

นิพนธ์ต้นฉบับ

มะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประจำปี พ.ศ. 2528

เบญจบ ไววนิชกุล*

Vaivanijkul B. Cervical cancer at Chulalongkorn Hospital in 1986 Sep; 30 (9) : 839-848

A study of clinical and epidemiological characteristics of 283 cervical cancer patients, registered at the Department of Obstetrics and Gynecology, Chulalongkorn Hospital between 1st January 1985 and 31st December 1985 is presented. The study showed that invasive cervical cancer is the most common malignancy of the female genital tract, followed by ovarian cancer and cancer of uterine corpus. Squamous cell lesions account for 86.60% of all cervical cancers; 12% of cervical lesions are adenocarcinomas representing an increasing proportion in recent years. Age incidence of invasive cervical cancer is high, in the 41-50 year age group and also, the incidence increases with parity. Most of the patients (83.40%) were found to have stages II_B and III_B of disease. Intermenstrual vaginal bleeding is the most frequent presenting symptom. All patients have had sexual experience but 82.30% of the cervical cancer patients did not have multiple sexual partners. The majority of the cases were of low educational and socioeconomic status; 126 cases (44.5%) out of 283 cases have never had a pelvic examination before the diagnosis of invasive cancer. Four patients in stage III_B and one patient in stage IV_A died from 5 days to 10 months after the diagnosis of the disease.

* ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มะเร็งปากมดลูกพบได้มากที่สุดในประเทศไทย^(1,2) วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้แสดงให้เห็นลักษณะทางคลินิกและระบาดวิทยาของมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มารับการตรวจและรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก เฉพาะโรคทางนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2528 ทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการจัดทำทะเบียนโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรีตั้งแต่ 1 มกราคมถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2528

ผู้ป่วยและวิธีการ

หน่วยมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรีได้จัดทำทะเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ขึ้นในปี พ.ศ. 2528 โดยการจัดทำแบบสอบถามและประวัติโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเพื่อมุ่งหมายที่จะรวบรวม และศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยาและคลินิกของโรค เช่น อายุ อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา ที่อยู่อาศัย รายได้ สภาพการสมรส การวินิจฉัย การรักษา และการติดตามผลของการรักษา เป็นต้น หลังจากที่ได้การวินิจฉัยทางคลินิกและพยาธิสภาพแล้วว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก ระยะลุกลามก็จะจัดลงทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ต่อจากนั้นจะมีการประเมินสภาพของผู้ป่วยโดยการตรวจ ได้แก่ การถ่ายภาพรังสีของปอด ลำไส้ ใช้กล้องตรวจทางทวารหนัก กระจกเพาะปัสสาวะ ตรวจหน้าท้องไตโดยการฉีดสีและถ่ายภาพรังสี (Intravenous pyelography) หรือตรวจไตโดยใช้ไอโซโทป (Renography) ตรวจน้ำตาลยูเรียไนโตรเจน ครีเอตินินในเลือด รวมทั้งการตัดต่อมำเหลียงที่พบว่าไตไปตรวจทางพยาธิสภาพ และการตรวจพิเศษอย่างอื่นที่จำเป็น ก่อนที่จะทำ

การรักษาแพทย์ทางรังสีรักษาและนรีเวชวิทยาต้องตรวจผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพของผู้ป่วยที่เรียกว่า “Staging” ซึ่งถือตาม The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) 1971 การรักษาก็พิจารณาตามสภาพของผู้ป่วย ให้การรักษาโดยการผ่าตัดเฉพาะในรายที่เป็น Stage I_A และ Stage I_B ที่ไม่มีอัตราเสี่ยงต่อการทำผ่าตัด นอกจากนี้รักษาด้วยรังสีรักษาและ/หรือ ให้อาเคมีบำบัด เมื่อรักษาครบแล้วมีการตรวจติดตามทุกเดือนในปีแรก ทุก 2 เดือนในปีที่ 2 ต่อกันไปก็ทุก 3-6 เดือน จากทะเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็งในปี 2528 มีผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม 283 ราย ที่นำมาศึกษา

ผลของการศึกษา

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2528 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2528 มีผู้ที่เป็นมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี 369 ราย จากจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด 9,765 ราย จากตารางที่ 1 พบมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับหนึ่ง 283 รายเท่ากับ 76.69% ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด รองลงมาได้แก่มะเร็งของรังไข่มี 46 ราย (12.46%) และอันดับสามได้แก่มะเร็งของตัวมดลูกพบ 33 ราย (8.94%) ส่วนน้อยเป็นมะเร็งของช่องคลอดและมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก 5 และ 2 ราย เท่านั้น อัตราที่พบโรคมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี 37.8 ต่อผู้ป่วยนอกรายใหม่ 1,000 คน สำหรับมะเร็งปากมดลูก 29 ต่อ 1,000 ราย มะเร็งของรังไข่ 4.7 ต่อ 1,000 ราย มะเร็งของตัวมดลูก 3.4 ต่อ 1,000 ราย

ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกปฏิเสธที่จะรับการรักษา 24 รายใน 283 ราย

Table 1. Type of Malignancy

DIAGNOSIS	NO OF PATIENT	PERCENTAGE
1. CA CERVIX	283	76.69
2. CA OVARY	46	12.46
3. CA CORPUS	33	8.94
4. CA VAGINA	5	1.36
5. CA VULVA	2	0.55
TOTAL	369	100
NEW OPD PATIENTS IN 1985 = 9756 CASES		

อายุของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกมีอายุน้อยที่สุด 26 ปี มี 2 ราย อายุมากที่สุด 80 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-60 ปี = 82.3% ของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูก กลุ่มอายุระหว่าง 41-50

ปี เป็นโรคมะเร็งชนิดนี้มากที่สุด (34.27%) อายุโดยเฉลี่ย Mean \pm Standard Deviation ($\bar{X} \pm SD$) = 48.75 \pm 10.83 ปี ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

Table 2. Age Distribution of CA.Cervix Patients

AGE GROUP (YEARS)	NUMBER OF PATIENT	PERCENTAGE
21-30	8	2.84
31-40	66	23.32
41-50	97	34.27
51-60	70	24.73
61-70	33	11.66
71-80	9	3.18
TOTAL	283	100
$\bar{X} + SD = 48.75 \pm 10.83$ YEARS		

คิดอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในระยะต่าง ๆ มีดังนี้

STAGE	$\bar{X} \pm SD$ (อายุเฉลี่ย) ปี	n
IA	40.22 \pm 8.12	n = 9
IB	40.59 \pm 7.04	n = 27
IIB	46.77 \pm 9.95	n = 103*
IIIB	52.09 \pm 10.73	n = 133*
IVA	56.50 \pm 11.81	n = 4
IVB	51.83 \pm 12.93	n = 6

(* p < 0.001)

รูปที่ 1 แสดงถึงพยาธิสภาพของมะเร็งปากมดลูกมี

- 1) Squamous cell Ca. 245 ราย (86.6%)
- 2) Adenocarcinoma 34 ราย (12.0%)
- 3) ส่วนน้อยพบ Undifferentiated Ca of endocervix, Poorly differentiated adenosquamous Ca, Clear cell Ca และ Leiomyosarcoma of cervical polyp อย่างละ 1 ราย (1.4%)

ผู้ป่วยส่วนมากมีที่อยู่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร 136 ราย (48%) อาศัยอยู่ในจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ 147 ราย (52%) สถานที่เกิดที่กรุงเทพมหานคร

62 ราย (21.9%) เกิดที่จังหวัดต่าง ๆ 212 ราย (74.9%) ส่วนน้อย 9 ราย (3.17%) เกิดในต่างประเทศ

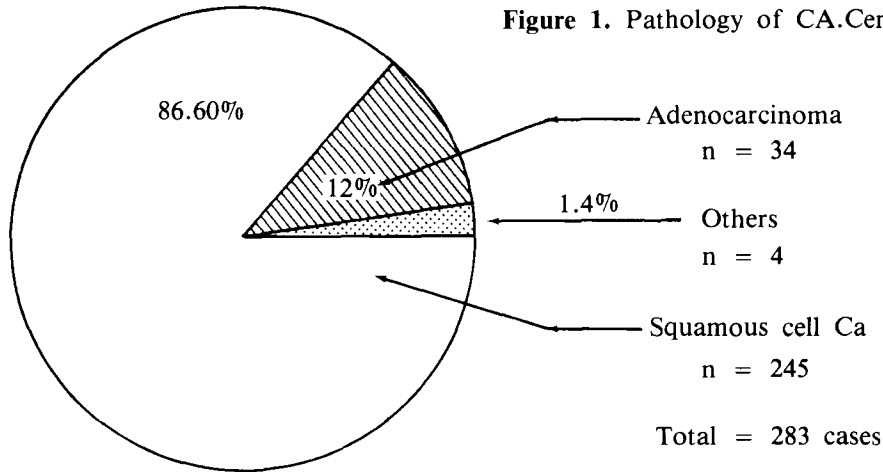
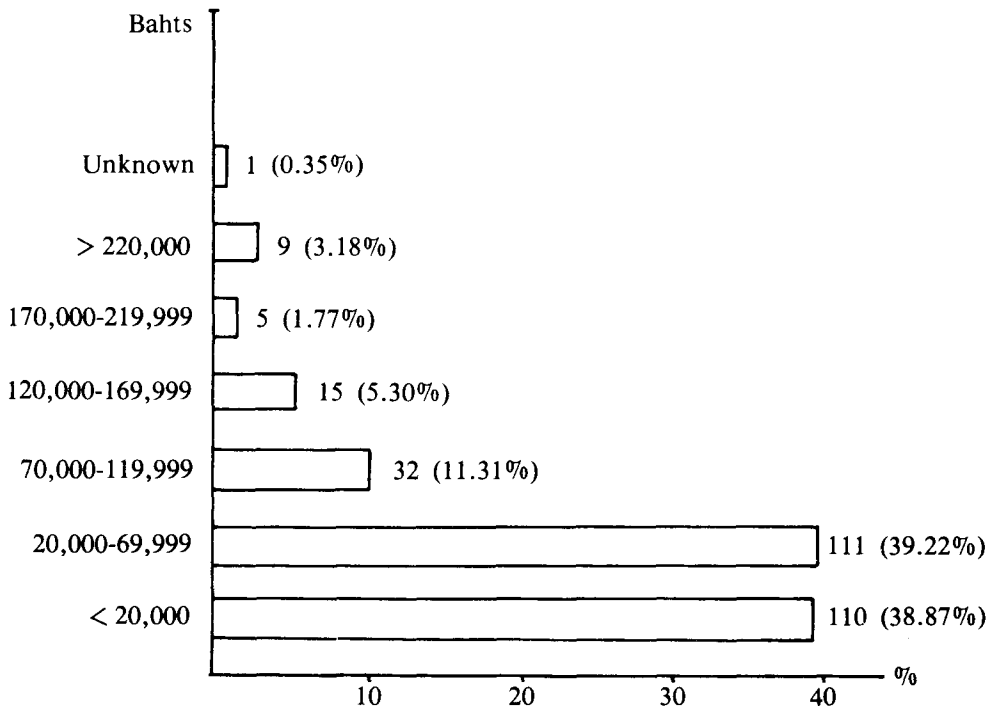


Figure 1. Pathology of CA.Cervix

สำหรับระดับการศึกษาของผู้ป่วยส่วนมากแล้วไม่ได้เรียนและเรียนแค่ประถมศึกษาเท่ากับ 87.6% อาชีพแม่บ้านมากที่สุด 40.28% อาชีพรับจ้าง 25.09% ส่วนอาชีพของสามีส่วนมากรับจ้าง 39.93% รองลงมาทำกสิกรรม 13.08%

รูปที่ 2 แสดงถึงรายได้ครอบครัวของผู้ป่วยต่อปีส่วนมากรายได้ต่ำ มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 51,542$ บาทต่อปี ร้อยละ 38.8 ของผู้ป่วยมีรายได้น้อยกว่า 20,000 บาทต่อปี และรายได้ 20,000-69,999 บาทต่อปี = 39.22% ส่วนมากร้อยละ 78.1 มีรายได้ต่ำกว่า 70,000 บาทต่อปี

Figure 2. Income (Bahts) Per Year



สภาพการสมรส 100% ของผู้ป่วยมีสามี
และไม่มีผู้ป่วยที่เป็นโสดเลย

ตารางที่ 3 และ 4 ผู้ป่วยส่วนมาก 156 ราย
หรือร้อยละ 55.13 แต่งงานครั้งแรกเมื่ออายุ 16-20

ปี อายุเฉลี่ยที่แต่งงานครั้งแรก $\bar{X} \pm SD = 20.62 \pm 3.93$ ปี 82.33% ของผู้ป่วยแต่งงาน
เพียงครั้งเดียว มีเพียง 17.67% เท่านั้นที่แต่งงาน
มากกว่าหนึ่งครั้ง

Table 3. Marital Age Distribution of Ca.Cervix Patients

MARITAL AGE (YEARS)	NUMBER OF CASES	%
11-15	6	2.12
16-20	156	55.13
21-25	95	33.57
26-30	19	6.71
31-35	3	1.06
36-40	3	1.06
UNKNOWN	1	0.35
TOTAL	283	100
$\bar{X} \pm SD = 20.62 \pm 3.93$ YEARS		

Table 4. Number of Marriage Distribution of CA.Cervix Patients

NUMBER OF MARRIAGE	NUMBER OF CASES	%
1	233	82.33
2	48	16.96
3	2	0.71
TOTAL	283	100

รูปที่ 3 แสดงถึงจำนวนการตั้งครรภ์มีตั้งแต่
ไม่เคยตั้งครรภ์เลยจนถึงตั้งครรภ์ 16 ครั้ง ค่าเฉลี่ย

จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ $\bar{X} \pm SD = 5.54 \pm 2.94$

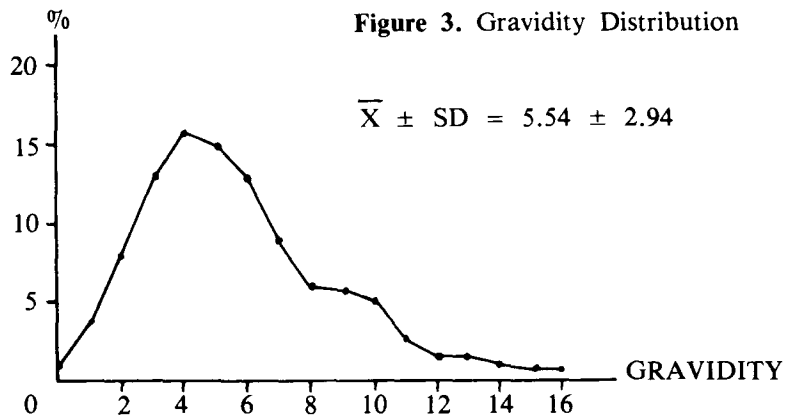


Figure 3. Gravity Distribution

$\bar{X} \pm SD = 5.54 \pm 2.94$

ตารางที่ 5 126 ราย ในผู้ป่วย 283 ราย เท่ากับ 44.5% นั้นไม่เคยได้รับการตรวจภายในมาก่อนเลย ก่อนการวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยมีประวัติการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 24.6 ส่วนสามมีประวัติการติดเชื้อร้อยละ 29.2

Table 5. Last Pelvic Exam Before D_x of CA.Cervix

TIME RANGE (MONTH)	MEAN	NUMBER	%
0	0	126	44.5
1-12	7.10	41	4.5
13-24	22.16	24	8.5
25-36	20.87	16	5.7
37-48	47.90	10	3.5
49-60	48.0	10	3.5
60		56	19.8
TOTAL		283	100
$\bar{X} \pm SD = 20.98 \pm 26.48$ MONTHS			

ตารางที่ 6 แสดงให้เห็นอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลที่บ่อยที่สุดคือ การที่มีเลือดออกระหว่างระดู พบได้ 25.5% รองลงมาได้แก่

อาการตกขาว 24.8% เลือดออกในวัยหมดระดู 22.3% เลือดออกหลังร่วมเพศ 5.3% อาการปวดท้อง 5.3%

Table 6. Presenting Symptoms of CA.Cervix

SYMPTOMS	DURATION (Mo) FREQUENCY			
	RANGE	MEAN	NUMBER	%
1. INTERMENSTRUAL BLEEDING	1-36	2.9	72	25.5
2. LEUKORRHEA	1-48	5.1	70	24.8
3. POSTMENOPAUSAL BLEEDING	1-12	3.0	63	22.3
4. POSTCOITAL BLEEDING	1-10	3.1	15	5.3
5. ABDOMINAL PAIN	1-15	3.1	15	5.3

ตามตารางที่ 7 จะเห็นว่ามีการตายหลังการวินิจฉัย ตั้งแต่ 5 วัน 1 ราย 6 เดือน 2 ราย และ 10 เดือน

2 ราย สาเหตุของการตายได้แก่ ยูรีเมีย เลือดออก ไม่หยุดทางช่องคลอดและเลือดเป็นพิษ

Table 7. Mortality Report

R NO.	AGE YEARS	DIAGNOSIS CA CERVIX STAGE	SURVIVAL TIME (MONTHS) AFTER DIAGNOSIS	CAUSE OF DEAD
1	47	III _B	10	UREMIA
104	63	III _B	6	DEAD AT HOME
139	57	IV _A	5/30	BLEEDING
198	40	III _B	6	SEPTICEMIA
264	53	III _B	10	DEAD AT HOME
				UREMIA

วิจารณ์

ผลของการศึกษานี้ แสดงว่าสตรีไทยมีอุบัติการณ์เป็นมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด รองลงมาได้แก่ มะเร็งของรังไข่ และมะเร็งของเต้านมตามลำดับสาม ตรงกับรายงานจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ⁽¹⁾ โรงพยาบาลศิริราช⁽³⁾ โรงพยาบาลรามาริบัติ⁽⁴⁾ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์⁽⁵⁾ สถิตินี้แตกต่างกับรายงานสถิติมะเร็งของประเทศทางตะวันตกซึ่งพบว่า มะเร็งของเต้านมตามลำดับที่สอง ไม่ใช่มะเร็งของรังไข่⁽⁶⁾

พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ปฏิเสธการรักษา 24 ราย เหตุผลที่ได้จากการสัมภาษณ์มีดังนี้

- 1) ความกลัวต่อรังสีรักษา
- 2) มีความเชื่อในการรักษาด้วย น้ำมันดี ยาหม้อ ซึ่งผู้ให้การรักษาตามแบบโบราณนี้จะไม่ยอมรักษาให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา หรือผ่าตัดมาก่อน

3) ต้องการไปตรวจที่โรงพยาบาลอื่นเพื่อให้มั่นใจว่าตัวเองเป็นมะเร็งปากมดลูกจริงๆ

พยาธิสภาพที่พบในการศึกษานี้พบว่า Adenocarcinoma 34 ราย (12%) นับเป็นสถิติที่สูงกว่า

ในตำราทางเนื้องอกวิทยาซึ่งพบเพียง 5% ของมะเร็งปากมดลูก^(6,7) Adenocarcinoma ของปากมดลูกนี้วินิจฉัยจากการตัดชิ้นเนื้อที่ปากมดลูกมาตรวจทางพยาธิสภาพ ซึ่งพบลักษณะของ Endocervical gland นอกจากนี้การย้อมชิ้นเนื้อโดยใช้ Alcian blue stain จะช่วยวินิจฉัยแยกออกจาก Adenocarcinoma ของเยื่อบุมดลูกซึ่งจะไม่ติดสีชนิดนี้ได้⁽⁸⁾ แต่ผลของการศึกษานี้ก็ตรงกับรายงานจากประเทศสหรัฐอเมริกาพบสถิติของพยาธิสภาพนี้สูงขึ้นในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา^(8,9,10,11) สาเหตุที่ทำให้ % ของมะเร็งปากมดลูกชนิดนี้สูงขึ้น จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ยังไม่สามารถอธิบายถึงสาเหตุได้ จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม จากรายงานของ Gullup และ Abell ให้ข้อคิดว่าสาเหตุของมะเร็งชนิดนี้อาจจะเกี่ยวข้องกับการที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นเวลานาน ๆ แต่ปัจจุบันนี้ก็ยังไม่มีผลสรุปหรือชี้ขาดได้ว่ามะเร็งของปากมดลูกชนิดนี้เกิดจากยาเม็ดคุมกำเนิด⁽⁹⁾

ผู้ป่วยร้อยละ 52 มาจากจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศต้องเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ การศึกษาของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อย 87.6%

มีรายได้ต่ำเฉลี่ย = 51,542 บาทต่อปี ไม่มีผู้ป่วยที่เป็นโสดแต่งงานแล้ว 100% แต่งงานอายุน้อย มีบุตรมาก จากการศึกษานี้จะพบว่าสภาพเศรษฐกิจสังคม จำนวนของการตั้งครรภ์ อายุที่แต่งงาน ตรงตามตำราที่เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกที่รวบรวมจากรายงานต่าง ๆ ทั่วโลก^(6,7,12) แต่มีอย่างหนึ่งที่ผลของการศึกษานี้ค้านกันกับรายงานตามตำราที่ว่าผู้ที่มีประวัติมีเพศสัมพันธ์กับชายหลาย ๆ คนนั้น มีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกในรายงานนี้จะเห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่แต่งงานครั้งเดียว (82.33%) มีส่วนน้อยที่แต่งงานมากกว่าหนึ่งครั้ง เมื่อพิจารณาคุณวิญญูธรรมของสังคมไทยก็ไม่สนับสนุนให้สตรีไทยสามารถมีเพศสัมพันธ์กับชายหลาย ๆ คนได้ แต่ผู้ชายสามารถมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอาชีพพิเศษได้และสังคมก็ไม่ค่อยตำหนิ ดังนั้นในการศึกษาเกี่ยวกับสามีของสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกจึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจอย่างยิ่งในด้านระดับการศึกษาของโรค

ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปี 2528 มีอายุระหว่าง 31-60 ปีมากที่สุดถึง 82.3% ในกลุ่มอายุ 41-50 ปี เป็นมากที่สุด พบ 34.27% ซึ่งเท่ากับสถิติที่มีรายงานจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติและโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ในประเทศไทย⁽¹³⁾ พบมะเร็งในระยะลุกลาม Stage Stage II_B และ Stage III_B มากคือ 236 รายใน 283 รายที่เป็นโรคนี คิดเป็นร้อยละ 83.4 ระยะที่เป็นมากที่สุดได้แก่ Stage III 133 ราย (47%) ผู้ป่วยที่อายุน้อยที่สุดคือ 26 ปีนั้นพบ 2 ราย ทั้งสองรายนี้เป็น Stage III_B ทั้งหมด ความแตกต่างระหว่างอายุเฉลี่ยในระยะต่าง ๆ จะเห็นได้อย่างชัดเจนระหว่าง Stage II_B และ III_B ว่าอายุใน Stage II น้อยกว่าอายุใน Stage III_B อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เพราะฉะนั้นถ้าผู้ป่วยได้รับการตรวจภายในเป็นประจำจะทำให้พบมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามใน Stage ต้น ๆ ได้ตั้งแต่ยังมีอายุไม่มาก ซึ่งตรงกับรายงานจากประเทศสหรัฐ-

อเมริกาและประเทศทางตะวันตกในระยะ 5-10 ปีที่ผ่านมาจำนวนผู้ป่วยในระยะลุกลามลดลงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Stage III_B แต่พบพยาธิสภาพของปากมดลูกในระยะก่อนที่จะลุกลามมากขึ้น โดยมีการตรวจเซลล์ของปากมดลูกที่เรียกว่า Papanicolaou Smear (Pap Smear) อย่างทั่วถึง⁽¹⁴⁾ ทำให้เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่ามะเร็งระยะลุกลามเปลี่ยนแปลงมาจากระยะก่อนลุกลามและสามารถตรวจได้โดยการตรวจ Pap Smear แต่ในประเทศไทยอุปสรรคที่จะตรวจภายในที่พบ ได้แก่

1. สตรีไทยส่วนใหญ่ขาดความรู้ในเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่ทราบว่าการตรวจภายในของสตรี สามารถที่จะตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะก่อนลุกลามและรับการรักษาที่ทำให้หายขาดได้ เนื่องจากระดับการศึกษาส่วนมากไม่เกินประถมศึกษามีถึง 87.6%

2. ผู้ป่วยที่ไม่เคยตรวจภายในมีถึง 44.5% อาจมีสาเหตุมาจากไม่ทราบประโยชน์ที่จะได้รับชัดต่อความรู้สึกเมื่อตรวจโดยไม่มีอาการป่วยไข้ ซึ่งผู้รายงานจะได้ทำการศึกษาต่อไป

3. บริการด้านการตรวจภายใน และ Pap smear ยังไม่ครอบคลุมไปในพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศ ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าจะปรับปรุง

ดังนั้นการศึกษานี้จะพบว่าประมาณร้อยละ 53 มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดเป็นอาการนำสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาขอตรวจรักษา และในวารสารทางการแพทย์มักจะกล่าวว่ามีมะเร็งปากมดลูกที่ลุกลามไปมากแล้วจึงทำให้มีเลือดออกผิดปกติซึ่งตรงกับรายงานที่พบว่าผู้ป่วย 246 ราย หรือร้อยละ 86.92 เป็นตั้งแต่ Stage II_B ขึ้นไป ทำให้อัตราตายของผู้ป่วยในรายงานนี้สูงมากคือ เพียงแค่ระยะเวลา 1 ปีผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว 5 ราย

สถาบันมะเร็งแห่งชาติในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา รายงานว่าอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกยังคงเหมือนเดิม⁽¹³⁾ การรักษามะเร็งปากมดลูกแม้ว่าจะ

ทำดีที่สุด ก็ไม่ทำให้โรคลดลง เป็นที่ยอมรับกันว่า ระยะดำเนินของโรคมะเร็งปากมดลูกในชั้นแรก ต้องมีการเปลี่ยนแปลงผิดปกติของเซลล์ที่ปากมดลูก เป็นมะเร็งระยะก่อนลุกลามจนกระทั่งเปลี่ยนมาเป็นชนิดลุกลาม ใช้เวลาในขบวนการนี้นานนับ 10 ปี⁽¹⁵⁾ มะเร็งระยะก่อนลุกลามตรวจได้โดยใช้ Pap smear ซึ่งเป็นการตรวจที่ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อย สามารถทำได้โดยไม่ต้องใช้แพทย์ การที่ตรวจพบมะเร็งก่อนระยะลุกลามเท่านี้ที่สามารถรักษาได้ หายขาดและจะสามารถลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามได้แน่นอน การรณรงค์เพื่อตรวจ Pap smear จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง สำหรับประเทศไทยต้องทำเป็นโครงการระดับชาติ เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกให้ได้ผล

สรุป

จากการทำทะเบียนของผู้ป่วยโรคมะเร็งของปากมดลูกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบมะเร็งของปากมดลูกมากที่สุด และเป็นมะเร็งในระยะ

อ้างอิง

1. National Cancer Institute Department of Medical Service. Ministry of Public Health Thailand. Cancer Statistics 1971-1977
2. Sombooncharoen S, Sontipong S. Cancer epidemiology of Thailand and outline for solving problems. Thai Cancer J 1981 Oct; 7 (4) : 121-135
3. Tumor Registry Cancer Institute Siriraj Hospital Faculty of Medical Siriraj Hospital, Mahidol University Statistical Report. 1974-1980
4. Srisupundit S, Tangtrakul S, Kraiphikul P, Pochanukul L. Carcinoma of cervix at Ramathibodi Hospital from cancer registry 1978-1982. J Med Assoc Thai 1984 Oct; 62 Supple 2 : 68-72
5. Statistical Unit Department of Radio-

ลุกลามมากที่สุดคือ Stage II_B และ III_B ร้อยละ 83.4 ลักษณะทางคลินิกและระบาดวิทยาที่แตกต่างไปจากรายงานจากวารสารต่าง ๆ และตำราทางนรีเวชวิทยา คือ

1) อัตราการเกิดของมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามไม่ได้ลดลงจากที่เคยมีรายงานไว้ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา

2) พบอุบัติการณ์ของ Adenocarcinoma ของปากมดลูกสูงถึงร้อยละ 12

3) ผู้ป่วยมะเร็ง (สตรีไทย) ส่วนใหญ่แต่งงานครั้งเดียว ไม่สนับสนุนความเชื่อที่ว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นในสตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับชายหลาย ๆ คน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์กมล สังขวาสิ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์ และเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องทุกระดับของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่มีส่วนช่วยให้การศึกษานี้เป็นผลสำเร็จ

logy, Faculty of Medicine, Chulalongkorn Hospital Chulalongkorn University. Statistical Report. 1983

6. Disala PJ, Creasman WT. Invasive Cervical Cancer Clinical Gynecological Oncology. 2 ed. St. Louis : C.V. Mosby, 1984. 61-121
7. Jones HW Jr, Jones GS. Novak's Testbook of Gynecology. 10 ed, Baltimore : Williams and Wilkins, 1981. 296-350
8. Davis JR, Moon LB. Increased incidence of adenocarcinoma of uterine cervix. Obstet Gynecol 1995 Jan; 45 (1) : 79-83
9. Gallup DG, Abell MR. Invasive adenocarcinoma of the uterine cervix. Obstet Gynecol 1977 May; 49 (5) : 596-603

10. Shingleton HM, Gore H, Bradley DH, Soong SJ. Adenocarcinoma of the cervix. I. Clinical evaluation and pathologic features. *Am J Obstet Gynecol* 1981 Apr 1; 139 (7) : 977-814
11. Ireland D, Hardiman P, Monaghan JM. Adenocarcinoma of the uterine cervix : a study of 73 cases. *Obstet Gynecol* 1985 Jan; 65 (1) : 82-85
12. Miller AB, Rawls WE. Epidemiology of gynecologic cancer. I. cervix. In: Coppleson M, ed. *Gynecologic oncology fundamental principles and clinical practice Vol 1* : Edinburgh. Churchill Livingstone 1981. 9-18
13. Choticavanich C, Puribat S. Distribution of cervical carcinoma at NCI of Thailand. *Thai Cancer J* 1982 Jul; 8 (3) : 104-109
14. Devesa SS. Descriptive epidemiology of cancer of the uterine cervix : *Obstet Gynecol* 1984 Mar; 65 (5) : 605-612
15. Guidelines for the cancer related check up. *Ca-A Cancer J Clin* 1980 Jul; 30 (4) : 215-223

จุฬาลงกรณ์เวชสารได้รับต้นฉบับเมื่อวันที่ 15 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2529