

สถานการณ์มารดาที่มีการติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ การเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดและผลการดูแลรักษาทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลโสธร

Burden of Maternal Syphilis, Congenital Syphilis and the Outcomes of Infants Born from Syphilis-infected Pregnant Women at Yasothon Hospital

Piyanuch Kanyakam, M.D.

Dip., Thai Board of Pediatrics

Yasothon hospital Yasothon province

ปิยนุช กัญญาคำ พ.บ.

ว. กุมารเวชศาสตร์

โรงพยาบาลโสธร จังหวัดโสธร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาอัตราการเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด และผลการดูแลรักษาทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลโสธร การรักษามารดาที่ติดเชื้อซิฟิลิสในขณะตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลโสธร

วิธีการศึกษา : ใช้รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสที่มาคลอดที่โรงพยาบาลโสธร และทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลโสธร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2564 นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผลการศึกษา : ความชุกของซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 0.59 และพบเป็นมารดาอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 55.7 หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อได้รับการรักษาเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 69.3 พบทารกที่มีอาการเข้าได้กับซิฟิลิสแต่กำเนิดทั้งหมด 9 ราย อัตราทารกแรกเกิดเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด 0.6 ต่อ 1,000 เกิดมีชีพ พบว่าทารกแรกเกิดกลุ่มที่มารดาได้รับ Adequate penicillin G regimen มีน้ำหนักเฉลี่ย 3,041 กรัม ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันกับกลุ่มที่มารดาไม่ได้รับการรักษาด้วยยาใดๆ หรือได้ Inadequate penicillin G regimen มีน้ำหนักเฉลี่ย 2,919 กรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) แต่พบว่าทารกแรกเกิดกลุ่มที่มารดาได้รับ Adequate penicillin G regimen อายุครรภ์เฉลี่ย 38.3 สัปดาห์ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่มารดาไม่ได้รับการรักษาด้วยยาใดๆ หรือได้ Inadequate penicillin G regimen อายุครรภ์เฉลี่ย 36.1 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05)

สรุป : สถานการณ์ความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสและทารกที่เป็นซิฟิลิสแต่กำเนิดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบว่าส่วนใหญ่ไม่ทราบประวัติการติดเชื้อซิฟิลิสของสามี/คูเพศสัมพันธ์ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาการฝากครรภ์คุณภาพ การคัดกรองโรค การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และความจำเป็นที่จะต้องรักษาโรคซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์รวมถึงการรักษาสามี/คูเพศสัมพันธ์ รวมถึงให้ความรู้เกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นกับทารกควบคู่ไปด้วยกัน

คำสำคัญ : ซิฟิลิส, การตั้งครรภ์, ซิฟิลิสแต่กำเนิด

ABSTRACT

Purpose: To study the prevalence of maternal syphilis, the rate of congenital syphilis and the clinical outcomes of infant born from syphilis-infected pregnant women at Yasothon Hospital including an adequacy of treatment received in syphilis-infected pregnant women at Yasothon Hospital.

Materials and Methods: A retrospective cohort study was conducted using medical records of syphilis-infected mothers and infants born from syphilis-infected mothers delivered at Yasothon Hospital from 1 January 2017 to 31 December 2021.

Results: Prevalence of syphilis in pregnant women was 0.59%. 55.7% of infected pregnant women were 20-30 years old. Of total, 69.3% of syphilis-infected pregnant women received adequate penicillin regimen treatment in syphilis-infected pregnant women. 9 cases were diagnosed with proven congenital syphilis. The prevalence of congenital syphilis was 0.6 per 1,000 live births. The average infant's weight in adequate maternal treatment group was 3,041 grams compared with 2,919 grams for untreated and inadequate treated syphilis-infected mothers with statistically non-significant (P-value <0.05). But the average infant's gestational age in adequate maternal treatment

group was 38.3 week compared with 36.1 week for untreated and inadequate treated syphilis-infected mothers with statistically significant (P-value <0.05).

Conclusion: The prevalence of syphilis-infected mothers and congenital syphilis was likely to increase and mostly attended hospital with unknown history of infected husband or sexual partner. It is therefore necessary to develop a quality antenatal care, adequate screening, education about sexually transmitted disease, proper treatment of syphilis in pregnant women including husband or sexual partner and the possible outcome of individual infected infant.

Keywords: Syphilis, Pregnancy, Congenital syphilis

บทนำ

โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Congenital syphilis) เกิดจากการติดเชื้อ *Treponema pallidum* จากหญิงตั้งครรภ์ผ่านทางรกขณะทารกอยู่ในครรภ์ เชื้อ *T. pallidum* เป็นแบคทีเรียชนิด Spirochete¹ เคลื่อนที่แบบควงสว่านไปข้างหน้าและหลัง เชื้อนี้ชอบความชื้น ตายง่ายในสภาวะแห้ง เป็นเชื้อที่ถ่ายทอดทางการมีเพศสัมพันธ์และถ่ายทอดจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ ทำให้เกิดการแท้ง ทารกตายคลอด และโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด เชื้อนี้ตรวจพบได้ด้วยวิธี Dark-field examination หรือวินิจฉัยโดยใช้ Serology test ซึ่งแบ่งเป็น 1) Nontreponemal test ได้แก่ VDRL, RPR และ 2) Treponemal test ได้แก่ FTA-ABS, TPHA, TP-PA¹

จากการสำรวจข้อมูลในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 พบอัตราป่วยโรคซิฟิลิส 13.2 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ที่มีอัตราการป่วยโรคซิฟิลิส 3.5 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ยังพบโรคซิฟิลิสในหญิงที่มาฝากครรภ์ประมาณร้อยละ 0.42 และพบอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด 91.18 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น²

อาการและอาการแสดงของโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ดังนี้

1. Early onset manifestation พบอาการและอาการแสดงตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 2 ปี ส่วนมากจะแสดงอาการภายใน 5 สัปดาห์แรก ลักษณะอาการที่พบบ่อย ได้แก่ ซีด โดยเฉพาะจากเม็ดเลือดแดงแตก เหลือง ตับโต ม้ามโต ต่อม้ำเหลืองโต ผื่นแบบ Maculopapular ตุ่มน้ำใสที่ฝ่ามือฝ่าเท้าและลอกเป็นมันวาว อาการอื่นๆ ได้แก่ Rhinitis (Snuffle), Thrombocytopenia, Hepatitis และความผิดปกติของกระดูก เช่น Osteochondritis และ Perichondritis ซึ่งทำให้เกิดภาวะ Pseudoparalysis

2. Late onset manifestation หากผู้ป่วยที่เป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม จะพบอาการและอาการแสดงหลังอายุ 2 ปี และมักเป็นพยาธิสภาพที่คงอยู่ตลอดชีวิต ได้แก่ ฟันแท้ที่มีลักษณะผิดปกติ (Hutchinson's teeth) ตาบอด (Interstitial keratitis) หูหนวก (8th Nerve palsy) รวมเรียกว่า Hutchinson triad และความผิดปกติของกระดูกและข้อ ได้แก่ Frontal bossing และ Maxilla hypoplasia

ทารกที่เกิดจากมารดาที่มีผลเลือดบวกต่อซิฟิลิสทุกรายควรได้รับการตรวจประเมินการติดเชื้อซิฟิลิส แบ่งเป็น 4 กรณี¹ ดังนี้

1. ทารกแรกเกิดที่ยืนยันหรือมีโอกาสเป็นซิฟิลิสสูง (Proven or highly probable congenital syphilis) ได้แก่ ทารกที่มีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ มีอาการแสดงผิดปกติซึ่งเข้าได้กับซิฟิลิสแต่กำเนิดหรือมี Non-treponemal test titer สูงกว่า Non-treponemal test titer ของมารดาตั้งแต่ 4 เท่าขึ้นไป หรือมีผลการตรวจ Dark field examination หรือ Syphilis PCR จากรอยโรค หรือสารคัดหลั่งเป็นบวก ทารกกลุ่มนี้ให้การรักษาด้วย Aqueous crystalline penicillin G 50,000 ยูนิตต่อกิโลกรัมต่อครั้ง ทางเส้นเลือดทุก 12 ชั่วโมง ในช่วง 7 วันแรก และทุก 8 ชั่วโมง หลังจากนั้นจนครบ 10 วัน หรือ Procaine penicillin G 50,000 ยูนิตต่อกิโลกรัมต่อครั้ง ทางกล้ามเนื้อวันละครั้งนาน 10 วัน

2. ทารกแรกเกิดที่มีโอกาสเป็นซิฟิลิส (Probable congenital syphilis) ได้แก่ ทารกแรกเกิดซึ่งผลการตรวจร่างกายปกติ และมี Non-treponemal test titer น้อยกว่า 4 เท่าของ Non-treponemal test titer ของมารดา ร่วมกับมีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ มารดาไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาซิฟิลิสไม่ครบถ้วน หรือมารดาได้รับการรักษาซิฟิลิสด้วย Non-penicillin G regimen หรือมารดาได้รับการรักษาซิฟิลิสด้วย Penicillin G regimen ครบถ้วนแต่ไม่ถึง 4 สัปดาห์ก่อนคลอด ทารกกลุ่มนี้ให้การรักษาด้วย Aqueous crystalline penicillin G 50,000 ยูนิตต่อกิโลกรัมต่อครั้ง ทางเส้นเลือดทุก 12 ชั่วโมง ในช่วง 7 วันแรกและทุก 8 ชั่วโมง หลังจากนั้นจนครบ 10 วัน หรือ Procaine penicillin G 50,000 ยูนิตต่อกิโลกรัมต่อครั้ง ทางกล้ามเนื้อวันละครั้งนาน 10 วัน หรือ Benzathine penicillin G 50,000 ยูนิต/กิโลกรัม ทางกล้ามเนื้อ 1 ครั้ง ถ้าผลการตรวจเพิ่มเติมทั้งหมดปกติ

3. ทารกแรกเกิดที่มีโอกาสเป็นซิฟิลิสต่ำ (Congenital syphilis less likely) ได้แก่ ทารกแรกเกิดซึ่งผลการตรวจร่างกายปกติ และมี Non-treponemal test titer น้อยกว่า 4 เท่าของ Non-treponemal test titer ของมารดาพร้อมกับมีทั้งสองข้อดังต่อไปนี้ มารดาได้รับการรักษาซิฟิลิสในระหว่างตั้งครรภ์ด้วย Penicillin G regimen ครบถ้วนและมากกว่า 4 สัปดาห์ก่อนคลอด และไม่มีหลักฐานของการกลับเป็นซ้ำหรือการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำ ทารกกกลุ่มนี้ให้การรักษาด้วย Benzathine penicillin G 50,000 ยูนิต/กิโลกรัมทางกล้ามเนื้อ 1 ครั้ง

4. ทารกแรกเกิดที่ไม่น่าจะเป็นซิฟิลิส (Congenital syphilis unlikely) ได้แก่ ทารกแรกเกิดซึ่งผลการตรวจร่างกายปกติ และมี Non-treponemal test titer น้อยกว่า 4 เท่าของ Non-treponemal test titer ของมารดาพร้อมกับมีทั้งสองข้อดังต่อไปนี้ คือ มารดาได้รับการรักษาซิฟิลิสก่อนการตั้งครรภ์ด้วย Penicillin G regimen ครบถ้วน และผล Non-treponemal test titer ของมารดาคงที่ อยู่ในระดับต่ำ (VDRL<1:2, RPR<1:4) ไม่ต้องส่งตรวจเพิ่มเติม และไม่ต้องให้การรักษาในทารกกลุ่มนี้ หรืออาจพิจารณาให้การรักษาด้วย Benzathine penicillin G ทางกล้ามเนื้อ 1 ครั้ง กรณีทารกมีผล Non-treponemal test เป็นบวก หรือทารกอาจไม่มาติดตามการรักษา

หลังการรักษาทารก มีการนัดตรวจติดตามอาการที่อายุ 2, 4, 6 และ 12 เดือน ทำการตรวจ Non-treponemal test (VDRL/RPR) ทุก 2-3 เดือน จนกระทั่งผลเลือดเป็นลบหรือลดลงมากกว่า 4 เท่า หาก Non-treponemal test (VDRL/RPR) ยังคงให้ผลบวกไม่ลดลงใน 6-12 เดือน หรือเพิ่มขึ้น ให้ทำการตรวจประเมินซ้ำ รวมทั้งตรวจน้ำไขสันหลังและให้การรักษาด้วย Penicillin G ทางหลอดเลือดดำอีก 10 วัน แม้ว่าเคยได้รับการรักษามาก่อน³

ซิฟิลิสเป็นโรคที่รักษาหายได้ ทำให้สามารถป้องกันการถ่ายทอดซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกได้ หากได้รับการรักษาอย่างทันที่ แนวทางการป้องกันโรคจึงต้องอาศัยการคัดกรองและรักษาซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ โดยแนะนำให้มีการตรวจคัดกรองในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ แนะนำให้ตรวจซ้ำที่อายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ และเมื่อมาคลอดถ้าไม่ได้ฝากครรภ์²

องค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้มีการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด โดยตั้งเป้าไว้ว่าจะสามารถดำเนินการได้ภายในปี 2558 ทั้งนี้การดำเนินการจะต้องครอบคลุมการตรวจคัดกรองซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกและการรักษาซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ต้องมากกว่าร้อยละ 90 อัตราตายคลอดจากซิฟิลิสต้องน้อยกว่าร้อยละ 2 และอุบัติการณ์การเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดน้อยกว่า 0.5 รายต่อ 1,000 รายทารกแรกเกิดมีชีพ แต่เป้าหมายแนวทางการระดับชาติเรื่องการกำจัดซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย คือ ไม่เกิน 0.05 รายต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพภายใน ปี พ.ศ. 2563² สถานการณ์โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี) ของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2563 จากกองระบาดวิทยา พบว่าอัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2563 มีอัตราป่วยมากกว่าปี พ.ศ. 2558 ถึง 12.41 เท่า และมีอัตราป่วยมากกว่า ปี พ.ศ. 2562 อยู่ที่ 1.33 เท่า โดยในปี พ.ศ. 2563 อัตราป่วย 117.47 ต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน ไม่พบรายงานผู้เสียชีวิต² โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดยังคงเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในประเทศไทยและเป็นโรคที่มีความสำคัญเนื่องจากส่งผลกระทบต่อความพิการของทารกในครรภ์ แต่สามารถป้องกันได้ หากได้รับการวินิจฉัยและรับการรักษาอย่างถูกต้องขณะตั้งครรภ์

โรงพยาบาลโสธรเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ซึ่งรับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ ในระยะ 4-5 ปีที่ผ่านมาพบว่ามีทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์จำนวนเพิ่มขึ้น จึงพบปัญหาในกระบวนการดูแลรักษาหลายประการที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาถึงผลลัพธ์ของการดูแลทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ จึงเป็นที่มาของการศึกษาโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในโรงพยาบาลโสธร เพื่อประเมินสถานการณ์ความชุกของโรค อาการและอาการแสดงที่พบ รวมถึงติดตามผลการรักษาและหาแนวทางการป้องกันและแก้ไข เพื่อที่จะช่วยลดโอกาสเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดได้ ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยจะนำไปวางแผนทางในการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นต่อไป ทั้งนี้การปฏิบัติดังกล่าวยังคงเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติของกรมควบคุมโรค²

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาอัตราการเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในโรงพยาบาลโสธร
 - 1.1 ศึกษาอาการและอาการแสดงของทารกแรกเกิดที่มารดาติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์
 - 1.2 ผลการติดตามการรักษาของทารกแรกเกิดที่เกิดจากมารดาติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์
2. ศึกษาความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ที่มากลอดที่โรงพยาบาลโสธร
 - 2.1 การรักษาผู้ติดเชื้อซิฟิลิสในขณะตั้งครรภ์ ผลแทรกซ้อนต่อทารกในครรภ์

วิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) ใช้ระเบียบวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Observational analytic studies) มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของประชากรที่เข้าร่วมงานวิจัย ประกอบด้วย 1) ข้อมูลของมารดาที่ติดเชื้อซิฟิลิส ได้แก่ อายุมารดา เชื้อชาติ ได้ฝากครรภ์หรือไม่ จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ ติดเชื้อ HIV หรือไม่ สามมีผลเลือดซิฟิลิสเป็นบวกพร้อมด้วยผลเลือด VDRL titer ทุกครั้งจนถึงวันคลอด ยาที่ได้รับรักษา กรณีที่มารดาไม่ได้รับการรักษา เกิดจากสาเหตุใด ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ 2) ข้อมูลทารก ได้แก่ อายุครรภ์แรกเกิด น้ำหนักตัวแรกเกิด เพศ ลักษณะการประเมินทารกว่าเป็นทารกแรกเกิดมีชีพเป็นซิฟิลิส (Proven or highly probable congenital syphilis) มีอาการแสดงอย่างไร หรือเป็นกลุ่มทารกแรกเกิดมีชีพปกติ (โดยจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ Probable congenital syphilis, Congenital syphilis less likely และ Congenital syphilis unlikely) ผลเลือด VDRL titer ทุกครั้ง ผลตรวจการได้ยิน ผลตรวจตา การรักษาที่ได้รับและผลการรักษา ซึ่งหลังการรักษาจะนัดตรวจติดตามอาการที่อายุ 2, 4, 6 และ 12 เดือน และทำการตรวจเลือด VDRL ทุก 2-3 เดือน จนกระทั่งผลเลือดเป็นลบหรือลดลงมากกว่า 4 เท่า ในรายที่ทารกตรวจน้ำไขสันหลังแล้วพบความผิดปกติของ เม็ดเลือดขาว และ/หรือโปรตีน หรือหากผล VDRL ในน้ำไขสันหลังให้ผลบวก ต้องทำการเจาะตรวจน้ำไขสันหลังทุก 6 เดือน จนผลตรวจปกติ

กลุ่มประชากรและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้กลุ่มของประชากร คือ ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลยโสธร และมารดาที่ติดเชื้อซิฟิลิสที่มาคลอดที่โรงพยาบาลยโสธรตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ดังนี้

กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ ทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลยโสธรและมารดาที่ติดเชื้อซิฟิลิสที่มาคลอดที่โรงพยาบาลยโสธรตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2564

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ทุกรายที่มาคลอดในโรงพยาบาลยโสธร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2564

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ที่ถูกส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นและไม่ได้ถูกส่งตัวกลับมารักษาติดตามอาการต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลยโสธร และเวชระเบียนที่ไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประเมินผลการรักษาโดยรวบรวมข้อมูลผ่านระบบ HosXP แพ้ประวัติ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษา ผลแทรกซ้อน (Complication) ของการรักษาถูกบันทึกและประเมินโดยผู้วิจัย

การวิเคราะห์ทางสถิติ

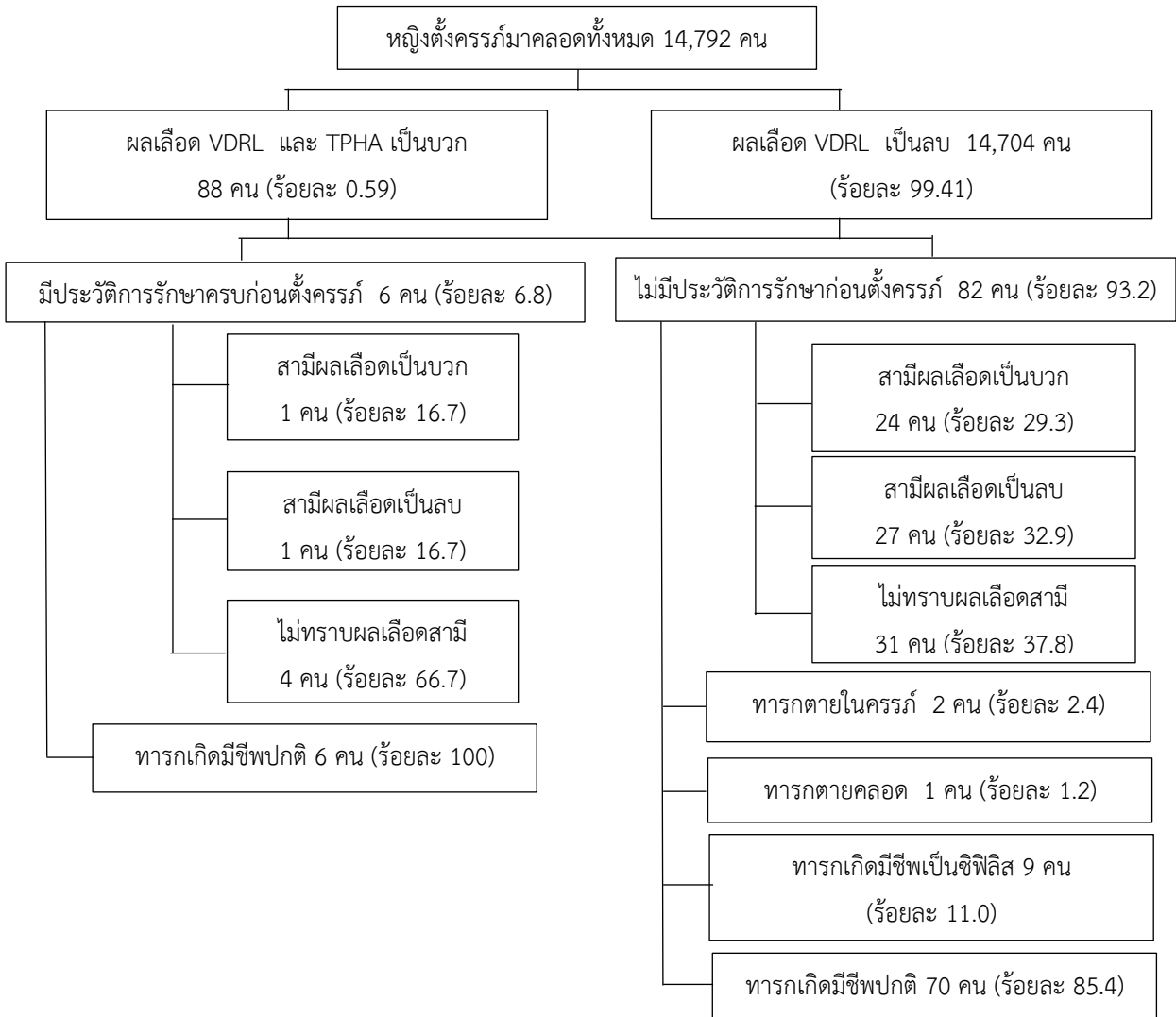
การวิเคราะห์ข้อมูลแบบพรรณนา ได้แก่ จำนวนมารดาที่ได้รับการรักษาครบและเพศของทารก รายงานผลเป็นอัตราส่วนร้อยละ (Percentage) อายุมารดา อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิดของทารก รายงานผลเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) และความถี่ในการมาฝากครรภ์ รายงานผลเป็นความถี่ (Frequency)

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม สำหรับข้อมูลไม่ต่อเนื่องใช้ Chi-squares หรือ Fisher's exact test และเปรียบเทียบ Independent sample t-test โดยกำหนดค่า p-value ระดับนัยสำคัญ ≤ 0.05 การวิเคราะห์ข้อมูลค่าสถิติดังกล่าว ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows release 22.0

ผลการศึกษา

จากแผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนหญิงตั้งครรภ์มาคลอดในโรงพยาบาลยโสธรตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 ถึงวันที่ 30 ธันวาคม 2564 ทั้งหมด 14,792 คน ตรวจคัดกรองซิฟิลิสโดยใช้วิธี Non-treponemal test ชนิด VDRL ให้ผลบวก และได้รับการตรวจยืนยันด้วยวิธี Treponemal test ได้แก่ TPHA หรือ FTA-ABS เป็นผลบวกเช่นกัน ทั้งหมด 88 ราย (ร้อยละ 0.59) ในจำนวนนี้มีประวัติการรักษาครบก่อนการตั้งครรภ์ 6 ราย (ร้อยละ 6.8) และไม่มีประวัติการรักษามาก่อน 82 ราย (ร้อยละ 93.2) ในกลุ่มที่ไม่มีประวัติการรักษามาก่อนพบว่าส่วนใหญ่ไม่ทราบผลเลือดสามี 31 คน (ร้อยละ 37.8) โดยในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติการรักษามาก่อนพบทารกตายในครรภ์ 2 คน (ร้อยละ 2.4) ทารกตายคลอด 1 คน (ร้อยละ 1.2) ทารกเกิดมีชีพปกติ 70 คน (ร้อยละ 85.4) และทารกเกิดมีชีพเป็นซิฟิลิส 9 คน (ร้อยละ 11.0) คิดเป็น 0.6 ต่อ 1,000 เกิดมีชีพ แสดงดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 ผลการตรวจเลือดหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสที่มากลอดที่โรงพยาบาลยโสธร ผลเลือดของสามีและผลต่อทารกที่มีภาวะโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 จนถึง 30 ธันวาคม 2564



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่ผลเลือดบวกต่อซิฟิลิส (N=88)

ข้อมูล	จำนวนคน (ร้อยละ)
อายุ (Mean = 24 ปี, Median = 22 ปี, S.D. = 6.0 ปี, Min = 15 ปี, Max = 39 ปี)	
• น้อยกว่า 20 ปี	24 (27.3)
• 20-30 ปี	49 (55.7)
• มากกว่า 30 ปี	15 (17.0)
เชื้อชาติ	
• ไทย	87 (98.9)
• ลาว	1 (1.1)
การฝากครรภ์ (ANC)	
• ได้ฝากครรภ์	86 (97.7)
• ไม่ได้ฝากครรภ์	2 (2.3)

ข้อมูล	จำนวนคน (ร้อยละ)
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์	
• ไม่ได้ฝากครรภ์	2 (2.3)
• 1-4 ครั้ง	7 (8.0)
• 5-10 ครั้ง	40 (45.5)
• มากกว่า 10 ครั้ง	39 (44.3)
การติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย	2 (2.3)
ประวัติการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน	2 (2.3)
ผลเลือดสามี	
• ซิฟิลิสเป็นบวก	25 (28.4)
• ซิฟิลิสเป็นลบ	28 (31.8)
• ไม่ทราบผล	35 (39.8)

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลเลือดบวกต่อซิฟิลิสทั้งหมด 88 คน พบว่ามีอายุอยู่ระหว่าง 15-39 ปี มีค่าเฉลี่ยของอายุมารดาเท่ากับ 24 ปี (S.D. = 6.0 ปี), ค่ามัธยฐาน (Median) ของอายุมารดาเท่ากับ 22 ปี พบเป็นมารดาอายุ 20-30 ปีมากที่สุด 49 ราย (ร้อยละ 55.7) รองลงมาคือมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 27.3) และอายุมากกว่า 30 ปีน้อยที่สุด 15 ราย (ร้อยละ 17.0) มีเชื้อชาติไทยมากที่สุด 87 ราย (ร้อยละ 98.9) ส่วนใหญ่ได้ฝากครรภ์ 86 ราย (ร้อยละ 97.7) และไม่ได้ฝากครรภ์ 2 ราย (ร้อยละ 2.3) จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ที่พบมากที่สุดคือ 5-10 ครั้ง จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 45.5) รองลงมาคือมากกว่า 10 ครั้ง 39 ราย (ร้อยละ 44.3) พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย 2 ราย (ร้อยละ 2.3) และหญิงที่มีประวัติการใช้สารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน (Amphetamine) ร่วมด้วย 2 ราย (ร้อยละ 2.3) ผลเลือดสามีพบผลซิฟิลิสเป็นบวก 25 ราย (ร้อยละ 28.4) ผลเลือดเป็นลบ 28 ราย (ร้อยละ 31.8) และไม่ทราบผลเลือดสามีมีมากถึง 35 ราย (ร้อยละ 39.8)

การรักษาที่มารดาได้รับขณะตั้งครรภ์ แบ่งเป็น มารดาได้รับการรักษาซิฟิลิสระหว่างการตั้งครรภ์ด้วย Penicillin G regimen ครบถ้วนมากกว่า 4 สัปดาห์ก่อนคลอด (Adequate penicillin G regimen) จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 69.3) ได้รับการรักษาซิฟิลิสด้วย Penicillin G regimen ไม่ครบถ้วนหรือครบถ้วนแต่ไม่ถึง 4 สัปดาห์ก่อนคลอด (Inadequate penicillin G regimen) จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 18.2) กลุ่มมารดาที่ได้รับการรักษาด้วย Non-penicillin จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.1) และกลุ่มมารดาไม่ได้รับการรักษาด้วยยาใดๆ จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 11.4) ซึ่งสาเหตุของมารดาไม่ได้รับการรักษาซิฟิลิสระหว่างการตั้งครรภ์ด้วย Adequate penicillin G regimen แสดงดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สาเหตุของการที่มารดาไม่ได้รับการรักษาซิฟิลิสระหว่างการตั้งครรภ์ด้วย Adequate penicillin G regimen

สาเหตุ	จำนวน (คน)
1. ไม่ได้ฝากครรภ์	2
2. ฝากครรภ์ ผลเลือด VDRL/RPR ครั้งที่ 1 เป็นลบ แต่ครั้งที่ 2 เป็นบวกเจาะวันคลอด	2
3. ฝากครรภ์ครั้งเดียว ไม่ได้รักษา	2
4. ฝากครรภ์ ผลเลือด VDRL/RPR ครั้งที่ 1 เป็นลบ แต่ครั้งที่ 2 เป็นบวก ได้รับการรักษาครบ แต่น้อยกว่า 4 สัปดาห์ก่อนคลอด	6
5. Serofast	1
6. ได้รับ Nonpenicillin drug	1
7. ขาดการติดตาม	5
8. ฝากครรภ์ ผลเลือด VDRL/RPR ครั้งที่ 1 เป็นลบ แต่ครั้งที่ 2 เป็นบวก ได้รับการรักษาไม่ครบ	5
9. ไม่ทราบสาเหตุ	3
รวม	27

จากตารางที่ 2 พบว่า สาเหตุของการที่มารดาไม่ได้รับการรักษาซิฟิลิสระหว่างตั้งครรภ์ด้วย Adequate penicillin G regimen ที่พบมากที่สุดคือ ผ่าครรภ์ ผลเลือด VDRL/RPR ครั้งที่ 1 เป็นลบ แต่ครั้งที่ 2 เป็นบวก ได้รับการรักษาครบแต่น้อยกว่า 4 สัปดาห์ก่อนคลอด จำนวน 6 ราย รองลงมาคือ ผ่าครรภ์ ผลเลือด VDRL/RPR ครั้งที่ 1 เป็นลบ แต่ครั้งที่ 2 เป็นบวก ได้รับการรักษาไม่ครบจำนวน 5 ราย และขาดการติดตามจำนวน 5 ราย ส่วนสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ ไม่ทราบสาเหตุจำนวน 3 ราย ไม่ได้ผ่าครรภ์จำนวน 2 ราย ผ่าครรภ์ ผลเลือด VDRL/RPR ครั้งที่ 1 เป็นลบ แต่ครั้งที่ 2 เป็นบวกเจาะวันคลอดจำนวน 2 ราย ผ่าครรภ์ครั้งเดียว ไม่ได้รักษาจำนวน 2 ราย ได้รับ Nonpenicillin drug จำนวน 1 ราย และสูติแพทย์คาดว่ามารดาเป็น Seofast จำนวน 1 ราย สรุปในการศึกษานี้พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา 78 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.6

ตารางที่ 3 ข้อมูลทารกที่เกิดจากมารดาที่มีการติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์แบ่งตามการรักษาที่มารดาได้รับขณะตั้งครรภ์ (N=85)

ข้อมูล	จำนวนทารกแบ่งตามการรักษาที่มารดาได้รับขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ)		P-value
	Adequate penicillin G regimen	Inadequate penicillin G regimen and no treatment	
อาการและอาการแสดงของทารก			0.054
- ทารกเกิดมีซีฟปกติ	57 (67.1)	19 (22.4)	
- ทารกเกิดมีซีฟเป็นซิฟิลิส	4 (4.7)	5 (5.9)	
ข้อมูลของทารกเกิดมีซีฟ			
1. อายุครรภ์ (Range = 33-41 สัปดาห์, Mean = 38 สัปดาห์, S.D. = 1.50)			*0.007
1.1) 32-36 ⁺⁶ สัปดาห์	3 (3.5)	6 (7.1)	
1.2) ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป	58 (68.2)	18 (21.2)	
2. น้ำหนักแรกเกิด (Range = 1,720-4,695 กรัม, Mean = 3,006 กรัม, S.D. = 443.69)			0.076
2.1) 1,500-2,499 กรัม	3 (3.5)	4 (4.7)	
2.2) ตั้งแต่ 2,500 กรัม	58 (68.2)	20 (23.5)	
3. น้ำหนักตัวเมื่อเปรียบเทียบกับอายุครรภ์			0.104
3.1) AGA	59 (69.4)	21 (24.7)	
3.2) SGA	2 (2.4)	3 (3.5)	

จากตารางที่ 3 แสดงข้อมูลมีทารกแรกเกิดมีซีฟทั้งหมด 85 ราย เป็นเพศชาย 39 ราย (ร้อยละ 45.9) เพศหญิง 46 ราย (ร้อยละ 54.1) เมื่อแบ่งทารกแรกเกิดเป็นการรักษาที่มารดาได้รับขณะตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มที่มารดาได้รับ Adequate penicillin G regimen ทารกส่วนใหญ่เกิดมีซีฟปกติจำนวน 57 ราย (ร้อยละ 67.1) แต่ก็ยังพบว่ามีทารกแรกเกิดมีซีฟเป็นซิฟิลิสจำนวนมากถึง 4 ราย (ร้อยละ 4.7) ส่วนกลุ่มทารกที่มารดาได้ Inadequate penicillin G regimen และไม่ได้รับยาใดๆ พบทารกแรกเกิดมีซีฟปกติ 19 ราย (ร้อยละ 22.4) และทารกเป็นซิฟิลิส 5 ราย (ร้อยละ 5.9) ในการศึกษาพบว่าจำนวนทารกแรกเกิดมีซีฟเป็นซิฟิลิสไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มมารดาที่ได้รับการรักษาด้วย Adequate penicillin G regimen กับกลุ่มมารดาที่ไม่ได้รับการรักษา และได้ Inadequate penicillin G regimen (P-value < 0.05) พบว่าส่วนใหญ่ทารกมีน้ำหนักตามเกณฑ์เมื่อเทียบกับอายุครรภ์ โดยไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มมารดาที่ได้รับการรักษาด้วย Adequate penicillin G regimen กับกลุ่มมารดาที่ไม่ได้รับการรักษา และได้ Inadequate penicillin G regimen (P-value < 0.05)

มีทารกคลอดก่อนกำหนด 9 ราย (ร้อยละ 10.6) และทารกครบกำหนด 76 ราย (ร้อยละ 89.4) อายุครรภ์เฉลี่ย 38 สัปดาห์ น้ำหนักเฉลี่ย 3,006 กรัม ส่วนใหญ่เป็นทารกน้ำหนักตั้งแต่ 2,500 กรัม 78 ราย (ร้อยละ 91.8) ทารกน้ำหนักตั้งแต่ 1,500-2,499 กรัม 10 ราย (ร้อยละ 11.8) พบว่าทารกแรกเกิดกลุ่มที่มารดาได้รับ Adequate penicillin G regimen มีน้ำหนักเฉลี่ย 3,041 กรัม ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันกับกลุ่มที่มารดาไม่ได้รับการรักษาด้วยยาใดๆ หรือได้ Inadequate penicillin G regimen มีน้ำหนักเฉลี่ย 2,919 กรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) แต่พบว่าทารกแรกเกิดกลุ่มที่มารดาได้รับ Adequate penicillin G regimen อายุครรภ์เฉลี่ย 38.3 สัปดาห์ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่มารดาไม่ได้รับการรักษาด้วยยาใดๆ หรือได้ Inadequate penicillin G regimen อายุครรภ์เฉลี่ย 36.1 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) ดังแสดงผลในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักแรกเกิดและอายุครรภ์ของกลุ่มทารกแรกเกิดที่มารดาได้รับ Adequate penicillin G regimen กับกลุ่มทารกแรกเกิดที่มารดาไม่ได้รับการรักษาด้วยยาใดๆหรือได้ Inadequate penicillin G regimen

ประเด็นการเปรียบเทียบ	ทารกที่มารดาได้รับ Adequate penicillin G regimen		ทารกที่มารดาได้รับ Inadequate penicillin G regimen + no Rx		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
	น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)	3,041	385.7	2,919		
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	38.3	1.37	36.1	5.40	2.93	*0.02

*P-value < 0.05 แสดงถึงการมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรักษาและผลการรักษาของทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ พบว่าทารกที่มีอาการเข้าได้กับซิฟิลิสแต่กำเนิดทั้งหมด 9 ราย (ร้อยละ 10.6) ของทารกเกิดมีชีพที่มารดาติดเชื้อซิฟิลิส และคิดเป็น 0.6 ต่อ 1,000 เกิดมีชีพ และเมื่อจำแนกตามการรักษาของมารดาพบว่าเกิดจากกลุ่มมารดาที่ไม่ได้รับการรักษาซิฟิลิสจำนวน 4 ราย เกิดจากกลุ่มที่มารดาได้รับการรักษา Inadequate penicillin G regimen จำนวน 1 ราย และเกิดจากกลุ่มที่มารดาได้รับการรักษา Adequate penicillin G regimen จำนวน 4 ราย อาการแสดงของซิฟิลิสแต่กำเนิด 9 ราย ที่พบในการศึกษานี้ ได้แก่ Hepatitis 3 ราย, ตับโต 2 ราย, ม้ามโต 1 ราย, ผื่นผิวหนัง 1 ราย, เก้ดเลือดต่ำ 3 ราย, เลือดจาง 3 ราย, Pneumonia 3 ราย, film long bone ผิดปกติ 1 ราย, มีความผิดปกติของระบบประสาทจากการตรวจน้ำไขสันหลัง 3 ราย และตรวจพบ CSF VDRL เป็นบวก 1 ราย ซึ่งทารกที่มีอาการซิฟิลิสแต่กำเนิดทั้ง 9 ราย ได้รับการรักษาด้วย Penicillin G sodium แบบฉีด 10 วัน ได้รับการติดตามผลเลือดจนผลแอนติบอดีลดลงเป็นปกติ 8 ราย ขาดการติดตาม 1 ราย

ทารกทั้ง 4 กลุ่มได้รับการตรวจประเมินซิฟิลิสแรกเกิด คือ ตรวจร่างกายร่วมกับตรวจ VDRL จำนวน 83 ราย จากจำนวนทารกทั้งหมด 85 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.6 พบว่ามีทารกแรกเกิดไม่ได้รับการประเมิน 2 ราย จัดอยู่ในกลุ่ม Congenital syphilis unlikely เนื่องจากมารดาเป็นซิฟิลิสได้รับการรักษาครบตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์และไม่ทราบประวัติว่าเคยเป็นซิฟิลิสมาก่อน จึงไม่ได้รับการประเมินเมื่อประเมินถึงการรักษาของทารกทั้ง 4 กลุ่ม พบว่าทารกที่มีอาการเข้าได้กับซิฟิลิสแต่กำเนิด (Proven congenital syphilis) จำนวน 9 ราย ได้รับการรักษาเหมาะสมด้วย Penicillin G sodium แบบฉีด 10 วัน ครบทุกราย (ร้อยละ 100) ทารกที่มีโอกาสเป็นซิฟิลิส (Probable congenital syphilis) จำนวน 17 ราย ได้รับการรักษาที่เหมาะสมทั้งหมด 16 ราย (ร้อยละ 94.1) โดยมี 1 ราย ไม่สมควรให้อยู่รักษา จึงได้รับ Benzathine penicillin เข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว ทารกที่มีโอกาสเป็นซิฟิลิสต่ำ (Congenital syphilis less likely) จำนวน 53 ราย ทั้งหมดได้รับการรักษาที่เหมาะสม คือ ได้รับ Benzathine penicillin เข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว (ร้อยละ 100) และทารกที่ไม่น่าเป็นซิฟิลิส (Congenital syphilis unlikely) จำนวน 6 ราย ได้รับการรักษาทั้งหมด 4 ราย คือ ได้รับ Benzathine penicillin เข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว คิดเป็นร้อยละ 66.7 แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การรักษาและผลการรักษาของทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ (N =85)

ข้อมูล	จำนวนทารก (ร้อยละ)			
	Proven congenital syphilis	Probable congenital syphilis	Congenital syphilis less likely	Congenital syphilis unlikely
1. จำนวนทารก	9 (10.6)	17 (20)	53 (62.4)	6 (7.1)
2. ทารกได้รับการตรวจประเมินซิฟิลิสแรกเกิด	9 (100)	17 (100)	53 (100)	4 (66.7)
3. การรักษาที่ได้รับ				
3.1) Benzathine penicillin เข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว	0	1	53 (100)	4 (66.7)
3.2) Penicillin G sodium แบบฉีด 10 วัน	9 (100)	16 (94.1)	0	0
3.3) ไม่ได้ได้รับการรักษาใดๆ	0	0	0	2 (33.3)
4. ทารกได้รับการรักษาทั้งหมด	9 (100)	17 (100)	53 (100)	3 (50)
5. ผลการรักษา				
5.1) ทารกติดตามการรักษาจนผลเลือดและน้ำไขสันหลังเป็นปกติ	8 (88.9)	11 (64.7)	28 (52.8)	3 (50)
5.2) ทารกขาดการติดตามการรักษา	1 (11.1)	6 (35.3)	25 (47.2)	3 (50)
5.3) ทารกมีอาการซิฟิลิสแต่กำเนิดกำเริบหลังติดตาม	0	0	0	0
5.4) ทารกเสียชีวิต	0	0	0	0

อภิปรายผล

ในการศึกษานี้พบว่าจำนวนทารกแรกเกิดมีซีฟเป็นซิฟิลิสไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มมารดาที่ได้รับการรักษาด้วย Adequate penicillin G regimen กับกลุ่มมารดาที่ไม่ได้รับการรักษาหรือได้ Inadequate penicillin G regimen (P-value < 0.05) เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษานี้กับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยและเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก ดังตารางที่ 6 พบว่า ความชุกของซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มสูงขึ้น

ตารางที่ 6 เป้าหมายของการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดโดยองค์การอนามัยโลกและผลการศึกษาเบื้องต้นในประเทศไทย เปรียบเทียบกับการศึกษานี้

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูลในไทย	การศึกษาของ ญดา คุณผลิน และคณะ ⁵	การศึกษาของ ประไพพร จงก้องเกียรติ ⁶	การศึกษาของ จริญญา ยงค์ประดิษฐ์ ⁷	ข้อมูลในไทย	การศึกษานี้
	องค์การอนามัยโลก	จากการสำรวจ ปี พ.ศ. 2558	ปี พ.ศ. 2549-2558	ปี พ.ศ. 2557-2560	ปี พ.ศ. 2560-2563	จากการสำรวจ ปีงบประมาณ 2562 ²	ปี พ.ศ. 2560-2564
ความชุกของซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์	<ร้อยละ 1	ร้อยละ 0.14	ปี 2549; ร้อยละ 0.05 ปี 2558; ร้อยละ 0.5	ร้อยละ 0.98	ร้อยละ 1.8	ร้อยละ 0.45	ร้อยละ 0.59
ร้อยละหญิงที่ติดเชื้อได้รับการรักษา	>ร้อยละ 90	ร้อยละ 90.6	ร้อยละ 84.0	ร้อยละ 78.4	ร้อยละ 87.0	ร้อยละ 97.44	ร้อยละ 88.6
จำนวนเด็กเกิดมีซีฟที่เป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด	<0.5 ต่อ 1,000 เกิดมีซีฟ	0.1 ต่อ 1,000 เกิดมีซีฟ	ปี 2549; 0 ราย ปี 2558; 0.1 ต่อ 1,000 เกิดมีซีฟ	0.49 ต่อ 1,000 เกิดมีซีฟ	2.4 ต่อ 1,000 เกิดมีซีฟ	0.87 ต่อ 1,000 เกิดมีซีฟ	0.6 ต่อ 1,000 เกิดมีซีฟ
ร้อยละของเด็กที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา	>ร้อยละ 80	ร้อยละ 72		ร้อยละ 77.9	ร้อยละ 88.3	ร้อยละ 82.50	ร้อยละ 97.6

โดยเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกปี 2558 คือ น้อยกว่าร้อยละ 1 แต่การศึกษาในประเทศไทยของญดา คุณผลิน และคณะ⁵ ที่สำรวจหญิงตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2549-2558 พบว่าอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสของมารดาาระหว่างตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.05 ในปี พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 0.5 ในปี พ.ศ. 2558 ถือว่าเพิ่มขึ้นเป็น 10 เท่าในระยะเวลาเกือบ 10 ปี ต่อมาการศึกษาของประไพพร จงก้องเกียรติ⁶ ในปี พ.ศ. 2557-2560 ซึ่งสำรวจในหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลตากสิน พบความชุกของซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นเป็น 0.98 และในการศึกษาของจริยา ยงค์ประดิษฐ์⁷ ที่สำรวจหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ปี พ.ศ. 2560-2563 พบแนวโน้มความชุกของซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 1.8 มีการสำรวจข้อมูลในไทยปีงบประมาณ 2562² พบความชุกของซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์เป็นร้อยละ 0.45 จนกระทั่งในการศึกษานี้ที่ทำในปี พ.ศ. 2560-2564 ของโรงพยาบาลยโสธร พบความชุกของซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์เป็น 0.59 และพบว่าในจำนวนมารดาที่ติดเชื้อซิฟิลิสทั้งหมดส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประไพพร จงก้องเกียรติ⁶ ที่พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.0 และจากการศึกษาของจริยา ยงค์ประดิษฐ์⁷ ที่พบว่าอยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปีมากถึงร้อยละ 46.8 ส่วนการศึกษาในต่างประเทศก็พบว่าโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มหญิงวัยรุ่นมากขึ้นเรื่อยๆ⁸⁻⁹ เมื่อพิจารณาเรื่องการรักษาของมารดาที่ติดเชื้อซิฟิลิสระหว่างตั้งครรภ์พบว่า องค์การอนามัยโลกต้องการมากกว่าร้อยละ 90.0 การศึกษาในประเทศไทยตั้งแต่การศึกษาของญดา คุณผลิน และคณะ⁵ ปี พ.ศ. 2549-2558 ร้อยละ 84.0 การศึกษาของประไพพร จงก้องเกียรติ⁶ ร้อยละ 78.4 การศึกษาของจริยา ยงค์ประดิษฐ์⁷ ร้อยละ 87.0 และการศึกษานี้ร้อยละ 88.6 ได้ผลสอดคล้องกันคือในประเทศไทยร้อยละของหญิงที่ติดเชื้อซิฟิลิสระหว่างตั้งครรภ์ได้รับการรักษาต่ำกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก สำหรับสาเหตุส่วนใหญ่ที่พบ คือ ผ่ากรรรมผลเลือด VDRL/RPR ครั้งที่ 1 เป็นลบ แต่ครั้งที่ 2 เป็นบวก ได้รับการรักษาครบแต่น้อยกว่า 4 สัปดาห์ก่อนคลอด รองลงมาคือ ขาดการติดตามการรักษา ไม่ได้ผ่ากรรรม และเมื่อพิจารณาผลเลือดซิฟิลิสของสามี พบว่าส่วนใหญ่ไม่ทราบผล คิดเป็นร้อยละ 39.8 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของจริยา ยงค์ประดิษฐ์⁷ ร้อยละ 35.0 ดังนั้น การพัฒนาการผ่ากรรรมคุณภาพจึงยังคงเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญและพัฒนาต่อไป นอกจากนี้ยังควรให้ความรู้เรื่องการติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์รวมถึงสามี/คู่เพศสัมพันธ์ ความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาให้ครบถ้วน รวมถึงผลที่จะเกิดขึ้นต่อทารกซึ่งอาจก่อให้เกิดการพิการหรือเสียชีวิตได้

ทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อซิฟิลิสในการศึกษานี้ 85 ราย พบทารกเกิดมีชีพปกติ 76 ราย (ร้อยละ 89.4) และทารกแรกเกิดเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด 9 ราย (ร้อยละ 10.6) และคิดเป็น 0.6 ต่อ 1,000 เกิดมีชีพ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของประไพพร จงก้องเกียรติ⁶ ปี พ.ศ. 2557-2560 และในประเทศไทยจากการสำรวจปีงบประมาณ 2562² คิดเป็น 0.49 ต่อ 1,000 เกิดมีชีพ และ 0.87 ต่อ 1,000 เกิดมีชีพ ตามลำดับ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาด้วย Penicillin G sodium แบบฉีด 10 วัน ผลการรักษาพบว่าจำนวน 8 ราย มีผลเลือดและผลกรวดน้ำไขสันหลังเป็นปกติ มี 1 ราย ไม่ทราบผลการรักษาเนื่องจากส่งต่อ ซึ่งเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกจำนวนเด็กเกิดมีชีพที่เป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดน้อยกว่า 0.5 ต่อ 1,000 เกิดมีชีพ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีนโยบายเรื่องการรักษาซิฟิลิสของมารดาขณะตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพ เพื่อลดจำนวนทารกแรกเกิดเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย โดยปัจจุบันกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการออกแนวทางการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563² ซึ่งมีการพัฒนาเป็นแนวทางที่ชัดเจนมากขึ้น เพื่อการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส รวมถึงสามี/คู่เพศสัมพันธ์ และทารกที่คลอดจากมารดาที่เป็นซิฟิลิส ได้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้เมื่อพิจารณาร้อยละของเด็กที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา โดยเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกคือมากกว่าร้อยละ 80 พบว่าการศึกษานี้ทำได้ดีกว่าการศึกษาที่ผ่านมาคือทำได้ร้อยละ 97.6 แต่ก็ยังพบว่าทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการประเมินและรักษา 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.4 ซึ่งเมื่อทบทวนพบว่าทั้ง 2 ราย มารดามีประวัติโรคซิฟิลิสและรักษาครบตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ แต่วันที่มาคลอดไม่พบประวัติเรื่องซิฟิลิส และในการศึกษานี้ยังพบว่าส่วนใหญ่ไม่ทราบประวัติการติดเชื้อซิฟิลิสของสามี/คู่เพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยจึงได้มีการจัดทำไบบันทึกรักษาของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสของโรงพยาบาลยโสธร และ Standing order สำหรับทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์เพิ่มเติม และได้จัดประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการเรื่องแนวทางการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563 เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ในการศึกษานี้พบว่าจำนวนทารกแรกเกิดมีชีพเป็นซิฟิลิสไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มมารดาที่ได้รับการรักษาด้วย Adequate penicillin G regimen กับกลุ่มมารดาที่ไม่ได้รับการรักษาหรือได้ Inadequate penicillin G regimen ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจริยา ยงค์ประดิษฐ์⁷ แต่แตกต่างจากการศึกษาของประไพพร จงก้องเกียรติ⁶ นอกจากนี้ยังพบว่าทารกแรกเกิดกลุ่มที่มารดาได้รับ Adequate penicillin G

regimen จะมีอายุครรภ์เฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่มารดาไม่ได้รับการรักษาหรือได้ Inadequate Penicillin G regimen อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของจริยา ยงค์ประดิษฐ์⁷ แต่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย ดังนั้น การฝากครรภ์คุณภาพที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสระหว่างการตั้งครรภ์ที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดได้

สรุปผลการศึกษา

ความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสและทารกที่เป็นซิฟิลิสแต่กำเนิดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในมารดาอายุระหว่าง 20-30 ปี และพบว่าส่วนใหญ่ไม่ทราบประวัติการติดเชื้อซิฟิลิสของสามี/คู่นอนร่วมด้วย ดังนั้น จึงจำเป็นต้องพัฒนาการฝากครรภ์คุณภาพ การคัดกรองโรค การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และความจำเป็นที่จะต้องรักษาโรคซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ รวมถึงการรักษาสามี/คู่นอนร่วมด้วยเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นกับทารกควบคู่ไปด้วยกัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ นอกจากนี้ยังต้องพัฒนาแนวทางการดูแลทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์เพื่อควบคุมอัตราการเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดให้ลดลง

ข้อจำกัด

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง จึงทำให้มีข้อจำกัดในเรื่องความครบถ้วนของข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลอื่นและมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามข้อมูลผลการรักษาได้ทั้งหมด

เอกสารอ้างอิง

1. ชนเมธ เตชะแสนศิริ, สุรภัทร อัครวิรุฬหการ. BUG AMONG US: Congenital syphilis. PIDST Gazette 2559; 22: 4-5.
2. กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดตีไซน์; 2564.
3. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางระดับชาติเรื่องการกำจัดซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดตีไซน์; ธันวาคม 2557.
4. ศนิษา ต้นประเสริฐ, ภาวินี ดั่งเงิน, สมบัติ แทนประเสริฐสุข. ความชุกของโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2552. วารสารกรมควบคุมโรค 2556; 39(1): 58-66.
5. Kunpalin Y, Sirisabya A, Chaithongwongwatthana S. The Surge of Maternal and Congenital Syphilis in a Tertiary Care Center in Bangkok, Thailand. Thai J Obstet Gynaecol 2019; 27(2): 94-102.
6. ประไพพร จงก้องเกียรติ. การศึกษาผลการดูแลรักษาทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลตากสิน [ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลตากสิน; 2562.
7. จริยา ยงค์ประดิษฐ์. การศึกษาผลการดูแลรักษาทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีการติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2564; 60(2): 118-31.
8. Cassell JA, Mercer CH, Sutcliffe L, Petersen I, Islam A, Brook MG, et al. Trends in sexually transmitted infections in general practice 1990-2000: population based study using data from the UK general practice research database. BMJ 2006; 332(7537): 332-4. doi: 10.1136/bmj.38726.404120.7C. PubMed PMID: 16439371.
9. Cliffe SJ, Tabrizi S, Sullivan EA, Pacific Islands Second Generation HIV Surveillance Group. Chlamydia in the Pacific region, the silent epidemic. Sex Transm Dis 2008; 35(9): 801-6. doi: 10.1097/OLQ.0b013e318175d885. PubMed PMID: 18580823.

