายงาน Cancer in Thailand Vol. X ซึ่งใช้ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2559-2561 พบ ASR 11.3 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี (Rojanamatin et al., 2021) หากเทียบกับรายงาน Cancer in Thailand Vol. VI พ.ศ. 2547-2549 พบ ASR 17.7 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี (Khuhaprema et al., 2012) สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2559-2561 พบ ASR 9.5 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี รองจากภาคเหนือ (Rojanamatin et al., 2021)

ข้อมูลจาก IARC พบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 90.0 เกิดจากการติดเชื้อไวรัส Human Papilloma Virus (HPV) ชนิดที่มีความเสี่ยงสูง เป็นกลุ่มไวรัสที่พบได้บ่อยจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (International Agency for Research on Cancer, 2022) มะเร็งปากมดลูกถือว่าสามารถป้องกันได้เกือบทั้งหมดเนื่องจากมาตรการป้องกันหลัก (การฉีดวัคซีน HPV) และมาตรการป้องกันรอง (การตรวจคัดกรอง) ที่มีประสิทธิภาพสูง อย่างไรก็ตาม มาตรการเหล่านี้ไม่ได้ถูกนำมาใช้อย่างเท่าเทียมกันทั้งในประเทศและต่างประเทศ (World Health Organization, 2022)

อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนอาจเนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น ปัจจัยภายในร่างกาย ได้แก่ พันธุกรรม ภาวะระบบภูมิคุ้มกัน ภาวะโภชนาการ ส่วนปัจจัยภายนอกร่างกาย ได้แก่พฤติกรรมการบริโภคและการใช้สารเสพติด พฤติกรรมทางเพศ สภาพการดำเนินชีวิต สภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม (Sung et al., 2021)

ในอดีตประเทศไทยไม่มีการจัดโครงการตรวจคัดกรองที่แท้จริง ส่วนใหญ่การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จะจัดให้กับสตรีตามความต้องการ หรือเมื่อเข้าร่วมบริการต่างๆ เช่น การวางแผนครอบครัว การให้คำปรึกษาเรื่องการตั้งครรภ์ (Sriamporn et al., 2006) ต่อมาปี พ.ศ. 2548 ได้เริ่มโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีดั้งเดิม (Conventional pap smear) ยังมีข้อจำกัดในด้านความไว (Sensitivity) (ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์ และคณะ, 2561) ปี พ.ศ. 2554 จึงได้กำหนดนโยบายให้สตรี อายุระหว่าง 35-60 ปี ด้วยวิธีการตรวจแปปสเมียร์ (Pap smear) และปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบันมีวิธีการตรวจคัดกรองที่ทันสมัยและได้ผลแม่นยำมากขึ้น มีนโยบายตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี HPV DNA test อายุระหว่าง 30-60 ปี เป็นบริการแบบใหม่ ที่สามารถเก็บตัวอย่างด้วยตัวเองหรือเจ้าหน้าที่ตรวจ เพื่อความสะดวก เพิ่มประสิทธิผลของบริการตรวจคัดกรองช่วยค้นหาและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้ตั้งแต่ในระยะก่อนการเป็นมะเร็ง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

สำหรับในพื้นที่จังหวัดเลย การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เดิมทีจะใช้การตรวจด้วยแปปสเมียร์ (Pap smear) แต่ในปี พ.ศ. 2565 ก็ได้มีการปรับวิธีการตรวจใหม่โดยใช้วิธี HPV DNA Test (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565ก)

จังหวัดเลย ตั้งอยู่ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ของประเทศไทย ประกอบด้วย 14 อำเภอ ปัจจุบันยังไม่มีการรายงานอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกในจังหวัดเลย รวมทั้งอุบัติการณ์จำแนกตามพยาธิวิทยา ดังนั้นการศึกษานี้เพื่อศึกษาขนาดของปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการกำหนดทิศทางและจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่รวมถึงการกำหนดนโยบายระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูก จังหวัดเลย ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2565

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนาย้อนหลัง (Descriptive retrospective cohort study) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ 2565 โดยใช้รหัสโรคมะเร็งสากล (The International Classification of Diseases for Oncology, third edition, ICD-O-3) รหัส C53.0, C53.1, C53.8, C53.9 (Fritz et al., 2013) รวมทั้งได้รับการบันทึกลงในฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับประชากรจังหวัดเลย (Loei population-based cancer registry, LPBCR) โดยโปรแกรม Thai Cancer Based (TCB) (National Cancer Institute, 2023)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกทุกรายที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเลย นำเข้ามาในการศึกษาทุกรายโดยไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ 2565 และได้บันทึกลงในฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับประชากรจังหวัดเลย

เกณฑ์การคัดออกตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งตำแหน่งอื่นร่วมด้วย (Multiple primaries)

การคำนวณอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูก จังหวัดเลย

การคำนวณอุบัติการณ์ในครั้งนี้ จำแนกตามปีที่วินิจฉัย ตัวเศษ คือจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเลยและได้รับการบันทึกในฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับประชากรจังหวัดเลย (Loei population-based cancer registry, LPBCR) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ 2565 โดยใช้รหัสโรคมะเร็งสากล (ICD-O-3) รหัส C53.0, C53.1, C53.8, C53.9 (Fritz et al., 2013)

ตัวหาร คือประชากรแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นข้อมูลจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงจังหวัดเลย ข้อมูลนี้จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553-2583 โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) และข้อมูลประชากรมาตรฐานโลก (World standard population) จำแนกตามเพศและช่วงอายุทุกๆ 5 ปี เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการปรับมาตรฐานตามช่วงอายุต่างๆ (Doll, 1976; Segi, 1960)

เครื่องมือการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบฟอร์มการจัดทำทะเบียนมะเร็ง จังหวัดเลย ภายใต้สถาบันมะเร็งแห่งชาติและสถาบันวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (IARC) ประกอบด้วย ลักษณะผู้ป่วย การวินิจฉัยโรคมะเร็ง วิธีการรักษาและการติดตามผลการรักษา โดยใช้โปรแกรมทะเบียนมะเร็งระดับประชากรจังหวัดเลย (TBC) (National Cancer Institute, 2023; Esteban et al., 1995)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลของทะเบียนมะเร็ง จังหวัดเลย มีขั้นตอนดังนี้ (ดังภาพที่ 1)

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลทะเบียนมะเร็งจังหวัดเลย ดังนี้

1) Morphological verify (%MV) คือร้อยละของข้อมูลที่มีผลพยาธิวิทยา และ 2) Death certificate only (%DCO) คือร้อยละของข้อมูลที่ได้รับการวินิจฉัยจากใบมรณบัตรอย่างเดียว (Rojanamatin et al., 2021)

การศึกษาครั้งนี้ ได้เชื่อมโยงข้อมูลเพื่อความครอบคลุมในการเก็บรวบรวมผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่จังหวัดเลยเพิ่มเติมจากฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลศรีนครินทร์ (Srinagarind hospital-based cancer registry) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น โดยผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทุกรายที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเลย

ข้อพิจารณาจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE662211

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จังหวัดเลย กรณีตัวแปรจำแนกประเภท ได้แก่ ปีที่วินิจฉัย วิธีวินิจฉัย ระยะโรค ตำแหน่งโรค ผลทางพยาธิวิทยาและลักษณะพยาธิวิทยา นำเสนอโดยใช้ความถี่และร้อยละ ส่วนตัวแปรต่อเนื่อง ได้แก่ อายุ นำเสนอค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน (ค่าสูงสุด: ค่าต่ำสุด)

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inference statistic) เพื่อตอบวัตถุประสงค์หลักคือศึกษาอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกจังหวัดเลยระหว่าง ปี พ.ศ.2560-2565 โดยคำนวณค่าอุบัติการณ์อย่างหยาบ (Crude incidence rate) และค่าอุบัติการณ์ปรับอายุมาตรฐาน (Age-standardized rate, ASR) โดยใช้ประชากรมาตรฐานโลก (World Standard Population) (Jensen et al, 1991) นำเสนอค่า ASR พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จังหวัดเลย

1.1 ลักษณะทั่วไปผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จังหวัดเลย ที่ได้รับการวินิจฉัยระหว่าง วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ 2565 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ จำนวน 228 คน มีการกระจายตามรายอำเภอที่แตกต่างกันในแต่

ละพื้นที่ (ดังภาพที่ 2) อายุที่วินิจฉัยเฉลี่ย 53.4 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.8 ปี) ค่ามัธยฐาน 54.0 ปี (ค่าต่ำสุด = 24 ปี: ค่าสูงสุด = 100 ปี) พบมากที่สุด กลุ่มอายุระหว่าง 55-59 ปี จำนวน 41 คน (ร้อยละ 18.0) และน้อยที่สุด กลุ่มอายุระหว่าง 20-24 ปี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.9)

เมื่อพิจารณาลักษณะเกี่ยวกับโรค ปีที่วินิจฉัยระหว่าง ปี พ.ศ. 2560-2565 โดยเฉลี่ยพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก 38 คนต่อปี พบมากที่สุด ปี 2562 จำนวน 47 คน (ร้อยละ 20.6) และน้อยที่สุดปี 2564 จำนวน 30 คน (ร้อยละ 13.2) วิธีวินิจฉัยโดยตรวจเนื้องอกปฐมภูมิมากที่สุด จำนวน 192 คน (ร้อยละ 84.3) และน้อยที่สุด คือ รังสีวินิจฉัย ส่องกล้อง Ultrasound จำนวน 14 คน (ร้อยละ 6.1) ระยะของโรคมากที่สุด คือ ระยะ III จำนวน 47 (ร้อยละ 20.6) และน้อยที่สุด คือ ระยะ I จำนวน 29 คน (ร้อยละ 12.7) ในขณะที่ไม่ทราบระยะของโรค จำนวน 85 คน (ร้อยละ 37.3) ตำแหน่งของโรคมากที่สุด คือ Endocervix (C53.0) จำนวน 10 คน (ร้อยละ 4.4) และน้อยที่สุด คือ Exocervix จำนวน 7 คน (ร้อยละ 3.1) ในขณะที่ตำแหน่ง Cervix uteri (C53.9) จำนวน 211 คน (ร้อยละ 92.5) ผลทางพยาธิวิทยาชนิดของเซลล์ที่พบมากที่สุด คือ Squamous cell carcinoma (M-8070) จำนวน 152 คน (ร้อยละ 66.7) และน้อยที่สุด คือชนิด Adenocarcinoma (M-8140) จำนวน 40 คน (ร้อยละ 17.5) ในขณะที่ ชนิด Unspecified and Other (M-8000) จำนวน 36 คน (ร้อยละ 15.8) และลักษณะเซลล์พยาธิวิทยาพบมากที่สุด คือ Moderately-differentiated จำนวน 52 คน (ร้อยละ 27.1) และน้อยที่สุด คือ Undifferentiated จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.0) ในขณะที่ Not stated or not applicable จำนวน 91 คน (ร้อยละ 47.4) (ดังตารางที่ 1)

1.2 ลักษณะทั่วไปผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จังหวัดเลย จำแนกตามลักษณะต่างๆ กับปีที่วินิจฉัย พบว่า ภาพรวม (Overall) กลุ่มอายุที่วินิจฉัยมากที่สุด คือ อายุระหว่าง 55-59 ปี จำนวน 41 คน (ร้อยละ 18.0) โดยพบมากที่สุดปี พ.ศ. 2561 จำนวน 9 คน (ร้อยละ 25.7) และน้อยที่สุดปี พ.ศ. 2564 จำนวน 4 คน (ร้อยละ 13.3) เมื่อพิจารณาลักษณะเกี่ยวกับโรค วิธีวินิจฉัยภาพรวม (Overall) มากที่สุด คือ ตรวจเนื้องอกปฐมภูมิ จำนวน 192 คน (ร้อยละ 84.3) โดยพบมากที่สุดปี พ.ศ. 2562 จำนวน 39 คน (ร้อยละ 81.3) และน้อยที่สุดปี พ.ศ. 2564 จำนวน 26 คน (ร้อยละ 86.7) ระยะของโรคภาพรวม (Overall) มากที่สุด คือ ระยะ III จำนวน 47 (ร้อยละ 20.6) โดยพบมากที่สุด ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 11 คน (ร้อยละ 31.4) และน้อยที่สุด ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 3 คน (ร้อยละ 8.4) ตำแหน่งของโรคภาพรวม (Overall) มากที่สุด คือ Endocervix จำนวน 10 (ร้อยละ 4.4) โดยพบมากที่สุด ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 3 คน (ร้อยละ 8.6) และน้อยที่สุด ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.1) ผลทางพยาธิวิทยาภาพรวม (Overall) มากที่สุด คือ Squamous cell carcinoma จำนวน 152 คน (ร้อยละ 66.7) โดยพบมากที่สุด ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 32 คน (ร้อยละ 68.1) และน้อยที่สุด ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.3) และลักษณะเซลล์พยาธิวิทยาภาพรวม (Overall) มากที่สุด คือ Moderately-differentiated จำนวน 52 คน (ร้อยละ 27.1) โดยพบมากที่สุด ปี พ.ศ. 2560 จำนวน 15 คน (ร้อยละ 39.5) และน้อยที่สุด ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 3 คน (ร้อยละ 6.4) (ดังตารางที่ 2)

2. อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูก จังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2560-2565

ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์อย่างหยาบภาพรวม (Overall Crude rate) เท่ากับ 13.7 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี สูงที่สุดปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 16.9 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี และต่ำที่สุดปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ 10.9 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี ในขณะที่อุบัติการณ์ปรับอายุมาตรฐานภาพรวม (Overall Age-standardized rate, ASR) เท่ากับ 10.0 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี (ช่วงเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 9.14 ถึง 10.82) สูงที่สุดปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 12.6 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี (ช่วงเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 11.73 ถึง 13.41) และต่ำที่สุดปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ 8.1 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี (ช่วงเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 7.27 ถึง 8.95) (ดังตารางที่ 3)

2.1 อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกจังหวัดเลย จำแนกตามพยาธิวิทยา

พบว่าผลพยาธิวิทยาที่พบมากที่สุด คือ Squamous cell carcinoma (M-8070) โดยอุบัติการณ์อย่างหยาบภาพรวม (Overall Crude rate) เท่ากับ 9.2 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี สูงที่สุดปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 11.5 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี และต่ำที่สุดปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ 6.9 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี ในขณะที่อุบัติการณ์ปรับอายุมาตรฐานภาพรวม (Overall Age Standardized Rate, ASR) เท่ากับ 6.8 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี (ช่วงเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 5.95 ถึง 7.63) สูงที่สุดปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 9.3 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี (ช่วงเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 8.45 ถึง 10.13) และต่ำที่สุดปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ 5.0 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี (ช่วงเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 4.12 ถึง 5.80) (ดังตารางที่ 4)

บทสรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบอุบัติการณ์ปรับอายุมาตรฐานมะเร็งปากมดลูกภาพรวม (Overall Age-standardized rate, ASR) เท่ากับ 10.0 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี (ช่วงเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 9.14 ถึง 10.82) ในปี พ.ศ. 2560 เท่ากับ 9.8 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี (ช่วงเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 8.99 ถึง 10.67) เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในปี พ.ศ. 2562 เป็น 12.6 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี (ช่วงเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 11.73 ถึง 13.41) และหลังจากนั้นค่อยๆ ลดลงจนถึง ปี พ.ศ. 2565 เท่ากับ 9.6 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี (ช่วงเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 8.74 ถึง 10.42) ซึ่งต่ำกว่าอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย ในรายงาน Cancer in Thailand Vol. X (ล่าสุด) ที่ใช้ข้อมูลปี พ.ศ. 2559-2561 ASR เท่ากับ 11.1 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี (Rojanamatin et al., 2021)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระดับภูมิภาคพบว่าในการศึกษาครั้งนี้พบ ASR ต่ำกว่าภาคเหนือ (ASR = 13.4 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี) ภาคกลาง (ASR = 14.4 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี) และภาคตะวันออก (ASR = 14.4 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี) ในขณะที่สูงกว่าภาคใต้ (ASR = 8.4 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ASR = 9.5 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี) หากเปรียบเทียบอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกจังหวัดเลยปี พ.ศ. 2560-2565 กับจังหวัดใกล้เคียง พบว่าอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกจังหวัดเลยใกล้เคียงกับจังหวัดอุดรธานี (ASR = 10.2 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี) ต่ำกว่าจังหวัดชัยภูมิเล็กน้อย (ASR = 11.2 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี) แต่สูงกว่าจังหวัดขอนแก่นเล็กน้อย (ASR = 8.8 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี) (Rojanamatin et al., 2021) เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกทั่วโลกที่มีการรายงานในฐานข้อมูลมะเร็งนานาชาติ Global Cancer Observatory ปี พ.ศ. 2563 พบ ASR มะเร็งปากมดลูก 13.3 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี (Globocan, 2020) ซึ่งพบว่ามะเร็งปากมดลูก จังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2560-2565 มีอุบัติการณ์ที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับระดับนานาชาติ

ในการศึกษาครั้งนี้พบ ASR มะเร็งปากมดลูก จังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2560-2565 ในระดับต่ำ อาจเนื่องจาก ประเทศไทยมีการจัดโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในทุกๆ พื้นที่ทั่วประเทศไทย จากผลการดำเนินงานโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จังหวัดเลย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2566 พบอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากลูกเพิ่มขึ้น ร้อยละ 23.1, 36.2, 45.7 และ 47.7 ตามลำดับ (Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข, 2566) โดยโครงการดังกล่าวอาจจะส่งผลต่อจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ลดลงอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ จังหวัดเลย ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2561 ไม่แตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ (พรพิมล ใสเกลี้ยม และคณะ, 2564)

ประเทศไทย โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ดำเนินมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 โดยในปี พ.ศ. 2548 กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เริ่มให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั่วประเทศ เป็นระยะเวลา 5 ปี ให้กับผู้หญิงไทยทุกคนที่มีอายุระหว่าง 35-60 ปี (Sriamporn et al., 2006) หลังจากนั้นใช้วิธีการตรวจคัดกรอง แปปเสมียร์ และ VIA ทั้งสองวิธีเป็นต้นมา (หัชชา ศรีปลั่ง, 2553) ปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบันมีวิธีการตรวจคัดกรองที่ทันสมัยและได้ผลแม่นยำมากขึ้น โดยที่ประเทศไทยได้กำหนดนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA test โดยสามารถเก็บตัวอย่างด้วยตัวเอง เพิ่มทางเลือกใหม่ในการตรวจให้ประชาชน ในการช่วยค้นหาสตรีในกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูกในระยะก่อนการเป็นมะเร็งเพื่อใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกต่อไป (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ด้วยเหตุนี้อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกจึงลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 24.7 เป็น 11.1 ต่อแสนประชากรหญิงต่อปี (Khuhaprema, 2007; Rojanamatin et al., 2021) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการทบทวนและประเมินการคัดกรองของ IARC การตรวจคัดกรองด้วย VIA เซลล์วิทยาและ HPV nucleic acid testing พบว่าสามารถลดอุบัติการณ์และการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูกได้อย่างต่อเนื่อง (Bouvard et al., 2021) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) มีเป้าหมายเร่งกำจัดมะเร็งปากมดลูก โดยลดอุบัติการณ์ให้ต่ำกว่าเกณฑ์ 4 รายต่อผู้หญิงแสนคนต่อปีในทุกประเทศทั่วโลก (WHO, 2020) ดังนั้น ประเทศไทยยังคงต้องดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างเข้มข้น รวมทั้งการฉีดวัคซีน HPV ให้เด็กนักเรียน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565ข)

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดให้การฉีดวัคซีน HPV เป็นหนึ่งในนโยบาย Quick win นั่นคือมะเร็งครบวงจร โดยเร่งรัดการฉีดวัคซีนสำหรับเด็กหญิงอายุระหว่าง 11 ปีถึงอายุ 20 ปี โดยมีเป้าหมายฉีดวัคซีน 1 ล้านโดส ในระยะ 100 วัน รวมทั้งได้จัดให้บริการฉีดวัคซีนนำร่องเขตละ 1 จังหวัดพร้อมกันทั่วประเทศ ระหว่างช่วงเดือน พ.ย. – ธ.ค. 2566 ทั้งนี้เพื่อการเร่งรัดในการให้บริการฉีดวัคซีน HPV เป็นยุทธศาสตร์ระยะยาวในการกำจัด

โรคมะเร็งปากมดลูกให้หมดไป (กลุ่มภารกิจด้านข่าวและสื่อมวลชนสัมพันธ์ สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

จากการดำเนินโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งนโยบายระดับประเทศที่ผ่านมาจากอดีตจนถึงปัจจุบันสอดคล้องกับอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกจังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2560-2565 อยู่ในระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่ใกล้เคียงและประเทศไทย

ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรเน้นเกี่ยวกับแนวโน้มอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกจังหวัดเลย ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลที่สำคัญในการเฝ้าระวังและการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งระดับพื้นที่และระดับประเทศ

2. การเก็บรวบรวบข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับประชากรจังหวัดเลย ควรครอบคลุมทั้งจังหวัด ทั้งนี้เพื่อสะท้อนขนาดปัญหาในพื้นที่ได้ถูกต้องและแม่นยำยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ในการศึกษาครั้งนี้ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าหน้าที่หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก และคุณวชิราภรณ์ มุสิกา นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โรงพยาบาลบึงโขงหลง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ ที่กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับการศึกษาในครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกจังหวัดเลย หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2565). **สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564**. ค้นเมื่อ 20 เมษายน 2566, จาก https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatistic64.pdf

ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์, อาคม ชัยวีระวัฒนะ, & วีรวุฒิ อิ่มสำราญ. (2561). **แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก.** สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

พรพิมล ใสเกลี้ยม, สุพจน์ คำสะอาด, นิธิ ศรีสุขุมชัย, & สใบแพร สีหะวงศ์. (2564). การศึกษาอัตรารอดชีพผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย. **ศรีนครินทร์เวชสาร, 36**(3), 671–678.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). **งานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก.** สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2566, จาก https://nci.go.th/th/screening02.html

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). **รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง)**. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ: 962 ถนนกรุงเกษม แขวงวัดโสมนัส เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2565ก). **จ.เลยคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยเทคนิค 'HPV DNA Test' เพิ่มประสิทธิภาพค้นหาผู้ป่วยระยะเริ่มต้น.** ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2566, จาก https://www.nhso.go.th/news/3610

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2565ข). **ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี เอชพีวี ดีเอ็นเอ (HPV DNA)**. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2566, จาก https://www.nhso.go.th/news/3753

สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). **โครงการ Quick Win**. ค้นเมื่อ 19 ตุลาคม 2566, จาก https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/198506

หัชชา ศรีปลั่ง. (2553). **วิเคราะห์คุณภาพข้อมูลมะเร็งและศึกษาสถานการณ์โรคมะเร็งและความสัมพันธ์กับแนวโน้มและการกระจายของปัจจัยเสี่ยงจากแหล่งข้อมูลต่างๆ** [Technical Report]. แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ. ค้นเมื่อ 21 สิงหาคม 2566, จาก https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3006

Bouvard, V., Wentzensen, N., Mackie, A., Berkhof, J., Brotherton, J., Giorgi-Rossi, P., et al. (2021). The IARC Perspective on Cervical Cancer Screening. **The New England journal of medicine, 385(20)**, 1908–1918. https://doi.org/10.1056/NEJMsr2030640

Doll, R. (1976). **Comparison between Registries. Age- Standardized Rates, in: Waterhouse JAH, Muir CS, Correa P, Powell J (eds.), Cancer Incidence in Five Continents, Vol. III (IARC Scientific Publications No. 15)**, Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, pp. 453-459.

Esteban, D., Whelan, S., Laudico, A., & Parkin DM. (1995). **Manual for Cancer Registry Personnel. Lyon: International Agency for Research on Cancer and International Association of Cancer Registries (IARC Technical Reports, No. 10)** Retrieved Nov 8, 2023, from https://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/treport-pub/treport-pub10/index.php.

Fritz, A., Percy, C., Jack, A., Shanmugaratnam, K., Sobin, L., Parkin, D.M., et al. (2013). **International classification of diseases for oncology (ICD-O) – 3rd edition, 1st revision**. World Health Organization.

Globocan. (2020). **Cancer today**. Retrieved March 3, 2023, from http://gco.iarc.fr/today/home

Health Data Center ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. (2563). **รายงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ปีงบประมาณ 2563-2566**. ค้นเมื่อ 21 สิงหาคม 2566, จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php&cat_id=59acae7a68f02c8e2c0cb88dfc6df3b3&id=4eab25b045dc0a9453d85c98dc2fdef0

IARC. (2020). **Cancer Tomorrow.** Retrieved March 3, 2023, from https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/trends?sexes=2&single_unit=50000&cancers=23&types=0

International Agency for Research on Cancer. (2022). **Cervical cancer.** Retrieved March 3, 2023, from https://www.iarc.who.int/cancer-type/cervical-cancer/

Jensen, O. M., Parkin, D. M., MacLennan, R., Muir, C. S., & Skeet, R. (1991). **Cancer Registration: Principles and Methods. IARC Scientific Publications No. 95.** International Agency for Research on Cancer Lyon, France. **Journal of Medical Screening, 13.**

Khuhaprema T., Srivatanakul P., Sriplung H., Wiangnon S., Sumitsawan Y., & Attasara P. (2007). **Cancer in Thailand Vol. IV, 1998-2000**. Bangkok Thailand: National Cancer Institute.

Khuhaprema, T., Attasara, P., Sriplung, H., Surapon, W., Sumitsawan, Y., & Sangrajrang, S. (2012). **Cancer in Thailand Vol. VI, 2004-2006**. Bangkok Thailand: National Cancer Institute.

National Cancer Institute. (2023). **Thai Cancer Based Program. Bangkok Thailand**. Retrieved Nov 8, 2023, from http://tcb.nci.go.th/CWEB/cwebBase.do?mode=initialApplication

Rojanamatin, J., Ukranun, W., Supaattagorn, P., Chiawiriyabunya, I., Wongsena, M., Chaiwerawattana, A. et.al. (2021). **Cancer in Thailand Vol. X, 2016-2018**. Bangkok Thailand: National Cancer Institute.

Segi, M., Fujisaku, S., Kurihara, M., Narai, Y., & Sasajima, K. (1960). The age-adjusted death rates for malignant neoplasms in some selected sites in 23 countries in 1954-1955 and their geographical correlation. **The Tohoku journal of experimental medicine, 72,** 91–103. https://doi.org/10.1620/tjem.72.91

Sriamporn, S., Khuhaprema, T., & Parkin, M. (2006). Cervical cancer screening in Thailand: An overview. **Journal of Medical Screening, 13.**

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: **A Cancer Journal for Clinicians**, 71(3), 209–249.

WHO. (2020). **Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem**. Retrieved March 3, 2023, from https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107

World Health Organization. (2022). **Cervical cancer 2022**. Retrieved March 3, 2023, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2560-2565

ลักษณะต่างๆ	จำนวน (N=228)	ร้อยละ
1. อายุที่วินิจฉัย (ปี)		
20 - 24	2	0.9
25 - 29	4	1.7
30 - 34	14	6.1
35 - 39	16	7.0
40 - 44	18	7.9
45 - 49	26	11.4
50- 54	38	16.7
55 - 59	41	18.0
60 - 64	30	13.2
65 - 69	17	7.5
70 - 74	14	6.1
75+	8	3.5
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	53.4 ปี (12.8 ปี)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)	54.0 ปี (24 ปี: 100 ปี)	
2. ปีวินิจฉัย		
2560	39	17.1
2561	35	15.3
2562	47	20.6
2563	41	18.0
2564	30	13.2
2565	36	15.8
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	38 คน (5.8 คน)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)	37.5 คน (30 คน: 47 คน)	
3. วิธีวินิจฉัย		
ซักประวัติและการตรวจร่างกาย	22	9.6

รังสีวินิจฉัย ส่องกล้อง Ultrasound	14	6.1
ตรวจเนื้องอกปฐมภูมิ	192	84.3
4. ระยะของโรค		
ระยะ I	29	12.7
ระยะ II	33	14.5
ระยะ III	47	20.6
ระยะ IV	34	14.9
ไม่ทราบระยะ	85	37.3
5. ตำแหน่งของโรค		
Endocervix (C53.0)	10	4.4
Exocervix (C53.1)	7	3.1
Cervix uteri (C53.9)	211	92.5
6. ผลทางพยาธิวิทยา		
Squamous cell carcinoma (M-8070)	152	66.7
Adenocarcinoma (M-8140)	40	17.5
Unspecified and Other (M-8000)	36	15.8
7. ลักษณะเซลล์พยาธิวิทยา		
Well-differentiated	12	6.3
Moderately-differentiated	52	27.1
Poorly-differentiated	35	18.2
Undifferentiated	2	1.0
Not stated or not applicable	91	47.4

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจังหวัดเลย จำแนกตามปีที่วินิจฉัย

ลักษณะต่างๆ	ปีวินิจฉัย													
	2560		2561		2562		2563		2564		2565		2560-2565	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุที่วินิจฉัย (ปี)														
20 - 24	1	2.6	-	-	-	-	1	2.4	-	-	-	-	2	0.9
25 - 29	1	2.6	-	-	1	2.1	1	2.4	1	3.3	-	-	4	1.7
30 - 34	1	2.6	1	2.9	5	10.6	2	4.9	2	6.7	3	8.3	14	6.1
35 - 39	2	5.1	4	11.4	2	4.4	4	9.8	2	6.7	2	5.6	16	7.0
40 - 44	2	5.1	2	5.7	5	10.6	3	7.3	2	6.7	4	11.1	18	7.9
45 - 49	6	15.4	4	11.4	3	6.4	6	14.6	4	13.3	3	8.3	26	11.4

50 - 54	7	17.9	7	20.0	4	8.5	8	19.6	5	16.7	7	19.4	38	16.7
55 - 59	8	20.5	9	25.7	8	17.0	7	17.2	4	13.3	5	13.9	41	18.0
60 - 64	5	12.8	1	2.9	7	14.9	6	14.6	6	20.0	5	13.9	30	13.2
65 - 69	3	7.7	4	11.4	5	10.6	1	2.4	1	3.3	3	8.3	17	7.5
70 - 74	2	5.1	3	8.6	4	8.5	1	2.4	2	6.7	2	5.6	14	6.1
75+	1	2.6	-	-	3	6.4	1	2.4	1	3.3	2	5.6	8	3.5
วิธีวินิจฉัย														
ซักประวัติและการตรวจร่างกาย	4	10.3	4	11.4	3	6.2	5	12.5	4	13.3	2	5.6	22	9.6
รังสีวินิจฉัยส่องกล้อง Ultrasound	2	5.1	3	8.6	6	12.5	3	7.5	-	-	-	-	14	6.1
ตรวจเนื้องอกปฐมภูมิ	33	84.6	28	80.0	39	81.3	32	80.0	26	86.7	34	94.4	192	84.3
ระยะของโรค														
ระยะ I	6	15.4	4	11.4	5	10.6	2	4.9	4	13.3	8	22.2	29	12.7
ระยะ II	7	17.9	4	11.4	9	19.2	6	14.6	3	10.0	4	11.1	33	14.5
ระยะ III	9	23.1	11	31.4	7	14.9	11	26.8	6	20.0	3	8.4	47	20.6
ระยะ IV	5	12.8	6	17.2	8	17.0	4	9.8	3	10.0	8	22.2	34	14.9
ไม่ทราบระยะ	12	30.8	10	28.6	18	38.3	18	43.9	14	46.7	13	36.1	85	37.3
ตำแหน่งของโรค														
Endocervix (C53.0)	3	7.7	3	8.6	1	2.1	-	-	-	-	3	8.3	10	4.4
Exocervix (C53.1)	1	2.6	2	5.7	1	2.1	2	4.9	-	-	1	2.8	7	3.1
Cervix uteri (C53.9)	35	89.7	30	85.7	45	95.8	39	95.1	30	100.0	32	88.9	211	92.5
ผลทางพยาธิวิทยา														
Squamous cell carcinoma (8070)	26	66.7	23	65.7	32	68.1	29	70.7	19	63.3	23	63.9	152	66.7
Adenocarcinoma (8140)	7	18.0	5	14.3	6	12.8	4	9.8	6	20.0	12	33.3	40	17.5

Unspecified and Other (8000)	6	15.3	7	20.0	9	19.1	8	19.5	5	16.7	1	2.8	36	15.8
ลักษณะเซลล์พยาธิวิทยา														
Well-differentiated	2	5.3	2	5.9	2	4.2	1	2.5	3	10.0	2	5.5	12	6.3
Moderately-differentiated	15	39.5	4	11.8	3	6.4	15	37.5	6	20.0	9	25.0	52	27.1
Poorly-differentiated	7	18.4	9	26.5	7	14.9	4	10.0	3	10.0	5	13.9	35	18.2
Undifferentiated	1	2.6	1	2.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.0
Not stated or not applicable	13	34.2	18	52.9	35	74.5	20	50.0	18	60.0	20	55.6	91	47.4

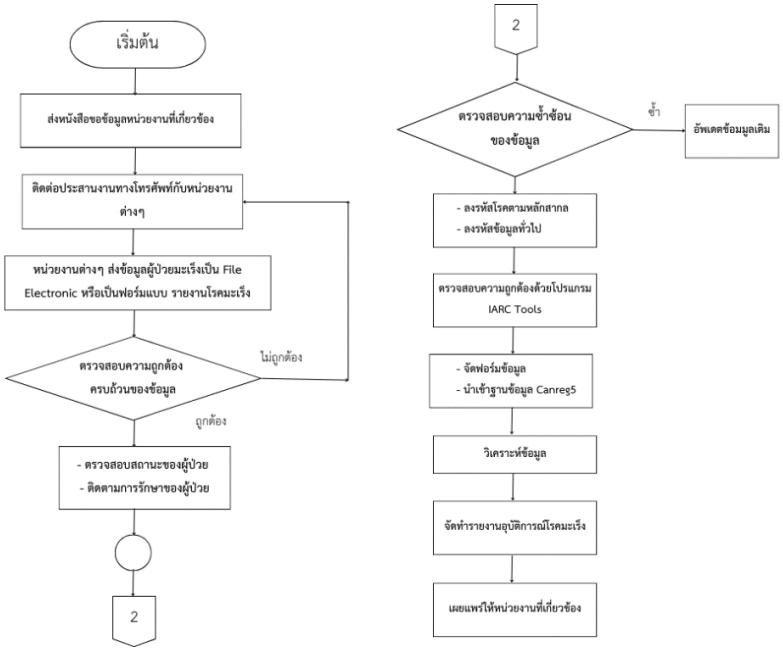
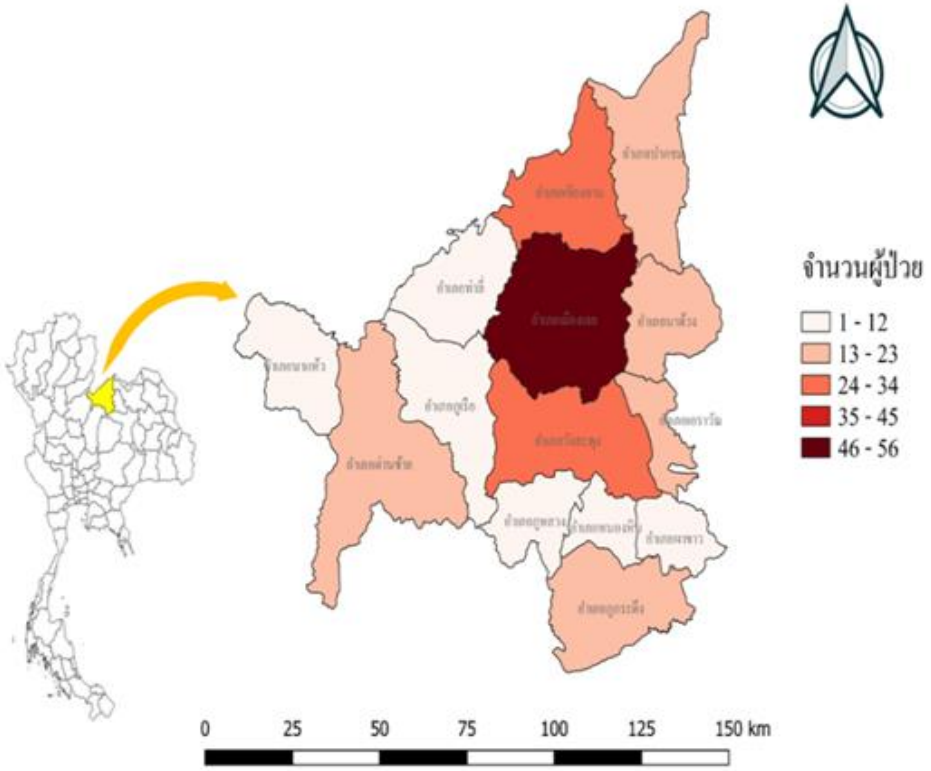
ตารางที่ 3 อุบัติการณ์ปรับอายุมาตรฐานผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2560-2565

ปีที่วินิจฉัย (Year of diagnosis)	อุบัติการณ์อย่างหยาบ (Crude rate)	อุบัติการณ์ปรับอายุมาตรฐาน (ช่วงเชื่อมั่น 95%) (Age Standardized Rate, (95%CI))
2560	14.0	9.8 (8.99, 10.67)
2561	12.6	8.8 (7.92, 9.60)
2562	16.9	12.6 (11.73, 13.41)
2563	14.8	11.4 (10.54, 12.22)
2564	10.9	8.1 (7.27, 8.95)
2565	13.1	9.6 (8.74, 10.42)
รวมทุกปี (2560-2565)	**13.7**	**10.0 (9.14, 10.82)**

ตารางที่ 4 อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกจังหวัดเลย จำแนกตามพยาธิวิทยา

ปีที่วินิจฉัย	Squamous cell carcinoma (M-8070)		Adenocarcinoma (M-8140)		Unspecified and Other (M-8000)	
	Crude rate	Age Standardized Rate (95%CI)	Crude rate	Age Standardized Rate (95%CI)	Crude rate	Age Standardized Rate (95%CI)
2560	9.3	6.7 (5.82, 7.50)	2.5	1.5 (0.65, 2.33)	2.2	1.7 (0.83, 2.51)
2561	8.3	5.6 (4.80, 6.48)	1.8	1.5 (0.70, 2.38)	2.5	1.6 (0.74, 2.42)
2562	11.5	9.3 (8.45, 10.13)	2.2	1.3 (0.42, 2.10)	3.2	2.0 (1.17, 2.85)
2563	10.5	8.2 (7.36, 9.04)	1.4	1.0 (0.19, 1.87)	2.9	2.2 (1.31, 2.99)
2564	6.9	5.0 (4.12, 5.80)	2.2	2.0 (1.20, 2.88)	1.8	1.1 (0.28, 1.96)
2565	8.4	6.4 (5.52, 7.20)	4.4	3.0 (2.20, 3.87)	0.4	0.2 (-0.66, 1.02)
รวมทุกปี (2560-2565)	**9.2**	**6.8 (5.95, 7.63)**	**2.4**	**1.7 (0.88, 2.56)**	**2.2**	**1.5 (0.63, 2.31)**

ภาพที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลของทะเบียนมะเร็ง จังหวัดเลย



ภาพที่ 2 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่จังหวัดเลย จำแนกตามอำเภอระหว่างปี พ.ศ. 2560-2565