
การศึกษาความสัมพันธ์ของสตรีตั้งครรภ์ติดโรคซิฟิลิส ต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์และการเกิดทารกวินิจฉัย โรคซิฟิลิสโดยกำเนิดในโรงพยาบาลระยะของ ระหว่างปี 2561-2563

อภิรตี อุทัยไพศาลวงศ์

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลระยะของ อำเภอเมือง ระยะของ 21000

บทคัดย่อ โรคซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อผ่านทางเพศสัมพันธ์ เมื่อสตรีติดโรคซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์จะทำให้เชื้อแพร่สู่ทารกผ่านทางรกและน้ำคร่ำ ส่งผลให้ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกวินิจฉัยโรคซิฟิลิสโดยกำเนิด และทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้ การศึกษานี้เพื่อหาผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์จากสตรีตั้งครรภ์ติดโรคซิฟิลิสในโรงพยาบาลระยะของ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2561 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2563 รวมถึงอัตราร้อยละของสตรีตั้งครรภ์ติดโรคซิฟิลิสและทารกติดโรคซิฟิลิสโดยกำเนิด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สตรีตั้งครรภ์ติดโรคซิฟิลิส จำนวน 99 ราย อายุเฉลี่ย 21.5 ปี พบทารกแสดงอาการติดโรคซิฟิลิส โดยกำเนิดทั้งหมด 26 ราย (เป็นทารกเกิดมีชีพ 21 ราย และเสียชีวิต 5 ราย) อัตราการเกิดสตรีตั้งครรภ์ติดโรคซิฟิลิสเท่ากับร้อยละ 0.7 ในปี พ.ศ. 2561 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.3 ในปี พ.ศ. 2562 กลุ่มทารกแรกเกิดติดโรคซิฟิลิสพบการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 42.3 และทารกโตช้าในครรภ์ร้อยละ 15.4 ปัจจัยในสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อ ได้แก่ การไม่ฝากครรภ์ การรักษาล่าช้าในไตรมาสที่สาม การรักษาไม่ครบสมบูรณ์และการไม่ได้รับการรักษา สัมพันธ์กับการเกิดทารกติดโรคซิฟิลิสโดยกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) การศึกษานี้พบการติดโรคซิฟิลิสในสตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อทารกแรกเกิดติดโรคซิฟิลิสเพิ่มขึ้น การนำข้อมูลจากการศึกษานี้ รวมทั้งการฝากครรภ์ที่เหมาะสมและการรักษาโรคครบอย่างน้อย 30 วันก่อนคลอดไปประยุกต์ใช้กับการวางแผนการรักษาสตรีตั้งครรภ์ติดโรคซิฟิลิสอาจส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อทารกแรกเกิดในอนาคต

คำสำคัญ : สตรีตั้งครรภ์ติดโรคซิฟิลิส, ทารกวินิจฉัยโรคซิฟิลิสโดยกำเนิด, ผลลัพธ์การตั้งครรภ์

Corresponding author E-mail: linh6384.ryh@gmail.com

Received: 24 March 2021

Revised: 5 May 2021

Accepted: 19 May 2021

บทนำ

โรคซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่ง เกิดจากการติดเชื้อ *Treponema pallidum* ซึ่งสามารถติดเชื้อผ่านเยื่อเมือกหรือบาดแผลที่ผิวหนัง โดยระยะเวลาฟักตัวตั้งแต่ 21 วัน ถึง 6 เดือน โดยสามารถติดเชื้อและมีรอยโรคเฉพาะที่อวัยวะเพศหรือทวารหนักในระยะที่ 1 หรือรอยโรคตำแหน่งอื่นๆ ในร่างกายระยะที่ 2 และระยะที่ 3 หรือไม่มีอาการในระยะแฝง⁽¹⁾ โดยสามารถติดเชื้อผ่านทางเพศสัมพันธ์และถ่ายทอดจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ได้ การติดเชื้อก่อโรคซิฟิลิสในปัจจุบันมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2555⁽²⁾ พบผู้ติดเชื้อซิฟิลิสรายใหม่ในวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี จำนวน 5.6 ล้านคนทั่วโลก และแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็น 6 ล้านคนทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2559⁽³⁾ สตรีวัยเจริญพันธุ์พบการติดเชื้อซิฟิลิสแนวโน้มสูงขึ้นจาก 1.5 รายต่อประชากร 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2555⁽⁴⁾ เพิ่มเป็น 1.7 รายต่อประชากร 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2559⁽⁵⁾

การติดเชื้อซิฟิลิสในสตรีตั้งครรภ์จะทำให้ติดเชื้อสู่ทารกผ่านระบบไหลเวียนสู่ระดับ น้ำคร่ำ และรก ทำให้แสดงลักษณะผิดปกติของทารก โดยสามารถตรวจพบลักษณะทารกผิดปกติของการติดเชื้อซิฟิลิสโดยกำเนิดตั้งแต่ในครรภ์ได้จากการอัลตราซาวด์ประมาณร้อยละ 31 ลักษณะทารก ได้แก่ ตับโต มีน้ำในช่องท้อง บวม น้ำ ภาวะซีด รกโตและหนา น้ำคร่ำปริมาณมาก⁽⁶⁾ ส่งผลให้ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกวินิจฉัยโรคซิฟิลิสโดยกำเนิด (congenital syphilis) และทารกเสียชีวิตในครรภ์

ข้อมูลในปัจจุบันจากการศึกษาของ Korenromp EL และคณะ ปี พ.ศ. 2559 พบสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิสร้อยละ 0.69 จากสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด และพบอัตราการเกิดทารกวินิจฉัยโรคซิฟิลิสโดยกำเนิด 473 ราย ต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 100,000 ราย⁽⁷⁾ โดยเมื่อจำแนกทารกวินิจฉัยโรคซิฟิลิสโดยกำเนิดทั้งหมด 661,000 ราย (มีอาการแสดงประมาณ 354,000 ราย และทารกไม่มีอาการแสดงการติดเชื้อ 306,000 ราย) มีอาการแสดง แบ่งเป็นเสียชีวิตในครรภ์ 143,000 ราย ทารกแรกเกิดเสียชีวิต 61,000 ราย ทารกก่อนกำหนดหรือน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ 41,000 ราย และลักษณะอาการแสดงของการติดเชื้อซิฟิลิส 109,000 ราย⁽⁷⁾ การศึกษาของ Zhang X และคณะ จากสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิส 807 ราย ในปี พ.ศ. 2561 พบทารกแรกเกิดติดเชื้อซิฟิลิสร้อยละ 1.3 ทารกเสียชีวิตร้อยละ 1.3 และทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนร้อยละ 0.9 ปัจจัยป้องกัน คือ การรักษาครบสมบูรณ์ก่อนคลอดอย่างน้อย 30 วัน (adequate treatment)⁽⁸⁾ จากการรวบรวมข้อมูลของ Tsai S. และคณะ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดทารก วินิจฉัยโรคซิฟิลิสโดยกำเนิด ได้แก่ ไม่ฝากครรภ์ ไม่ได้รับการรักษาซิฟิลิส หรือได้รับการรักษาไม่ครบก่อนคลอด (ได้รับการรักษาไม่ถึง 30 วันก่อนคลอด)^(6, 9)

ในประเทศไทยมีการศึกษาของ วราภรณ์ แสงทวิสิน และคณะ ปี พ.ศ. 2548 ในโรงพยาบาลราชวิถี พบทารกคลอดจากมารดาวินิจฉัยโรคซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ทั้งหมด 64 ราย ในระยะเวลา 1 ปี ไม่พบทารกตายคลอดและทารก 9 ราย มีอาการแสดงทางคลินิกที่เข้าได้กับการติดเชื้อซิฟิลิสโดยกำเนิดคิดเป็นร้อยละ 14⁽¹⁰⁾ และในปี พ.ศ. 2562 ญดา คุณผลิน และคณะ ทำการศึกษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบการเพิ่มขึ้นของอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสในสตรีตั้งครรภ์จากร้อยละ 0.05 ในปี พ.ศ. 2549 ขึ้นเป็นร้อยละ 0.5 ในปี พ.ศ. 2558 และการติดเชื้อซิฟิลิสโดยกำเนิดเพิ่มจากร้อยละ 0.06 ในปี พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 0.13 ในปี พ.ศ. 2558⁽¹¹⁾

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในจังหวัดระยอง เพื่อวางแผนพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อทารกแรกเกิดต่อไป เมื่อสืบค้นยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับโรคซิฟิลิสในสตรีตั้งครรภ์ในจังหวัดระยอง การศึกษานี้เพื่อทบทวนข้อมูลการวินิจฉัย การรักษา ร้อยละเอ็ดการคลอด รวมทั้งข้อมูลของทารกที่เกิดจากสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิสที่ได้รับการคลอดในโรงพยาบาลระยอง เพื่อให้ทราบอัตราร้อยละของสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิสและทารกติดเชื้อซิฟิลิสโดยกำเนิด ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระยอง กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ RYH REC No.E018/2563 ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

สตรีตั้งครรภ์สงสัยติดโรคซิฟิลิสคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลระยอง ระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2561 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2563 รวมระยะเวลา 2 ปี จำนวน 99 ราย ที่มีข้อมูลเวชระเบียนที่โรงพยาบาลระยอง

วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยสืบค้นเวชระเบียนย้อนหลังของสตรีตั้งครรภ์ติดโรคซิฟิลิสคลอดบุตรและทารกแรกเกิด บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูล ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลดังนี้ 1) ข้อมูลพื้นฐานสตรีตั้งครรภ์ติดโรคซิฟิลิส 2) ข้อมูลการตั้งครรภ์ ผ่าครรภ์ และการคลอด 3) ข้อมูลทารกแรกเกิดจากมารดาติดโรคซิฟิลิส โดยกำหนดค่านิยาม ดังนี้

สตรีตั้งครรภ์ติดโรคซิฟิลิส (Maternal Syphilis) คือ สตรีตั้งครรภ์ตรวจพบผลเลือดขณะตั้งครรภ์ติดโรคซิฟิลิส Rapid Plasma Reagin (RPR) ผิดปกติ และตรวจยืนยันด้วย Treponema Pallidum Haemagglutination Assay (TPHA) ซึ่งอาจมีหรือไม่แสดงอาการของการติดโรคซิฟิลิส⁽¹²⁾

ทารกติดโรคซิฟิลิสโดยกำเนิด (Congenital Syphilis) คือทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดโรคซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ ผลตรวจเลือดพบการติดโรคซิฟิลิสร่วมกับมีอาการแสดงการติดโรค หรือทารกเสียชีวิตในครรภ์มีอาการแสดงสงสัยติดโรคซิฟิลิส^(12, 13)

ทารกสงสัยอาจติดโรคซิฟิลิสโดยกำเนิด (Possible Congenital Syphilis) คือทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดโรคซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ ไม่พบอาการแสดงการติดเชื้อ ร่วมกับผล RPR น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 เท่าของมารดา หรือร่วมกับมารดาไม่ได้รับการรักษา หรือมารดาได้รับการรักษาไม่ครบสมบูรณ์ (Inadequate treatment) ซึ่งทารกในกลุ่มนี้ต้องได้รับยารักษาตามมาตรฐานและได้รับการติดตามอาการ และการติดโรคซิฟิลิสต่อไป⁽¹⁴⁾

การรักษาไม่ครบสมบูรณ์ (Inadequate Treatment) ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ penicillin G ยังไม่ครบ หรือครบแต่ไม่ถึง 30 วัน นับถึงวันคลอด หรือได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะอื่นไม่ใช่ penicillin⁽¹⁵⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้ Program SPSS version 22 เพื่อหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และไคสแควร์ (Chi Square) กำหนดค่า p-value < 0.01 มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผล

สตรีตั้งครรภ์วินิจฉัยภาวะติดโรคซิฟิลิสคลอดบุตรและคลอดทารกเสียชีวิตในครรภ์ทั้งหมด 99 ราย อายุตั้งแต่ 14-40 ปี เฉลี่ย 21.5 + 5.1 ปี มีสตรีตั้งครรภ์ 2 ราย ที่ตั้งครรภ์ซ้ำและคลอดบุตรทั้ง 2 ราย ในระหว่างเก็บข้อมูล โดยคู่สมรสของทั้ง 2 ราย ไม่ได้รับการตรวจรักษาในครรภ์แรก เมื่อผ่าครรภ์ครั้งที่สอง พบว่าสตรีตั้งครรภ์ยังคงมีการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำ สถานภาพร้อยละ 89.9 อาศัยอยู่ร่วมกันกับคู่สมรส สตรีตั้งครรภ์ติดโรคซิฟิลิสส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 67 ราย และ 63 ราย จบการศึกษาระดับต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษาปีที่ 3 งานวิจัยนี้

พบการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยร้อยละ 9.1 และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 3 การใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์พบ ร้อยละ 5.1 ประวัติการตั้งครรภ์พบว่าร้อยละ 50.5 เป็นครรภ์ที่หนึ่ง และฝากครรภ์ครั้งแรกตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1-14 สูงสุด คือร้อยละ 53.5 และไม่ฝากครรภ์ร้อยละ 3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะสตรีตั้งครรภ์ติดโรคซิฟิลิสในโรงพยาบาลระยอง

คุณลักษณะ	รายละเอียด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (%)
อายุ	14-19 ปี	44	44.4
	20-34 ปี	52	52.5
	≥ 35 ปี	3	3.0
สถานภาพ	อยู่ด้วยกัน	89	89.9
	หย่าร้าง	10	10.1
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	67	67.7
	รับจ้าง	21	21.2
	ธุรกิจส่วนตัว	3	3.0
	ค้าขาย	8	8.1
การศึกษา	ไม่ได้ศึกษา	5	5.1
	ประถมศึกษาปีที่ 1-6	29	29.3
	มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	29	29.3
	มัธยมศึกษาปีที่ 4-6 หรือเทียบเท่า	22	22.2
	อนุปริญญาหรือปริญญาตรีหรือสูงกว่า	14	14.1
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องเอชไอวี	ติดโรค	9	9.1
	ไม่ติดโรค	90	90.9
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ	หูดหงอนไก่	2	2.0
	มดลูกอักเสบ	1	1.0
	ไม่พบติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ	96	97.0
ประวัติการตั้งครรภ์	ครรภ์ที่หนึ่ง	50	50.5
	ครรภ์ที่สอง	33	33.3
	ครรภ์ที่สามขึ้นไป	16	16.1
ฝากครรภ์ครั้งแรก	ไม่ฝากครรภ์	3	3.0
	สัปดาห์ที่ 1-14	53	53.5
	สัปดาห์ที่ 15-28	40	40.4
	ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 29	3	3.0

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการฝากครรภ์ พบว่าการตรวจเลือดหาโรคซิฟิลิสและรักษาของคู่สมรสระหว่างฝากครรภ์พบเพียง 15 ราย จาก 99 ราย อายุครรภ์ที่ผลตรวจเลือดพบการติดเชื้อซิฟิลิสร้อยละ 40.4 พบตั้งแต่ก่อนอายุครรภ์ 15 สัปดาห์จากข้อมูลพบว่า 17 ราย ผลเลือด RPR จากการฝากครรภ์ครั้งแรกอยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ตรวจพบจากการเจาะเลือดฝากครรภ์ครั้งที่ 2 สตรีตั้งครรภ์วินิจฉัยติดเชื้อซิฟิลิสเป็นระยะแฝง 96 ราย การรักษาซิฟิลิสส่วนใหญ่ทำการรักษาในไตรมาสที่สอง คือ 37 ราย และไม่รักษาเลย 13 ราย สตรีตั้งครรภ์ 69 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม benzathine penicillin G ครบมากกว่า 30 วัน ก่อนการคลอดบุตร ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยและรักษาซิฟิลิสระหว่างตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิส

ข้อมูล	รายละเอียด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (%)
อายุครรภ์วินิจฉัยติดเชื้อซิฟิลิส	สัปดาห์ที่ 1-14	40	40.4
	สัปดาห์ที่ 15-28	36	36.4
	ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 29	23	23.2
ผลเลือดขณะพบการติดเชื้อซิฟิลิส	ผลการตรวจเลือดครั้งที่ 1	79	79.8
	ผลการตรวจเลือดครั้งที่ 2	17	17.1
	ผลการตรวจเลือดขณะคลอด	3	3.0
รักษาซิฟิลิส	ไม่รักษา	13	13.1
	สัปดาห์ที่ 1-14	29	29.3
	สัปดาห์ที่ 15-28	37	37.4
	ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 29	20	20.2
ระยะ	ระยะที่ 1	3	3.0
	ระยะที่ 2	0	0
	ระยะที่ 3	0	0
	ระยะแฝง	96	97.0
การรักษา	รักษาครบเกิน 30 วัน	69	69.7
	คลอระหว่างการรักษา	7	7.1
	รักษาครบน้อยกว่า 4 สัปดาห์	8	8.1
	ได้รับยา ceftriaxone 1 กรัม 14 วัน	2	2.0
	ไม่ได้รับการรักษา	13	13.1

อัตราการพบสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส 99 ราย คิดเป็นร้อยละ 1 จากสตรีตั้งครรภ์คลอดบุตรที่โรงพยาบาลระยองทั้งหมดในระยะเวลา 2 ปี จากสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด 9,588 ราย โดยจำแนกเป็นร้อยละ 0.7 ต่อสตรีตั้งครรภ์คลอดบุตร ในปี พ.ศ. 2561 และร้อยละ 1.3 ในปี พ.ศ. 2562 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิสและสตรีตั้งครรภ์คลอดบุตรทั้งหมด ณ โรงพยาบาลระยอง ระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2561 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2563

ระยะเวลา	สตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิส	สตรีตั้งครรภ์คลอดบุตร	ร้อยละ
1 เม.ย. 2561 ถึง 31 มี.ค. 2562	35	4,897	0.7
1 เม.ย. 2562 ถึง 31 มี.ค. 2563	64	4,691	1.3
ทั้งหมด	99	9,588	1.0

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทารกทั้งหมด 99 ราย เป็นเพศชาย 46 ราย และเพศหญิง 53 ราย ส่วนใหญ่คลอดวิธีปกติร้อยละ 58.6 โดยมีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 29-41 สัปดาห์ พบว่าทารกมีน้ำหนักอยู่ในช่วง 1,280-3,705 กรัม และมีน้ำหนักเฉลี่ย 2,819.4+503.4 กรัม จำแนกเป็นทารกเกิดมีชีพ 94 ราย ทารกเสียชีวิตในครรภ์ 4 ราย และทารกแรกเกิดเสียชีวิต 1 ราย โดยถูกวินิจฉัยเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มแรก ทารกติดโรคซิฟิลิสโดยกำเนิดทั้งหมด 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.3 จากมารดาติดโรคซิฟิลิส โดยทารกเกิดมีชีพ 21 ราย และทารกเสียชีวิต 5 ราย กลุ่มที่สอง ทารกสงสัยอาจติดโรคซิฟิลิสโดยกำเนิด 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.1 จากมารดาติดโรคซิฟิลิส และกลุ่มที่สาม ไม่สงสัยติดโรคซิฟิลิสโดยกำเนิด 61 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.6 จากมารดาติดโรคซิฟิลิส โดยข้อมูลทารกเสียชีวิต 5 ราย ทารกเสียชีวิตในครรภ์ 4 ราย คลอดที่อายุครรภ์ 31 สัปดาห์ 2 ราย อายุครรภ์ 33 สัปดาห์ 1 ราย และอายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 1 ราย ส่วนทารกแรกเกิดเสียชีวิต 1 ราย คลอดที่อายุครรภ์ 33 สัปดาห์ แรกเกิดได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและกระตุ้นนวดหัวใจแรกคลอด 30 นาที โดยทั้ง 5 ราย พบลักษณะท้องบวม ตับโต มีน้ำในช่องท้อง เข้าได้กับการวินิจฉัยติดโรคซิฟิลิสโดยกำเนิด

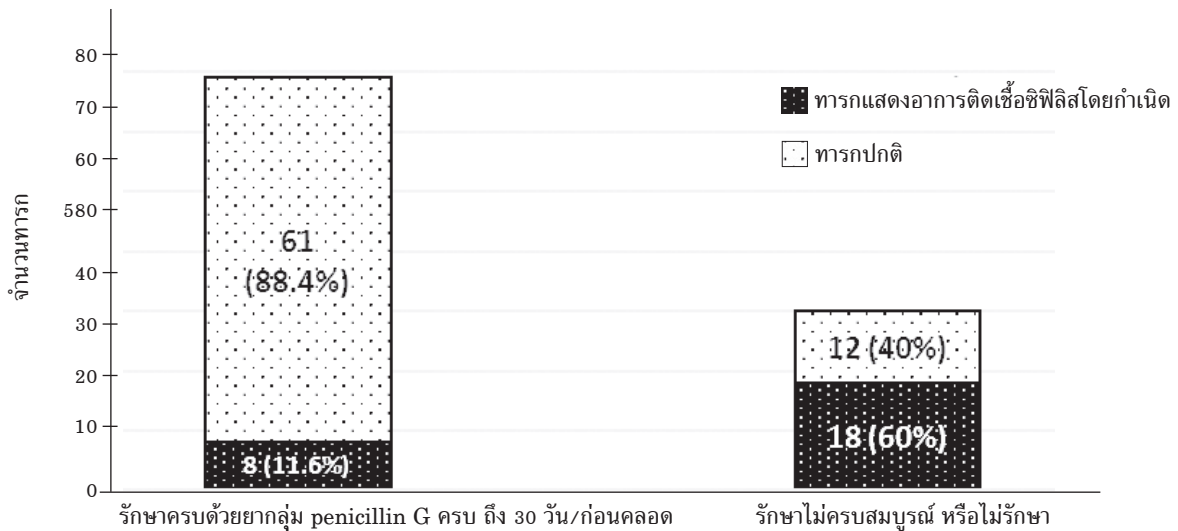
ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบรายละเอียดทารกแสดงอาการติดโรคซิฟิลิสโดยกำเนิดและทารกอาการปกติ

ข้อมูล	รายละเอียด	ทารกแสดงอาการ ติดโรคซิฟิลิสโดยกำเนิด ร้อยละ (N=26)	ทารกอาการปกติ (N=73)	χ^2	p-value
ทารก	เกิดมีชีพ	21	73	14.785	0.001
	เสียชีวิตในครรภ์	4	0		
	แรกเกิดเสียชีวิต	1	0		
ครรภ์ครบกำหนด	ก่อนกำหนด	11	10	9.389	0.002
	ครบกำหนด	15	63		
น้ำหนักทารกตามเกณฑ์	ทารกน้ำหนักปกติ	22	72	7.852	0.005
	น้ำหนักตัวน้อย	4	1*		
	น้ำหนักตัวมาก	0	0		
วิธีการคลอด	คลอดปกติ	18	40	2.146	0.543
	ผ่าตัดคลอด	7	30		
	เครื่องสูญญากาศ	1	2		
	คลอดท่าก้น	0	1		
Apgar score ที่ 1, 5 และ 10 นาที	ไม่มีคะแนน	5	0	20.768	<0.001
	คะแนน ≤7	3	1**		
	คะแนน >7	18	73		

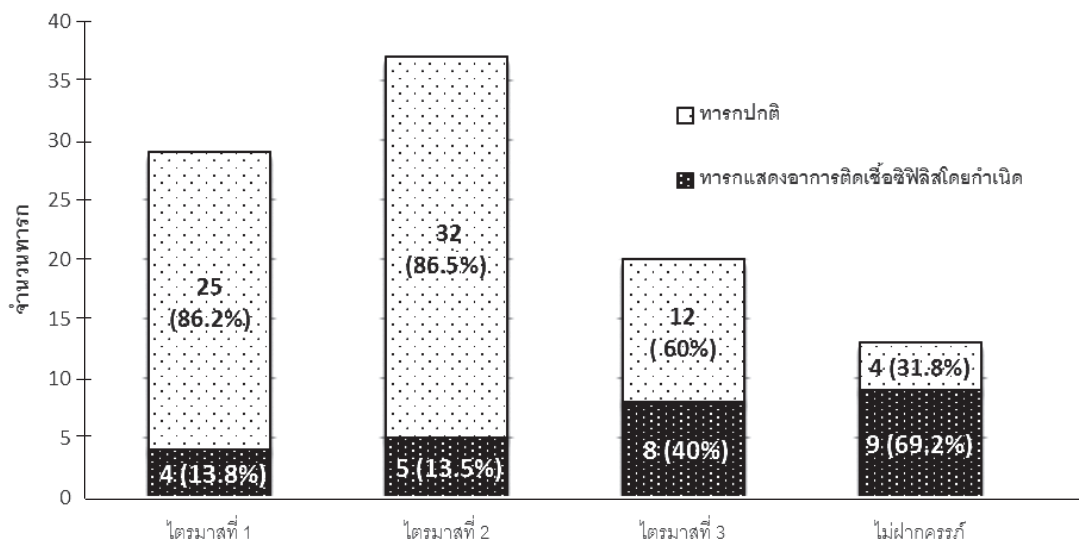
*รายนี้เป็นครรภ์แฝดอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ แผลที่คลอดปกติ รพ.ชุมชน แผลนี้เองเป็นทำกันไม่สามารถคลอดได้จึงถูกส่งตัวมา รพ.ระยอง เพื่อผ่าตัดคลอด น้ำหนัก 2,275 กรัม

**ทารกมีอายุครรภ์ 39 สัปดาห์ มีภาวะหัวใจทารกเต้นช้าและน้ำคร่ำน้อย เป็นข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

จากตารางที่ 4 พบว่าผลการศึกษาทารกแสดงอาการติดเชื้อซิฟิลิสโดยกำเนิดทั้งหมด 26 ราย พบคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 42.3 (11 ราย) ทารกโตช้าในครรภ์ร้อยละ 15.4 (4 ราย) และภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิดในกลุ่มทารกแรกเกิดติดเชื้อซิฟิลิส 3 ราย จากทารกแรกเกิดแสดงอาการติดเชื้อซิฟิลิสโดยกำเนิดที่เกิดมีชีพทั้งหมด 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.3 เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างทารกแสดงอาการติดเชื้อซิฟิลิสโดยกำเนิดกับทารกอาการปกติ พบว่าทารกกลุ่มที่ได้รับการรักษาครบเกินสามสิบวันติดเชื้อซิฟิลิสโดยกำเนิดร้อยละ 11.6 (8 รายจาก 69 ราย) ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาไม่ครบสมบูรณ์ ($p < 0.001$) ซึ่งสูงถึงร้อยละ 60 (18 รายจาก 30 ราย) ดังแสดงในภาพที่ 1 และพบอัตราการเกิดทารกติดเชื้อซิฟิลิสโดยกำเนิดในกลุ่มที่ไม่ฝากครรภ์สูงอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 69.2) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ฝากครรภ์ ($p < 0.001$) ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 1 ผลของการรักษาซิฟิลิสด้วยยา penicillin G ครบ ถึง 30 วัน ก่อนคลอด ที่มีผลต่ออุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดแสดงอาการติดเชื้อซิฟิลิสโดยกำเนิด



ภาพที่ 2 อุบัติการณ์ของการพบทารกวินิจฉัยโรคซิฟิลิสแรกเกิดเมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่ได้รับการรักษาในแต่ละไตรมาสและไม่รักษาเพราะไม่ฝากครรภ์

ผลของงานวิจัยนี้ พบว่าปัจจัยการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย ภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด (Apgar score ≤ 7) การรักษาไม่ครบสมบูรณ์หรือไม่รักษา การไม่ฝากครรภ์ สัมพันธ์กับอัตราการเกิดทารกแสดงอาการติดโรคซิฟิลิสโดยกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

วิจารณ์

การวิจัยเกี่ยวกับสตรีตั้งครรภ์ติดโรคซิฟิลิสนี้ พบว่าเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นร้อยละ 44.4 ซึ่งสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นก็เป็นอีกปัญหาที่สำคัญในประเทศไทยและส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ รวมด้วย^(16,17) อัตราการพบสตรีตั้งครรภ์ติดโรคซิฟิลิสในโรงพยาบาลระยะของเท่ากับร้อยละ 0.7 ในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Korenromp EL และคณะ ในปี พ.ศ. 2559 พบสตรีตั้งครรภ์ติดโรคซิฟิลิสร้อยละ 0.69⁽⁷⁾ และอัตราการพบสตรีตั้งครรภ์ติดโรคซิฟิลิสในโรงพยาบาลระยะของเพิ่มเป็นร้อยละ 1.3 ในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ของ ญาดา คุณผลิน และคณะ ซึ่งเพิ่มจากร้อยละ 0.05 ในปี พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 0.5 ในปี พ.ศ. 2558⁽¹¹⁾ ข้อมูลนี้สนับสนุนว่าสตรีตั้งครรภ์ติดโรคซิฟิลิสในประเทศไทยมีจำนวนมากขึ้นในปัจจุบัน

การศึกษานี้พบอัตราการเกิดทารกวินิจฉัยโรคซิฟิลิสโดยกำเนิดสูงถึง 26 ราย จากมารดาทั้งหมด 99 ราย เทียบเท่ากับร้อยละ 26.1 ซึ่งสูงเกินกว่าการศึกษาของ วราภรณ์ แสงทวีสิน และคณะ ในปี พ.ศ. 2548 ศึกษาในโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งพบเพียงร้อยละ 14⁽¹⁰⁾ การเพิ่มขึ้นของทารกวินิจฉัยโรคซิฟิลิสโดยกำเนิดสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ติดโรคซิฟิลิสในปัจจุบัน และส่งผลกระทบต่อทารกทั้งการเกิดมีชีพและเสียชีวิตในครรภ์ เมื่อเปรียบเทียบผลของการศึกษานี้กับการศึกษาของ Zhang X และคณะ จากสตรีตั้งครรภ์ติดโรคซิฟิลิส 807 ราย ในปี พ.ศ. 2561 การศึกษานี้ พบทารกแรกเกิดมีชีพติดโรคซิฟิลิสร้อยละ 21.2 ซึ่งสูงกว่าผลการศึกษาในอดีต คือร้อยละ 1.3 ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนร้อยละ 4.0 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ Zhang X และคณะ คือร้อยละ 0.9 ส่วนทารกแรกเกิดเสียชีวิตร้อยละ 1.0 สอดคล้องกับข้อมูลในอดีต คือร้อยละ 1.3⁽⁸⁾

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าการรักษาโรคซิฟิลิสตั้งแต่ไตรมาสที่ 1 และ 2 พบอัตราการพบทารกติดโรคซิฟิลิสโดยกำเนิดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาล่าช้าในไตรมาสที่ 3 หรือไม่รักษา ซึ่งอัตราการพบทารกติดโรคสูงร้อยละ 40-69 และการรักษาไม่ครบสมบูรณ์หรือไม่รักษาส่งผลให้ทารกติดโรคร้อยละ 60 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในอดีตของ Tsai S. และคณะ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดทารกติดโรคซิฟิลิสโดยกำเนิด ได้แก่ ไม่ฝากครรภ์ ไม่ได้รับการรักษาซิฟิลิส หรือได้รับการรักษาไม่ครบก่อนคลอด^(6,9) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang X และคณะ ที่สรุปว่าปัจจัยป้องกัน คือการรักษาครบสมบูรณ์⁽⁸⁾

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการสืบค้นเวชระเบียนย้อนหลังทำให้ขาดข้อมูลบางอย่าง เช่น การตรวจติดตามหลังคลอด การตรวจและรักษาของคู่สมรส การศึกษานี้พบข้อมูลการตรวจรักษาของคู่สมรสเพียงร้อยละ 15.2 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของ Dalle J. และคณะ ในประเทศบราซิล พบการตรวจและรักษาของคู่สมสร้อยละ 26.1⁽¹⁸⁾ และข้อมูลเพิ่มเติมจากสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิส 2 ราย ที่ตั้งครรภ์ซ้ำและคลอดบุตรในระหว่างเก็บข้อมูลในครรภ์แรก คู่สมรสไม่ได้รับการตรวจรักษา และเมื่อฝากครรภ์ครั้งที่สอง พบว่าสตรีตั้งครรภ์ยังพบการติดโรคซิฟิลิสซ้ำ งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการรักษาคู่สมรสเพื่อลดการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำในครรภ์ต่อไปและลดการแพร่เชื้อซิฟิลิสในอนาคต หากมีการศึกษาในอนาคต การทำวิจัยควรเพิ่มประวัติการติดเชื้อซิฟิลิสของคู่สมรส และผลการตรวจติดตามผลการติดเชื้อของสตรีตั้งครรภ์และทารกหลังคลอดต่อเนื่องไป 3-12 เดือน รวมถึงติดตามผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในครรภ์ต่อไป

สรุป

การศึกษานี้สรุปได้ว่า สตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิสในจังหวัดระยองมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของจำนวนทารกติดเชื้อซิฟิลิสโดยกำเนิด จึงควรมีการให้ข้อมูลความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับการติดเชื้อซิฟิลิส ผลกระทบต่อทารก ข้อดีของการฝากครรภ์และการรักษารวมถึงคู่สมรส ปัจจัยที่ควรส่งเสริม คือ การตรวจและรักษาคู่สมรสระหว่างการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสแรก การรักษาให้ครบสมบูรณ์อย่างน้อยสามสิบวันก่อนคลอด ซึ่งจะช่วยลดการติดเชื้อในทารกแรกเกิดและครรภ์ต่อไป การนำข้อมูลจากการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้กับการวางแผนการรักษาสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิสอาจส่งผลดีต่อทารกแรกเกิดในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณสุคนธา ผาสุข หัวหน้ากลุ่มงานห้องคลอด ผู้สนับสนุนหลักในการทำงานวิจัยนี้ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยและลงข้อมูลในเวชระเบียนทั้งหมด ทั้งกลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม และกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลระยอง สุตทัยนี้ ขอขอบคุณแพทย์หญิงสาริน คหะแก้ว อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี และแพทย์หญิงสุชมา โชคสุวัฒนสกุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำหรับคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งและคำแนะนำในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
2. World Health Organization. Report on global sexually transmitted infection surveillance 2015. Geneva, Switzerland: WHO; 2016.
3. Rowley J, Vander Hoorn S, Korenromp E, Low N, Unemo M, Abu-Raddad LJ, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. Bull World Health Organ 2019; 97(8): 548- 62.
4. Newman L, Rowley J, Vander Hoorn S, Wijesooriya NS, Unemo M, Low N, et al. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on systematic review and global reporting. PLoS One 2015; 10(12): e0143304. (17 pages).
5. World Health Organization. Report on global sexually transmitted infection surveillance 2018. Geneva, Switzerland: WHO; 2018.
6. Tsai S, Sun MY, Kuller JA, Rhee EHJ, Dotters-Katz S. Syphilis in pregnancy. Obstet Gynecol Surv 2019; 74(9): 557-64.
7. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiane SG, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes-Estimates for 2016 and progress since 2012. PLoS One 2019; 14(2): e0211720. (17 pages).
8. Zhang X, Yu Y, Yang H, Xu H, Vermund SH, Liu K. Surveillance of maternal syphilis in China: pregnancy outcomes and determinants of congenital syphilis. Med Sci Monit 2018; 24: 7727-35.

9. Su JR, Brooks LC, Davis DW, Torrone EA, Weinstock HS, Kamb ML. Congenital syphilis: trends in mortality and morbidity in the United States, 1999 through 2013. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 214(3): 381.e1-9.
10. Sangtawesin V, Lertsutthiwong W, Kanjanapattanakul W, Khorana M, Horpaopan S. Outcome of maternal syphilis at Rajavithi Hospital on offsprings. *J Med Assoc Thai* 2005; 88(11): 1519-25.
11. Kunpalin Y, Sirisabya A, Chaithongwongwatthana S. The surge of maternal and congenital syphilis in a tertiary care center in Bangkok, Thailand. *Thai J Obstet Gynaecol* 2019; 27(2): 100-8.
12. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางระดับชาติเรื่องการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2558. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
13. นพดล วัชรชัยสุรพล. Syphilis. ใน : สุพร อนุกุลเรื่องกิตติ, วรชมน จันทรเบญจกุล, ธันยวีร์ ภูธนกิจ, ชิชณู พันธุ์เจริญ, บรรณาธิการ. *New faces of pediatric infectious diseases: epidemiology, diagnosis, treatment and prevention*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาโรคติดเชื้อ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563. หน้า 488-500.
14. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep* 2015; 64(RR-03): 1-137.
15. Centers for Disease Control and Prevention. STD surveillance case definitions. [online]. 2013; [cited 2020 Nov 15]; [8 screens]. Available from: URL: <https://www.cdc.gov/std/stats/casedefinitions-2014.pdf>.
16. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2562. [online]. 2563. [สืบค้น 15 พ.ย. 2563]; [30 หน้า]. เข้าถึงได้ที่: URL: https://rhold.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/สถานการณ์RH_2562_Website.pdf.
17. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG* 2014; 121(Suppl 1): 40-8.
18. Dallé J, Baumgarten VZ, Ramos MC, Jimenez MF, Acosta L, Bumaguin DB, et al. Maternal syphilis and accomplishing sexual partner treatment: still a huge gap. *Int J STD AIDS* 2017; 28(9): 876-80.

Pregnancy Outcome and Congenital Syphilis in Maternal Syphilis Infection in Rayong Hospital between 2018 and 2020

Apiradee Uthaipaisanwong

Department of Obstetrics and Gynecology, Rayong Hospital, Amphoe Muang, Rayong 21000, Thailand

ABSTRACT Syphilis in pregnant women can transmit to the fetus via placental blood circulation and amniotic fluid. Maternal syphilis is associated with poor pregnancy and neonatal outcomes, such as fetal death, preterm birth and congenital syphilis. This retrospective descriptive study aimed to evaluate pregnancy and neonatal outcomes of maternal syphilis at Rayong Hospital, including the prevalence of maternal and congenital syphilis and associated risk factors. Medical records of pregnant women diagnosed with maternal syphilis and delivered at Rayong hospital from April 2018 to Mar 2020 were reviewed. A total of 99 pregnant women were studied with the mean age of about 21.5 years. Of 99 pregnant women, 26 newborns were diagnosed with symptomatic congenital syphilis, which 5 cases resulted in fetal death. The prevalence of maternal syphilis was 0.7% in 2018 and increased to 1.3% in 2019. Almost half (42.3%) of the newborns with congenital syphilis were preterm birth and 15.4% were small for gestational age. Absence of antenatal care, no syphilis treatment in the third trimesters, inadequate syphilis treatment, and no treatment in maternal syphilis were significantly associated with congenital syphilis ($p < 0.01$). In conclusion, this study revealed that the prevalence of maternal syphilis increased over the years, followed by subsequently increased prevalence of congenital syphilis. Health policy to encourage antenatal care and complete treatment of maternal syphilis at least 30 days prior to the delivery can improve both pregnancy and neonatal outcomes.

Keywords: Maternal syphilis, Congenital syphilis, Pregnancy outcome