

สตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิส : บทบาทพยาบาล

Syphilis in Pregnancy: Nurse's Roles

ณัฐยา อ่อนผิว* พรรณยุพา เนาว์ศรีสอน พย้อม สินธุศิริ

Nuttaya Onpiw* Panyupa NaoSrisorn Payom Sinthusiri

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย 48000

Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom, Thailand, 48000

บทคัดย่อ

ปัจจุบันแนวโน้มการติดเชื้อซิฟิลิสในสตรีตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น ซึ่งการติดเชื้อซิฟิลิสส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด สามี รวมถึงประเทศชาติ เช่น การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด ทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือตาย คลอด ทารกพิการจากโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด การแพร่กระจายเชื้อสู่สามี สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ ควรให้ความสำคัญและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ตลอดระยะวงจร การมีบุตร ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ ที่ติดเชื้อซิฟิลิส และการตรวจคัดกรองทารกที่เป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด เพื่อลดผลกระทบและความรุนแรงของโรคซิฟิลิสต่อสตรี ตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด สามี และประเทศชาติ

คำสำคัญ : ติดเชื้อซิฟิลิส สตรีตั้งครรภ์ บทบาทพยาบาล

* ผู้แต่งหลัก (Corresponding Author) e-mail: nuttaya828@gmail.com

Abstract

At present, the trend of syphilis infection in pregnancy is increasing. Syphilis infection has impact on pregnant women fetus and newborns, husband and nation such as abortion, preterm labor, dead fetus in utero, congenital syphilis, transmission of the infection to husband and lost the budget for treatment etc. Therefore, midwives should give importance and have knowledge and understanding about the role of midwives in taking care of syphilis in pregnancy throughout the childbirth cycle including pregnancy, delivery and postpartum. To guide nursing care syphilis in pregnancy and screening for newborns with congenital syphilis. For reducing the impact and severity of syphilis on pregnancy fetuses and newborns, husbands and the nation.

Keyword : Syphilis Infection, Pregnancy, Nursing role

บทนำ

ปัจจุบันการติดเชื้อซิฟิลิสในสตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ค.ศ. 2012 – 2016 พบว่า มีสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส จากจำนวน 1,561 ราย เพิ่มสูงขึ้นถึงจำนวน 2,508 ราย คิดเป็นร้อยละ 61¹ สำหรับประเทศไทย พบอัตราความชุกสูงสุดของการติดเชื้อซิฟิลิสในสตรีตั้งครรภ์ชาวไทยและต่างด้าว โดยแบ่งตามจังหวัด ดังนี้ พ.ศ. 2557 พบว่า จังหวัดอุดรธานีมีอัตราความชุกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.27 ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า กรุงเทพมหานคร มีอัตราความชุกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.36 และในปี พ.ศ. 2559 พบว่า กรุงเทพมหานคร มีอัตราความชุกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.55² อีกทั้งยังพบว่า เด็กที่ป่วยด้วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 2 ปี มีจำนวนมากขึ้นทุกปี เห็นได้จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2560 พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส จำนวน 350,000 ราย คลอดทารกที่เป็นซิฟิลิสแต่กำเนิดจำนวน 102,000 ราย³ สำหรับประเทศไทยจากรายงานของ สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่า จำนวนการติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 - 2562 พบผู้ป่วยซิฟิลิสแต่กำเนิด จำนวน 164 ราย จำนวน 296 ราย และจำนวน 486 ราย ตามลำดับ⁴ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ามีสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิสและเด็กที่เป็นซิฟิลิสแต่กำเนิดเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

การติดเชื้อซิฟิลิสในสตรีตั้งครรภ์หากไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลกระทบ ดังนี้ ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ แท้ง⁵ ทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือตายคลอด⁶ เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ^{5,7-8} ผลกระทบต่อทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด ได้แก่ ทารกโตช้าในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนดและคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย^{5,9}

ทารกพิการจากการติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิด^{5,9-10} และส่งผลกระทบทำให้สามี/คู่เพศสัมพันธ์ติดเชื้อซิฟิลิส จากการสัมผัสโดยตรงกับแผลซิฟิลิสบริเวณอวัยวะเพศ ช่องคลอด ทวารหนัก ริมฝีปากและในช่องปาก⁸ รวมถึงส่งผลกระทบต่อประเทศชาติเนื่องจากต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการรักษาโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่มีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ¹⁰ จะเห็นได้ว่า การติดเชื้อซิฟิลิสส่งผลกระทบรุนแรงต่อสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด สามี/คู่เพศสัมพันธ์ รวมถึงส่งผลกระทบต่อประเทศชาติ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลผดุงครรภ์ต้องให้ความสำคัญและมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสครอบคลุมทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เพื่อลดผลกระทบและความรุนแรงของโรคซิฟิลิสต่อสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ และทารกแรกเกิด สามีและประเทศชาติ

การติดเชื้อซิฟิลิส (Syphilis)

หมายถึง โรคติดเชื้อจากแบคทีเรียทรีโพเนมา แพลลิดัม (*Treponema pallidum*) ซึ่งติดต่อผ่านการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ติดเชื้อซิฟิลิส การดำเนินโรคในขั้นต้นจะเริ่มจากมีบาดแผล มักพบบริเวณอวัยวะเพศ บริเวณปากหรือทวารหนัก ซึ่งผู้ป่วยจะไม่รู้สึกเจ็บแผล (Painless sore) หรือเรียกว่า แผลริมแข็ง (Chancre) การแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่นผ่านการสัมผัสบาดแผลกับผิวหนังหรือเยื่อต่างๆ เมื่อเข้าสู่ระยะแฝง จะไม่มีอาการแสดงและตรวจไม่พบรอยโรค เมื่อตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสให้ผลเป็นบวกพร้อมกับมีผลตรวจยืนยันด้วย *Treponemal test* ผิดปกติ^{5,7,10}

สตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิส

หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสเป็นบวกพร้อมกับผลตรวจยืนยันด้วย Treponemal test ผิดปกติ ซึ่งอาจมีอาการแสดงหรือไม่มีอาการแสดงของโรคซิฟิลิส^{5,7,10}

สาเหตุการติดเชื้อซิฟิลิส เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียทรีโพนีมา แพลลิดัม (Treponema pallidum) หลังจากได้รับเชื้อจะเริ่มแสดงอาการภายใน 3-4 สัปดาห์^{5,7-8,10}

การวินิจฉัยระยะของโรค

แบ่งตามลักษณะทางคลินิก ซึ่งภายหลังจากได้รับเชื้อเข้าภายในร่างกายสตรีตั้งครรภ์ จะมีอาการและอาการแสดงดังนี้^{5,7-8,10-11}

1. ซิฟิลิสระยะแรก (Primary syphilis) อาการเด่นที่พบในระยะนี้ คือ แผลริมแข็ง (Chancre) ที่อวัยวะเพศจะมีแผลเดี่ยว ตุ่มแดงแตกออกและขอบแผลแข็งยกนูน อาจตรวจพบต่อมน้ำเหลืองโต ระยะนี้แผลสามารถหายเองได้ใน 3-6 สัปดาห์ ระยะนี้จะมีเชื้อซิฟิลิสในเลือดปริมาณมากส่งผลทำให้ทารกในครรภ์ มีโอกาสติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 70-100

2. ซิฟิลิสระยะที่สอง (Secondary syphilis) เชื้อจะแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ อาการเด่น ที่พบในระยะนี้ คือ ผื่นสีแดงน้ำตาล (Macular rash) กระจายทั่วลำตัว พบได้ร้อยละ 90 มีผื่น (targeted lesion) ที่ฝ่ามือฝ่าเท้า อาจมีผมร่วงเป็นหย่อม ขนคิ้ว ขนตาร่วง ตุ่มนูน (Condyloma lata) ที่บริเวณอวัยวะเพศ มีไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อาการเหล่านี้จะพบ 2-8 สัปดาห์ หลังจากพบแผลริมแข็ง (Chancre) สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสระยะนี้ทารกในครรภ์จะมีโอกาสติดเชื้อร้อยละ 90

3. ซิฟิลิสระยะแฝง (Latent syphilis) ระยะนี้เกิดขึ้นหลังจากติดเชื้อซิฟิลิสระยะแรกและซิฟิลิสระยะที่สองแล้ว ไม่ได้รับการรักษา อาการที่กล่าวมาข้างต้นสามารถหายไปได้เอง และตรวจไม่พบรอยโรค แต่สามารถตรวจพบการติดเชื้อได้จากการตรวจเลือด หากเกิดภายใน 12 เดือนหลังจากมีอาการทางคลินิก เรียกว่า ระยะแฝงช่วงแรก (Early latent) แต่หากนานกว่า 12 เดือน หรือไม่ทราบระยะเวลาที่แน่นอน เรียกว่า ระยะแฝงช่วงหลัง (Late latent) ซึ่งเป็นระยะที่ตรวจพบมากในสตรีตั้งครรภ์ระยะนี้ทารกในครรภ์ จะมีโอกาสติดเชื้อร้อยละ 30

4. ซิฟิลิสระยะที่สาม (Tertiary syphilis) พบได้ประมาณ 40% ของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา เชื้อซิฟิลิสจะ

ค่อยๆทำลายอวัยวะภายในร่างกาย เช่น หัวใจ หลอดเลือด เป็นต้น จะปรากฏอาการหลังรับเชื้อ 5 – 30 ปี หรือนานกว่านั้น ระยะนี้ทารกในครรภ์จะมีโอกาสติดเชื้อร้อยละ 10 กรณีเป็นซิฟิลิสระบบประสาท (Neurosyphilis) จะตรวจพบ CSF ผิดปกติ หรือมีอาการทางระบบประสาท เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เส้นเลือดในสมองตีบ สูญเสียความทรงจำ เป็นต้น

ผลกระทบของเชื้อซิฟิลิสต่อการตั้งครรภ์

หากสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิสไม่ได้รับการรักษา จะส่งผลกระทบดังนี้

1. ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ แท้ง ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสมีโอกาสเกิดการแท้งในไตรมาสที่สองสูงถึงร้อยละ 25⁵ ทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือตายคลอด พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส มีภาวะทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือตายคลอดร้อยละ 5.3⁶ อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ มากขึ้นเนื่องจากมีแผลที่อวัยวะเพศโดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสระยะแรก^{5,7-8}

2. ผลกระทบต่อทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด ได้แก่ ทารกโตช้าในครรภ์ สาเหตุอาจเนื่องมาจากการติดเชื้อทำให้การไหลเวียนเลือดบริเวณรกเพื่อส่งผ่านออกซิเจนสู่ทารกลดลง การคลอดก่อนกำหนดและคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย^{5,9} สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักตัวน้อย พบได้ร้อยละ 13⁵ รวมถึงหากไม่ได้รับการรักษาส่งผลกระทบที่รุนแรง คือ ทารกพิการจากติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิด หากทารกไม่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลา 1 เดือนหลังเกิดจะส่งผลกระทบระยะยาวดังนี้ พัฒนาการของระบบประสาทและสติปัญญาล่าช้า รวมถึงมีปัญหาเกี่ยวกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ^{5,9-10}

3. ผลกระทบต่อสามี/คู่เพศสัมพันธ์ เชื้อซิฟิลิสสามารถติดต่อจากคนสู่คนผ่านการสัมผัสโดยตรงกับแผลซิฟิลิสบริเวณอวัยวะเพศ ภายนอกช่องคลอด ทวารหนักริมฝีปากและในช่องปาก ดังนั้นสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโดยเฉพาะระยะแรก ระยะที่สอง และระยะแฝงช่วงต้น ควรได้รับการประเมินอาการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการและรับการรักษา⁸

4. ผลกระทบต่อประเทศชาติ โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่มีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นในประเทศไทยต้องใช้ทรัพยากรและงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมากเพื่อควบคุมอัตราการเกิดซิฟิลิสแต่กำเนิด¹⁰

โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis)

ซิฟิลิสแต่กำเนิดเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขเนื่องจากส่งผลกระทบต่อความพิการของทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด ความรุนแรงของพยาธิสภาพจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่มารดาติดเชื้อ¹⁰ ความพิการถาวรต่ออวัยวะสำคัญของทารกในครรภ์เชื่อว่าจะเกิดขึ้นภายหลังอายุครรภ์ 16 สัปดาห์¹¹

อาการและอาการแสดงของโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

สามารถแบ่งได้ 2 ระยะ ดังนี้^{5,10,12}

1. โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดระยะแรก (Early congenital syphilis) จะพบอาการและอาการตั้งแต่ แรกเกิดจนถึงอายุ 2 ปี มักแสดงอาการภายใน 5 สัปดาห์หลังเกิด ลักษณะทางคลินิกที่ตรวจพบ คือ ผื่นผิวหนัง อาจเป็นผื่นผิวหนัง ตุ่มน้ำ รอยโรคที่เยื่อ mucous ทำให้น้ำมูกใสหรือมี snuffles การอักเสบของกระดูกอ่อน เยื่อหุ้มกระดูกอ่อน ตับม้ามโต และอักเสบ ฝ่ามือฝ่าเท้าลอกเป็นมันวาว เลี้ยงไม่โต

2. โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดระยะหลัง (Late congenital syphilis) พบอาการและอาการแสดง หลังอายุ 2 ปีและมักเป็นพยาธิสภาพที่คงอยู่ถาวร ลักษณะทางคลินิกที่ตรวจพบ คือ จอตาอักเสบ หูหนวก มีน้ำในข้อเข่าทั้งสองข้างแต่ไม่ปวด (Clutton's joints) พัฒนาการของฟันผิดปกติ เช่น ฟันรูปหมุด ฟันหน้าบุ่มตรงกลางคล้ายขอบเลื่อย (Hutchinson's teeth) ขากรไกรล่างนูนเด่น เป็นต้น ไม่มีดั้งจมูก กระดูกหน้าผากนูน กระดูกหน้าแข้งโก่งมาด้านหน้า มีอาการของซิฟิลิสระบบประสาท

การวินิจฉัยโรคซิฟิลิส

การวินิจฉัยการติดเชื้อซิฟิลิสทางห้องปฏิบัติการสามารถตรวจได้ 2 รูปแบบ คือ การตรวจหาเชื้อโดยตรง และการตรวจหาแอนติบอดีต่อซิฟิลิส^{3,5,7,10}

1. การตรวจหาเชื้อโดยตรง คือการนำสิ่งส่งตรวจที่ได้มาจากรอยโรค เนื้อเยื่อ หรือสิ่งคัดหลั่ง มาตรวจด้วยวิธีการ ดังนี้ Dark field microscopy เป็นการตรวจหาเชื้อ Treponema pallidum โดยสังเกตลักษณะรูปร่าง และการเคลื่อนที่ของเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ชนิด Dark field การตรวจ Direct fluorescent antibody test และ Polymerase chain reaction (PCR)

2. การตรวจหาแอนติบอดีต่อซิฟิลิส สามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1 การตรวจชนิดไม่เฉพาะ (Non-treponemal test) ได้แก่ การตรวจ Venereal Diseases Research Laboratory Test หรือการตรวจ Rapid Plasma Reagins Test โดยการตรวจ VDRL แผลผล ดังนี้ Reactive (ผลบวก/เป็นซิฟิลิส) และ Nonreactive (ผลลบ/ไม่เป็นซิฟิลิส) หรือรายงานระดับของแอนติบอดีจะรายงานผลเป็นผลบวก 1:2, 1:4, 1:8, 1:16, 1:32 เป็นต้น มีประโยชน์ในการติดตามผลการรักษา

2.2 การตรวจชนิดเฉพาะ (Treponemal test) เป็นวิธีที่มีความแม่นยำสูง มีประโยชน์มากในการยืนยันการวินิจฉัยโรคซิฟิลิสกรณีมีอาการแสดงของโรคไม่ชัดเจน เช่น ซิฟิลิสระยะแฝง ซิฟิลิสระบบประสาท โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด เป็นต้น ได้แก่ การตรวจ Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Tests หรือการตรวจ Treponema Pallidum Hemagglutination Assay เป็นการส่งตรวจซีรั่ม พลาสมา น้ำไขสันหลัง การแปลผล Reactive (เป็นซิฟิลิส) และ Nonreactive (ไม่เป็นซิฟิลิส)

การรักษาโรคซิฟิลิส

แนวปฏิบัติการรักษาซิฟิลิสในสตรีตั้งครรภ์ขององค์การอนามัยโลก³ และตามแนวทางระดับชาติเรื่องการจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย¹⁰ แบ่งการรักษาซิฟิลิสในสตรีตั้งครรภ์ ออกเป็นแต่ละระยะดังนี้

1. การรักษาซิฟิลิสระยะแรก (Early syphilis) ได้แก่ ซิฟิลิสระยะแรก ระยะที่สอง และระยะแฝงช่วงแรก แพทย์จะให้ยา Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต (MU) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อเพียงครั้งเดียว

2. การรักษาซิฟิลิสระยะหลัง (Late syphilis) ได้แก่ ซิฟิลิสระยะแฝงช่วงหลัง และซิฟิลิสระยะที่สามแพทย์จะให้ยา Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต (MU) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สัปดาห์ละครั้งเป็นเวลา 3 สัปดาห์

3. การรักษาซิฟิลิสระบบประสาท (Neurosyphilis) มีความแตกต่างจากการรักษาซิฟิลิสระยะหลังประเภทอื่น โดยแพทย์จะให้ Aqueous crystalline penicillin G 12 – 24 ล้านยูนิต (MU) ฉีดทางหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง นาน 14 วัน กรณีแพ้ยา Benzathine penicillin พิจารณาเลือกใช้ยา ดังนี้ ซิฟิลิสระยะแรก (Early syphilis) Erythromycin base (ยกเว้น estolate) 500 mg ๑ qid เป็นเวลา 14 วัน

หรือ Ceftriaxone 1-2 กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือทางหลอดเลือดดำ เป็นเวลา 10-14 วัน ซิฟิลิสระยะหลัง (Late syphilis) Erythromycin base (ยี่ห้อ estolate) 500 mg $\bullet$ qid เป็นเวลา 28 - 30 วัน หรือ Ceftriaxone 2 กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือทางหลอดเลือดดำ เป็นเวลา 10-14 วัน ประสิทธิภาพของการรักษาขึ้นอยู่กับระยะของโรคและอายุครรภ์ขณะที่ทำการรักษา โดยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อระยะแรก ระยะแฝงช่วงหลัง ระยะที่สาม ประสิทธิภาพในการรักษา ร้อยละ 100 สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อระยะที่สอง ระยะแฝงช่วงแรก ประสิทธิภาพในการรักษา ร้อยละ 95 และหากเริ่มรักษาเมื่ออายุครรภ์ก่อน 18-20 สัปดาห์ พบว่าประสิทธิภาพในการรักษา ร้อยละ 100¹³

ปฏิกิริยาจาริช-เฮิร์ชไฮเมอร์ (Jarisch-Herxheimer Reaction)

ภายหลังจากได้รับยาอาจพบปฏิกิริยาจาริช-เฮิร์ชไฮเมอร์ ในวันแรกของการรักษาอาจมีอาการที่ส่งผลการตั้งครรภ์ เช่น มดลูกหดตัวถี่ ทารกดิ้นน้อยลง อัตราการเต้นของหัวใจทารกลดลง เป็นต้น⁵ รวมถึงอาการแสดงอื่นๆ เช่น มีไข้ หนาวสั่น คลื่นไส้ ปวดเมื่อยบริเวณกล้ามเนื้อและข้อกระดูก ปวดศีรษะ เป็นต้น โดยอาการเหล่านี้จะหายไปเองภายใน 1-2 วัน ภายหลังแสดงอาการ^{8,10} มีการศึกษาเกี่ยวกับการเกิดปฏิกิริยาจาริช-เฮิร์ชไฮเมอร์ ในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสภายหลังได้รับการรักษา พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีมดลูกหดตัวถี่ ร้อยละ 67 ทารกดิ้นน้อยลง ร้อยละ 67 และอัตราการเต้นของหัวใจทารกลดลง ร้อยละ 50⁵ ดังนั้นจึงควรเฝ้าระวังอาการผิดปกติเหล่านี้ภายหลังจากสตรีตั้งครรภ์ได้รับการรักษา บทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ผู้เขียนได้รวบรวมบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิสโดยประยุกต์ จากมาตรฐานเชิงกระบวนการ หมวดที่ 2 การปฏิบัติการผดุงครรภ์ (Midwifery Practices) ซึ่งกำหนดไว้ในประกาศของสภาการพยาบาล เรื่องมาตรฐานการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2562¹⁴ ที่ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยสืบค้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้พยาบาลผดุงครรภ์สามารถให้การพยาบาลตามมาตรฐานของการผดุงครรภ์ ดังนี้

การพยาบาลระยะตั้งครรภ์

พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในการประเมิน วางแผน และติดตามภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส¹⁴ โดยสามารถให้การพยาบาลดังนี้

1. ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสแก่สตรีตั้งครรภ์และสามี ก่อนตรวจคัดกรองซิฟิลิส โดยอธิบายความสำคัญของการตรวจและวิธีการตรวจ ความสำคัญของการตรวจคัดกรองเป็นคู่ (ชวนสามี/คู่เพศสัมพันธ์มาตรวจ) อธิบายประโยชน์ของสตรีตั้งครรภ์และบุตรในการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส และอธิบายกรณีผลตรวจคัดกรองเป็นบวกต้องมีการตรวจซ้ำเพื่อยืนยัน^{3,5,10,15}

2. คัดกรองโรคซิฟิลิสในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก โดยการซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อซิฟิลิส และตรวจร่างกายเพื่อดูอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อซิฟิลิส และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัจจุบันยังนิยมใช้การตรวจคัดกรองด้วยวิธี Non-treponemal test (RPR หรือ VDRL) เนื่องจากทราบผลการตรวจเร็วที่สุด^{3,10-11}

3. นัดฟังผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยแบ่งเป็น 2 กรณี ดังนี้^{3,5,10}

- 3.1 ให้คำปรึกษากรณีผลการตรวจคัดกรองซิฟิลิสเป็นลบ แจ้งสตรีตั้งครรภ์ว่าจะมีการตรวจคัดกรองซ้ำเมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ สำหรับการมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างตั้งครรภ์ควรมีการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ หากสามี/คู่เพศสัมพันธ์ไม่ได้มาด้วยขณะมาฝากครรภ์ครั้งแรกให้ชวนสามี/คู่เพศสัมพันธ์มาตรวจคัดกรองด้วยในการตรวจซิฟิลิสครั้งต่อไป และเน้นการตรวจอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น เอดส์ หนองใน เป็นต้น

- 3.2 ให้คำปรึกษากรณีผลการตรวจคัดกรองซิฟิลิสเป็นบวก อธิบายให้สตรีตั้งครรภ์ทำความเข้าใจเรื่องการตรวจโรคซิฟิลิส และอธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องตรวจซ้ำด้วยวิธี Treponema test กรณีผลตรวจคัดกรองเป็นบวกทำความเข้าใจกับสตรีตั้งครรภ์และสามีเพื่อป้องกันการเข้าใจผิดระหว่างสตรีตั้งครรภ์และสามี แนะนำให้ชวนสามี/คู่เพศสัมพันธ์มาตรวจกรณีที่สามี/คู่เพศสัมพันธ์ไม่ได้มาด้วย และอธิบายความสำคัญของการชวนสามี/คู่เพศสัมพันธ์มาตรวจเพื่อทำการรักษาต่อไป แนะนำไม่ให้ใช้เครื่องใช้ร่วมกัน

- 3.3 ภายหลังจากตรวจซ้ำ นัดฟังผลตรวจ กรณีสตรีตั้งครรภ์มีผลการตรวจยืนยันซิฟิลิสเป็นบวก พยาบาลทำการประเมินสภาพจิตใจก่อนแจ้งผลการตรวจยืนยัน และ

ทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซิฟิลิสเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความพร้อมที่จะทราบผลตรวจ ทำการแจ้งผลการตรวจยืนยันและอธิบายให้สตรีตั้งครรภ์ทราบว่าซิฟิลิสสามารถรักษาให้หายได้ รวมถึงอธิบายวิธีการรักษา อาการข้างเคียงของยา และการปฏิบัติตัวขณะรักษารวมถึงผลกระทบของโรคซิฟิลิสที่ส่งผลกระทบต่อบุตร หากสามี/คู่เพศสัมพันธ์ไม่ได้มาตรวจแนะนำให้ชวนสามี/คู่เพศสัมพันธ์มาตรวจ หากมาตรวจด้วยแล้วพบว่าผลเลือดแตกต่างกัน ควรให้คำปรึกษาแยกและสอบถามความยินยอมของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับการแจ้งผลการตรวจให้แก่อีกสามี/คู่เพศสัมพันธ์หรือคนในครอบครัวรับทราบ และกรณีผลเลือดแตกต่างกัน แนะนำเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ซึ่งป้องกันการใช้ถุงยางอนามัยหรืองดการมีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธ์

4. ให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องแก่สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ติดตามประเมินสภาพจิตใจ สัมพันธ์ภาพกับสามี/คู่เพศสัมพันธ์ทุกครั้งเมื่อมาฝากครรภ์และติดตามการรักษา โดยสอบถามอาการข้างเคียงจากได้รับการรักษา ติดตามผลการรักษาของแพทย์ และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์และสามีระหว่างการรักษาและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาจส่งต่อให้ติดตามโดยแผนกเวชกรรมสังคม ซึ่งมีหลายช่องทางในการติดต่อ เช่น โทรศัพท์ จดหมาย เยี่ยมบ้าน เป็นต้น

5. ตรวจครรภ์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหรือความเสี่ยงที่พบบ่อยในทารก เช่น ทารกบวม น้ำ ทารกดับและม้ามโต ทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือตายคลอด ทารกโตช้าในครรภ์ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น^{5,7} ดูแลส่งต่อสตรีตั้งครรภ์พบแพทย์เพื่ออัลตราซาวด์ ดูความผิดปกติของทารกจากโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิสหลังอายุครรภ์ 16-20 สัปดาห์⁵ รวมทั้งหากสตรีตั้งครรภ์ให้ประวัติว่าทารกดิ้นน้อยลง ตรวจพบเสียงหัวใจทารกผิดปกติหรือการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ (Non stress test) ผิดปกติ ส่งพบแพทย์เพื่อทำการวินิจฉัยต่อไป

6. ให้คำแนะนำสตรีตั้งครรภ์ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและทารกในครรภ์ได้ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ได้แก่ ผลกระทบของการติดเชื้อซิฟิลิสต่อมารดา โดยเชื้อซิฟิลิสอาจทำให้การดำเนินโรครุนแรงจนเกิดซิฟิลิสระบบประสาทได้หากไม่ได้รับการรักษา และอธิบายการแพร่กระจายเชื้อซิฟิลิสสู่ทารก รวมถึงผลกระทบ

ของโรคที่อาจส่งผลกระทบต่อทารก และอธิบายการแพร่กระจายเชื้อซิฟิลิสสู่บุคคลอื่น เช่น การมีเพศสัมพันธ์ การสัมผัสทางผิวหนัง การได้รับเลือด เป็นต้น

7. นัดสตรีตั้งครรภ์เพื่อติดตามผลภายหลังจากการได้รับการรักษา โดยติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการรักษาของแพทย์ และปฏิกิริยาภายหลังได้รับยา คือ จาโรซ-เฮิร์กไซเมอร์ ควรแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและรีบมาพบแพทย์ รวมถึงประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศ

การพยาบาลระยะคลอด

พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทดูแลในระยะระลอกคลอด โดยคัดกรองความเสี่ยง ประเมินสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ ประเมินสภาพดูแลผู้คลอดและทารกในระหว่างการคลอด ดูแลทำคลอดอย่างปลอดภัยและดูแลหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม¹⁴ โดยสามารถให้การพยาบาลดังนี้

1. การประเมินมารดาคลอดแรกรับ แบ่งเป็น 2 กรณี ดังนี้

1.1 กรณีมารดาคลอดไม่มีผลตรวจซิฟิลิส ส่วนใหญ่จะพบในสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์ มาฝากครรภ์ช้า ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และมักเป็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น^{5,16} สตรีตั้งครรภ์มีประวัติเสี่ยงในการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ สตรีตั้งครรภ์ไม่ได้ตรวจซิฟิลิสหลังอายุครรภ์ 26 สัปดาห์⁵ ระยะแรกเริ่ม ชักประวัติ ตรวจร่างกายดูลักษณะรอยโรคบริเวณอวัยวะเพศที่อาจส่งผลต่อวิธีการคลอด และตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หากผลตรวจผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อทำการวินิจฉัย ประเมินสภาพทารกในครรภ์เพื่อเตรียมทีมในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดเมื่อแพทย์วินิจฉัยและทราบระยะของซิฟิลิส ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์

1.2 กรณีมารดาคลอดติดเชื้อซิฟิลิสมาตลอด ชักประวัติเกี่ยวกับการได้รับยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา และประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์เพื่อวางแผนการดูแลในระยะระลอกคลอด เช่น ทารกเกิดความพิการ ทารกคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น⁵ เพื่อเตรียมทีมในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด รวมถึงตรวจร่างกายดูลักษณะรอยโรคบริเวณอวัยวะเพศที่อาจส่งผลต่อวิธีการคลอด

2. ดูแลให้การพยาบาลผู้คลอดตามมาตรฐานเพื่อให้ดำเนินการคลอดเป็นไปตามปกติ ได้แก่ การประเมินความ

ก้าวหน้าของการคลอด การประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่องเพราะทารกที่มารดาติดเชื้อซิฟิลิสมีโอกาสเกิดภาวะทารกตายในครรภ์สูง⁵ การใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวดจากการคลอด การดูแลความสุขสบายทั่วไป การส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด และการสังเกตอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะคลอด¹⁹

3. ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยใช้หลัก Universal precaution ระมัดระวังสิ่งคัดหลั่งหรือเลือด กระเด็นเข้าตา ปาก หรือบาดแผล โดยการล้างมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเองทุกครั้งขณะทำหัตถการ เช่น การเจาะเลือด การตรวจภายใน การทำคลอด เป็นต้น โดยอุปกรณ์ป้องกันที่ต้องสวมใส่ขณะทำคลอด เช่น หมวก แว่นตา กระบังป้องกันใบหน้า ผ้าปิดปาก ถุงมือปราศจากเชื้อ ผ้ากันเปื้อน เสื้อคลุมรองเท้าบูท เป็นต้น^{17,19}

4. การพิจารณาวิธีการคลอด การติดเชื้อซิฟิลิสไม่ได้เป็นข้อบ่งชี้ในการช่วยคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ ยกเว้นกรณีผู้คลอดมีรอยโรคแผลริมแข็งบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์⁹ เมื่อปากมดลูกเปิดหมดหรือมีข้อบ่งชี้ในการช่วยคลอด ดูแลย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอดซึ่งเป็นห้องแยกสำหรับผู้คลอดติดเชื้อ และดูแลทำคลอดปกติตามมาตรฐานโดยยึดหลักป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

5. การตรวจรก รกของผู้คลอดที่ติดเชื้อซิฟิลิสจะมีลักษณะใหญ่ ชีดและบวม น้ำ ควรตรวจรกให้ละเอียดเนื่องจากอาจมีเศษชิ้นส่วนของรกตกค้างในโพรงมดลูกส่งผลให้ผู้คลอดตกเลือดหลังคลอดได้ และแพทย์อาจพิจารณาส่งตรวจทางพยาธิวิทยา (Histopathology) ทั้งรกและสายสะดือในทารกที่คลอดจากมารดาที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อซิฟิลิสทุกราย (Strongly recommend) จะพบเชื้อซิฟิลิส⁵

6. การดูแลทารกแรกเกิด ให้การพยาบาลทารกแรกเกิดทันทีตามมาตรฐาน แต่ใช้ความระมัดระวังขณะให้การพยาบาลทารก โดยใช้อุปกรณ์ป้องกัน เช่น ผ้าปิดปาก ถุงมือปราศจากเชื้อ ผ้ากันเปื้อน เป็นต้น รวมถึงเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อซิฟิลิส โดยการตรวจร่างกายทารกที่ติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิด มักตรวจพบอาการและอาการแสดงดังต่อไปนี้ ลักษณะทางคลินิกที่ตรวจพบ เช่น ผื่นผิวหนัง อาจเป็นผื่นผิวหนัง ตุ่มน้ำ ผื่นหนังลอกเป็นมันวาว ฝ่าเท้าลอกผิดปกติ รอยโรคที่เยื่อ mucous ทำให้น้ำมูกใส ตับม้ามโต เป็นต้น^{5,10,12} เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนย้ายทารกไปรักษาตัวที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดหรือหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

การพยาบาลระยะหลังคลอด

พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในการประเมินภาวะสุขภาพมารดาหลังคลอดและให้การดูแลอย่างเหมาะสมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอด วางแผนครอบครัว ประเมินและดูแลสุขภาพทารกแรกเกิด ประเมินภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก รวมถึงจัดการเบื้องต้นและส่งต่ออย่างเหมาะสม¹⁴ โดยสามารถให้การพยาบาลดังนี้

1. ให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดทั่วไป การประเมินภาวะสุขภาพของมารดาโดยใช้หลัก 13B การส่งเสริมการปฏิบัติตัวหลังคลอด เช่น การคลึงมดลูก การดูแลสุขวิทยา การดูแลแผลฝีเย็บ การรับประทานอาหาร การบริหารร่างกายหลังคลอด ภาวะทางจิตสังคม รวมถึงการปรับบทบาทในการเป็นมารดา เป็นต้น¹⁹

2. ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่น โดยอาจให้มารดาแยกจากมารดาหลังคลอดและทารกคนอื่น และแยกอุปกรณ์เครื่องใช้หลังคลอดที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่น เช่น เสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน หมอนอน หอน้ำ ถังขยะติดเชื้อ เป็นต้น¹⁷

3. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ติดเชื้อซิฟิลิส สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการติดเชื้อ *Treponema pallidum* ผ่านทางน้ำนม แต่ควรดื่มนมแม่กรณีที่มารดามีรอยโรค เช่น แผลริมแข็ง (Chancre) บริเวณเต้านมหรือรักแร้ หรือมีหัวนมถลอก หัวนมแตก เต้านมอักเสบ เป็นต้น เพราะจะทำให้ทารกติดเชื้อซิฟิลิส⁵ ดังนั้นพยาบาลควรสอนมารดาในการจัดทำหีบมบุตรและสอนการอมหัวนมอย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันไม่ให้หัวนมถลอก หัวนมแตก หัวนมมีเลือดออก ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อสู่ทารก

4. แนะนำการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับมารดาหลังคลอดและสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์¹⁹ เพื่อเว้นระยะการมีบุตรให้มารดาและสามีได้รับการรักษาจนหาย แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

5. แนะนำการมาตรวจตามนัด และติดตามผลการรักษา กรณีที่มารดาหลังคลอดได้รับการวินิจฉัยว่า มีการติดเชื้อซิฟิลิสตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ จะมีการนัดติดตามตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรักษาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ กรณีมารดาหลังคลอดที่เพิ่งตรวจพบว่ามีอาการติดเชื้อซิฟิลิสเมื่อมาคลอด จะมีเกณฑ์ในการติดตามภายหลังการรักษา ดังนี้¹⁰

5.1 ซิฟิลิสระยะแรก (Early syphilis) นัดครั้งที่ 1 นัด 7 วัน หลังจากวันที่ได้รับการรักษาด้วย Benzathine penicillin ในรายที่รักษาด้วย Erythromycin base นัดติดตาม 14 วัน นัดครั้งที่ 2, 3, 4 คือ 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน หลังจากวันที่ได้รับการรักษาครบ โดยจะมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ เช่น หนองใน หนองในเทียม เอชส์ เป็นต้น ตรวจหาลักษณะรอยโรคที่บ่งบอกว่าติดเชื้อใหม่หรือติดเชื้อซ้ำ ดู titer ของผลตรวจ RPR/VDRL นัดครั้งต่อไป เดือนที่ 6 หลังจากได้รับการรักษาครบเพื่อดู titer ของผลตรวจ RPR/VDRL หลังจากนั้นนัดเพื่อตรวจติดตามผล RPR/VDRL ในเดือนที่ 9, 12, 18, และ 24 ตามลำดับ

5.2 ซิฟิลิสระยะหลัง (Late syphilis) นัดครั้งที่ 1 คือ 7 วันหลังจากได้รับการรักษาเพื่อฉีดยาครั้งที่ 2 รวมทั้งกรณีที่ไช่ยากิน พร้อมสอบถามเกี่ยวกับปฏิกิริยาภายหลังได้รับยาจาริช-เฮิร์กไซเมอร์ และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ นัดครั้งที่ 2 คือ 14 วันหลังจากที่ได้รับการรักษาเพื่อฉีดยาครั้งที่ 3 (หรือนัด 30 วัน ในกรณีที่ไช่ยากิน) ตรวจสอบความครบถ้วนของการกินยากรณีไช่ยากิน นัดครั้งที่ 3, 4, 5 คือ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือนหลังจากวันที่ได้รับการรักษาครบ เพื่อดู titer ของผลตรวจ RPR/VDRL นัดครั้งต่อไป คือ เดือนที่ 6 หลังจากวันที่ได้รับการรักษาครบเพื่อดู titer ของผลตรวจ RPR/VDRL และตรวจติดตามผลตรวจ RPR/VDRL ในเดือนที่ 9, 12, 18, และ 24 ตามลำดับ¹⁰ มีการศึกษาติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อดู titer ภายหลังได้รับการรักษาในเดือนที่ 1, 3, 6, 12 และ 24 พบว่า ระดับ titer ลดลงในเดือนที่ 6 และพบผลปกติ (Nonreactive) ในเดือนที่ 12 และ 24 ภายหลังการรักษา¹³

5.3 การรักษาสามี/คู่เพศสัมพันธ์ สตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิส ควรให้สามี/คู่เพศสัมพันธ์เข้ารับการตรวจและรักษาพร้อมกัน

การคัดกรองและการรักษาทารกที่ติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิด

1. แยกทารกที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิดขณะอยู่ในโรงพยาบาล ให้การพยาบาลโดยใช้หลักป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในการดูแลรักษาทารกที่เป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด และต้องสวมถุงมือเมื่อสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง รวมทั้งรอยโรคที่ผิวหนังของทารก จนกว่าจะรักษาครบ 24 ชั่วโมง หากสัมผัสสารคัดหลั่งของทารกโดยตรงก่อนเริ่มการรักษาครบ 24 ชั่วโมง ควรเฝ้าติดตามความผิดปกติของ

ผิวหนังบริเวณที่สัมผัสเป็นระยะเวลา 2-3 สัปดาห์ และควรตรวจหาแอนติบอดีต่อซิฟิลิส ภายหลังการสัมผัส และติดตามตรวจซ้ำอีก 3 เดือนต่อมาหรือเมื่อตรวจพบความผิดปกติ^{10,18}

2. การประเมินทารกและการรักษาสำหรับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในช่วงอายุ 1 เดือนแรก ทารกทุกรายที่มารดาติดเชื้อซิฟิลิส ต้องได้รับการประเมินโดยละเอียด และส่งตรวจ non-treponemal test (RPR/VDRL titer) หากผลตรวจ RPR/VDRL titer ในทารกมีค่าอย่างน้อย 4 เท่าสูงกว่ามารดา เช่น VDRL titer ของมารดา 1:16 ของทารก 1:64 เป็นต้น แพทย์จะวินิจฉัยเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด สำหรับการตรวจ treponemal test เชื้อซิฟิลิสสามารถผ่านทางรก และจะให้ผลบวกจนทารกอายุ 15 เดือนแม้จะได้รับการรักษา หาก treponemal test ให้ผลบวกหลังทารกอายุ 18 เดือน จะสามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด^{10,18}

แนวทางการรักษา ให้ Aqueous penicillin G 50,000 U/kg ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง ในทารกที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน และให้ทุก 8 ชั่วโมงในทารกที่อายุมากกว่า 7 วัน นาน 10 วัน หรือ Procaine penicillin G 50,000 U/kg เข้ากล้ามเนื้อ วันละ 1 ครั้ง นาน 10 วัน หากขาดยานานเกิน 24 ชั่วโมงให้เริ่มรักษาใหม่ เนื่องจากไม่มีข้อมูลสนับสนุนการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดอื่นในการรักษาโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ดังนั้นจึงแนะนำให้ยา penicillin 10 วัน ร่วมกับยาปฏิชีวนะชนิดอื่น^{10,18}

สรุป

การติดเชื้อซิฟิลิสในสตรีตั้งครรภ์เป็นปัญหาสำคัญที่มีแนวโน้มจะกลับมาแพร่ระบาดเพิ่มมากขึ้น เมื่อสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิสจะส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และทารกแรกเกิดสามี/คู่เพศสัมพันธ์ รวมถึงส่งผลกระทบต่อประเทศชาติ ซึ่งเชื้อซิฟิลิสสามารถถ่ายทอดสู่ทารกในครรภ์ได้ทุกระยะของการตั้งครรภ์โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสในระยะแรกมีโอกาสที่ทารกในครรภ์จะเกิดภาวะพิการแต่กำเนิดและเสียชีวิตสูง พยาบาลผดุงครรภ์จึงควรให้ความสำคัญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยมีบทบาทในการประเมินสภาพให้การดูแลและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อเกิดการติดเชื้อซิฟิลิส ติดตามสตรีตั้งครรภ์สามี/คู่เพศสัมพันธ์ให้มาตรวจตามนัดเพื่อให้ได้รับการรักษาและดูแลในระยะคลอดต่อเนื่องไปจนถึงระยะหลังคลอด

จนสามารถตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อเพื่อกำจัดซิฟิลิสแต่กำเนิด ทำให้ลดผลกระทบและความรุนแรงของโรคซิฟิลิสต่อสตรีตั้งครรภ์ทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด บุคคลในครอบครัว รวมถึงประเทศชาติ

References

1. Trivedi S, Williams C, Torrone E, Kidd S. National trends and reported risk factors among pregnant women with syphilis in the United States, 2012-2016. *Obstet Gynecol.* 2019; 133(1):27-32.
2. Lolekha R, Chareonwatanachokchai A, editors. Ending the transmission of syphilis from mother to child in Thailand challenges and next steps. Guidelines for the operation to end the transmission of HIV infection, Syphilis and Hepatitis virus from mother to child; 2016 Dec 6-7; Bangkok. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2017. (in Thai).
3. World Health Organization. WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. Geneva: Switzerland; 2017.
4. Center of Epidemiological Information Bureau of Epidemiology Thailand. National disease surveillance (Report 506) syphilis. Nonthaburi: Bureau of Epidemiology; 2019. Contract No. 37. Sponsored by Center of Epidemiological Information, Bureau of Epidemiology, Ministry of Public Health. (in Thai).
5. Queensland Clinical Guideline. Syphilis in pregnancy. Queensland: Department of Health Queensland; 2018.
6. 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.* 2018; 27(2):100-108.
7. Cunningham GF, Leveno JK, Bloom LS, Dashe SJ, Hoffman LB, Casey MB, Spong YC. Williams Obstetrics (25th ed.). New York: McGraw-Hill; 2018.
8. Munsakul W. Syphilis and HIV Infection. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine* 2016;60(2):147-158. (in Thai).
9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Clinical guideline management of Syphilis in pregnancy. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2018. Contract No.10083. Sponsored by Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
10. Chareonwatanachokchai A, Rojanapittayakorn W, editors. National guideline on the management for the elimination of congenital syphilis in Thailand 2015. Bangkok: Aksorn graphic and design; 2015. (in Thai).
11. Chayachinda C, Thamkhantho M, Charoenwatanachokchai A. Elimination of congenital Syphilis in Thailand: What can be done during antenatal period?. *Thai J Obstet Gynaecol.* 2016;24(2):66-72.
12. Medforth J, Ball L, Walker A, Battersby S, Stables S. Oxford Handbook of Midwifery (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press; 2017.
13. Michael E, Tsimis M, Jeanne S. Sheffield update on Syphilis and pregnancy. *Birth Defects Research.* 2017;109:347-352.
14. Thailand Nursing and Midwifery Council. Nursing and Midwifery Council Announcement. Midwifery Standard 2019. Government Gazette 136, 97 (Dated 18 April 2019). (in Thai).
15. Boonyakiat S, Chareonpong S. Nursing role and screening about infection disease in pregnant women. *Kuakarun Journal of Nursing.* 2016; 23(1):163-177. (in Thai).

16. Panchalee T, Chayachinda C, Panyakat W, Chen MY, Quinones-Garcia VZ, Pernsoongnern P. Characteristics and neonatal outcomes of teenage pregnant women diagnosed with Syphilis at Siriraj Hospital. SMJ 2018;70(4): 298-301.
17. Malatham K, Thongrungrueang Y. A Practical guide prevention and control of hospital infections (2nd ed.). Bangkok: Aksorn graphic and design; 2018. (in Thai)
18. Chokphaibunkit K, Saengthaweesin W, Preeyaphongsamart W, Santarattiwong P, Lolekha R, editors. Guidelines for taking care of babies born from maternal Syphilis and Congenital Syphilis. Guidelines for the operation to end the transmission of HIV infection, Syphilis and Hepatitis virus from mother to child; 2016 Dec 6-7; Bangkok. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2017. (in Thai)
19. Srisawad K, Sangaroon P. The Role of nurses in taking care of pregnant women being active Hepatitis B Virus carriers. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;20(3), 1-7. (in Thai)