

ความชุกและการกระจายตัวของ การติดเชื้อ Human papillomavirus High Risk Group
ของสตรีไทยที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
The Prevalence and Genotypic distribution of high risk Human papillomavirus among Thai
Women Who screened Cervical Cancer in Ubonratchathani Cancer Hospital

(Received: December 21,2024 ; Revised: December 24,2024 ; Accepted: December 26,2024)

กมล วิสุวรรณ¹
Kamol Wisuwan¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและการกระจายตัวของ การติดเชื้อ Human Papillomavirus ในสตรีไทยที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ระหว่าง เดือนตุลาคม 2566 ถึง เมษายน 2567 จำนวน 1,576 ราย

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกในการติดเชื้อ HPV คิดเป็น ร้อยละ 11.17 สายพันธุ์ที่พบบ่อย 5 ลำดับแรกคือ สายพันธุ์ 52, 16, 58, 66 และ 39 คิดเป็น ร้อยละ 14.85, 12.60, 9.71, 8.60 และ 8.52 ตามลำดับ ในกลุ่มที่พบติดเชื้อไวรัส HPV พบผลการตรวจเซลล์วิทยาผิดปกติ ร้อยละ 18.28 โดยผลทางเซลล์วิทยาที่ตรวจพบคือ ASC-US ร้อยละ 65.7, LSIL ร้อยละ 25 และ HSIL ร้อยละ 6.2 กลุ่มช่วงอายุที่พบการติดเชื้อ HPV มากที่สุดคือ ช่วงอายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 13.66 และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ HPV พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เพิ่มความเสี่ยง 15.94 เท่า (OR=15.94, 95%CI 10.06-25.27) และการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วงอายุน้อยกว่า 18 ปี ทำให้เพิ่มความเสี่ยง 3.42 เท่า (OR=3.42, 95%CI=2.44-4.78) สรุปผลการศึกษา พบความชุกและการกระจายตัวของ การติดเชื้อ HPV คิดเป็นร้อยละ 11.17 สายพันธุ์ที่พบบ่อย 5 ลำดับแรก คือ สายพันธุ์ 52, 16, 58, 66 และ 39 ที่ร้อยละ 14.85, 12.60, 9.71, 8.60 และ 8.52 ตามลำดับ

คำสำคัญ: ความชุกและการกระจายตัวของ การติดเชื้อ, เชื้อไวรัสเอชพีวี, การตรวจเซลล์วิทยา, สตรีไทย

Abstract

The purpose of survey research was to study about the prevalence of Human papilloma Virus infection and the risk factors related with HPV infection among Thai women in Ubon Ratchathani Cancer Hospital. The study design was retrospective analytic study. The data from 1,567 women who had cervical cancer screening in Ubon Ratchathani Cancer Hospital between October 2023 until April 2024 were used for statistical analysis. T

he results showed that the prevalence of HPV infection was 11.17 %. The five most common high-risk HPV genotypes identified were HPV types 52 (14.85%), 16 (12.60%), 58 (9.71%), 66 (8.60%), and 39 (8.83%), respectively. The reported prevalence of cytological abnormalities was 18.28%, with the most common types being ASC-US (65.7%), LSIL (25%), and HSIL (6.2%). High-risk HPV infection was most frequently found in women under the age of 40, with a prevalence of 13.66%. Risk factors associated with high-risk HPV infection included alcohol consumption (OR = 15.94, 95% CI: 10.06–25.27) and having the first sexual intercourse before the age of 18 (OR = 3.42, 95% CI: 2.44–4.78).

Keyword: Prevalence and distribution of infection , High risk Human Papilloma Virus, Liquid base cytology, Thai women.

¹ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของทั่วโลก ข้อมูลจาก Global cancer statistics 2020 พบว่าอัตราการเกิดพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 604,000 ราย และพบผู้เสียชีวิตประมาณ 342,000 ราย โดยอัตราการเสียชีวิตทั่วโลกสูงถึง 13.3 ต่อแสนประชากร และพบว่าอุบัติการณ์ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง¹ สำหรับประเทศไทย มะเร็งปากมดลูก ถือเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขในประเทศไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 ซึ่งพบอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับหนึ่งในสตรีไทย พบอัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก (Age Standardized Rate, ASR) อยู่ในลำดับที่ 1 พบ 23.4 ราย ต่อประชากรแสนคนต่อปี จากสถิติข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2559- 2561 พบอัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก (Age Standardized Rate, ASR) อยู่ในลำดับที่ 5 พบ 11.1 ราย ต่อประชากรแสนคนต่อปี ของมะเร็งที่พบบ่อยในสตรีไทย² จากการศึกษาพบว่าการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี มีความสัมพันธ์กับการเกิด pre-malignant และ malignant lesion พบว่าประมาณร้อยละ 90 ของสตรีที่มีความผิดปกติของเซลล์มะเร็งปากมดลูกมีการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ร่วมด้วย³ เชื้อไวรัสเอชพีวี มีมากกว่า 200 สายพันธุ์ โดยสามารถแยกสายพันธุ์ของไวรัส HPV ตามความความรุนแรงในการก่อโรค (Oncogenic potential) แบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยงสูง (High-risk group) สามารถทำให้เกิด LSIL, high-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) มีจำนวน 14 สายพันธุ์ ได้แก่ 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 59, 68, 73 และ 82 ซึ่งสายพันธุ์ที่ 16 และ 18 จะมีคุณสมบัติเป็น oncogenic type สูงกว่าสายพันธุ์อื่น และกลุ่มเสี่ยงต่ำ (Low-risk group) คือ เชื้อไวรัสเอชพีวี ที่ทำให้เกิด condyloma และ Low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) ได้แก่สายพันธุ์ 6, 11, 42-44, 53-55, 62 และ 70 โดยเชื้อไวรัสเอชพีวี กลุ่มนี้ไม่ก่อให้เกิดมะเร็ง⁴ จากข้อมูลการศึกษาความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ชนิดความเสี่ยงสูงในแต่ละพื้นที่ที่มีความ

แตกต่างกันตามภูมิภาคต่างๆ ของประเทศไทย ในภาคกลางพบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี สายพันธุ์ 16 (39.21%) มากที่สุด รองลงมาเป็นชนิด 18, 52, 58 ตามลำดับ ในภาคเหนือพบการติดเชื้อ HPV ชนิด 16 (41.86%) มากที่สุด รองลงมาจะเป็น 52, 18, 58 ตามลำดับ⁵ ภาคเหนือตอนล่าง พบการติดเชื้อไวรัสร้อยละ 7.20 % และพบสายพันธุ์ 52 (18.08%) มากที่สุด รองลงมาเป็นสายพันธุ์ 16 (9.39 %) และพบสายพันธุ์ 58 (8.45%)⁶ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบข้อมูลการศึกษาความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ที่ระบุสายพันธุ์ ที่มีความเสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ ในจังหวัดอุบลราชธานี และพื้นที่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ดังนั้นผู้ศึกษาวิจัย จึงมีความประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ในสตรีไทยที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี และศึกษาความสัมพันธ์การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี กับผลการด้านเซลล์วิทยา (Cytology) และผลการตรวจชิ้นเนื้อ (Pathology) เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนตามนโยบายป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก ของกระทรวงสาธารณสุขต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ในสตรีไทยที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี กับผลการตรวจด้านเซลล์วิทยา (Cytology) และผลการตรวจชิ้นเนื้อ (Pathology)
3. เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาวางแผนนโยบายป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) โดยการใช้ฐานข้อมูลระบบ HIS ของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มสตรีไทยที่มีมารับตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในระหว่างปีงบประมาณ 2566 ระหว่างตุลาคม 2566 ถึง เมษายน 2567 จำนวน 1,567 ราย ที่มาตรวจสุขภาพในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ สตรีไทย ไม่เคยเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครบสมบูรณ์ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ สตรีชาวต่างชาติ และเวชระเบียนไม่สมบูรณ์

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

จากการศึกษาของคุณศิริกัญญา เพชรพิชัย และคณะ เป็นการศึกษา ความชุกของการติดเชื้อ Human papilloma Virus สายพันธุ์เสี่ยงสูงของสตรีไทยในพื้นที่จังหวัดพิจิตร อุทัยธานี ชัยนาท และกำแพงเพชร ปี พ.ศ.2564 พบความชุก ร้อยละ 7.20⁶

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่างการประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบจำนวนประชากร

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

เมื่อ N คือ จำนวนประชากร จำนวน 2,291 คน

p คือ สัดส่วน เท่ากับ 0.072

d คือ สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ เท่ากับ 0.0072 จากคำนวณขนาดตัวอย่างเท่ากับ 1566.5 ดังนั้นการศึกษานี้จึงใช้จำนวนตัวอย่าง 1567 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลจากระบบสารสนเทศ (HIS) ของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล ผลการตรวจเชื้อไวรัสเอชพีวี โดยระบุ 14 สายพันธุ์ที่มีความเสี่ยงสูง (HPV HR 14 genotypes) ผลการตรวจทางด้านเซลล์วิทยา ผลการตรวจชิ้นเนื้อ

การเป็นประจำเดือนครั้งแรก การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วงอายุน้อยกว่า 18 ปี ประวัติการมีประจำเดือน จำนวนการตั้งครรภ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD) และ Chi-Square โดยกำหนดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เลขที่ EC 006/2024 เมื่อวันที่ 29 เมษายน 2567

ผลการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 1,567 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็นช่วงอายุซึ่งประกอบด้วย ช่วงอายุน้อยกว่า 40 ปี จำนวน 432 คน (27.5%) กลุ่มช่วงอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 547 คน (34.9%) กลุ่มช่วงอายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 442 คน (28.2%) และกลุ่มช่วงอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 146 คน (9.3%) แยกผู้มารับบริการออกเป็นพื้นที่จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดมุกดาหาร และไม่ระบุจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 56.3, 23.9, 9.1, 9.3, 1.1 และไม่ระบุจังหวัด 0.3 ตามลำดับ จากการศึกษาพบว่า ความชุกของการติดเชื้อ HPV พบจำนวน 175 คน คิดเป็นร้อยละ 11.17 ไม่พบการติดเชื้อ HPV จำนวน 1,392 คน คิดเป็นร้อยละ 88.83 และดำเนินการตรวจทางด้านเซลล์วิทยา (Cytology) ในรายที่พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี จำนวน พบเซลล์ผิดปกติ มีจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 และผลการตรวจพบเซลล์ปกติ จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 81.8% ในส่วนข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า ประวัติการสูบบุหรี่ พบเพียงร้อยละ 0.4 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 99.6 ข้อมูลการ

ติ่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 6.5 และไม่ติ่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 93.4 ข้อมูลการเป็นประจำเดือนครั้งแรก ในช่วงอายุ 10-13 ปี พบร้อยละ 63.4 มีประจำเดือน ช่วงอายุเกิน 13 ปี ร้อยละ 35.5 ข้อมูลการมี เพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วงอายุน้อยกว่า 18 ปี พบ ร้อยละ 26.9 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุมากกว่า 18 ปี พบร้อยละ 71.9 ข้อมูลจำนวนการตั้งครรภ์ พบว่า ตั้งครรภ์น้อยกว่า 2 ครั้ง พบร้อยละ 4.7 ตั้งครรภ์ มากกว่า 2 ครั้ง พบร้อยละ 6.6

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง ที่ติดเชื้อไวรัสเอช พีวี ในช่วงอายุต่าง ๆ โดยการแยกช่วงอายุ 4 ช่วงอายุ ประกอบด้วย ช่วงอายุน้อยกว่า 40 ปี พบการติดเชื้อ HPV ร้อยละ 13.66 ช่วงอายุ 41-50 ปี พบการติดเชื้อ HPV ร้อยละ 10.05 ช่วงอายุ 51-60 ปี พบ การติดเชื้อ HPV ร้อยละ 9.73 และช่วงอายุมากกว่า 60 ปี พบข้อมูลการติดเชื้อ HPV ร้อยละ 12.33 ผล การตรวจทางด้านเซลล์วิทยา พบว่ามีผลผิดปกติ จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 ผลปกติ ร้อยละ 81.8 ผลการตรวจทางด้านเซลล์วิทยา พบว่าช่วงอายุ น้อยกว่า 40 ปี พบความผิดปกติ ร้อยละ 2.31 กลุ่ม ตัวอย่างช่วงอายุ 41-50 ปี พบความผิดปกติ ร้อยละ 3.29 กลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ 51-60 ปี พบความ ผิดปกติทางด้านเซลล์วิทยา ร้อยละ 0.90 และกลุ่ม ตัวอย่างช่วงอายุมากกว่า 60 ปี ไม่พบความผิดปกติ ทางด้านเซลล์

จากการศึกษาข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ที่ติดเชื้อ ไวรัสเอชพีวี พบว่ามีการติดเชื้อมากกว่า 1 สายพันธุ์ จำนวน 31 คน (17.71%) และติดเชื้อแบบสายพันธุ์ เดียว จำนวน 144 คน (82.29%) จากการศึกษ พบว่า ความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ที่เป็น แบบสายพันธุ์เดียว สูงสุด 5 ลำดับ ประกอบด้วยสาย พันธุ์ 52, 16, 58, 66 และ 39 คิดเป็นร้อยละ 14.85, 12.60, 9.71, 8.60 และ 8.52 ตามลำดับ และเมื่อ แยกพิจารณาการติดเชื้อ HPV พบว่าจังหวัด อุบลราชธานี พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีร้อยละ 50.85 จังหวัดศรีสะเกษ พบติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ร้อย ละ 22.28 จังหวัดอำนาจเจริญ พบการติดเชื้อไวรัส เอช พีวี ร้อยละ 15.42 จังหวัดยโสธร พบการติดเชื้อ

ไวรัสเอชพีวี ร้อยละ 9.71 จังหวัดมุกดาหาร พบการ ติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ร้อยละ 1.14 และไม่ระบุจังหวัด ร้อยละ 0.60

จากการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์ กับการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ของสตรีไทยที่ตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลมะเร็ง อุบลราชธานี แบบ Bivariate analysis ได้แก่ อายุ การสูบบุหรี่ การติ่มแอลกอฮอล์ และการมี เพศสัมพันธ์ครั้งแรก พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับ การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ได้แก่ การติ่มแอลกอฮอล์ มี ความเสี่ยงสูงถึง 15.94 เท่า (OR=15.94, 95% CI=10.06-25.27) และการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ น้อยกว่า 18 ปี มีความเสี่ยงสูงถึง 3.42 เท่า (OR=3.42, 95%CI=2.44-4.78)

จากการศึกษากรณีพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่พบ การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี จำนวน 175 คน ได้มีการ ติดตามผลการตรวจทางด้านเซลล์วิทยา (Cytology) ผลปกติ ร้อยละ 81.72 และพบผลการตรวจทางเซลล์ วิทยา ที่มีความผิดปกติ ร้อยละ 18.28 เมื่อพิจารณา ผลการตรวจทางด้านเซลล์วิทยา ในรายที่พบความ ผิดปกติ มีรายละเอียดดังนี้ ASC-US ร้อยละ 65.7 ผล AGC-US ร้อยละ 3.1 ผล LSIL ร้อยละ 25 และ HSL ร้อยละ 6.2 จากข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่พบการ ติดเชื้อไวรัสเอชพีวี มากกว่า 2 สายพันธุ์ จะพบความ ผิดปกติสูง มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ตรวจ พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี 16 และ 33 จำนวน 1 ราย พบผลการตรวจทางเซลล์วิทยาผิดปกติ เป็น HSIL คิด เป็นร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่าง ที่พบการติดเชื้อไวรัส สายพันธุ์ 16, 56 และ 58 พบผลการทางเซลล์วิทยา เป็น LSIL คิดเป็น 100 % กลุ่มตัวอย่างที่พบการติด เชื้อไวรัสเอชพีวี สายพันธุ์ 31 และ 66 พบผลการ ตรวจทางด้านเซลล์วิทยา เป็น ASC-US คิดเป็นร้อยละ 100 และกลุ่มตัวอย่าง ที่พบการติดเชื้อไวรัสเอชพี วี สายพันธุ์ 31, 35 และ 58 พบผลการตรวจทางเซลล์ วิทยา เป็น ASC-US คิดเป็นร้อยละ 100

จากการศึกษาผลการตรวจเซลล์วิทยาผิดปกติ จำนวน 32 ราย และทำการติดตามผลการตรวจ ทางด้านชิ้นเนื้อ ทั้งหมด จำนวน 32 ราย พบว่า ผล

การตรวจชิ้นเนื้อปกติ ร้อยละ 31.2 พบความผิดปกติระดับ ASC-US ร้อยละ 21.8 พบความผิดปกติระดับ LSIL ร้อยละ 21.8 พบผิดปกติระดับ HSIL ร้อยละ 3.2 พบ Unremarkable จำนวน 3 ราย ร้อยละ 9.4 และไม่มีผลการตรวจชิ้นเนื้อจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.6

การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยที่มาตรวจสุขภาพประจำปี ที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ความชุกในการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ร้อยละ 11.17 และไม่พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ร้อยละ 88.83 สายพันธุ์ที่พบมากที่สุด 5 ลำดับคือ สายพันธุ์ 52, 16, 58, 66 และ 39 ร้อยละ 14.85, 12.60, 9.71, 8.60 และ 8.52 ตามลำดับ กลุ่มช่วงอายุที่พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี มากที่สุดคือ ช่วงอายุน้อยกว่า 40 ปี พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี สูงถึงร้อยละ 13.66 ผลการตรวจทางด้านเซลล์วิทยา (Cytology) พบความผิดปกติ ร้อยละ 18.2 การศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี แบบ Bivariate analysis ได้แก่ อายุ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ ($OR = 15.94$, $95\%CI = 10.0 - 25.27$) และการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วงอายุน้อยกว่า 18 ปี ($OR = 3.42$, $95\%CI = 2.44 - 4.78$) และได้มีการศึกษาผลการตรวจชิ้นเนื้อจำนวน 32 ราย พบความผิดปกติตั้งแต่ ASC-US, LSIL และ HSIL ร้อยละ 21.8, 21.8 และ 3.2 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี มีความแตกต่างจากการศึกษาของ อิตารัตน์ มละสาร ที่ศึกษาความชุกการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี พบเพียงร้อยละ 4.08⁷ และการศึกษาของ Swangvaree และคณะที่พบความชุกร้อยละ 6.2⁸ แต่การศึกษาความชุกครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Phoolcharoen และคณะที่

ทำการศึกษาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยโดยวิธี HPV DNA test ในจังหวัดปทุมธานี พบอุบัติการณ์ติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ร้อยละ 13.7⁹ และการศึกษาของ ไพศรี ตรีผลพันธุ์ ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ในผู้รับบริการตรวจคัดกรองของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ซึ่งพบอุบัติการณ์ ความชุกการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ร้อยละ 14.43¹⁰ ถือว่าเป็นการศึกษาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งพบความชุกในการติดเชื้อใกล้เคียงกันกับการศึกษานี้ สำหรับการศึกษาในต่างประเทศที่พบอุบัติการณ์ติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ที่สูงใกล้เคียงกัน เช่น การศึกษาของ Yang Di. และคณะ¹¹ ศึกษาในกลุ่มประชากรประเทศจีน ที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและพบความชุกการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ร้อยละ 12.45 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของทุมวดี ตั้งศิริวัฒนา และคณะ ที่ศึกษาความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ในภาคเหนือ ซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 19.3¹²

ความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี สูงสุด 5 ลำดับแรกคือ สายพันธุ์ 52 16 58 66 และ 39 ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ ศิริณญา เพชรพิชัย และคณะ ที่ศึกษาความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ในเขตสุขภาพที่ 3 ที่พบความชุกสูง 3 ลำดับแรกคือ 52 16 58 และ 68⁶ และการศึกษาความชุกครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ดุริยา พองมูล และคณะ¹³ ที่ศึกษาความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ซึ่งพบความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี สูงร้อยละ 6 และพบสายพันธุ์สูงสุด 5 ลำดับคือ 52, 16, 58, 18 และ 66 ตามลำดับ

ในส่วนช่วงอายุการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี จากข้อมูลสามารถพบได้ในทุกช่วงอายุแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงของแต่ละบุคคล ซึ่งพฤติกรรมหลักๆคือการพฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์ การมีคู่นอนหลายคน เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ช่วงอายุที่มีการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี สูงสุดคือ ช่วงอายุน้อยกว่า 40 ปี ซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 13.66 และพบความผิดปกติในการตรวจทางด้านเซลล์วิทยาสูงร้อยละ 2.31 และพบว่าช่วงอายุ 41-50 ปี ที่พบการติด

เชื้อไวรัสเอชพีวีร้อยละ 10.05 พบผลการตรวจทางด้านเซลล์วิทยาสูงร้อยละ 3.29 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริญา เพชรพิชัย⁶ คณะ ที่พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ช่วงอายุ 30-40 ปี ร้อยละ 9.03 และยังพบงานวิจัยของ Clarke และคณะ¹⁴ ที่ได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่พบความผิดปกติที่ติดเชื้อไวรัสเอชพีวี และมีความผิดปกติในการตรวจทางเซลล์วิทยาในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 30 ปี ซึ่งพบว่า ช่วงอายุ 21-24 ปี พบความผิดปกติสูง ร้อยละ 50.2 และในกลุ่มอายุช่วง 30-24 ปี พบความผิดปกติ ที่ร้อยละ 30.2 และยังมีการศึกษาพบว่า ข้อมูลจากทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล ปี 2563 ได้รายงาน การพบการเกิดมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ที่ อายุ 25 ปี ร้อยละ 3.9 และ ช่วงอายุ 25-40 ปี สูงร้อยละ 34.6¹⁵

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มีการศึกษาความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ในสตรีไทยที่มาตรวจสุขภาพประจำปี ที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ซึ่งจากข้อเท็จจริง พบว่าช่วงอายุของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ในช่วงอายุน้อยกว่า 40 ปี พบอุบัติการณ์การติดเชื้อไวรัส และผลผิดปกติทางด้านเซลล์วิทยา (Liquid base cytology) ค่อนข้างสูง และงานวิจัยนี้ก็ยังไม่ได้แยกช่วงอายุที่ต่ำกว่า 40 ปี ให้ชัดเจน และละเอียดกว่านี้ ดังนั้นประเด็นที่น่าสนใจในการศึกษาในอนาคต ที่ควรศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสเอชพีวีในช่วงอายุต่ำกว่า 40 ปี เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการปรับรูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ซึ่งในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข ให้สิทธิการตรวจคัดกรองฟรี เฉพาะช่วงอายุ 30 และไม่เกิน 60 ปี

2. จากการศึกษาครั้งนี้ พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ที่มีการติดเชื้อมากกว่า 1 ชนิด สูงถึง 31 ราย

คิดเป็นร้อยละ 17.76 จากข้อมูลการศึกษาค้นคว้านี้ พบว่าการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี มากกว่า 1 สายพันธุ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ตรวจพบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี มากกว่า 2 สายพันธุ์ เช่น กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อไวรัสเอชพีวี สายพันธุ์ 16 และ 33 จำนวน 1 ราย พบผลการตรวจทางเซลล์วิทยาผิดปกติ เป็น HSIL (100 %) กลุ่มตัวอย่าง ติดเชื้อไวรัสเอชพีวี สายพันธุ์ 16, 56 และ 58 พบจำนวน 1 ราย ผลการตรวจทางเซลล์วิทยา เป็น LSIL (100 %) กลุ่มตัวอย่างที่พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี สายพันธุ์ 31, และ 66 พบจำนวน 1 ราย ผลการตรวจทางด้านเซลล์วิทยา เป็น ASC-US (100%) และกลุ่มตัวอย่าง ที่พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี สายพันธุ์ 31, 35 และ 58 พบการติดเชื้อจำนวน 1 ราย ผลการตรวจทางเซลล์วิทยา เป็น ASC-US (100%) แต่เนื่องจากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมีน้อยเกินไป ดังนั้นควรมีการศึกษาค้นคว้าความแตกต่างระหว่างการติดเชื้อแบบชนิดเดียว กับการติดเชื้อมากกว่า 1 ชนิด ว่า มีจะผลกระทบต่อความผิดปกติทางด้านเซลล์วิทยา หรือ สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังและติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นความผิดปกติทางด้านเซลล์วิทยา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ที่ได้ให้การสนับสนุน และส่งเสริมในการทำงานวิจัย และขอบคุณเจ้าหน้าที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ที่ได้ให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูลในทางสถิติ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกและเทคนิคการแพทย์ทุกท่านที่ได้รวบรวมเก็บข้อมูลการตรวจวิเคราะห์ เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjotarm I, Jemal A, et al.(2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancer in 185 Countries. CA CANCER J CLIN 71:209-49.

2. Rojanamatin J, Ukranum W, Supaattagorn P, Chiawiriyabunya I, Wongsena M, Chaiwerawattana A, et al.(2021). Cancer in Thailand Volume X, 2016-2018. Bangkok .[cited 2021 Sep 19]. Available from:https://www.nci.go.th/e_book/cit_x/index.html
3. International Agency for Research on Cancer Monograph on the Evaluation of Carcinogenic Risk to Human;papillomavirus.Lyon,France:IARC1995;64:35-222.
4. Smith JS,Lindsay L,Hoots B,Keys J,Franceschi S,Winter R,et al.(2007). Human papillomavirus type distribution in vasive cervical cancer and high-grade cervical lesion: a meta-analysis update.Int J Cancer 121:621-32.
5. Thainsang P, Krittika B, Jarunya N.(2022) Retrospective study of human papilloma virus infection in Thailand A Systematic Review. THAI CANCER JOURNAL. ภาษาไทย
6. ศิริญา เพชรพิชัย, ณัฐพร คล้ายคลึง, อมรรัตน์ โพธิ์ตา, อนุกุล บุญคง และ ปาริชาติ กัญญาบุญ.(2564). ความชุกของการติดเชื้อ Human papillomavirus สำนพันธ์เสี่ยงสูงของสตรีไทยในพื้นที่จังหวัดพิจิตร อุทัยธานี ชัยนาท และกำแพงเพชร. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 63(4) ตุลาคม -ธันวาคม 2564.
7. Malasan T.(2022). Prevalence and genotypic distribution of human papillomavirus infection among women in Kamalasai District Kalasin Province. Hej. 144-22.
8. Swangvaree SS, Kongkaew P, Rugsuj P, saruk O.(2010). Prevalence of high-rich humanpapillomavirus ibfection and cytologic result in Thailand. Asia Pac J Cancer Prev 11(6): 1465-8.
9. Phoolcharoen N, Kantathavorn N, Sricharunrat T, Saeloo S, Krongthong W. A.(2017). population-based study of cervical cytology findings and human papillomavirus infection in a suburban area of Thailand. Gynecol Oncol Rep. 21:73-7.
10. Paisri T.(2024). Prevalence and factors associated with human papilloma virus (HPV) infection among screening services recipients at Health promotion center 10th (Received: August 5,2024 ; Revised: August 11,2024 ; Accepted: August 13,2024)
11. Yang D, Zhang J, Cui X, Ma J, Wang C, Piao H.(2022). Risk factors associated with human papillomavirus infection, cervical cancer, and precancerous lesion in large-scale population screening. Frontiers in Microbiology. 13:914516.
12. ทูมวดี ตั้งศิริวัฒนา, สุขใจ ผลอำไพสถิตย์, อัญชลี ชัยนวล, กรองทิพย์ บุญสม, สังคม วิทยานันท์, สมคิด ธิจักร และ คณะ. (2562). ความชุกของการติดเชื้อไวรัส Human papillomavirus (HPV) และไทป์ต่างๆ ในสตรีไทยที่มีผลแปปสเมียร์ปกติ. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 61 (2): 73-85.
13. ดุริยา พองมูล, มินตา นากอง, สมเกียรติ ลลิตวงศา, วรรณกร เกยรวงศ์.(2558). ความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อไวรัสอิวแมนแปปิโลมาชนิดความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่. 48 (3):231-40.
14. Clarke MA, Risley C, Stewart MW, Geisinger KR, Hiser LM, et al.(2021). Age-specific prevalence of human papillomavirus and abnormal cytology at baseline in diverse statewide prospective cohort of individuals undergoing cervical cancer screening in Mississippi. Cancer Medicine 10:8651-50.
15. งานเวชระเบียนและฐานข้อมูลโรคมะเร็ง.(2564). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2563. กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.