

ความชุกของซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2552

Assessment of the Situation of Congenital Syphilis in Thailand in 2009

ศณิษา ตันประเสริฐ* พ.บ., ส.ม.

Sanisa Tanprasert M.D., M.P.H.

ภาวินี ด้วงเงิน** พ.บ.

Pawinee Doung-ngern M.D.

สมบัติ แทนประเสริฐสุข*** พ.บ., ส.ม.

Sombat Tanprasertsuk M.D., M.P.H.

* กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำปาง

Department of Social Medicine, Lampang Hospital

** สำนักระบาดวิทยา

Bureau of Epidemiology (BoE)

*** กรมควบคุมโรค

Department of Diseases Control

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก ข้อมูลการรักษา หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส ซิฟิลิสแต่กำเนิด ศึกษาผลการตั้งครรภ์และผลกระทบที่มีต่อทารก เพื่อทราบการดำเนินการเมื่อพบหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส ตั้งแต่ ตุลาคม 2551 ถึง กันยายน 2552 ทำโดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนของ หญิงตั้งครรภ์ที่ผลตรวจพบซิฟิลิส สามี และทารก ที่มารับบริการในโรงพยาบาลทุกแห่งใน 8 จังหวัดจากทุกภาค ของประเทศไทย และโรงพยาบาลอีก 3 แห่งในกรุงเทพมหานคร ระยะเวลาดำเนินการ 12 เดือนคือ พฤษภาคม 2553 ถึง เมษายน 2554 ข้อมูลจาก 150 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมพบว่า หญิงตั้งครรภ์มากกว่าร้อยละ 99 ได้รับการ ตรวจคัดกรองซิฟิลิส ร้อยละ 0.16 มีผลบวกต่อการตรวจคัดกรองและร้อยละ 0.14 มีผลบวกต่อการตรวจยืนยัน มีหญิงตั้งครรภ์ 103 คน และเด็กทารก 14 คน (0.10 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน) ที่เข้าได้กับนิยามซิฟิลิสบวก ของการศึกษา ทุกโรงพยาบาลสามารถตรวจคัดกรองซิฟิลิสได้ แต่ปัญหาที่พบบ่อยคือการติดตามสามี มาตรวจกรณีการมีผลบวก และปัญหาการติดตามหลังการรักษาของหญิงตั้งครรภ์ สามี และทารก เนื่องจากการ ไปรักษาต่อที่อื่น ข้อมูลจากแพทย์พบว่าส่วนมากยังไม่เคยเห็นแนวทางการรักษาซิฟิลิส จากสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงมีหลายหน่วยงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เก็บข้อมูลเรื่องซิฟิลิส แต่ไม่มีการเชื่อมโยงและการวิเคราะห์ข้อมูล จากการศึกษาพบว่ามีความรู้ที่ผ่านเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกคือ มีความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส ซิฟิลิสแต่กำเนิด ต่ำ สัดส่วนหญิงตั้งครรภ์ สามี และทารก ได้รับการ ตรวจและการรักษาสูง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิสอย่างน้อย 1 ครั้ง แต่ที่ไม่ ผ่านเกณฑ์คือสัดส่วนของซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ได้รับการรักษา ถึงแม้ว่าซิฟิลิสจะเป็นโรคที่สามารถป้องกันรักษาได้ และยังทำให้เกิดผลเสียได้มากต่อทารก แต่บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่ให้ความสนใจกับโรคนี้เท่าที่ควร การเน้นย้ำปัญหานี้กับบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการจัดสรรทรัพยากรจะทำให้ปัญหานี้ลดน้อยลงได้

Abstract

A program called "Elimination of Congenital Syphilis" was formulated and advocated by the World Health Organization (WHO), but data on the prevalence of congenital syphilis (CS) had not been collected. The objectives of this study were to assess the magnitude of the problem of CS in Thailand, to identify current treatment for mothers and children impacted by CS. The study proposal was approved by the Thai Ministry of

Public Health Ethical Committee. Data of pregnancy in fiscal year 2009 from nine provinces were collected. Three tools used for data collection included "Review Record Form," "Management for Syphilis Positive Pregnancy," and "Syphilis Infections Record Form". We held meetings and invited health staff members from each hospital to attend and submitted the completed forms. One-hundred and fifty hospitals were included. The completed record review forms indicated that over 99% of pregnant women who received ANC were screened for syphilis. Of this group of 119,200 women, 188 (0.16%) tested positive for syphilis, and 168 of those had a positive confirmatory test result. There were 103 sero-positive pregnant women (SPPW), prevalence of CS from these women was 14 (0.10/1000 live births). Most physicians practice according to the textbook, but most of them informed us that no guideline for management of SPPW was used in their hospitals. We found a low prevalence of syphilis among pregnant women and a low level of CS in Thailand during the study period. Little attention was being paid to this problem by health personnel. Reminding health personnel about caring for SPPW could help to reduce CS in Thailand even further.

ประเด็นสำคัญ

ซิฟิลิสแต่กำเนิด

ประเทศไทย หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส

Keywords

Congenital syphilis

Thailand, Syphilis sero-positive pregnant woman

บทนำ

ทุกปีมีคนติดเชื้อซิฟิลิสประมาณ 12 ล้านคนทั่วโลก⁽¹⁾ โรคนี้สามารถส่งผลกระทบต่อทารก อาจทำให้แท้ง ทารกตายคลอด⁽²⁾ อัตราการติดเชื้อของทารกในครรภ์ขึ้นอยู่กับจำนวนเชื้อในกระแสเลือดของมารดา⁽³⁾ โรคนี้สามารถป้องกันได้ เนื่องจากการตรวจคัดกรองในหญิงตั้งครรภ์ทำได้ง่าย รักษาได้ด้วยยาเพนนิซิลิน ซึ่งเป็นยาที่มีประสิทธิภาพและราคาถูก ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงจัดตั้งโครงการกำจัดซิฟิลิส และสนับสนุนให้ประเทศต่างๆทั่วโลก รวมถึงประเทศสมาชิกของสำนักงานอนามัยโลก ประจำเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ร่วมกันดำเนินโครงการกำจัดซิฟิลิสแต่กำเนิด⁽²⁾ ประเทศไทยมีความพยายามในการป้องกันควบคุมซิฟิลิสแต่กำเนิดตั้งแต่ พ.ศ. 2533 โดยทำการตรวจ คัดกรองซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งในปีพ.ศ. 2552 มีความครอบคลุมในการฝากครรภ์ร้อยละ 99 ของหญิงตั้งครรภ์ ทั้งหมดและมีการตรวจซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย⁽⁴⁾

ข้อมูลการเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ของงานโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคควบคุมโรค พบว่าความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบซิฟิลิสในปี พ.ศ. 2551 คือร้อยละ 0.2⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตามซิฟิลิสแต่กำเนิดและซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้อาจเป็นหนึ่งในโรคที่ต้องรายงาน จึงยังไม่มีข้อมูลที่เชื่อถือได้ในเรื่องนี้ในประเทศไทย ดังนั้นวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้คือ เพื่อศึกษาความชุกของซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย ตั้งแต่ ตุลาคม 2551 - กันยายน 2552

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยการศึกษาภาคตัดขวาง เพื่อหาความชุกของซิฟิลิสแต่กำเนิด มีระยะเวลาดำเนินการ 12 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2553 - 30 เมษายน 2554 ในการเลือกสถานที่ศึกษาวิจัย ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกกรุงเทพมหานครและจังหวัดตัวแทนจาก 4 ภาคของประเทศ ภาคละ 2 จังหวัด ซึ่งเป็นจังหวัดที่มี

โรงพยาบาลศูนย์ และจังหวัดที่มีโรงพยาบาลทั่วไป รายชื่อจังหวัดที่ได้รับการเลือก ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นนทบุรี สมุทรปราการ นครราชสีมา ชัยภูมิ เชียงราย พะเยา ชุมพร และ สุราษฎร์ธานี ในแต่ละจังหวัดเก็บข้อมูล จากทุกโรงพยาบาลและในกรุงเทพมหานคร เลือก โรงพยาบาลที่มีหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์จำนวนมากที่สุดในปีงบประมาณ 2552 จำนวน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล โรงพยาบาล ศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี ประชากรศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ทุกรายไม่จำกัดเชื้อชาติ ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 - 30 กันยายน 2552 ทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ในพื้นที่ที่ทำการศึกษารวมถึงทารกที่เกิดจากการตกที่มีผลตรวจซิฟิลิสเป็นบวก และสามีของหญิงตั้งครรภ์ นิยามของผู้ป่วยอิงตามนิยาม ผู้ป่วยของ US. Centers for Disease Control and Prevention (US.CDC.)⁽⁷⁾ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ประชากรเข้าร่วมการศึกษาคือ หญิงตั้งครรภ์ทั้งไทยและ ต่างด้าวที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกและที่ มาคลอดใน โรงพยาบาลที่ศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 - 30 กันยายน 2552

เกณฑ์ในการคัดแยกประชากรออกจากการศึกษา คือหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาล ที่ศึกษา แต่ไม่สามารถหาข้อมูลได้ ในการคำนวณขนาด ตัวอย่างกำหนดให้ Two-sided significance level (α) = 0.05 และ Power = ร้อยละ 80 สำหรับ Population survey โดยใช้โปรแกรม Epi Info version 3.5.1 กำหนดให้ร้อยละของความผิดพลาดที่ยอมรับได้คือ 10 ที่ ร้อยละ 90 Confidence Interval ซึ่งคำนวณขนาด ตัวอย่างได้ 118,948 ตัวอย่าง

ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือเก็บข้อมูล โดยประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 คือแบบเก็บข้อมูลจำนวนหญิง ตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551- 30 กันยายน 2552 ส่วนที่ 2 คือแบบสอบถาม แพทย์เรื่องการดำเนินการเมื่อพบหญิงตั้งครรภ์ที่มี ผลการตรวจซิฟิลิสเป็นบวก และส่วนที่ 3 คือแบบเก็บ ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์เฉพาะรายที่มีผลการตรวจซิฟิลิส

เป็นบวกในการศึกษานี้มี 2 แหล่งข้อมูลคือ ข้อมูล ปฐมภูมิ จากการใช้แบบเก็บข้อมูลโดยให้แพทย์ที่รับ ผิดชอบดูแลแผนกฝากครรภ์เป็นผู้บันทึก ส่วนที่สอง คือข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งได้จากการทบทวนเวชระเบียนทาง การแพทย์ซึ่งพยาบาลเป็นผู้บันทึก การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ อัตราส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เลขคณิต ค่ามัธยฐาน การศึกษานี้ผ่านการพิจารณา คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษา

จำนวนโรงพยาบาลที่เข้าช่วยในการศึกษา ทั้งหมด 150 โรงพยาบาล ตัดโรงพยาบาล 9 แห่งออก เนื่องจากไม่มีคลินิกฝากครรภ์ มี 123 โรงพยาบาล ร้อยละ 87 เข้าร่วมในการศึกษา เป็นโรงพยาบาล รัฐบาล 99 โรงพยาบาล ร้อยละ 80 และโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 24 โรงพยาบาล ร้อยละ 20 ทีม ผู้วิจัยได้รับแบบ สอบถามส่วนแรกทั้งหมด และส่วนที่สอง 114 ชุด ร้อยละ 93 พบว่าในช่วงเวลาที่ศึกษามีหญิงตั้งครรภ์ ที่ไปฝากครรภ์ในโรงพยาบาลที่เข้าร่วม 119,679 คน ส่วนใหญ่เป็นคนไทย ร้อยละ 91 โดยมีหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 119,200 คน ร้อยละ 99.6 ได้รับการตรวจ คัดกรองซิฟิลิส (ด้วยวิธี VDRL หรือ RPR) และผลการ ตรวจเลือดพบว่า 188 คน ร้อยละ 0.16 มีผลบวกใน การตรวจคัดกรองซิฟิลิส และ 168 ร้อยละ 0.14 มีผลบวกในการตรวจยืนยันซิฟิลิส (ด้วยวิธี TPHA, FTA/ ABS หรือ Immuno-chromatography) แบบสอบถาม ส่วนที่สามจ่ายไปให้โรงพยาบาลที่มีหญิงตั้งครรภ์ที่มี ผลบวก ต่อการคัดกรองซิฟิลิสทั้งหมด 188 ราย ได้ รับแบบสอบถามคืน 152 ชุด ร้อยละ 81 มีหญิงตั้งครรภ์ ที่ติดเชื้อซิฟิลิสตามนิยาม 103 ราย ร้อยละ 68 ของ แบบสอบถามที่ตอบกลับมา คิดเป็นร้อยละ 0.09 ของ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจซิฟิลิสทั้งหมด ผลการ ตั้งครรภ์พบว่าหญิงตั้งครรภ์ 5 รายแท้งบุตร และ 1 รายคลอดบุตรตายคลอด (ตารางที่ 1) จากหญิงตั้งครรภ์ 103 รายดังกล่าวเป็นหญิงที่เคยตั้งครรภ์มาก่อน 78 ราย

(ร้อยละ 76) มี 9 ราย (ร้อยละ 13) ติดเชื้อซิฟิลิส รายที่ยังคงมีการติดเชื้อซิฟิลิสในครรภ์นี้ และ 4 ราย ตามนิยามการศึกษาตั้งแต่ครรภ์ที่แล้ว ทั้ง 9 รายเคย ได้รับการรักษาด้วยยาเพนนิซิลิน ได้รับการรักษาด้วยยาเพนนิซิลิน และจาก 9 รายนี้ มี 7

ตารางที่ 1: ลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสในโรงพยาบาลที่ศึกษา ตุลาคม 2551- กันยายน 2552 (103 ราย)

ลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส	จำนวน (ร้อยละ)
ค่ามัยฐานอายุครรภ์ (พิสัยระหว่างควอร์ไทล์)	32 (27 - 37)
หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิสตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์	98 (95)
หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิส	80 (78)
- ระยะแรก	15
- ระยะหลัง	26
- ระยะแฝง	20
- ไม่ระบุ	19
การได้รับยา	89/98 (91)
- ได้รับยาครบ	82
- ได้ยาไม่ครบ*	7
o ได้ยา penicillin แต่ไม่ครบ	3
o ได้ยา Ceftriazone	2
o ได้ยา Erythromycin	2
ค่ามัยฐานของอายุครรภ์เมื่อได้รับยา (พิสัยระหว่างควอร์ไทล์)	16 (12- 23)
ผลของการตั้งครรภ์	
เกิดมีชีพ	
- คลอดครบกำหนด	79 (76)
- คลอดก่อนกำหนด	12 (12)
แท้ง	5(5)
ทารกตายคลอด**	1(1)
ไม่มีข้อมูล	6 (6)

* ได้ยาไม่ครบคือได้รับยาอื่นที่ไม่ใช่ penicillin หรือได้ยา penicillin แต่น้อยกว่า 30 วันก่อนคลอด

** ทารกตายคลอดคือ ทารกตายตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์จนถึง 4 สัปดาห์หลังคลอด

ข้อมูลจากห้องคลอดพบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ คลอดในโรงพยาบาลที่ศึกษาจำนวน 142,444 คน มีเด็กเกิดมีชีพ 135,106 คน แท้ง 6,803 ราย ตายคลอด 535 ราย มีเด็กทารก 14 รายที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลบวกซิฟิลิส และเข้าได้กับนิยามผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อซิฟิลิส ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.1 ต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน

ในจำนวนนี้มีเพียง 3 รายที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด อย่างไรก็ตามเมื่อใช้นิยามที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิส มีทั้งหมด 14 ราย (ตารางที่ 2) การเปรียบเทียบลักษณะของสามีทุกคน กับสามีของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2: เปรียบเทียบทารกที่สงสัยว่าจะเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด* กับทารกที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด ในโรงพยาบาลที่ศึกษา วันที่ 1 ตุลาคม 2551- 30 กันยายน 2552

	ทารกที่สงสัยว่าเป็นซิฟิลิส แต่กำเนิด* (14 ราย)	ทารกที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิส แต่กำเนิด (14 ราย)
น้ำหนักแรกเกิดมัธยฐาน (กรัม)	2,490	2,850
ค่ามัธยฐานของอายุครรภ์ (สัปดาห์)	38	39
การได้รับยารักษาซิฟิลิส	5 (34%)	13 (93%)
- ได้รับยา Penicillin	5	12
- ไม่มีข้อมูล	-	1
การวินิจฉัย		
- ปกติ	4	11
- มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	1	-
- ไม่มีข้อมูล	9	3

* ตามนิยามของ US Centers for Disease Control and Prevention

ตารางที่ 3: เปรียบเทียบลักษณะสามของหญิงตั้งครรภ์ทุกคน และสามของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส วันที่ 1 ตุลาคม 2551- 30 กันยายน 2552

ลักษณะ	สามของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส จำนวน 103 คน (ร้อยละ)	สามของหญิงตั้งครรภ์ทุกคน จำนวน 152 คน (ร้อยละ)
ค่ามัธยฐานของอายุ (พิสัยระหว่างควอร์ไทล์)	32 (26-36)	31 (26-36)
สัญชาติไทย		
ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิส	64/70 (91)	99/107 (93)
ผลการตรวจยืนยันเป็นบวก	51/72 (71)	72/111(65)
ได้รับยารักษาซิฟิลิส	7/51 (14)	11/72 (15)
	7/7 (100)	9/11 (82)

* ตามนิยามของ US Centers for Disease Control and Prevention

ข้อมูลจากแบบสอบถามแพทย์พบว่า 60 จาก 123 โรงพยาบาล ร้อยละ 49 มีสูตินรีแพทย์ อย่างน้อยหนึ่งคนทุกโรงพยาบาลสามารถตรวจคัดกรองซิฟิลิสได้ และ 85 แห่ง ร้อยละ 58 สามารถตรวจยืนยันการติดเชื้อซิฟิลิสได้ โรงพยาบาลที่ไม่สามารถตรวจยืนยันได้ สามารถส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันได้ที่โรงพยาบาลจังหวัด หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งจะสามารถทราบผลได้ภายในหนึ่งสัปดาห์

โรงพยาบาล 84 แห่ง ร้อยละ 74 มียา penicillin ในโรงพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่มียาสามารถยืมจากโรงพยาบาลอื่น ร้อยละ 74 ใช้อื่น เช่น ceftriazone doxycycline erythromycin ร้อยละ 36 หรือส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ร้อยละ 17

เกณฑ์ในการวินิจฉัยซิฟิลิสจากผลการตรวจคัดกรองโดย แพทย์มีความหลากหลาย กล่าวคือ การวินิจฉัยเมื่อพบ weakly reactive ร้อยละ 35 ไตเตอร์ 1:4 ร้อยละ 24 1:8 ร้อยละ 34 1:16 ร้อยละ 6 และ 1:32 ร้อยละ 1 และจากการตรวจยืนยันคือ weakly re-active ร้อยละ 30 ไตเตอร์ 1:2 ร้อยละ 1 1:4 ร้อยละ 15 1:8 ร้อยละ 12 1:16 ร้อยละ 8 1:80 ร้อยละ 1 และผลบวก ร้อยละ 33

เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีประวัติแพ้ยา Penicillin ประมาณครึ่งหนึ่งของแพทย์จะให้ยาอย่างอื่น ร้อยละ 51 บางส่วนจะส่งหญิงตั้งครรภ์ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ร้อยละ 15

แพทย์ร้อยละ 10 รายงานว่าจะให้ยากับคู่สมรส

ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสโดยไม่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยาที่ให้ส่วนใหญ่คือ Benzathine penicillin ร้อยละ 94 ตามด้วย Erythromycin ร้อยละ 2 Doxycycline ร้อยละ 2 และ Ceftriazone ร้อยละ 2 และแพทย์ร้อยละ 4 จะให้ยากับทารกของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสโดยไม่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยร้อยละ 98

ให้ยา Penicillin มีเพียงร้อยละ 2 ให้ยา Ceftriazone ส่วนการติดตามการรักษาหญิงตั้งครรภ์ สามีและทารกหลังจากการรักษานั้นส่วนใหญ่จะใช้การตรวจเลือด ร้อยละ 90 และการติดตามอาการ ร้อยละ 7 ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบผลที่ได้จากการศึกษากับตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลก

ตารางที่ 4: เปรียบเทียบผลการศึกษานางตั้งครรภ์ สามี และทารกที่เป็นซิฟิลิสกับตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2558

ตัวชี้วัด	เป้าหมายขององค์การอนามัยโลก	ผลการศึกษา
หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิส อย่างน้อย 1 ครั้ง	> 90 %	> 99 %
ความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส	< 1%	0.14%
สัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส ที่ได้รับการรักษา	> 90 %	91% (รักษาครบถ้วนร้อยละ 84)
สัดส่วนสามีของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส ที่ได้รับการรักษา *	> 80 %	100%
ความชุกของซิฟิลิสแต่กำเนิดต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน	< 0.5	0.1 (ทารกสงสัยจะเป็นซิฟิลิส)
สัดส่วนทารกของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส ที่ได้รับการรักษา **	>80%	0.1 (ทารกที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิส) 34% (5/14) (ทารกสงสัยจะเป็นซิฟิลิส) 93% (13/14) ทารกที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิส)

* สัดส่วนของสามีที่มีผลยืนยันซิฟิลิสที่ได้รับการรักษา

** สัดส่วนของทารกที่สงสัยจะเป็นซิฟิลิสและทารกที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิสที่ได้รับการรักษา

ข้อมูลจากการสอบถามผู้เข้าร่วมประชุมพบว่า หญิงตั้งครรภ์ไทยและต่างด้าวที่จดทะเบียนทุกคน จะได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิสในไตรมาสที่หนึ่งและสาม กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์ เจ้าหน้าที่จะเจาะเลือดตรวจก่อนคลอดบุตร พร้อมกับการตรวจเอชไอวี แพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่เคยเห็นแนวทางการรักษาผู้ป่วยซิฟิลิสซึ่งออกโดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เกณฑ์ในการรักษาหญิงตั้งครรภ์มีความแตกต่างกันไปตามแพทย์ผู้ดูแล เช่น บางแห่งให้การรักษาเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีผลบวกต่อการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Non-treponemal test (VDRL, RPR) บางแห่งตรวจ Treponemal test (TPHA, FTA-abs) ยืนยันก่อนให้การรักษา อุปสรรคในการดำเนินงานที่พบบ่อย คือ การติดตามสามีมาตรวจซิฟิลิสได้ลำบาก

เช่นสามีอยู่ต่างจังหวัด สามีปฏิเสธการตรวจ มีคู่นอนมากกว่าหนึ่งคน หญิงตั้งครรภ์บางคนไม่บอกสามี เนื่องจากไม่ต้องการเกิดปัญหาในครอบครัว นอกจากนี้พบว่ามีปัญหาในการติดตามข้อมูลเช่น สามีไปรักษาต่อเองที่แผนกอื่นหรือสถานีนานามัยทำให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลชุมชนพบปัญหาเหล่านี้น้อยกว่าเนื่องจาก มีอาสาสมัครสาธารณสุขช่วยติดตามสามีมาตรวจ

ส่วนของระบบการเก็บข้อมูลโรคซิฟิลิสพบว่า โรงพยาบาลหลายแห่งมีการเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ และผลตรวจการคัดกรองซิฟิลิสอยู่แล้วเพื่อใช้เป็นข้อมูลของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามไม่มีระบบในการส่งต่อข้อมูลนี้มายังหน่วยงานระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีหลายหน่วยงาน

ที่เก็บข้อมูลซิฟิลิสเช่น งานอนามัยแม่และเด็ก งานระบาดวิทยา และงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ยังไม่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลรวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูล นอกจากนี้มีปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการฝากครรภ์และตรวจคัดกรองซิฟิลิส ได้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดสรรงบประมาณให้กับสถานพยาบาลที่มีหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็วกว่า 12 สัปดาห์ จำนวน 500 บาทต่อคน ซึ่งผู้ปฏิบัติพบว่ามีการฝากครรภ์เพิ่มขึ้นซึ่งส่งผลทำให้เพิ่มการคัดกรองซิฟิลิสด้วย

วิจารณ์

ความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส จากการศึกษาที่ค่อนข้างต่ำคือร้อยละ 0.1 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการเฝ้าระวังโรคซิฟิลิสเฉพาะพื้นที่ของสำนักระบาดวิทยา ร้อยละ 0.2⁽⁸⁾ และของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 0.3⁽⁹⁾ อย่างไรก็ตาม ความชุกในการศึกษานี้อาจจะต่ำกว่าความเป็นจริงได้ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์อาจจะไม่ได้มาฝากครรภ์ทุกราย นิยามที่ใช้ในการวินิจฉัยของแพทย์ไม่ตรงกัน ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ในเวชระเบียน หรือเกิดจากผลลบเทียมของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แต่ค่าที่ได้ อาจจะไมต่ำกว่าความเป็นจริงมากนัก เนื่องจากประเทศไทยมีความครอบคลุมในการฝากครรภ์สูง⁽¹⁰⁾ รวมถึงเทคนิคการตรวจคัดกรองซิฟิลิสมีความไวในการตรวจจับสูง⁽¹¹⁾

แม้ว่าความชุกของซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์จะต่ำ แต่จากการศึกษานี้พบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการรักษาร้อยละ 91 โดยได้รับการรักษาครบถ้วนเพียงร้อยละ 84 ซึ่งต่ำกว่าตัวชี้วัดที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก⁽²⁾ สาเหตุอาจเกิดจากการขาดข้อมูลผู้ป่วยเนื่องจากไม่ได้มารับการฝากครรภ์และรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

ความชุกของซิฟิลิสในทารกแรกเกิดที่พบจากการศึกษานี้ค่อนข้างต่ำคือ 0.1 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลที่มาจากรายงานของ สปสช. (รายงานตามแพทย์วินิจฉัยด้วยรหัส ICD10) คือ

0.3 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1000 คน⁽¹²⁾ และต่ำกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก อย่างไรก็ตามความชุกนี้อาจจะไม่สามารถสะท้อนปัญหาของโรคที่แท้จริง เนื่องจากทารกบางรายอาจจะแสดงอาการหลังมีอายุ 2 ปี⁽²⁾ ซึ่งเป็นระยะเวลานานออกการศึกษานี้ และทารกบางรายไม่มีการหาสาเหตุการเสียชีวิตของการแท้งหรือตายคลอด

กรณีการรักษาทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลบวกต่อซิฟิลิส แม้ว่าสัดส่วนของทารกที่ได้รับการรักษากรณีแพทย์วินิจฉัยซิฟิลิสจะสูงถึงร้อยละ 93 แต่สัดส่วนของทารกที่ได้รับการรักษาจากมารดาที่เป็นซิฟิลิสนั้น ค่อนข้างต่ำคือร้อยละ 34 และต่ำกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ร้อยละ 80 สาเหตุน่าจะมาจากการขาดความเข้าใจในการวินิจฉัยและการรักษาซิฟิลิสในเด็กทารกที่น่าจะเป็นซิฟิลิส และไม่ได้ใช้แนวทางการรักษาของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สัดส่วนสามส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสที่ได้รับการรักษาค่อนข้างสูง และอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยองค์การอนามัยโลก และอาจจะสูงกว่าความเป็นจริงเพราะมีสามส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถติดตาม เพื่อมาตรวจได้ ร้อยละ 71 ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิส นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีการติดเชื้อตั้งแต่ครรภ์ก่อน ส่วนหนึ่งยังคงมีผลเลือดเป็นบวกในครรภ์ใหม่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าอาจเกิดจากการติดเชื้อซ้ำจากสามีที่ป่วยเป็นโรค เนื่องจากการไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับเชื้อซ้ำใหม่ ดังนั้นการรักษาสามีจึงเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่จะช่วยป้องกันการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ทารก หรือบุคคลอื่นๆ ในชุมชนได้

สำหรับระบบเฝ้าระวังโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และทารกนั้นยังไม่มีจำเพาะชัดเจน ระบบที่มีอยู่ เช่นระบบเฝ้าระวังโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์เฉพาะพื้นที่ของสำนักระบาดวิทยายังไม่มีการประเมินความครบถ้วนและความไวของระบบเฝ้าระวัง กรมอนามัยยังไม่มีเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสอย่างเป็นระบบ มีเฉพาะงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลที่เก็บ

ข้อมูลเป็นสถิติของโรงพยาบาลเท่านั้น สำหรับระบบการเก็บข้อมูลของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่ามีจำนวนการรายงานน้อยลงเรื่อยๆ ทุกปี⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ ทั้งสามระบบยังไม่มี การติดตามข้อมูลเด็กทารกที่คลอดจากมารดา ที่มีผลตรวจซิฟิลิสเป็นบวก ทำให้การติดตามสถานการณ์ ในกลุ่มทารกทำได้ยากขึ้น ในระดับจังหวัดพบว่า การประสานข้อมูลกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่เป็นระบบ เนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคซิฟิลิสในประเทศไทยไม่สูงมาก (ประมาณ 3 ราย ต่อประชากรแสนคน)⁽¹³⁾ ทำให้มีความตระหนักเรื่องโรคนี้ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขน้อย แพทย์บางส่วนยังไม่เคยเห็นแนวทางการดูแลรักษาหญิง ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส สามมี และทารก ที่จัดทำโดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังนั้นการบรรลุเป้าหมายในการกำจัดซิฟิลิสในประเทศไทย จะเกิดขึ้นได้ต้องมีความร่วมมือกันจากทุกภาคส่วนทั้งในส่วนการดูแลผู้ป่วย และการเฝ้าระวังโรค

การศึกษานี้มีข้อจำกัดได้แก่ อาจมีอคติจากการเลือกตัวอย่างประชากร เนื่องจากการเลือกจังหวัดที่เข้าร่วมในการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งอาจจะทำให้ข้อมูลไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีในระดับประเทศได้ อย่างไรก็ตาม การเลือกพื้นที่ในการศึกษานี้มีการกระจายทั้งจังหวัดที่เป็นจังหวัดใหญ่และจังหวัดอื่นๆ รวมถึงกรุงเทพมหานครเพื่อให้ครอบคลุมลักษณะประชากรของแต่ละภาค นอกจากนี้การรายงานผู้ป่วยซิฟิลิสนั้นน่าจะน้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องมาจากผู้ป่วยไม่แสดงอาการในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา และการไม่ทราบสาเหตุการแท้งและการตายคลอด เนื่องจากซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงคือตายคลอด (ร้อยละ 20)⁽⁸⁾

ข้อเสนอแนะเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการกำจัดซิฟิลิสในประเทศไทย ควรมีการเพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญของโรคนี้ในหมู่บุคลากรทางการแพทย์ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เช่นการจัดการอบรมให้ความรู้กับแพทย์เรื่องการวินิจฉัย และดูแลหญิงตั้งครรภ์

ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ทารก และสามมี โดยเน้นการตรวจคัดกรองซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ให้ได้ตามเกณฑ์ และแจกคู่มือแนวทางการดำเนินการดูแลรักษาผู้ป่วยเมื่อพบหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส รวมถึงสามมีและทารกที่เป็นซิฟิลิส นอกจากนี้ในระดับส่วนกลางควรมีการสนับสนุนการดำเนินการในระบบเฝ้าระวัง โดยอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น สำนักกระบาดวิทยา และสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กรมอนามัย องค์การอนามัยโลก ฯ และส่วนระดับภูมิภาคควรมีการแบ่งปันข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ สามมี และทารก ภายในโรงพยาบาลและภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

สรุป

จากการศึกษาพบว่าประเทศไทยมีความชุกของซิฟิลิสในทารกและหญิงตั้งครรภ์ต่ำ และเมื่อเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลก พบว่าผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลก มีสัดส่วนของการตรวจคัดกรองและการรักษาหญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นซิฟิลิส สามมี และทารก อยู่ในระดับสูง แต่ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์คือ สัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสและได้รับการรักษาครบ รวมถึงทารกที่เป็นซิฟิลิส และได้รับการรักษา

แม้ว่าซิฟิลิสจะเป็นโรคที่ป้องกันและรักษาให้หายได้ แต่อาจทำให้เกิดผลกระทบร้ายแรงได้เช่น แท้งหรือตายคลอดได้ หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง แต่เนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคค่อนข้างต่ำทำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญค่อนข้างน้อย ดังนั้นหากมีการให้ความสนใจและการจัดสรรทรัพยากร ที่เหมาะสมก็จะสามารถ ทำให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายในการกำจัดซิฟิลิสได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ องค์การอนามัยโลก ประจำประเทศไทย นายแพทย์อนุพงศ์ ชิตวรการ แพทย์หญิงนิพรรณพร วรมงคล แพทย์หญิงพัชรา ศิริวงศ์รังสรรค์

แพทย์หญิงสมบุรณ์ เกียรตินันท์ โรงพยาบาล สำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ทุกแห่งที่เข้าร่วมในการศึกษา รวมถึงสำนัก ระบาดวิทยา
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. Varaporn S, Watcharee L, Wiboon K, Meera K, Sunthorn H. Outcome of Maternal Syphilis at Rajavithi Hospital on Offsprings. J Med Assoc Thai 2005; 88(11): 1519-25.
2. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action; [accessed March 1,2011]. Available from URL: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241595858/en/index.html>
3. Data from sentinel surveillance of syphilitic pregnant women, year 2008, Bureau of AIDS TB and STIs ; [accessed March 1,2011]. Available from URL: <http://www.aidsstithai.org/link/sentinel-surveillance>
4. Sexually Transmitted Infections; [accessed May 20, 2011]. Available from URL: <http://dpc9.ddc.moph.go.th/napha9/sti.html>
5. Watson-Jones D. Syphilis in pregnancy in Tanzania. J Infect Dis. 2002 Oct 1; 186(7): 948-57.
6. Wendel GD, Shffield JS, Hollier LM, Hill JB, Hill JB, Ramsey PS, Sanchez PJ. Treatment of syphilis in pregnancy and prevention of congenital syphilis. Clinical Infectious Disease 2002; 35 Suppl 2: S200-9.
7. Centers for disease Control: Congenital syphilis case definition 1996; [accessed March 12, 2011]. Available from URL: http://www.cdc.gov/osels/ph_surveillance/nndss/casedef/syphiliscurrent.htm
8. World Health Organization: The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action; [accessed May 2, 2011]. Available from URL: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241595858/en/index.html>
9. Data of congenital syphilis, fiscal year 2009, Thailand, National Health Security Office (unpublished data).
10. Data of congenital syphilis, fiscal year 2009, Thailand, sentinel surveillance of Bureau of Epidemiology (unpublished data).
11. Data of congenital syphilis, fiscal year 2009, Thailand, Bureau of AIDS TB and STIs (unpublished data).
12. National Statistical Office: Antenatal care coverage; [accessed May 2, 2011]. Available from URL: http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm
13. Annual Epidemiological Surveillance report 2010; [accessed May 20, 2011]. Available from URL: <http://203.157.15.4/Annual/aesr2553/Open.html>