นิพนธ์ต้นฉบับ Original Article

# การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 ภายใต้ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 มิติ

# EPIDEMIOLOGY OF CONGENITAL SYPHILIS UNDER THE FIVE DIMENSIONS OF THE DISEASE AND HEALTH HAZARD SURVEILLANCE SYSTEM IN THAILAND, 2019

สามารถ พันธ์เพชร Samart Punpetch
จิราวรรณ สว่างสุข Jirawan Sawangsuk
นิรมล ปัญสุวรรณ Niramon Pansuwan
รสพร กิตติเยาวมาลย์ Rossaporn Kittiyaowamarn
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ Division of AIDS and STIs,
กรมควบคุมโรค Department of Disease Control

DOI: 10.14456/taj.2022.11
Received: 27/04/2022
Revised: 14/05/2022
Accepted: 30/05/2022

## บทคัดย่อ

ประเทศไทยได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการจากองค์การอนามัยโลก ว่าสามารถยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกได้สำเร็จในปี พ.ศ. 2559 และได้ดำเนินการต่อเนื่องถึงปัจจุบันเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการติดตามและวางแผนป้องกันควบคุมโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดของประเทศไทยในอนาคต การศึกษาในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายรูปแบบการกระจายของการเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบเฝ้าระวังโรคและระบบรายงานที่เกี่ยวข้องภายใต้ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 มิติ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ อัตรา ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย เป็นต้น และประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในการแสดงแผนที่การกระจายโรคเชิงพื้นที่

ผลการศึกษาพบว่า อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ปี พ.ศ. 2562 (45.46 คน ต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน) สูงกว่าในปีที่ผ่านมา สอดคล้องกับแนวโน้มการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ที่สูงขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนอายุน้อยกว่า 25 ปี ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อมีอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 63.43) มีประวัติการรักษาไม่ครบตามแนวทางการรักษา (ร้อยละ 36.61) และไม่ได้รับการรักษา (ร้อยละ 30.06) ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองโรคซิฟิลิส และตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคซิฟิลิสได้รับการรักษา สามารถบรรลุตัวชี้วัดได้ตามเป้าหมาย

ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นถึงช่องว่างของการเข้ารับบริการดูแลสุขภาพในระยะการตั้งครรภ์ ได้แก่ ฝากครรภ์คุณภาพ การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคซิฟิลิสโดยเร็ว และการรักษาผู้ติดเชื้อตามแนวทางการรักษา เพื่อการลดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ จึงมีความจำเป็นต่อการส่งเสริมให้ความรู้แก่เยาวชนและผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เพิ่มความเข้มแข็งระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็ก ตลอดจนการเฝ้าระวังโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในพื้นที่ที่มีอัตราป่วยสูง

## Abstract

Thailand has achieved the elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis since 2016. For monitoring and planning of prevention and control of the congenital syphilis disease in Thailand, the purpose of this study was to describe the distribution of congenital syphilis and the risk factors related.

The study was a cross-sectional study. Data were collected using secondary data under the five dimensions of Thailand's disease and health hazard surveillance system. The data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percent, median, and mean. A geographic information system was applied to display the spatial distribution of disease.

The results showed that the rate of congenital syphilis in 2019 (45.46 cases per 100,000 live births) was higher than in the previous year, corresponding to the prevalence of syphilis in pregnancy which tends to be higher, especially among youths under 25 years of age. Most of the syphilis-infected pregnant women received the first antenatal care visit at more than 12 weeks of gestation (63.43%) and had been inadequately treated (36.61%) and untreated (30.06%). According to indicators of the World Health Organization (WHO), Thailand had achieved EMTCT of syphilis in 2019, such as the rate of congenital syphilis, the proportion of syphilis screening in pregnant women, and the proportion of positive pregnant women treated.

The results also focused on the gaps in access to health care services during pregnancy, including quality antenatal care, early detection of syphilis, and timely treatment in pregnant women according to guidelines to reduce adverse pregnancy outcomes. Therefore, it is necessary to promote educating young people and those with risk behaviors, strengthen the maternal and child health service system, and surveillance for congenital syphilis in high-risk areas.

| คำสำคัญ | Keywords |
| --- | --- |
| *ซิฟิลิส, ซิฟิลิสแต่กำเนิด, ระบบเฝ้าระวังโรค* | *syphilis, congenital syphilis, disease surveillance system* |

## บทนำ

เด็กถือเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญของประเทศชาติ ที่จะต้องเติบโตขึ้นไปเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการพัฒนาชาติบ้านเมือง ให้มีความเจริญก้าวหน้าและมั่นคงในอนาคต จากข้อมูลสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง พบว่า จำนวนการเกิดของประชากรประเทศไทย ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 766,370 คน ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 618,193 คน ในปี พ.ศ. 2562[1] ดังนั้น เด็กที่เกิดมาทุกรายควรต้องมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม เพื่อจะได้เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ จึงมีความจำเป็นที่เด็กเหล่านั้นจะต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา อย่างต่อเนื่อง แต่ในปัจจุบันประเทศไทยยังคงเผชิญปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็ก เพื่อให้การเกิดทุกรายมีคุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ภายใต้นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ จึงต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีการวางแผนเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะก่อนสมรส ระยะก่อนมีบุตร ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด[2] โดยเฉพาะการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี โรคไวรัสตับอักเสบบี และโรคซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก ตั้งแต่การคัดกรองการติดเชื้อในวัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน การคัดกรองโรคเมื่อมาฝากครรภ์ การดูแลรักษามารดาและทารกที่ติดเชื้อ เป็นต้น[3]

ประเทศไทยได้ดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดเป็นเวลามากกว่า 30 ปี ซึ่งในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยยังได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการจากองค์การอนามัยโลก ว่าสามารถยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกได้สำเร็จ โดยมีอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 2) โดยได้ติดตามผลการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก ตั้งแต่การคัดกรองการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขทุกราย หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสทุกรายได้รับการรักษาตามมาตรฐาน และทารกที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษาตามมาตรฐาน เป็นต้น[4] อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2562 กลับพบการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขที่ต้องได้รับการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเร่งด่วน

จากการทบทวนข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 มิติ ประกอบด้วย มิติด้านปัจจัยต้นเหตุ มิติด้านพฤติกรรมเสี่ยง มิติด้านการตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค มิติด้านการติดเชื้อหรือการป่วย และมิติด้านการการระบาดหรือเหตุการณ์ผิดปกติ[5] พบว่า ในปัจจุบันมีระบบเฝ้าระวังโรคและระบบรายงานที่เกี่ยวข้องในการติดตามผลการดำเนินงานโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด 4 ระบบ ได้แก่ รายงานระบบเฝ้าระวังโรค 506[6] รายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (PHIMS)[7] ระบบเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (HSS)[8] และรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด[9] เป็นต้น เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนป้องกันควบคุมโรค และยุติปัญหาการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกของประเทศไทยในอนาคต ดังนั้น วัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ เพื่ออธิบายรูปแบบการกระจายของการเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 จำแนกตามบุคคล เวลา สถานที่

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study)[10] ข้อมูลการศึกษาใช้เป็นข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ซึ่งได้จากการทบทวนข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคและระบบรายงานที่เกี่ยวข้องในการติดตาม ผลการดำเนินงานโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดของประเทศไทย ในช่วงเวลา ตั้งแต่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2562 จำนวน 4 แหล่งข้อมูล ได้แก่ รายงานระบบ

เฝ้าระวังโรค 506 ระบบรายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ระบบเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี และรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด โดยมีรายละเอียดข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 มิติ และแหล่งข้อมูล (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1 รายละเอียดข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 มิติ และแหล่งข้อมูล**

| รายละเอียดข้อมูล 5 มิติ | แหล่งข้อมูล |
|---|---|
| 1. ด้านปัจจัยต้นเหตุ (Determinants) | |
| - อัตราการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ | -ระบบเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี |
| 2. ด้านพฤติกรรมเสี่ยง (Behavioral risk) | |
| - พฤติกรรมการไม่ฝากครรภ์ | -รายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด |
| - พฤติกรรมการฝากครรภ์ช้า (ครั้งแรกหลัง 12 สัปดาห์) | -รายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด |
| - พฤติกรรมการรักษาโรคก่อนคลอด | -รายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด |
| 3. ด้านการตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program Response) | |
| - ร้อยละหญิงคลอดทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองโรคซิฟิลิส | -รายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก |
| - ร้อยละหญิงคลอดทั้งหมดที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา | -รายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก |
| 4. ด้านการเจ็บป่วย (Morbidity) | |
| - อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดต่อเด็กเกิดมีชีพ 100,000 คน | - รายงานระบบเฝ้าระวังโรค 506<br>- รายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด |
| 5. ด้านการการระบาดหรือเหตุการณ์ผิดปกติ (Abnormal event and outbreak) | |
| - อัตราป่วยเปรียบเทียบปีที่ผ่านมา | -รายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด |

การศึกษาในครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานระบบเฝ้าระวังโรค และระบบรายงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการติดตามผลการดำเนินงานโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดของประเทศไทย ดังต่อไปนี้

1. รวบรวบข้อมูลสรุปรายงานระบบเฝ้าระวังโรค 506 รหัส 37 โรคซิฟิลิส จำแนกตามกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี จากเว็บไซต์กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2562 ตัวแปรที่เก็บ ได้แก่ เพศ อายุ สัญชาติ และจังหวัดที่รายงาน เข้าถึงเว็บไซต์ http://doe.moph.go.th/r506

2. รวบรวบข้อมูลสรุปรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด จำแนกเป็นผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) และผู้ป่วยสงสัย (Probable case) โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่งรายงานเข้ามาที่กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและยืนยันการวินิจฉัยจากผู้เชี่ยวชาญกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2562 ตัวแปรที่เก็บ ได้แก่ อายุมารดา อาชีพมารดา สัญชาติมารดา ประวัติการฝากครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก การรักษาขณะตั้งครรภ์ และจังหวัดที่รายงาน

3. รวบรวบข้อมูลสรุปการเกิดของประชากรประเทศไทย จากเว็บไซต์สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ปี พ.ศ. 2562 ตัวแปรที่เก็บ ได้แก่ จำนวนการเกิดจำแนกตามเพศ และจังหวัดที่รายงาน เข้าถึงเว็บไซต์ https://stat.bora.dopa.go.th/stat/

4. รวบรวบข้อมูลผลการดำเนินงานยุติการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก จากเว็บไซต์ระบบรายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (PHIMS) สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2562 ตัวแปรที่เก็บ ได้แก่ สัญชาติไทย จำนวนหญิงคลอดทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองโรคซิฟิลิส จำนวนหญิงคลอดทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซิฟิลิส

จำนวนหญิงคลอดทั้งหมดที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา จำนวนเด็กได้รับการรักษาซิฟิลิส และจังหวัดที่รายงานเข้าถึงเว็บไซต์ http://pmtct.anamai.moph.go.th/phims

5. รวบรวมข้อมูลสรุปผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ จากระบบเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (HIV sero-surveillance system: HSS) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2562 ตัวแปรที่เก็บ ได้แก่ อายุมารดา จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส และจังหวัดที่รายงาน การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ อัตรา ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย เป็นต้น และประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในการแสดงแผนที่การกระจายโรคเชิงพื้นที่โดยใช้โปรแกรม QGIS Version 3.16[11] การศึกษาในครั้งนี้เข้าข่ายการยกเว้นการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย โดยจะนำเสนอข้อมูลผลการศึกษาในรูปแบบข้อมูลภาพรวม

**นิยามศัพท์**

**ผู้ป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี** หมายถึง ผู้ป่วยในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี ตั้งแต่ผู้ป่วยสงสัยโรคซิฟิลิส (Probable case) เป็นต้นไป ที่เข้าได้กับนิยามการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังและถูกรายงานในระบบเฝ้าระวังโรค 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค รหัสโรค 37 ด้วยรหัส ICD-10: A50.0-A50.7 และ A50.9

**ผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด** หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าได้กับนิยามผู้ป่วยสงสัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Probable case) และผู้ป่วยยืนยันโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Confirmed case) ตามแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี (Congenital Syphilis) ในปี พ.ศ. 2562 และได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว

**อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด** หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดต่อประชากรเด็กเกิดมีชีพหนึ่งแสนคน

**ร้อยละหญิงคลอดทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองโรคซิฟิลิส** หมายถึง สัดส่วนของหญิงคลอดที่ได้รับคัดกรองซิฟิลิสในระยะตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อหญิงคลอดทั้งหมดในปี พ.ศ. 2562

**ร้อยละหญิงคลอดทั้งหมดที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา** หมายถึง สัดส่วนของหญิงคลอดที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิสและได้รับการรักษา ต่อหญิงคลอดที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิสทั้งหมดในปี พ.ศ. 2562

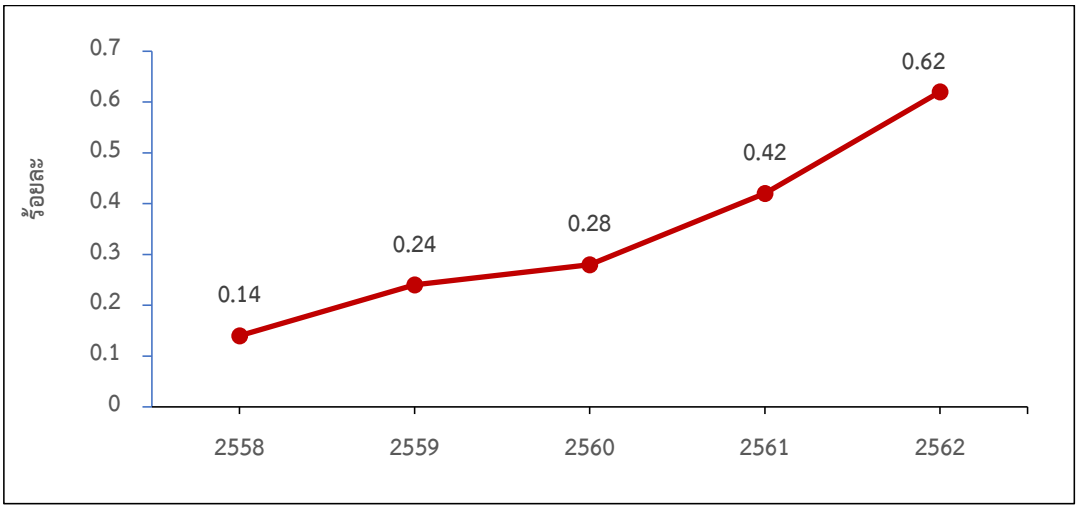
## ผลการศึกษา

จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรค และระบบรายงานที่เกี่ยวข้องในการติดตามผลการดำเนินงานโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ประเทศไทย ครอบคลุม 5 มิติ มีรูปแบบการกระจายตามลักษณะบุคคล เวลา และสถานที่ ดังนี้

**1. มิติปัจจัยต้นเหตุ** (Determinants)

จากข้อมูลการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ภายใต้ระบบเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 - 2562 พบว่าในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีสัญชาติไทย มีแนวโน้มการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.14 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 0.62 ในปี พ.ศ. 2562 (รูปที่ 1) โดยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิส ในปี พ.ศ. 2562 ส่วนใหญ่มีร้อยละของการติดเชื้อซิฟิลิสสูงในกลุ่มอายุน้อยกว่า 25 ปี (ร้อยละ 0.91) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 25-34 ปี (ร้อยละ 0.41) และกลุ่มอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 0.26) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาร้อยละของการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ จำแนกรายจังหวัด พบว่ามีจำนวน 19 จังหวัดที่มีร้อยละการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ได้แก่ ประจวบคีรีขันธ์ ระยอง ฉะเชิงเทรา กรุงเทพมหานคร พระนครศรีอยุธยา พิจิตร ตาก นนทบุรี ปทุมธานี บุรีรัมย์ เพชรบุรี ศรีสะเกษ ชัยนาท นครสวรรค์ ลพบุรี อ่างทอง อุทัยธานี สกลนคร และนครราชสีมา ตามลำดับ

**รูปที่ 1 ร้อยละการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558-2562**




ที่มา: ระบบเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (HSS), กองระบาดวิทยา

**2. มิติด้านพฤติกรรมเสี่ยง**

จากรายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (PHIMS) กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีจำนวนหญิงคลอดสัญชาติไทยทั้งหมด 471,489 คน เป็นหญิงคลอดที่มีประวัติการฝากครรภ์ 465,359 คน คิดเป็นร้อยละ 98.70 ของหญิงคลอดทั้งหมด และเมื่อพิจารณาร้อยละของหญิงคลอดที่มีประวัติการฝากครรภ์รายจังหวัด พบว่ามีค่ามัธยฐานเท่ากับร้อยละ 98.95 (ค่าน้อยสุด = ร้อยละ 95.59 และค่ามากสุด = ร้อยละ 99.96) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณารายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ ปี พ.ศ. 2562 พบว่า มารดาของผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดมีประวัติการฝากครรภ์ ร้อยละ 87.75 ซึ่งมีการฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ เพียงร้อยละ 36.57 ด้านการรักษา พบว่า มารดาของผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดส่วนใหญ่มีประวัติการรักษาไม่ครบตามแนวทางการรักษา ร้อยละ 36.61 รองลงมา คือ ไม่ได้รักษา ได้รับการรักษาครบ 30 วัน ก่อนคลอดตามแนวทางการรักษา และได้รับการรักษาครบก่อนคลอดแต่ไม่ได้ตามแนวทางการรักษา (ร้อยละ 30.06, ร้อยละ 16.94 และ ร้อยละ 16.39 ตามลำดับ) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของมารดา พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 20-24 ปี (ร้อยละ 35.35) รองลงมา คือ กลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 33.49) กลุ่มอายุ 25-29 ปี (ร้อยละ 17.21) กลุ่มอายุ 30-34 ปี (ร้อยละ 9.30) และกลุ่มอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 4.65) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสัญชาติไทย (ร้อยละ 95.41) ส่วนใหญ่ไม่ทราบอาชีพ (ร้อยละ 43.95) รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง/กรรมกร/พนักงาน (ร้อยละ 32.74) และประกอบอาชีพงานบ้าน/แม่บ้าน (ร้อยละ 14.80) ตามลำดับ และส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ลำดับครรภ์ที่ 1 (ร้อยละ 47.20) เป็นต้น (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปสำหรับมารดาของผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ ปี พ.ศ. 2562**

| ตัวแปร | จำนวน | ร้อยละ | ตัวแปร | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|---|---|---|
| อายุมารดา | | | ลำดับครรภ์ | | |
| น้อยกว่า 20 ปี | 72 | 33.49 | ลำดับครรภ์ที่ 1 | 101 | 47.20 |
| 20-24 ปี | 76 | 35.35 | ลำดับครรภ์ที่ 2 | 60 | 28.04 |
| 25-29 ปี | 37 | 17.21 | ตั้งแต่ลำดับครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป | 53 | 24.76 |
| 30-34 ปี | 20 | 9.30 | ประวัติการฝากครรภ์ | | |
| ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป | 10 | 4.65 | ฝากครรภ์ | 179 | 87.75 |
| สัญชาติ | | | ไม่ได้ฝากครรภ์ | 25 | 12.25 |
| ไทย | 208 | 95.41 | อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก | | |
| อื่น ๆ | 10 | 4.59 | น้อยกว่าเท่ากับ 12 สัปดาห์ | 49 | 36.57 |
| อาชีพมารดา | | | มากกว่า 12 สัปดาห์ | 85 | 63.43 |
| เกษตร | 10 | 4.48 | การรักษาโรคซิฟิลิสในขณะตั้งครรภ์ | | |
| รับจ้าง/กรรมกร/พนักงาน | 73 | 32.74 | รักษาครบ 30 วัน ก่อนคลอด ตามแนวทางการรักษา | 31 | 16.94 |
| ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | 1 | 0.45 | | | |
| งานบ้าน/แม่บ้าน | 33 | 14.80 | รักษาครบก่อนคลอดแต่ไม่ได้ตามแนวทางการรักษา | 30 | 16.39 |
| นักเรียน | 8 | 3.59 | | | |
| ไม่ทราบอาชีพ | 98 | 43.95 | รักษาไม่ครบตามแนวทางการรักษา | 67 | 36.61 |
| | | | ไม่ได้รักษา | 55 | 30.06 |

**3. มิติด้านการตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program Response)**

ผลการดำเนินงานการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 ภายใต้นโยบายการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี โรคไวรัสตับอักเสบ บี และซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก ภายในปี พ.ศ. 2573 (Triple Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV, Hepatitis B and Syphilis) ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (ตารางที่ 3) ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายตัวชี้วัดผลกระทบ (Impact target) ที่องค์การอนามัยโลกกำหนด พบว่า ประเทศไทยสามารถดำเนินงานได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด โดยมีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดเท่ากับ 45.46 คน ต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน (ตารางที่ 3) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคนจำแนกตามจังหวัด (ตารางที่ 4 ) พบว่ามี 18 จังหวัดที่มีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดปี พ.ศ. 2562 มากกว่าค่าเป้าหมาย (< 50 คนต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน) สำหรับผลการดำเนินงานตามเป้าหมายตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Process/program targets) พบว่า ประเทศไทยสามารถดำเนินงานได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดทั้งสองตัวชี้วัด โดยมีร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองซิฟิลิส เท่ากับ ร้อยละ 99.63 และร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา เท่ากับ ร้อยละ 97.41 (ตารางที่ 3) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามเป้าหมายตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน จำแนกตามจังหวัด (รูปที่ 2) พบว่า ทุกจังหวัดสามารถดำเนินการบรรลุตามเป้าหมายตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองซิฟิลิสได้ แต่สำหรับตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา มีจำนวน 8 จังหวัดที่ยังดำเนินการไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ จันทบุรี (ร้อยละ 78.57) นครนายก (ร้อยละ 80.00) ระยอง (ร้อยละ 89.18) สุรินทร์ (ร้อยละ 90.38) นครราชสีมา (ร้อยละ 90.91) ร้อยเอ็ด (ร้อยละ 92.86) นครพนม (ร้อยละ 94.12) และสมุทรปราการ (ร้อยละ 94.77) เป็นต้น นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาแนวโน้มของผลการ

ดำเนินงานตามตัวชี้วัด พบว่า ตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองซิฟิลิสมีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 99.04 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 99.63 ในปี พ.ศ. 2562 และตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษามีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 96.14 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 97.41 ในปี พ.ศ. 2562

**ตารางที่ 3 เป้าหมายและผลการดำเนินงานการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562**

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน |
|---|---|---|
| ผลกระทบ (Impact target) | | |
| 1. อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด | ≤ 50 คน ต่อ เด็กเกิดมีชีพแสนคน | 45.46 คน ต่อ เด็กเกิดมีชีพแสนคน* |
| **ผลการดำเนินงาน (Process/program targets)** | | |
| 2. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองซิฟิลิส | ≥ ร้อยละ 95 | ร้อยละ 99.63** |
| 3. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา | ≥ ร้อยละ 95 | ร้อยละ 97.41** |

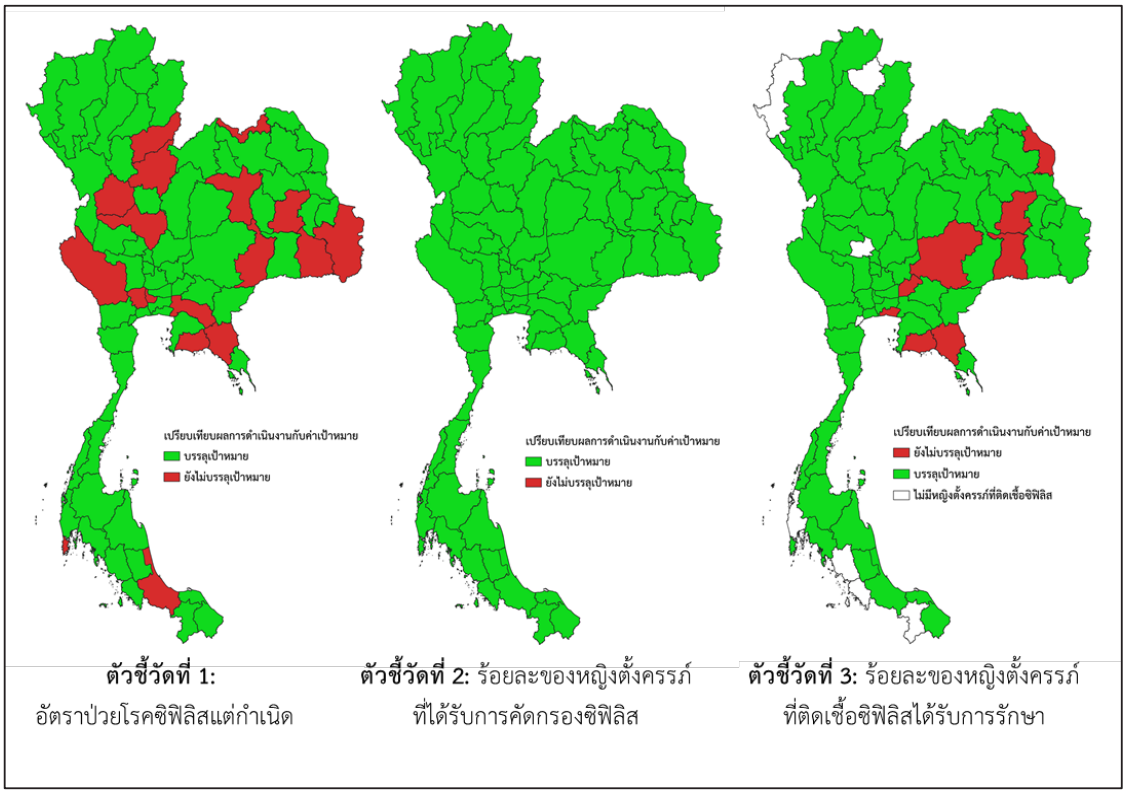
* ข้อมูลจากรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชียวชาญ,

** ใช้ข้อมูลหญิงคลอดทั้งหมดจากรายงาน PHIMS กรมอนามัย เป็นตัวแทนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด

**ตารางที่ 4 จังหวัดที่อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดมากกว่าค่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด**

| ลำดับที่ | จังหวัด | อัตราป่วยต่อ เด็กเกิดมีชีพแสนคน | ลำดับที่ | จังหวัด | อัตราป่วยต่อ เด็กเกิดมีชีพแสนคน |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ระยอง | 174.70 | 1 | กำแพงเพชร | 66.93 |
| 2 | นนทบุรี | 133.17 | 2 | อุบลราชธานี | 60.46 |
| 3 | ขอนแก่น | 127.38 | 3 | ฉะเชิงเทรา | 59.60 |
| 4 | อุตรดิตถ์ | 113.16 | 4 | นครสวรรค์ | 56.87 |
| 5 | ศรีสะเกษ | 98.98 | 5 | ภูเก็ต | 54.64 |
| 6 | ร้อยเอ็ด | 97.70 | 6 | จันทบุรี | 53.82 |
| 7 | กาญจนบุรี | 94.51 | 7 | สงขลา | 53.68 |
| 8 | พิษณุโลก | 70.37 | 8 | บุรีรัมย์ | 50.72 |
| 9 | นครปฐม | 68.91 | 9 | หนองคาย | 50.59 |

**รูปที่ 2 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 กับเป้าหมายองค์การอนามัยโลก จำแนกตามจังหวัด**




**ตัวชี้วัดที่ 1:** อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

**ตัวชี้วัดที่ 2:** ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองซิฟิลิส

**ตัวชี้วัดที่ 3:** ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา

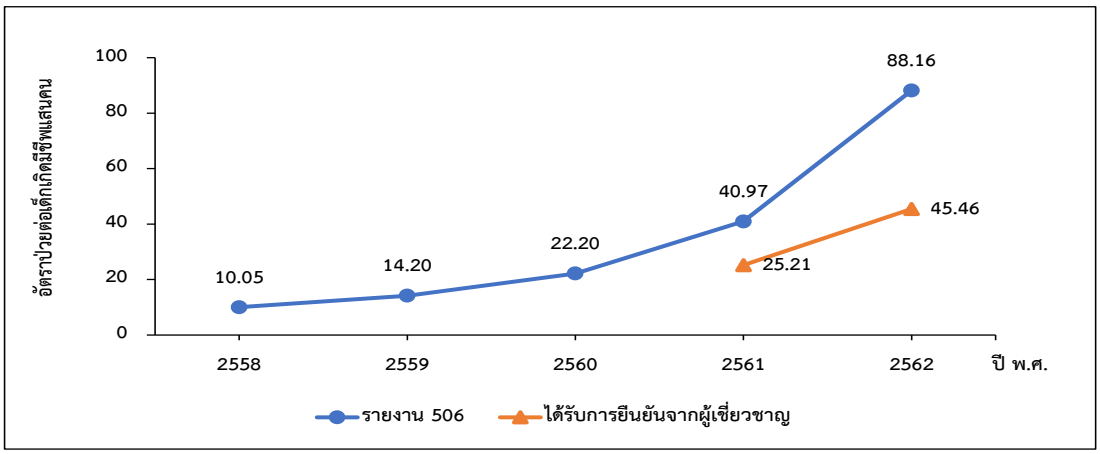
**4. มิติด้านการเจ็บป่วย**

ในปี พ.ศ. 2562 มีการรายงานผู้ป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี ในระบบเฝ้าระวังโรค 506 จำนวน 545 คน คิดเป็นอัตราป่วยเฉพาะกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี เท่ากับ 88.16 คน ต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน (ดังรูปที่ 3) เมื่อพิจารณาการกระจายของผู้ป่วยจำแนกตามบุคคล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.19 มีอัตราป่วยเฉพาะเพศชาย เท่ากับ 87.82 คน ต่อเด็กเกิดมีชีพชายแสนคน และอัตราป่วยเฉพาะเพศหญิง เท่ากับ 88.52 คน ต่อเด็กเกิดมีชีพหญิงแสนคน ส่วนใหญ่มีสัญชาติไทย (ร้อยละ 96.88) ส่วนใหญ่สถานที่รักษา คือ โรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 40.37) รองลงมา คือ โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 18.30) โรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 22.94) คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 12.29) และอื่น ๆ (ร้อยละ 1.10) ตามลำดับ นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาอัตราป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี ปี พ.ศ. 2562 รายจังหวัด พบว่า มีจำนวน 33 จังหวัด (ร้อยละ 42.86 ของจังหวัดทั้งหมด) ที่มีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี มากกว่าค่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด (ตารางที่ 5)

เมื่อพิจารณารายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 517 ราย จากจำนวนผู้ที่เข้าได้กับนิยามโรค 606 ราย คิดเป็นความครอบคลุมของการส่งรายงานสอบสวนโรค ร้อยละ 85.31 เมื่อพิจารณารายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดทั้งหมดโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่าเป็นผู้ป่วยยืนยันโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Confirmed case) และผู้ป่วยสงสัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Probable case) ที่ต้องรายงานในรายงานระบบเฝ้าระวังโรค 506 เพียงร้อยละ 43.13 นอกจากนี้ ยังพบผู้ป่วยจากรายงานสอบสวนโรค ที่มารดามีประวัติการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในระยะตั้งครรภ์แต่ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ร้อยละ 43.33 เป็นผู้ป่วย

ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ร้อยละ 2.51 และรายงานสรุปไม่ได้เนื่องจากข้อมูลไม่เพียงพอ ร้อยละ 11.03 ตามลำดับ ดังนั้น อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ ปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 45.46 คน ต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นจากปีที่ผ่านมาประมาณ 2 เท่า (รูปที่ 3)

**รูปที่ 3 อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2558-2562 จำแนกตามแหล่งข้อมูล**




**ตารางที่ 5 จังหวัดที่อัตราป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี มากกว่าค่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด**

| ลำดับที่ | จังหวัด | อัตราป่วยต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน | ลำดับที่ | จังหวัด | อัตราป่วยต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ระยอง | 341.11 | 18 | นครพนม | 94.93 |
| 2 | ร้อยเอ็ด | 286.57 | 19 | อุบลราชธานี | 93.63 |
| 3 | พิษณุโลก | 249.74 | 20 | เชียงใหม่ | 87.53 |
| 4 | ศรีสะเกษ | 247.24 | 21 | กำแพงเพชร | 84.28 |
| 5 | ขอนแก่น | 233.29 | 22 | กรุงเทพมหานคร | 81.68 |
| 6 | จันทบุรี | 186.38 | 23 | เชียงราย | 80.66 |
| 7 | ชัยภูมิ | 173.55 | 24 | ปทุมธานี | 80.48 |
| 8 | ประจวบคีรีขันธ์ | 173.01 | 25 | ราชบุรี | 78.36 |
| 9 | ฉะเชิงเทรา | 165.77 | 26 | ชลบุรี | 74.03 |
| 10 | สมุทรปราการ | 165.06 | 27 | หนองคาย | 69.75 |
| 11 | นครราชสีมา | 154.46 | 28 | ลพบุรี | 66.59 |
| 12 | กาญจนบุรี | 152.17 | 29 | นครสวรรค์ | 65.08 |
| 13 | นนทบุรี | 151.68 | 30 | นครปฐม | 63.00 |
| 14 | อุตรดิตถ์ | 143.06 | 31 | เพชรบูรณ์ | 59.24 |
| 15 | สงขลา | 126.68 | 32 | สิงห์บุรี | 58.58 |
| 16 | บุรีรัมย์ | 110.00 | 33 | เพชรบุรี | 50.72 |
| 17 | สระบุรี | 101.24 | | | |

**5. มิติด้านการระบาดหรือเหตุการณ์ผิดปกติ**

ข้อมูลการรายงานผู้ป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี จากระบบเฝ้าระวังโรค 506 พบอัตราป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 5 ปี โดยเพิ่มขึ้นจาก 10.05 คนต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 88.16 คนต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน ในปี พ.ศ. 2562 (ดังรูปที่ 3) ซึ่งอัตราป่วยในปี พ.ศ. 2562 มีค่าสูงกว่าค่ามัธยฐานอัตราป่วย 5 ปี ย้อนหลัง (14.20 คน ต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน) แสดงถึงการระบาดของโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี ในประเทศไทย ซึ่งมีจำนวน 54 จังหวัดที่มีอัตราป่วยมากกว่าค่ามัธยฐานของจังหวัด 5 ปี ย้อนหลัง และเมื่อพิจารณารายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ ปี พ.ศ. 2562 เปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2561 (ตารางที่ 6) พบว่ามีจำนวน 34 จังหวัดที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา เมื่อพิจารณาร้อยละของจังหวัดที่มีอัตราป่วยปี พ.ศ. 2562 สูงกว่าค่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด (≤ 50 คนต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน) จำนวน 18 จังหวัด พบว่าจังหวัดส่วนใหญ่มีแนวโน้มสูงขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 94.44) และมี 1 จังหวัดที่มีแนวโน้มลดลง คือ จังหวัดนครสวรรค์ แต่เมื่อพิจารณาจังหวัดที่มีอัตราป่วยปี พ.ศ. 2562 น้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเป้าหมาย จำนวน 59 จังหวัด พบว่า จังหวัดส่วนใหญ่มีแนวโน้มคงที่หรือเป็นจังหวัดที่ไม่มีรายงานผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่เข้าได้กับนิยามเฝ้าระวังโรค (ร้อยละ 52.54) อย่างไรก็ตามจากรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ ปี พ.ศ. 2561-2562 พบจำนวน 17 จังหวัดที่มีอัตราป่วยไม่เกินค่าเป้าหมาย แต่มีแนวโน้มอัตราป่วย ปี พ.ศ. 2562 สูงขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา ได้แก่ ปทุมธานี นครราชสีมา เชียงราย กรุงเทพมหานคร นครพนม สระแก้ว ประจวบคีรีขันธ์ สระบุรี เพชรบุรี หนองบัวลำภู ตาก เชียงใหม่ ชุมพร กาฬสินธุ์ พระนครศรีอยุธยา นครศรีธรรมราช และปัตตานี เป็นต้น(ร้อยละ 28.81) 11 จังหวัด

**ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบเชิงพื้นที่ระหว่างอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ปี พ.ศ. 2562 กับปีที่ผ่านมา**

| จังหวัด | ผลเปรียบเทียบอัตราป่วยในปีที่ผ่านมา | | | |
|---|---|---|---|---|
| | แนวโน้มเพิ่มขึ้น | แนวโน้มลงลง | แนวโน้มคงที่ | รวม |
| จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงกว่าค่าเป้าหมาย | 17 จังหวัด (ร้อยละ 94.44) | 1 จังหวัด (ร้อยละ 5.56) | 0 จังหวัด (ร้อยละ 0.00) | 18 จังหวัด (ร้อยละ 100.00) |
| จังหวัดที่มีอัตราป่วยน้อยกว่าเท่ากับค่าเป้าหมาย | 17 จังหวัด (ร้อยละ 28.81) | 11 จังหวัด (ร้อยละ 18.64) | 31 จังหวัด (ร้อยละ 52.54) | 59 จังหวัด (ร้อยละ 100.00) |

## อภิปรายผล

การถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสในขณะตั้งครรภ์สามารถก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์จากแม่สู่ลูกได้ เช่น ทารกในครรภ์เสียชีวิต ภาวะตายคลอด คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าเกณฑ์ ทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิด และซิฟิลิสแต่กำเนิด เป็นต้น[12] จากการศึกษาระบบเฝ้าระวังโรค 5 มิติที่เกี่ยวข้องโดยมีประเด็นอภิปรายดังนี้

**1. มิติด้านปัจจัยต้นเหตุและมิติด้านพฤติกรรมเสี่ยง** เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลต่อการเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่สามารถป้องกันได้ในขณะตั้งครรภ์ จากข้อมูลการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เมื่อพิจารณาการกระจายของการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์จำแนกรายจังหวัด พบว่ามีประมาณหนึ่งในสี่ของจังหวัดทั้งหมดในประเทศไทยที่มีร้อยละการติดเชื้อสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านอายุ พบว่าส่วนใหญ่ติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 25 ปี สอดคล้องกับข้อมูลอายุของมารดาของผู้ป่วยโรคซิฟิลิส

แต่กำเนิด จากรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 นอกจากนี้ ยังมีแนวโน้มการเกิดโรคในทิศทางเดียวกับข้อมูลอัตราป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มเยาวชน อายุ 15-24 ปี จากรายงานระบบเฝ้าระวังโรค 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค[13] จากข้อมูลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่มีการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เกิดขึ้นกับกลุ่มวัยรุ่นหรือประชากรที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียน กองระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2562 พบว่าในนักเรียนหญิงระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 มีอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เท่ากับ 16.80 ปี มีประสบการณ์เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว ร้อยละ 41.11 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมามีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรัก ร้อยละ 16.48 และมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่น ร้อยละ 7.96 นอกจากนี้ พบว่ามีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในนักเรียนหญิงระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ยังต่ำกว่า ร้อยละ 80 โดยอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับแฟนหรือคนรัก ร้อยละ 51.80 และอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับชายอื่น ร้อยละ 34.38 เป็นต้น [14] นอกจากนี้ จากข้อมูลการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย พบว่า วัยรุ่นที่มีความตั้งใจตั้งครรภ์มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 48.80 ในปี พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 39.40 ในปี พ.ศ. 2562 กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์และไม่ได้ใช้วิธีการคุมกำเนิดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.70 ในปี พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 27.10 ในปี พ.ศ. 2562 และกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ที่มีการคุมกำเนิดแต่การคุมกำเนิดล้มเหลว มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.50 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 33.50 ในปี พ.ศ. 2562 สำหรับอาชีพก่อนตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ส่วนใหญ่ร้อยละ 39.50 เป็นนักเรียน/นักศึกษาในระบบโรงเรียน และร้อยละ 25.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพ เป็นต้น[15] ปัจจัยที่นำไปสู่ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอาจมีหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านส่วนบุคคลของวัยรุ่น ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านโรงเรียน และปัจจัยด้านสังคม ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกมีประสิทธิภาพได้ตามเป้าหมาย จำเป็นต้องเร่งรัดการดำเนินงานในกลุ่มเยาวชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซิฟิลิสและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ โดยสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย รณรงค์ประชาสัมพันธ์การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมไปถึงการประสานงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานในทุกภาคส่วนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น[16]

การฝากครรภ์ เป็นบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอด โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้คำแนะนำผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ โดยการฝากครรภ์ครั้งแรกควรทำในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ก่อนหรือเมื่อตั้งครรภ์ได้ 12 สัปดาห์ เพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง[17] ซึ่งในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทย มีการดำเนินงานได้ตามที่เป้าหมายองค์การอนามัยโลกกำหนด ได้แก่ ร้อยละ 98.70 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 99.63 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองซิฟิลิสอย่างน้อย 1 ครั้ง และร้อยละ 97.41 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา[18] สอดคล้องกับข้อมูลสรุปรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดปี พ.ศ. 2562 ที่พบว่า มารดาของผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดมีประวัติได้รับการฝากครรภ์ประมาณร้อยละ 90 อย่างไรก็ตาม พบว่า มารดาของผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 63.43) ส่วนใหญ่มีประวัติการรักษาก่อนคลอดไม่ครบตามแนวทางการรักษา (ร้อยละ 36.61) รองลงมาคือ ไม่ได้รักษา (ร้อยละ 30.06) รักษาครบตามแนวทางการรักษา (ร้อยละ 16.94) และได้รับการรักษาครบ

ก่อนคลอด แต่ไม่ได้ตามแนวทางการรักษา (ร้อยละ 16.39) ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่ามารดาที่ไม่ได้ฝากครรภ์ทุกรายมีประวัติการรักษาไม่ได้ตามแนวทางการรักษาและไม่ได้รับการรักษา ส่วนมารดาที่ได้ฝากครรภ์มีประวัติการรักษาไม่ได้ตามแนวทางการรักษาและไม่ได้รับการรักษาประมาณ 3 ใน 4 ของมารดาที่ได้ฝากครรภ์ทั้งหมด ซึ่งมารดาส่วนใหญ่มาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ ส่งผลต่อการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสไม่เป็นไปตามแนวทางรักษาของประเทศ จึงเป็นประเด็นเร่งด่วนในการวางแผน แก้ไขปัญหาให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนเข้าสู่ระบบบริการ ดูแลรักษาโดยเร็ว เมื่อทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนหรือวัยรุ่น จากการศึกษาของทิพย์วรรณ โพธิ์ตา และคณะ[19] พบว่า ปัจจัยสาเหตุของการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้า ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การยอมรับการตั้งครรภ์จากครอบครัว และการยอมรับการตั้งครรภ์จากชุมชน ดังนั้น เพื่อการลดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ที่ส่งผลต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารก จึงมีความจำเป็นต้องสร้างกลไกการสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสิทธิประโยชน์ เพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจในสังคม สร้างความตระหนักต่อความสำคัญของการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ โดยเน้นการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์คุณภาพ และการเลี้ยงดูบุตรให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย[20]

**2. มิติด้านการเจ็บป่วยและมิติด้านการระบาดหรือเหตุการณ์ผิดปกติ** ถือเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งจากการรายงานผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดตามนิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง[6] ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีการรายงานในระบบเฝ้าระวังโรค 506 แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมากประมาณ 8 เท่า จาก อัตราป่วย 10.05 คนต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน ใน ปี พ.ศ. 2558 เป็น 88.16 คนต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน ในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด แต่จากรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดของประเทศไทยที่ได้รับการยืนยันจาก ผู้เชี่ยวชาญ พบว่า มีร้อยละ 43.13 ของรายงานสอบสวนโรคที่ต้องรายงานในรายงานระบบเฝ้าระวังโรค 506 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดถูกส่งรายงานสอบสวนโรค ในปี พ.ศ. 2562 โดยมีประวัติมารดาติดเชื้อซิฟิลิสในระยะตั้งครรภ์แต่ทารกไม่ใช่ผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ร้อยละ 43.33 เป็นผู้ป่วยที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ร้อยละ 2.51 และ รายงานสรุปไม่ได้เนื่องจากข้อมูลไม่เพียงพอ ร้อยละ 11.03 ตามลำดับ เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลหญิงตั้งครรภ์และทารกในระบบติดตามผลการดำเนินงานในระบบปกติของประเทศ ดังนั้นในการตรวจสอบรับรองความถูกต้องของข้อมูล (validation) ผลการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก ในส่วนเป้าหมายผลกระทบได้รวบรวมข้อมูลจากรายงานสอบสวนโรคทั่วประเทศ โดยมีความครอบคลุมของการส่งรายงานสอบสวนโรคมากกว่าร้อยละ 85 ตรวจสอบความถูกต้องของรายงานสอบสวนโรคและสรุปจำนวนผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดผ่านผู้เชี่ยวชาญ แล้วเทียบบัญญัติไตรยางศ์จำนวนผู้ป่วยคาดหวัง (Expected cases) ที่ความครอบคลุมของการส่งรายงานสอบสวนโรคร้อยละ 100 เพื่อใช้ในการรายงาน สถานการณ์โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดของประเทศไทย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 45.46 คน ต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งยังไม่เกินเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด แต่พบว่ามีอัตราป่วยสูงขึ้นจากปีที่ผ่านมาร้อยละ 80.33 สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในปี พ.ศ. 2562 จากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐฯ[21] พบว่าอัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 โดยในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราป่วย เท่ากับ 48.50 คนต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน โดยมีอัตราป่วยสูงขึ้นจากปีที่ผ่านมา (เพิ่มขึ้นร้อยละ 41.40) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแนวโน้มการเกิดโรคซิฟิลิส

แต่กำเนิดมีความสอดคล้องกับความชุกของการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นจึงต้องมีการเฝ้าระวังสถานการณ์การเกิดโรค โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความชุกของการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์สูง

**3. มิติการตอบสนองของแผนงานควบคุมโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด** ปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการจากองค์การอนามัยโลกว่าสามารถยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกได้สำเร็จตามเป้าหมาย (อัตราการถ่ายทอดเชื้อต่ำกว่าร้อยละ 2)[22] โดยมีนโยบายให้สถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯจากแม่สู่ลูกผ่านระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 สำหรับกรมควบคุมโรค นำโดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้จัดทำแนวทางระดับชาติเรื่องการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทยครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ. 2558 และปรับปรุงแนวทางให้เป็นปัจจุบันในปี พ.ศ.2563[4] เพื่อเป็นแนวทางในการคัดกรอง ดูแลรักษา รายงานโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ตลอดจนกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการต่าง ๆ ส่งผลให้การป้องกันควบคุมโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทยมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 – 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ[2] โดยมีคณะทำงานผลักดันชุดสิทธิประโยชน์ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ด้านการตรวจการติดเชื้อโรคซิฟิลิสก่อนตั้งครรภ์ และการตรวจเชื้อซิฟิลิสในคู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงสิทธิประโยชน์เพื่อช่วยเหลือภาวะมีบุตรยาก เป็นหนึ่งในห้าของกลไกขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์[20] และพัฒนาระบบรายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (PHIMS) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 เพื่อใช้ในการควบคุมกำกับและติดตามการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก อีกทั้งให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับได้ใช้ประโยชน์จากข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ[7] นอกจากนี้ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรค 506 ระบบเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ และพัฒนาช่องทางการส่งรายงานสอบสวน โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น จากการทบทวนนโยบายและแนวทางการดำเนินงานเป็นข้อบ่งชี้ว่าประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ให้ความสำคัญต่อการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกตามเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด

การตอบสนองของแผนงานควบคุมโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดของประเทศไทย ภายใต้นโยบายการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี โรคไวรัสตับอักเสบ บี และซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก ภายในปี พ.ศ. 2573 ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก[18] ในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยสามารถดำเนินงานได้บรรลุตามเป้าหมายตัวชี้วัดผลกระทบ คือ อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดไม่เกิน 50 คน ต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน อย่างไรก็ตาม จากข้อบ่งชี้การเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และยังพบว่ามีบางจังหวัด ที่มีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดปี พ.ศ. 2562 มากกว่าค่าเป้าหมาย แสดงถึงการการระบาดหรือเหตุการณ์ผิดปกติในบางพื้นที่ของประเทศไทย ดังนั้น หากไม่มีมาตรการใดเพิ่มเติม คาดว่าอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในภาพรวม มากกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดได้ สำหรับตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน พบว่าประเทศไทยสามารถดำเนินงานได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดทั้งสองตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองซิฟิลิส และตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ศณิษา ตันประเสริฐ และคณะ[18] ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสอย่างน้อย 1 ครั้ง และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษาได้ตามเป้าหมาย อย่างไรก็ตามแม้ว่าตัวชี้วัดหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษาจะมากกว่าเป้าหมาย แต่จากการศึกษารายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

พบว่า มารดาของผู้ป่วยซิฟิลิสแต่กำเนิดส่วนใหญ่มีประวัติการรักษาครบก่อนคลอด แต่ไม่ได้ตามแนวทางการรักษา การรักษาไม่ครบตามแนวทางการรักษา และไม่ได้รักษา ประมาณ ร้อยละ 83.06 แสดงถึงปัญหาด้านคุณภาพของการรักษา และการติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเข้ามารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น จึงต้องมีการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดให้ครบวงจร ตั้งแต่การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายมาฝากครรภ์โดยเร็ว การให้คำแนะนำในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และคู่ทุกราย การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคซิฟิลิสซ้ำในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง และการรักษาหญิงตั้งครรภ์และคู่ที่ติดเชื้อซิฟิลิสด้วย Benzathine penicillin G ซึ่งจะช่วยในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกได้[24]

## สรุป

ประเทศไทยมีผลการดำเนินงานกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ปี พ.ศ. 2562 ได้แก่ ตัวชี้วัดอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองซิฟิลิส และตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา เมื่อเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลกพบว่าผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด แต่เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานรายจังหวัด พบว่ามี 18 จังหวัดที่มีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ปี พ.ศ. 2562 สูงกว่าค่าเป้าหมายตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองโรคซิฟิลิส พบว่าทุกจังหวัดสามารถดำเนินการบรรลุตามเป้าหมาย แต่สำหรับตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษามีจำนวน 8 จังหวัดที่ยังดำเนินการไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด สำหรับแนวโน้มการเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในภาพรวมของประเทศไทย พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นจากปีที่ผ่านมาและเมื่อพิจารณาข้อมูลรายจังหวัดพบว่ามีจำนวน 34 จังหวัดที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดที่มีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดมากกว่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด แนวโน้มการเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดสอดคล้องกับข้อมูลเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในพื้นที่ จึงต้องมีการเฝ้าระวังสถานการณ์การติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหรือเยาวชนอายุน้อยกว่า 25 ปี ที่มีอัตราการติดเชื้อโรคซิฟิลิสสูง

ช่องว่างของการเข้ารับบริการดูแลสุขภาพในระยะการตั้งครรภ์ที่เป็นปัญหาสำคัญที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ ได้แก่ การไม่มาฝากครรภ์ การมาฝากครรภ์ช้า การไม่มาฝากครรภ์ตามนัด การไม่ได้รับการตรวจคัดกรองโรค การไม่ได้รับการรักษาเมื่อติดเชื้อ และการได้รับการรักษาที่ไม่ครบตามแนวทาง เป็นต้น ดังนั้นเพื่อลดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ จึงควรวางแผนแก้ไขปัญหาโรคซิฟิลิส แต่ให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ สร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่เยาวชนและผู้ที่พฤติกรรมเสี่ยง ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยเฉพาะการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ส่งเสริมการฝากครรภ์คุณภาพ การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์โดยเร็ว การรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสตามแนวทางเพิ่มความเข้มแข็งระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็ก ตลอดจนการเฝ้าระวังโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในพื้นที่ ที่มีอัตราป่วยสูง โดยบูรณาการการดำเนินงานในทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง

## ข้อเสนอแนะ

1. เร่งรัดหน่วยงานระดับจังหวัดติดตามและกำกับการรายงานโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ตามนิยาม และแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย

2. สร้างกลไกการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดระดับจังหวัด และเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรในระดับพื้นที่ในการตรวจสอบความถูกต้องของการรายงานโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด โดยขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด

3. สร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน บูรณาการกลไกการสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจส่งผลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ปลอดภัย สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ตลอดจนสามารถเข้าถึงอุปกรณ์การป้องกันโรค และทราบสถานที่ตรวจคัดกรองโรคและดูแลรักษา โดยผ่านการรณรงค์ประชาสัมพันธ์และขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านแกนนำเครือข่ายทุกภาคส่วนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

4. เร่งรัดและส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายมีการฝากครรภ์คุณภาพ เพื่อให้มารดาและทารกได้รับการบริการทางสุขภาพที่ครบถ้วนตามมาตรฐาน เช่น การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส การรักษาโรคซิฟิลิส เป็นต้น

5. เร่งรัดการคัดกรองโรคซิฟิลิสและติดตามการดูแลรักษาในกลุ่มสามี หรือคู่เพศสัมพันธ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคซิฟิลิส เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคซิฟิลิสซ้ำ

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะทำงานพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 กลุ่มโรค 5 มิติ ด้านระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ และกำหนดแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญให้ครอบคลุมทั้ง 5 มิติ เพื่อนำผลไปใช้ในการกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิผล

## เอกสารอ้างอิง

1. The Bureau of Registration Administration. Official statistics registration systems [Internet]. 2013 [cited 2021 Nov 29]. Available from: https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php (in Thai)
2. Bureau of Reproductive Health. The 2nd National Reproductive Health Development Policy and Strategy (2017-2026) on the Promotion of Quality Birth and Growth [Internet]. Nonthaburi: Department of Health [cited 2021 Nov 29]. Available from: https://rh.anamai.moph.go.th/th/download-03/download?id=39711&mid=31985&mkey=m_document&lang=th&did=13759 (in Thai)
3. Teerasak Udomsri. Perinatal Transmission. Krabi Medical Journal [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov 30];2(2):59-84. Available from: https://thaidj.org/index.php/kmj/article/view/8239/7561 (in Thai)
4. Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control. Prevention and management of mother-to-child transmission of syphilis guideline. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2021. (In Thai)
5. Division of Epidemiology, Department of Disease Control. Disease and health hazard surveillance system. [Internet]. Bangkok: HE'S company limited; 2014 [cited 2021 Nov 30]. 111 p. Available from: https://ddc.moph.go.th/doe/journal_detail.php?publish=10164 (in Thai)
6. Division of Epidemiology, Department of Disease Control. Case definition for Communicable Diseases Surveillance, Thailand, 2020. Nonthaburi: Department of Control; 2020. (In Thai)

7. Perinatal HIV Intervention Monitoring System [Internet]. Nonthaburi: Department of Health; 2011 [cited 2021 Nov 30]. Available from: http://pmtct.anamai.moph.go.th/phims (in Thai)
8. Division of Epidemiology, Department of Disease Control. Guidelines for the HIV sentinel surveillance (HSS) [Internet]. Nonthaburi: Division of Epidemiology; 2022 [cited 2022 Feb 1]. 304 p. Available from: http://aidsboe.moph.go.th/app/homeup/uploads/2020-04-09785517852.rar (in Thai)
9. Division of Epidemiology, Department of Disease Control. Guidelines for surveillance and investigation of congenital syphilis [Internet]. Nonthaburi: Division of Epidemiology; 2021 [cited 2022 Feb 1]. p. 1-22. Available from: http://aidsboe.moph.go.th/STIs/dashboard/แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรค.pdf (in Thai)
10. Setia MS. Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies Maninder Singh Setia. Indian J Dermatol 2016; 61(3): 26-64.
11. Moyroud N, Portet F. Introduction to QGIS. QGIS and generic tools 2018;271(1):1-17.
12. Gomez GB, Kamb ML, Newman LM, Mark J, Broutet N, Hawkes SJ. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ 2013;91(3):217-226.
13. Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control. HIV Info HUB Division [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 9]. Available from: https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php (in Thai)
14. Division of Epidemiology, Department of Disease Control. AIDS Surveillance System [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 9]. Available from: http://aidsboe.moph.go.th/aids_system/index.php?link=stis (in Thai)
15. Bureau of Reproductive Health [Internet]. Nonthaburi: Department of Health; 2021. Situation analysis reports the rate of live births per 1,000 adolescents (15-19 years). 2021 [cited 2022 Feb 9]. 6 p. Available from: https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x-027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/tinymce/kpi64/1_14/1_14_1-1.pdf (in Thai)
16. Nittaya Pensirinapa. Teenage Pregnancy Problems and Comprehensive Sexuality Education. Academic Journal of Community Public Health [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 9];7(3):1-16. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/download/250888/171104/ (in Thai)
17. World Health Organization. WHO antenatal care randomized trial: manual for the implementation of the new model [Internet]. Geneva: Switzerland; 2002 [cited 2022 Feb 9]. 42 p. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/42513
18. World Health Organization. Regional framework for the triple elimination of mother-to-child transmission of HIV, hepatitis B and syphilis in Asia and the Pacific, 2018-2030 [Internet]. World Health Organization: Western Pacific Region; 2018 [cited 2022 Feb 1]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789290618553
19. Tippawan Pota, Rungrat Srisuriyawet, Pornnapa Homsin. Determinants of late start of antenatal care among pregnant teenager in community. J Nurs Care [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb

12];37(2):180-9. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/download/200857/140433/ (in Thai)

20. Bureau of Reproductive Health. A mid-term evaluation of the Second National Reproductive Health Policy and Strategies (2017 - 2026 B.E.) [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Reproductive Health; 2020 [cited 2022 Feb 9]. p. 1-218. Available from: https://rh.anamai.moph.go.th/th/download-03 (in Thai)
21. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Atlanta Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 2021 [updated 2021 April 13; cited 2022 Feb 12]. National Overview Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2019; [about 2 screens]. Available from: https://www.cdc.gov/std/statistics/2019/overview.htm#Syphilis
22. Ministry of Public Health [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Information Office of The Permanent Secretary of MOPH; 2016 [updated 2016 Dec 29; cited 2022 Feb 1]. Stop the transmission of HIV and syphilis from mother to child; [about 2 screens]. Available from: https://www.moph.go.th/index.php/news/read/397 (in Thai)
23. Sanisa Tanprasert, Pawinee Doung-ngern, Sombat Tanprasertsuk. Assessment of the s Situation of Congenital Syphilis in Thailand in 2009. Dis Con J [Internet]. 2013 Mar 29 [cited 2022 Feb 15];39(1):58-66. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/view/154366 (in Thai)
24. Trinh T, Leal AF, Mello MB, Taylor MM, Barrow R, Wi TE et al. Syphilis management in pregnancy: a review of guideline recommendations from countries around the world. SRHM 2019;27(1):69-82.