นิพนธ์ต้นฉบับ | Original Articles

ความชุกของการติดเชื้อ High-risk Human Papillomavirus (HPV) และความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกในสตรีจังหวัดบุรีรัมย์

Prevalence of High-risk Human Papillomavirus (HPV) Infection and Abnormal Cervical Cytology among Women in Buri Ram Hospital

*ศิริวรรณ เสียงสาว, พ.บ.**
*Siriwan Siengsao, M.D.**
**กลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000*
**Department of Anatomical Pathology, Buri Ram Hospital, Buri Ram Province, Thailand, 31000*
Corresponding author, Email: Knownewsss@gmail.com
Received: 27 Apr 2026. Revised: 02 Jun 2026. Accepted: 24 Jul 2026

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล : ปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกคือการติดเชื้อ Human papillomavirus (HPV) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ร่วมกับการตรวจทางเซลล์วิทยาช่วยเพิ่มความไวในการตรวจพบรอยโรคก่อนมะเร็ง

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อ high-risk HPV และความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกในกลุ่มที่ติดเชื้อ

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยรวบรวมข้อมูลจากสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 รวมถึงผลการตรวจทางเซลล์วิทยาและการตรวจชิ้นเนื้อด้วยวิธี colposcopic biopsy โดยสรุปข้อมูลเป็นสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา : จำนวนผู้ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด 24,708 ราย มีผู้ติดเชื้อ high-risk HPV ทั้งหมด 1,477 ราย (ร้อยละ 6) ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 41-50 ปี (ร้อยละ 39.8) โดยพบการติดเชื้อชนิด high-risk HPV non 16/18 มากที่สุด (ร้อยละ 71.5) ซึ่งในกลุ่มนี้มีความผิดปกติทางเซลล์วิทยาร้อยละ 14.1 และหากตรวจชิ้นเนื้อด้วยวิธี colposcopic biopsy พบว่ามีรอยโรคก่อนมะเร็ง คือ LSIL และ HSIL ร้อยละ 4.2 และ 3.4 ตามลำดับ

สรุป : การติดเชื้อ high-risk HPV non 16/18 เป็นสัดส่วนมากที่สุด และยังสามารถพบความผิดปกติของรอยโรคก่อนมะเร็งได้ทั้ง low-grade และ high-grade แสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อในกลุ่มนี้ยังคงมีความสำคัญทางคลินิก

คำสำคัญ : ความชุก การติดเชื้อ HPV มะเร็งปากมดลูก เซลล์วิทยา

ABTRACT

Background : Persistent infection with Human papillomavirus (HPV) is the primary risk factor for cervical cancer. Cervical cancer screening using HPV DNA testing combined with cytology increases the sensitivity for detecting precancerous lesions.

Objective : This study aimed to determine the prevalence of high-risk HPV infection and associated cervical cytological abnormalities among infected women.

Methods : This retrospective descriptive study was conducted using data from women who underwent cervical cancer screening with HPV DNA testing in Buri Ram province, Thailand, between January 1st, 2021, and December 31st, 2022. Cytological results and histopathological findings from colposcopic biopsy were also collected. Data were analyzed using descriptive statistics.

Results : A total of 24,708 women were screened, 1,477 (6.0%) tested positive for high-risk HPV. The most affected age group was 41-50 years (39.8%). Among HPV-positive cases, high-risk HPV non-16/18 genotypes were the most prevalent (71.5%). Cytological abnormalities were identified in 14.1% of women with high-risk HPV non-16/18 infection and colposcopic biopsy findings demonstrated precancerous lesions, including LSIL (4.2%) and HSIL (3.4%).

Conclusions : High-risk HPV non-16/18 genotypes were the most prevalent and were associated with both low-grade and high-grade precancerous lesions. These findings highlight the clinical significance of high-risk HPV non-16/18 infections in cervical cancer screening and management.

Keywords : Prevalence, human papillomavirus (HPV), cervical cancer, liquid-based cytology.

หลักการและเหตุผล

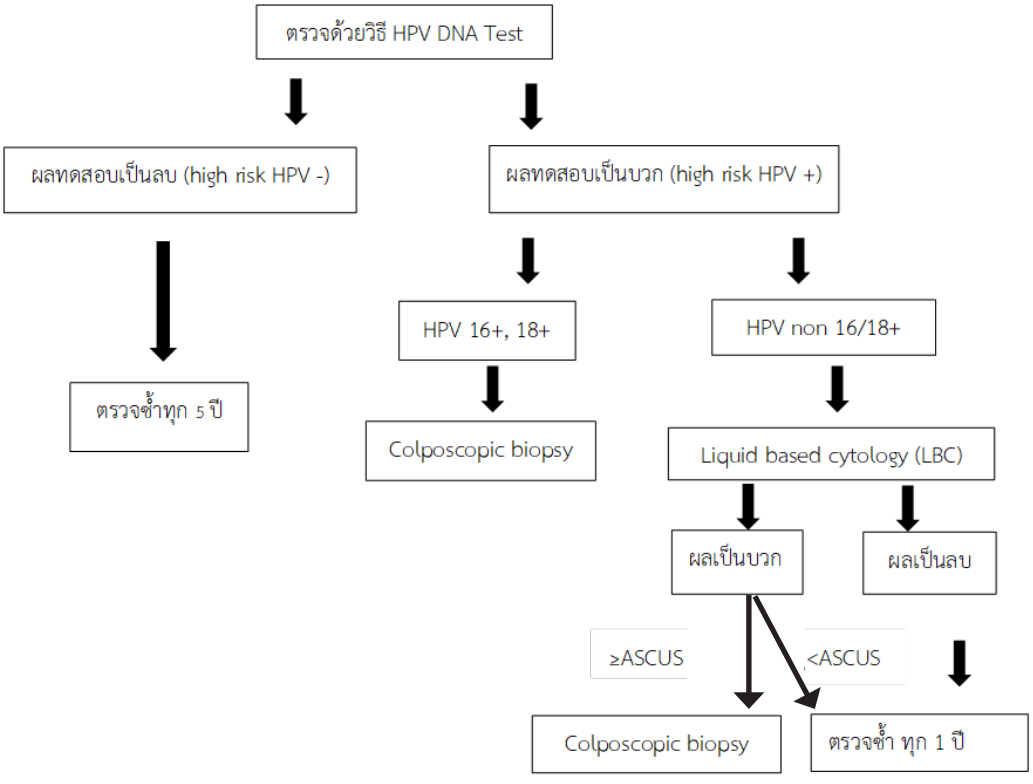
จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสอง รองจากมะเร็งเต้านมในมะเร็งของสตรีไทย โดยมีอัตราอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานตามอายุ (age-standardized incidence rate) ประมาณ 14.4 รายต่อประชากรหญิง 100,000 คนต่อปี[1] และยังพบว่าเป็นมะเร็งที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตในสตรีสูงที่สุดของโลก[2] โดยปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกคือการติดเชื้อ Human papillomavirus (HPV) โดยพบสูงถึงประมาณร้อยละ 99.7 ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด[3] ส่วนปัจจัยอื่นที่เพิ่มความเสี่ยงได้แก่ การสูบบุหรี่ การใช้ยากดภูมิคุ้มกันหรือผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธุ์ (มีเพศสัมพันธุ์ตั้งแต่อายุยังน้อย มีคู่นอนหลายคน) ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น[4]

เชื้อ HPV มีมากกว่า 200 สายพันธุ์ แต่ละสายพันธุ์ก็เพิ่มความเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน สามารถแบ่งกลุ่มของเชื้อ HPV ได้เป็น 2 กลุ่มหลัก คือ กลุ่ม high-risk และ low-risk โดยกลุ่ม high-risk HPV ได้แก่ HPV 16 18 31 33 35 39 45

51 52 56 58 59 66 และ 68 ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรีทั่วโลกมากกว่าร้อยละ 99[5, 6] ส่วนกลุ่ม low-risk ได้แก่ 6 11 40 42 43 44 54 61 70 72 และ 81 หลังจากติดเชื้อ HPV การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปากมดลูกไปจนถึงการเกิดมะเร็งปากมดลูกจะเกิดแบบค่อยเป็นค่อยไป ปัจจุบันการฉีดวัคซีน HPV จึงสามารถช่วยป้องกันการติดเชื้อได้ แต่ก็ยังไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้ร้อยเปอร์เซ็นต์ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจึงมีความสำคัญเพื่อให้สามารถตรวจพบความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกตั้งแต่ระยะเริ่มต้นได้

การตรวจหาเชื้อ HPV มี 2 แบบ[7] ได้แก่ HPV DNA test (HPV testing) เป็นการตรวจหาเชื้อ high-risk HPV โดยรวม ไม่ได้ระบุสายพันธุ์เชื้อ high-risk HPV และ HPV DNA genotyping เป็นการตรวจระบุสายพันธุ์ของเชื้อ HPV ซึ่งให้ความสำคัญกับการตรวจหาเชื้อ HPV 16 และ HPV 18 ซึ่งมีศักยภาพในการก่อมะเร็ง (oncogenicity) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจ HPV DNA testing ควบคู่ไปกับการตรวจทางเซลล์วิทยาซึ่งเรียกว่า “co-testing” มีความไว (sensitivity) ในการตรวจพบรอยโรคก่อนมะเร็งสูงมาก ถึง ร้อยละ 99 และมีคุณค่าในการทำนายผลลบ (negative predictive value, NPV) สูงมากถึงเกือบร้อยละ 100[8-10]

จากมติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6/2562 มีความเห็นให้ใช้การตรวจ HPV DNA test แทนการตรวจ pap smear เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ฉบับปรับปรุง[11] โดยโรงพยาบาลบุรีรัมย์จึงได้เริ่มตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้วิธี HPV DNA test ให้แก่สตรีในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 เป็นต้นมา โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังแผนภูมิที่แสดงดังนี้



แผนภาพที่ 1 แนวทางการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้คือ เพื่อหาความชุกของการติดเชื้อ high-risk HPV รวมถึงความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกในสตรีที่ติดเชื้อ high-risk HPV ในเขตพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective descriptive study)

ประชากรที่ศึกษา จำนวนตัวอย่างมาจากจำนวนสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยมีทั้งหมด 24,708 ราย โครงการวิจัยนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ หนังสือรับรองเลขที่ บร 0033.102.1/29

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) สตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 และมีผลตรวจ high-risk HPV เป็นบวก (positive)

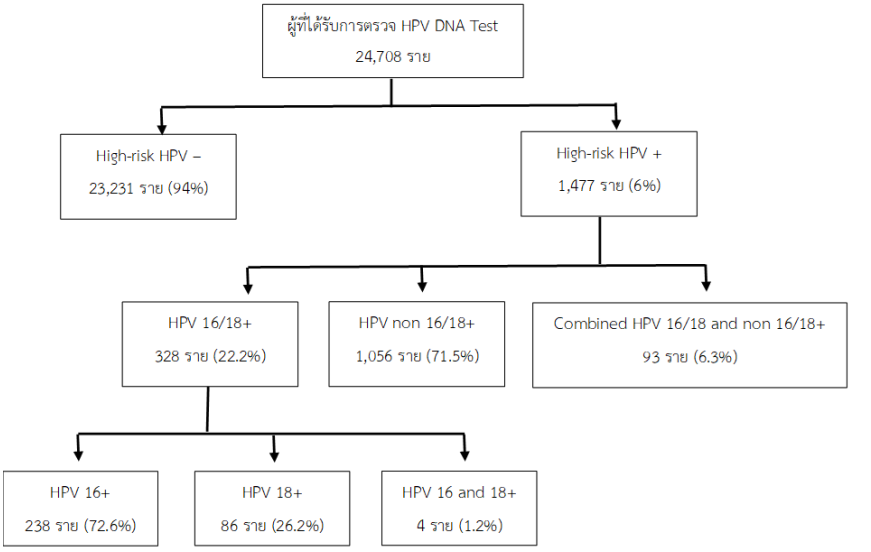
เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ไม่สามารถสืบค้นข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้

วิธีการศึกษา รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองและผลการตรวจ HPV DNA test ด้วยวิธี real time PCR โดยมีขั้นตอนคือ เก็บตัวอย่างเซลล์มะเร็งปากมดลูก (cervical swab) ด้วยชุดเก็บสำเร็จรูปยี่ห้อ PreservCyt® Solution vial (Hologic Inc, Massachusetts, USA) จากนั้นนำมาตรวจวิเคราะห์สารพันธุกรรมด้วยเครื่อง real time PCR อัตโนมัติ ยี่ห้อ Cobas® 4800 system (Roche Diagnostics Ltd., Rotkreuz, Switzerland) ซึ่งสามารถตรวจหา DNA ของเชื้อ high-risk HPV ได้ 14 สายพันธุ์ คือ 16 18 และสายพันธุ์อื่น ได้แก่ 31 33 35 39 45 51 52 56 58 59 66 และ 68 หากตรวจพบว่าเป็นสายพันธุ์ 16 หรือ 18 จะได้รับการตรวจชิ้นเนื้อด้วยวิธี colposcopic biopsy และหากพบว่าเป็น high-risk HPV non 16/18 จะได้รับการตรวจ liquid-based cytology ด้วยเครื่อง ThinPrep® Processor, model T2000 system (Hologic Inc, Massachusetts, USA) ถ้าผล cytology ผิดปกติจะได้รับการตรวจชิ้นเนื้อด้วยวิธี colposcopic biopsy

การวิเคราะห์ข้อมูล รายงานข้อมูลของผู้ที่ได้รับการตรวจ ได้แก่ อายุ จำนวนผู้ที่มีผลตรวจ high-risk HPV เป็นบวก ผลการตรวจด้วยวิธี liquid-based cytology ผลการตรวจชิ้นเนื้อด้วยวิธี colposcopic biopsy การสรุปข้อมูลจะใช้สถิติเชิงพรรณนาแสดงเป็นค่าน้อยสุด ค่ามากสุด ค่าเฉลี่ย และจำนวนร้อยละ

ผลการศึกษา

สตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวนทั้งหมด 24,708 ราย มีผลการตรวจดังนี้



แผนภาพที่ 2 ผลการตรวจ HPV DNA Test

ผู้ที่มีผลตรวจ high-risk HPV เป็นบวกจำนวน 1,477 ราย มีอายุเฉลี่ย 44.4 ปี โดยอายุต่ำสุด 23 ปี และอายุมากสุด 72 ปี แบ่งตามช่วงอายุได้ดังนี้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลการกระจายของสายพันธุ์ high-risk HPV จำแนกตามช่วงอายุ (n = 1,477)

ช่วงอายุ (ปี)	HPV 16 จำนวน (ร้อยละ)	HPV 18 จำนวน (ร้อยละ)	HPV 16 และ 18 จำนวน (ร้อยละ)	HPV non 16/18 จำนวน (ร้อยละ)	Combined จำนวน (ร้อยละ)	Total จำนวน (ร้อยละ)
≤ 30	4 (36.3%)	2 (18.2%)	0 (0.0)	3 (27.3%)	2 (18.2%)	11 (0.7%)
31 - 40	73 (17.3%)	21 (5.0%)	2 (0.5%)	297 (70.5%)	28 (6.7%)	421 (28.5%)
41 - 50	92 (15.6%)	25 (4.3%)	1 (0.2%)	428 (72.8%)	42 (7.1%)	588 (39.8%)
51 - 60	66 (14.7%)	37 (8.2%)	1 (0.2%)	325 (72.2%)	21 (4.7%)	450 (30.5%)
> 61	3 (42.9%)	1 (14.2%)	0 (0.0%)	3 (42.9%)	0 (0.0%)	7 (0.5%)
Total	238 (16.1%)	86 (5.8%)	4 (0.3%)	1,056 (71.5%)	93 (6.3%)	1,477 (100%)

Combined: high-risk HPV 16/18 เป็นบวกร่วมกับสายพันธุ์เสี่ยงสูงอื่น (non 16/18)

ผู้ที่มีผลตรวจ high-risk HPV 16/18 เป็นบวก จำนวน 421 ราย จะได้รับการตรวจชิ้นเนื้อด้วยวิธี colposcopic biopsy (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลการตรวจ colposcopic biopsy ในผู้ที่ high-risk HPV 16/18 เป็นบวก (n=421)

Colposcopic biopsy	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มารับการตรวจ	200 (47.5%)
Benign conditions	118 (28%)
Low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL)	32 (7.6%)
High-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL)	51 (12.1%)
Squamous cell carcinoma (SCC)	10 (2.4%)
Adenocarcinoma in situ (AIS)	5 (1.2%)
Adenocarcinoma	5 (1.2%)
Total	421 (100%)

Benign conditions: เช่น normal, inflammation, atrophy

ผู้ที่มีผลตรวจ high-risk HPV non 16/18 เป็นบวกจำนวน 1,056 ราย จะได้รับการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วยวิธี liquid-based cytology ซึ่งจะรายงานผลตามระบบ The Bethesda system for reporting cervical cytology คือ Negative intraepithelial lesions or malignancy (NILM), Atypical squamous cells of undetermined significance (ASC-US), Atypical squamous cells cannot exclude high-grade squamous intraepithelial lesion (ASC-H), Low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL), High-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) และ Atypical glandular cell (AGC) และผู้ที่มีความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกตั้งแต่ ASC-US ขึ้นไป จะได้รับการตรวจชิ้นเนื้อด้วยวิธี colposcopic biopsy (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกจากการตรวจทางเซลล์วิทยา (liquid-based cytology) และการตรวจชิ้นเนื้อด้วยวิธี colposcopic biopsy ในผู้ที่มีผลตรวจ high-risk HPV non 16/18 เป็นบวก (n=1,056)

Liquid based cytology	ผลชิ้นเนื้อ (Colposcopic biopsy)				
	ไม่มารับการตรวจ จำนวน (ร้อยละ)	Benign จำนวน (ร้อยละ)	LSIL จำนวน (ร้อยละ)	HSIL จำนวน (ร้อยละ)	Total จำนวน (ร้อยละ)
NILM	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	907 (85.9%)
ASC-US	32 (65.3%)	13 (65.0%)	11 (25.0%)	4 (11.1%)	60 (5.7%)
ASC-H	10 (20.4%)	2 (10.0%)	4 (9.1%)	8 (22.2%)	24 (2.3%)
LSIL	4 (8.2%)	0 (0.0%)	29 (65.9%)	2 (5.6%)	35 (3.3%)
HSIL	2 (4.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	15 (41.7%)	17 (1.6%)
AGC	1 (2.0%)	5 (25.0%)	0 (0.0%)	7 (19.4%)	13 (1.2%)
Total	49 (100%)	20 (100%)	44 (100%)	36 (100%)	1,056 (100%)

จากการตรวจชิ้นเนื้อด้วยวิธี colposcopic biopsy ในผู้ที่ high-risk HPV non 16/18 เป็นบวก ความผิดปกติที่พบทั้งหมดเป็นกลุ่ม premalignant หรือ squamous intraepithelial lesion (SIL) คือ LSIL 44 ราย (ร้อยละ 4.2) และ HSIL 36 ราย (ร้อยละ 3.4) และยังพบว่ามีผู้ที่ตรวจพบความผิดปกติทางเซลล์วิทยาไม่มารับการตรวจชิ้นเนื้อถึง 49 ราย (ร้อยละ 4.6) ทำให้ไม่สามารถตรวจพบความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกชนิด squamous intraepithelial lesion (SIL) ได้

อภิปรายผล

จากการศึกษานี้พบว่า ในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 มีการตรวจพบการติดเชื้อ high-risk HPV ทั้งชนิด 16/18 และ non 16/18 รวมทั้งสิ้น 1,477 ราย จากจำนวนผู้ได้รับการตรวจทั้งหมด 24,708 ราย คิดเป็นร้อยละ 6 ของจำนวนผู้ได้รับการตรวจทั้งหมด ใกล้เคียงกับการศึกษาของ ณัชชา เสนาวิน และ รวีวรรณ พรมศิลา[12] ที่ศึกษาในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ พบการติดเชื้อ high-risk HPV ร้อยละ 5.6 และในการศึกษานี้ยังพบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อ high-risk HPV non 16/18 มากถึงร้อยละ 71.5 ของผู้ที่มีผลบวกทั้งหมด ซึ่งถือเป็นประชากรส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อ high-risk HPV สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดนครสวรรค์[12] ที่พบผู้ติดเชื้อ high-risk HPV non 16/18 ร้อยละ 74.2 การศึกษาของอังคณา คำฟอง และคณะ[13] ที่พบร้อยละ 69.7 ในพื้นที่จังหวัดลพบุรี อ่างทอง และเพชรบูรณ์ และการศึกษาในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา[14] ที่พบจำนวน 911 ราย จากผู้ที่มีผลตรวจเป็นบวกทั้งหมด 1,301 ราย ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า high-risk HPV non 16/18 ยังคงเป็นชนิดที่พบได้บ่อย และควรได้รับการเฝ้าระวังและติดตามอย่างต่อเนื่องในการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผู้ที่มีผลตรวจ high-risk HPV เป็นบวก มีอายุเฉลี่ย 44.4 ปี พบมากในช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 588 ราย (ร้อยละ 39.8) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 51-60 ปี จำนวน 450 ราย (ร้อยละ 30.5) ใกล้เคียงกับการศึกษาของอังคณา คำฟอง และคณะ[13] ที่ช่วงอายุที่พบการติดเชื้อมากที่สุดคือ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.5 การศึกษาของ Swangvaree และคณะ[15] พบมากที่สุดในช่วงอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.6 และการศึกษาของพรรณชณัฐ[16] ที่ศึกษาในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ ก็พบมากที่สุดในช่วงอายุ 40-50 ปี จำนวน 551 ราย (ร้อยละ 2.1) และการศึกษานี้ยังพบว่ามีผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีลงมา มีผลตรวจเป็นบวกจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 0.7) แม้มีสัดส่วนไม่มาก ข้อมูลดังกล่าวอาจเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนเชิงนโยบายในอนาคต

การศึกษานี้พบว่าผู้ที่มีผลตรวจ high-risk HPV non 16/18 เป็นบวก มีความผิดปกติทางเซลล์วิทยา (liquid-based cytology) จำนวน 149 ราย (ร้อยละ 14.1) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริญญา เพชรพิชัย และคณะ[17] ที่ศึกษาในพื้นที่จังหวัดพิจิตร อุทัยธานี ชัยนาท และกำแพงเพชร ตรวจพบความผิดปกติร้อยละ 14.5 และการศึกษาของอังคณา คำฟอง และคณะ[13] ซึ่งตรวจพบร้อยละ 12.1 เมื่อตรวจชิ้นเนื้อด้วยวิธี colposcopic biopsy ต่อพบความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกจำนวน 80 ราย (ร้อยละ 7.6) โดยทั้งหมดเป็นรอยโรคก่อนมะเร็ง หรือ squamous intraepithelial lesion (SIL) ได้แก่ LSIL 44 ราย (ร้อยละ 4.2) และ HSIL 36 ราย (ร้อยละ 3.4) สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณชณัฐ[16] ที่พบว่าในกลุ่ม high-risk HPV non 16/18 ที่ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อด้วยวิธี colposcopic biopsy จำนวน 89 ราย ส่วนใหญ่ให้ผลเป็น LSIL คือ 46 ราย รองลงมาคือ HSIL 17 ราย นอกจากนี้ การศึกษาในต่างประเทศของ Özen และคณะ[18] ยังรายงานว่าผู้ที่ติดเชื้อ high-risk HPV ชนิดอื่นนอกเหนือจาก high-risk HPV 16/18 สามารถตรวจพบรอยโรคก่อนมะเร็ง คือ LSIL (CIN I) 43 ราย (ร้อยละ 30.2) และ HSIL (CIN II และ CIN III) 10 ราย (ร้อยละ 7) และการศึกษาของ Bai และคณะ[19] ก็พบรอยโรคก่อนมะเร็งในกลุ่ม high-grade คือ CIN II 298 ราย (ร้อยละ 9.6) และ CIN III ร้อยละ 3.9 แสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อ high-risk HPV non-16/18 ยังคงมีความสำคัญทางคลินิกและสามารถพบรอยโรคก่อนมะเร็งได้ แม้จะไม่ใช่สายพันธุ์ 16 หรือ 18 ก็ตาม ดังนั้นการติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเหมาะสมยังคงมีความจำเป็นในเวชปฏิบัติ

อย่างไรก็ตาม มีผู้ที่พบความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกจากการตรวจทางเซลล์วิทยา (liquid-based cytology) ที่ไม่ได้มารับการตรวจชิ้นเนื้อด้วยวิธี colposcopic biopsy ถึง 49 ราย (ร้อยละ 4.6) ซึ่งอาจทำให้มีความผิดปกติของรอยโรคก่อนมะเร็งหรือมะเร็งที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยแฝงอยู่ ดังนั้นการให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วย และความร่วมมือระหว่างสถานบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สรุป

การศึกษานี้พบว่าความชุกของการติดเชื้อ high-risk HPV ในสตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์เท่ากับร้อยละ 6 โดยพบการติดเชื้อชนิด high-risk HPV non 16/18 เป็นสัดส่วนมากที่สุดของผู้ที่มีผลตรวจเป็นบวก และยังสามารถพบความผิดปกติของรอยโรคก่อนมะเร็งชนิด squamous intraepithelial lesion ได้ทั้งระดับ low-grade และ high-grade แสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อกลุ่ม high-risk HPV non-16/18 ยังคงมีความสำคัญทางคลินิกและควรได้รับการติดตามอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังพบปัญหาการขาดการติดตามการตรวจเพิ่มเติมในผู้ป่วยบางส่วน ซึ่งอาจส่งผลต่อการวินิจฉัยและการรักษาในระยะเริ่มต้น

ผลการศึกษานี้สะท้อนบทบาทของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV DNA test ในระบบบริการสุขภาพจริง และอาจเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยและการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

เอกสารอ้างอิง

1. Imsamran W, Chaiwerawattana A, Wiangnon S, Pongnikorn D, Suwanrungrung K, et al. Cervix uteri. In: Imsamran W, Chaiwerawattana A, Wiangnon S, Pongnikorn D, Suwanrungrung K, et al. eds. Cancer in Thailand Volume VIII, 2010-2012. Bangkok : New Thammada Press (Thailand) ; 2015 : 48.
2. Luckett R, Feldman S. Impact of 2-, 4- and 9-valent HPV vaccines on morbidity and mortality from cervical cancer. Hum Vaccin Immunother 2016;12(6):1332-42. doi: 10.1080/21645515.2015.1108500.
3. Okunade KS. Human papillomavirus and cervical cancer. J Obstet Gynaecol 2020; 40(5):602-8. doi: 10.1080/01443615.2019.1634030.
4. Choi S, Ismail A, Pappas-Gogos G, Boussios S. HPV and Cervical Cancer: A Review of Epidemiology and Screening Uptake in the UK. Pathogens 2023;12(2):298. doi: 10.3390/pathogens12020298.
5. Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S, Herrero R, Castellsagué X, Shah KV, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. N Engl J Med 2003;348(6):518-27. doi: 10.1056/NEJMoa021641.
6. Smith JS, Lindsay L, Hoots B, Keys J, Franceschi S, Winer R, et al. Human papillomavirus type distribution in invasive cervical cancer and high-grade cervical lesions: a meta-analysis update. Int J Cancer 2007;121(3):621-32. doi: 10.1002/ijc.22527.
7. คณะอนุกรรมการมะเร็งวิทยานรีเวช, คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย : การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. [อินเตอร์เน็ท]. [สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2568]. ค้นได้จาก:URL:https://www.rtcog.or.th/files/1755740456_721f4208ebed34da63d8.pdf.
8. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. CA Cancer J Clin 2012;62(3):147-72. doi: 10.3322/caac.21139.
9. Wright TC Jr, Schiffman M, Solomon D, Cox JT, Garcia F, Goldie S, et al. Interim guidance for the use of human papillomavirus DNA testing as an adjunct to cervical cytology for screening. Obstet Gynecol 2004; 103(2):304-9. doi:10.1097/01.AOG.0000109426.82624.f8.
10. Clavel C, Masure M, Bory JP, Putaud I, Mangeonjean C, Lorenzato M, et al. Human papillomavirus testing in primary screening for the detection of high-grade cervical lesions: a study of 7932 women. Br J Cancer 2001;84(12):1616-23. doi: 10.1054/bjoc.2001.1845.
11. คณะอนุกรรมการมะเร็งวิทยานรีเวช, คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. [อินเตอร์เน็ท]. [สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2568]. ค้นได้จาก:URL:การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer Screening)

12. ณัชชา เสนาวิน, รวีวรรณ พรมศิลา. ประสิทธิผลและผลลัพธ์ทางคลินิกของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ในจังหวัดนครสวรรค์. วารสารโรคมะเร็ง 2566;43(2):70-81.
13. อังคณา คำฟอง, ภวมัย แต่เชื้อสาย, อิทธิฤทธิ์ คำฟอง, พุทธลักษณ์ พุกเจริญ. ความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีชนิดความเสี่ยงสูงของสตรีไทยในเขตพื้นที่จังหวัดลพบุรี อ่างทอง และเพชรบูรณ์. วารสารกรมการแพทย์ 2566;48(4):39-46.
14. Pluthikarmpae N, Thongjit S. Prevalence of Human Papillomavirus Infection in Nakhon Ratchasima, Northeastern Thailand. Asian Pac J Cancer Prev 2025;26(9):3353-8. doi: 10.31557/APJCP.2025.26.9.3353.
15. Swangvaree SS, Kongkaew P, Rugsuj P, Saruk O. Prevalence of high-risk human papillomavirus infection and cytologic results in Thailand. Asian Pac J Cancer Prev 2010;11(6):1465-8. PMID: 21338181
16. พรรณชณัฐ มหรรทัศนพงฐ์. ความชุกของการติดเชื้อ Human PapillomaVirus (HPV) สายพันธุ์เสี่ยงสูงในสตรีไทยจังหวัดสุรินทร์ และค่าความไวความจำเพาะของการตรวจเซลล์วิทยาด้วยวิธี Liquid-Based Cytology (LBC). ศรีนครินทร์เวชสาร 2567;39(5):451-64.
17. ศิริญญา เพชรพิชัย, ณัฐพร คล้ายคลึง, อมรรัตน์ โพธิ์ตา, อนุกูล บุญคง, ปาริชาติ กัญญาบุญ. ความชุกของการติดเชื้อ Human papillomavirus สายพันธุ์เสี่ยงสูงของสตรีไทยในพื้นที่ จังหวัดพิจิตร อุทัยธานี ชัยนาท และกำแพงเพชร. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2564;63(4):766-81.
18. Özen S, Özen EG, Şimşek GÖ, Arzik AO, Karaoğlu S, Akdemir C, et al. HPV persistence and CIN2 + Detection in women with normal cytology and Non-16/18 High-Risk HPV positivity. BMC Womens Health 2026; 26(1):98. doi: 10.1186/s12905-026-04278-5.
19. Bai A, Xue P, Li Q, Jiang Y, Qiao Y. Diagnostic value of high-risk HPV other than type 16/18 in high-grade cervical neoplasia among cytology-negative women: A multicenter retrospective study. Cancer Med 2023;12(13): 14794-805. doi: 10.1002/cam4.6109.