

บทความวิชาการ :
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสที่ติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์: บทบาทพยาบาล
Nursing care of Pregnant women and Couples Infected with Syphilis During Pregnancy:
The nursing role

สุพัตรา อันทรินทร์* และสุภาพร ประนัดตา**

Supattra Auntarin* and Supaporn Pranudta**

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม***

Faculty of Nursing, Srimahasarakham Nursing College***

เบอร์โทรศัพท์ 08-3965-0550; E-mail: supattra1@smnc.ac.th*

วันที่รับ 3 เม.ย. 2567; วันที่แก้ไข 17 พ.ค. 2567; วันที่ตอบรับ 10 ก.ค. 2567

บทคัดย่อ

โรคซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexually-transmitted disease หรือ STD) เมื่อมีการติดเชื้อเริ่มต้นมักจะ ไม่แสดงอาการมีการติดเชื้อแฝงทำให้ผู้ที่ติดเชื้อในร่างกายไม่ทราบ ทั้งยังไม่ได้มีโอกาสในการคัดกรองส่งผลให้ไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีต่อเนื่องนำไปสู่การแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่นได้ หรือติดต่อกับมารดาสู่ทารกในครรภ์ผ่านทางรกจากการสัมผัสรอยโรคระหว่างคลอดหรือหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์มักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจคัดกรองของตนเองและคู่สมรส โดยเฉพาะผลการคัดกรองที่มีความแตกต่างกันบางรายภรรยาติดเชื้อแต่คู่สมรสไม่ติดเชื้ออาจนำไปสู่ปัญหาความขัดแย้งหรือไม่เข้าใจภายในครอบครัว บางรายไม่กล้าแจ้งผลกับคู่สมรสทำให้ไม่สามารถติดตามคู่สมรสมาตรวจคัดกรองและรับการรักษาได้ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อซ้ำในขณะตั้งครรภ์ หากไม่สามารถรักษาได้ตามแผนการรักษาจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนัก

ตัวน้อย เกิดความพิการตั้งแต่แรกเกิด เกิดการตายคลอด เป็นต้น ดังนั้นในบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ทราบข้อมูลแนวทางการดูแลตนเองและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลและการรักษา รวมถึงมุ่งเน้นให้พยาบาลที่ดูแลหญิงที่มีภาวะการติดเชื้อได้ตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทพยาบาลที่เริ่มตั้งแต่กระบวนการคัดกรองโรค การให้ความรู้เรื่องโรคผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเพื่อป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อและการรับเชื้อเพิ่มการรักษาสัมผัสภาพในครอบครัวและการสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัวให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักและเห็นความสำคัญของการรักษาจนครบและ การตรวจติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดผลกระทบต่องานตั้งครรภ์และทารกในครรภ์และภาวะแทรกซ้อนต่อตัวหญิงตั้งครรภ์ในระยะยาว

คำสำคัญ : ซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์; บทบาทพยาบาล

Abstract

Syphilis is a sexually transmitted disease (STD) that often does not show symptoms initial-

ly, leading to latent infection. This means that individuals with the infection may not be aware of it, missing the opportunity for early screening and treatment. Consequently, the infection can spread to others or be transmitted from mother to fetus via the placenta, during delivery, or post-delivery through contact with lesions. Pregnant women diagnosed with syphilis often experience anxiety regarding their screening results and those of their partners, especially when there are discrepancies, such as the wife being infected while the husband is not. This can lead to family conflicts and misunderstandings. Some women may hesitate to inform their partners, preventing their partners from getting screened and treated, which can result in reinfection during pregnancy. Failure to follow the treatment plan can lead to complications during pregnancy, such as diabetes, hypertension, preterm birth, low birth weight, congenital disabilities, or stillbirth. Therefore, the purpose of this article is to inform pregnant women about self-care guidelines and raise awareness of the importance of syphilis and its treatment. It also aims to emphasize the critical role of nurses in screening, educating patients through counseling, and advising on proper practices to prevent the spread and acquisition of the infection. Maintaining family relationships and creating family support are crucial. Pregnant women should be aware of the importance of completing their treatment and continuous monitoring to reduce the impact on the pregnancy, fetus, and long-term maternal health.

Keywords : Syphilis During Pregnancy; Nursing Role

บทนำ

โรคซิฟิลิส (syphilis) หมายถึง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ชื่อ *Treponema pallidum* สามารถทำให้เกิดอันตรายแก่ระบบต่าง ๆ ของร่างกายได้หลายระบบ เช่น ซิฟิลิสระบบหัวใจและหลอดเลือด ซิฟิลิสระบบประสาท เป็นต้น^[1] สถานการณ์โรคซิฟิลิสในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การติดเชื้อและการระบาดของโรคติดต่อที่มีแนวโน้มเกิดการระบาดในปี 2567 ซึ่ง 1 ใน 9 โรค^[2] คือ โรคซิฟิลิส ดังนั้นกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กรมควบคุมโรคจึงมีเป้าหมายควบคุมอัตราการป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ≤ 50 ต่อประชากรเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน จากการสำรวจสถานการณ์โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563-2565 พบว่าอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยมีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดเท่ากับ 55.5 49.9 และ 98.2 ต่อประชากรเด็กเกิดมีชีวิตแสนคนตามลำดับ และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิสเพิ่มสูงขึ้นเท่ากับร้อยละ 0.58 0.80 และ 1.05 ตามลำดับ ผลการตรวจสอบโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ ปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยซิฟิลิสแต่กำเนิด จำนวน 352 คน ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20-24 ปี จำนวน 119 คน (36.6%) พบในการตั้งครรภ์ครั้งแรกจำนวน 160 คน (47.2%) และเป็นกลุ่มที่มาฝากครรภ์ช้ากว่า 12 สัปดาห์ จำนวน 174 คน (60.2%) ส่วนใหญ่รักษาไม่ครบก่อนวันคลอดคิดเป็น 62.1% และความครอบคลุมของการคัดกรองซิฟิลิสที่อายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ค่อนข้างน้อย ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่รักษาเข็มแรกไม่ทัน 30 วันก่อนคลอดแม้จะรักษาครบ พบปัญหาการติดตามคู่ของหญิงตั้งครรภ์ในการมา

ตรวจคัดกรองซิฟิลิสและเอชไอวีและอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มสูงกว่าเอชไอวี 19 เท่า สถานการณ์โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดและการติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ปี พ.ศ. 2561 พบ 25.1 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน และในปี พ.ศ. 2565 พบ 98.2 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน ซึ่งจะเห็นได้ว่าการติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นประมาณ 4 เท่าและมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง^[2-3]

การติดเชื้อซิฟิลิสต่อหญิงตั้งครรภ์มีลักษณะการดำเนินโรคเหมือนซิฟิลิสทั่วไป หลังจากได้รับเชื้อเกิดตุ่มแผลขอบแข็งเมื่อแผลขอบแข็งหายไปจะเกิดผื่นและตุ่มนูน (condyloma lata) จนกระทั่งไม่มีอาการ (late syphilis) ใน 3-30 ปี จะเกิดอาการแทรกซ้อนของระบบหัวใจหลอดเลือด ระบบประสาท และเกิดแผลหรือฝีบริเวณรอยโรค (gumma disease)^[4] แต่เมื่อเป็นการติดเชื้อซิฟิลิสในขณะตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงที่จะส่งผ่านเชื้อไปยังทารกในครรภ์หรือเกิดการติดเชื้อขณะคลอด และหลังคลอด หากไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในขณะตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์^[5] ความรุนแรงที่เกิดจากกลุ่มสมร^[6] และเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี^[7] เป็นต้น ผลกระทบของซิฟิลิสต่อทารกทำให้ทารกพิการแต่กำเนิด ทารกบวมน้ำ (hydrops fetalis) ทารกคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) ทารกน้ำหนักตัวน้อย (low birth weight) ซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis) เข้ารับการรักษาที่ NICU มากกว่า 24 ชั่วโมง และทารกตายในครรภ์ (dead fetus in utero)^[5, 8-11]

โรคซิฟิลิสแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

โรคซิฟิลิสเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะเข้ากระแสเลือดและจับตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย อาการของโรคแตกต่างกันในแต่ละระยะ ทำให้เกิดโรค

ตามอวัยวะและเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว โรคซิฟิลิสแบ่งออกเป็น 4 ระยะ^[1] ดังนี้

1. โรคซิฟิลิสระยะที่ 1 (primary syphilis) ระยะฟักตัวประมาณ 10-90 วัน โดยเชื้อจะเข้าทางเยื่อบุปกติหรือเยื่อผิวหนังที่มีรอยแผล เช่น อวัยวะเพศริมฝีปาก นิ้วมือ ลิ้น ห้วนนม ทวารหนัก ในระยะแรกจะมีลักษณะเป็นผื่นสีแดงเข้มต่อมาจะเป็นตุ่มเล็กๆ หลังจากนั้นจะแตกเป็นแผลซึ่งค่อยๆ ใหญ่ขึ้น เส้นผ่าศูนย์กลาง 1-2 ซม. มีลักษณะเป็นแผลเดี่ยวขอบแผลนูนแข็งก้นแผลสะอาดแผลจะไม่เจ็บ นอกจากมีการติดเชื้อโรคอื่นแทรกซ้อนทำให้แผลอักเสบและเจ็บปวดได้หลังจากติดเชื้อ 7-10 วัน อาจมีต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบโต ในระยะนี้แม้ไม่ได้รับการรักษาแผลก็สามารถหายได้เองแต่ยังมีเชื้อแฝงอยู่ในร่างกายตลอด

2. โรคซิฟิลิสระยะที่ 2 (secondary syphilis) เกิดหลังจากที่เป็นแผลของโรคซิฟิลิสระยะที่ 1 ประมาณ 3-12 สัปดาห์ แต่บางรายอาจนานเป็นเวลาหลายเดือนได้ ระยะนี้อาจมีอาการแสดงในอวัยวะหลายระบบ หลังจากเริ่มติดเชื้อภายใน 8 สัปดาห์^[12] เชื้อกระจายไปตามกระแสเลือด ผู้ติดเชื้อมักมีไข้ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหรือกระดูก ต่อมน้ำเหลืองโต^[12-15] นอกจากนี้อาจพบอาการเช่น ม่านตาอักเสบ (uveitis) เยื่อหุ้มสมองอักเสบ^[12-15] เส้นประสาทสมองเสื่อม (cranial nerve palsy)^[12] ตับอักเสบ ม้ามโต^[14] เยื่อหุ้มกระดูกอักเสบ (periostitis) กรวยไตอักเสบ อาการแสดงทางผิวหนังหรือเยื่อที่พบ^[16] ได้แก่ ผื่น (skin rash) ผื่นมักจะไม่คันมีสีแดงลักษณะคล้ายสีทองแดง และผื่นกระจายเท่า ๆ กันทั้งสองด้านของร่างกาย (symmetrically distributed) โดยมักพบผื่นบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า ไม่พบลักษณะผื่นที่เป็นตุ่มน้ำใส (vesiculobullous lesion) ยกเว้นในโรคซิฟิลิสแต่

กำเนิด อาการผอมร่วงเป็นหย่อม ๆ (moth-eaten alopecia) เป็นต้น

3. ระยะแฝง (latent syphilis) ระยะแฝงเป็นระยะที่ไม่มีอาการแต่สามารถตรวจเลือด สำหรับโรคนี้ให้ผลเป็นบวกได้ แบ่งออกเป็น 2 ระยะย่อย^[16] คือ

3.1 Early latent syphilis เป็นระยะที่ติดเชื้อมาไม่เกิน 1 ปี

3.2 Late latent syphilis เป็นระยะติดเชื้อมานานกว่า 1 ปี

4. ระยะที่ 3 (tertiary syphilis)^[16] เป็นระยะอวัยวะของร่างกายถูกทำลาย เกิดจากผู้ติดเชื้อไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาไม่ถูกวิธี เช่น ซึ่เยารับประทานเองหรือรักษาไม่ครบตามแผนการรักษาทำให้เข้าสู่ระยะร้ายแรงของโรคอาจทำให้ตาบอดหูหนวก สติปัญญาเสื่อม เชื้อเข้าสู่สมองและไขสันหลังทำให้เป็นอัมพาตและเสียชีวิตได้ เข้าสู่หัวใจทำให้เป็นโรคหัวใจรั่ว หลอดเลือดแดงใหญ่อักเสบ หรือโป่งพอง เป็นต้น

ช่องทางการติดต่อของเชื้อ ได้แก่

1. ทางเพศสัมพันธ์ เชื้อโรซิฟิลิสติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยติดผ่านทางเยื่อช่องคลอด^[5]
2. ทางเข็ม ของมีคม บาดแผล โดยสัมผัสผ่านแผล หากผิวหนังที่มีแผลสัมผัสกับแผลสารคัดหลั่งเลือดที่มีเชื้อหรือการใช้เข็ม ของมีคมที่มีเชื้อร่วมกันทำให้เกิดการติดเชื้อได้ (ระยะที่สองเป็นระยะที่มีปริมาณเชื้อในกระแสเลือดมาก^[17])
3. จากหญิงตั้งครรภ์และเป็นโรซิฟิลิสเชื้อสามารถติดจากมารดาไปสู่ทารกขณะตั้งครรภ์ขณะคลอดและหลังคลอดได้^[1]

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรซิฟิลิส

จากสถานการณ์การติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นส่วน

ใหญ่อยู่ในเขตชุมชนเมืองที่มีประชากรหนาแน่นเป็นจังหวัดเศรษฐกิจหรือมีการย้ายถิ่นฐานเพื่อประกอบอาชีพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการกระจายโรซิฟิลิสแต่กำเนิดเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสไม่ได้รับการรักษาครบตามมาตรฐาน^[18] การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การมีคู่นอนหลายคน การใช้ถุงยางอนามัย การใช้สารเสพติด^[19] ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องในหญิงตั้งครรภ์มีหลายปัจจัย ดังนี้

1. มารดาที่อายุระหว่าง 20-34 ปี^[3] เป็นระยะที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์เกิดการตั้งครรภ์และมาฝากครรภ์สามารถตรวจพบการติดเชื้อ

2. ฝากครรภ์ช้าหรือไม่ได้ฝากครรภ์^[20] ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเริ่มรักษาซิฟิลิสช้า ซึ่งการรักษาในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ในทารกน้อยกว่าการเริ่มรักษาในไตรมาสที่สาม 0.25 เท่า^[9]

3. ด้านการศึกษา ผู้ที่อยู่ในการศึกษาระดับต่ำหรืออยู่นอกระบบการศึกษา^[10] มักขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและมีระดับเศรษฐกิจที่ต่ำ^[5,21] การศึกษาในสหรัฐอเมริกา รายงานว่าหญิงที่มีรายได้ต่อครัวเรือนต่ำเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อซิฟิลิสและภาวะแทรกซ้อน^[22]

4. การติดเชื้ออื่นร่วมด้วยเช่น โรคเอดส์เคยมีประวัติติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์^[21,23] เป็นต้น

5. การไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาไม่ครบก่อนคลอด (ได้รับการรักษาไม่ถึง 30 วันก่อนคลอด)^[11,23-24] จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อสู่ทารกส่งผลต่อการติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิดได้ จากการศึกษาพบข้อมูลว่าในประเทศไทย ร้อยละของหญิงที่ติดเชื้อซิฟิลิสระหว่างตั้งครรภ์ได้รับการรักษาต่ำกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกสาเหตุส่วนใหญ่ที่พบคือ

ฝากครรภ์ผลเลือดครั้งที่ 1 เป็นลบ แต่ครั้งที่ 2 เป็นบวก^[23] ได้รับการรักษาครบแต่น้อยกว่า 4 สัปดาห์ ก่อนคลอด รองลงมาคือ ขาดการติดตามการรักษา^[25]

6. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม^[26] เช่น พฤติกรรมทางเพศความเสี่ยงเป็นต้น หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่สวมถุงยางอนามัยเนื่องจากคิดว่ามีเพศสัมพันธ์กับสามี/คู่นอนของตนเอง โดยไม่ได้คิดว่าสามี/คู่นอนอาจมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่น^[1] การมีคู่นอนหลายคน^[21] ความรุนแรงทางเพศ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการถูกบังคับข่มขู่ให้มีเพศสัมพันธ์โดยที่ไม่ได้ป้องกัน^[27]

การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสส่วนใหญ่ไม่มีอาการและอาการแสดง เนื่องจากอยู่ในระยะแฝง เมื่อมาฝากครรภ์ได้รับการตรวจเลือดหาแอนติบอดีต่อโรคซิฟิลิส ทั้งแบบไม่จำเพาะและแบบจำเพาะ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรคซิฟิลิสระยะแรกทำให้เกิดแผลที่ไม่เจ็บ ถ้ารักษาความสะอาดได้ดี ไม่มีการติดเชื้อแบคทีเรียอื่นซ้ำซ้อนแผลก็จะหายไปได้เอง และหากเกิดแผลที่ช่องคลอดหรือปากมดลูก ย่อมไม่สามารถทราบได้ ส่วน ระยะที่ 2 นั้น ฮอร์โมนเพศหญิงในรอบระยะนี้อาจทำให้เกิดอาการแสดงของโรคซิฟิลิสในระยะนั้นไม่ชัดเจน จึงไม่ได้รับการรักษาจนกระทั่งโรคเข้าสู่ระยะแฝง ซึ่งการวินิจฉัยต้องอาศัยการตรวจเลือดหาแอนติบอดี

1. การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ ดำเนินการดังนี้

1.1 การซักประวัติ

- ซักประวัติตามแนวทางการฝากครรภ์ของกรมอนามัย
- ซักประวัติอาการของโรคซิฟิลิส เช่น แผลที่อวัยวะเพศ ผื่น ผื่นร่วง ต่อมมน้ำเหลืองโต

และประวัติพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

- รายละเอียดของการรักษาที่ผ่านมาของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยเป็นโรคซิฟิลิส สถานการรักษา การวินิจฉัยที่ได้รับการรักษาที่ได้รับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (RPR/VDRL และ Treponemal test) ครั้งล่าสุด

- ประวัติทางสูติกรรมที่ผ่านมา ได้แก่ ทารกตายคลอด การแท้ง

- ประวัติการบริจาคและการได้รับเลือด และประวัติการฝากครรภ์

- ประวัติการติดเชื้อกลุ่ม Treponema อื่นๆ ได้แก่ yaws, pinta เป็นต้น และประวัติการเดินทางไปทำงานในต่างประเทศหรือการอาศัยอยู่ในประเทศที่มีความชุกของโรคเหล่านี้สูง

1.2 การตรวจร่างกาย

ตรวจร่างกายเพื่อค้นหาอาการแสดงทางคลินิกของโรคซิฟิลิสระยะที่ 1 และโรคซิฟิลิสระยะที่ 2

1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สำหรับในประเทศไทยอุบัติการณ์ของโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น ทำให้ทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อซิฟิลิสและเป็น congenital syphilis เพิ่มขึ้น การตรวจเลือดในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกด้วย VDRL หรือ RPR มีความไวในการวินิจฉัย late latent syphilis ต่ำกว่าการตรวจด้วย FTA-ABS หรือ TPHA ที่มีความไวสูง ดังนั้นแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเรื่อง การดูแลการตั้งครรภ์กำหนดวิธีการตรวจค้นหาโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์^[28] ดังนี้

1. ตรวจเลือดเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ส่งตรวจด้วยวิธี Treponemal test (CIA/CMIA/EIA)

1.1 กรณีให้ผลบวก (Reactive) ให้ตรวจ

ต่อด้วยวิธี Non-treponemal test (VDRL หรือ RPR) เพื่อประเมินระยะของโรค ถ้าให้ผลบวกจะประเมินค่า titer ซ้ำด้วยวิธี TPHA หรือ TPPA และทำการรักษาตามระยะของโรค

กรณีให้ผลลบ ให้ตรวจยืนยันด้วย Treponemal test ด้วยวิธี TPHA หรือ TPPA อีกครั้งหนึ่ง ถ้าให้ผลบวก ให้การวินิจฉัยเป็นซิฟิลิส ถ้าผลเป็นลบ ไม่ต้องรับการรักษา

1.2 กรณีผลเป็นลบ (Non-reactive) ให้ตรวจซ้ำ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 28 – 32 สัปดาห์

2. ข้อบ่งชี้ว่าการรักษาโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ล้มเหลว^[23]

2.1 มีอาการและอาการแสดงทางคลินิกไม่ดีขึ้น หรือกลับเป็นซ้ำ โดยไม่มีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำ

2.2 มีการเพิ่มของค่า RPR/ VDRL titer ตั้งแต่ 4 เท่าขึ้นไป ภายหลังการรักษาครบ ที่ระยะเวลา 3 เดือน

2.3 ค่า RPR/VDRL titer ลดน้อยกว่า 4 เท่า หรือยังมีค่า titer ตั้งแต่ 1:8 ขึ้นไป ภายหลังการรักษาครบแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

การรักษาโรคซิฟิลิส

การรักษาโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ ใช้แนวทางเดียวกับการรักษาในผู้ป่วยผู้ใหญ่ทั่วไป^[29] ดังนี้

1. การรักษาโรคซิฟิลิส ระยะต้น (Early syphilis) ให้การดูแลรักษาดังต่อไปนี้

1.1 นิด Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ ครั้งเดียว โดยแบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกข้างละ 1.2 ล้านยูนิต ห้ามใช้ Doxycycline หรือ Tetracycline ในหญิงตั้งครรภ์

1.2 นิด Benzathine penicillin G หรือให้

ยารับประทาน Doxycycline แก่สามี่/คู่เพศสัมพันธ์ แม้ไม่มีอาการหรือผลเลือดเป็นลบ

1.3 กรณีแพ้ penicillin พิจารณาให้

- Erythromycin (500mg) วันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน

- Ceftriaxone 1-2 gm ฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือเข้ากล้ามเนื้อ วันละ 1 ครั้ง นาน 10-14 วัน

- Doxycycline(100mg) วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร 14 วัน

2. การรักษาโรคซิฟิลิส ระยะปลาย (latent syphilis) ให้การดูแลรักษาดังต่อไปนี้

2.1 นิด Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ โดยแบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สะโพกข้างละ 1.2 ล้านยูนิต สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ติดต่อกัน

- หากไม่สามารถมารับการฉีดยาได้ตามกำหนด ต้องฉีดยาเข็มต่อไปไม่เกิน 14 วัน ถ้าไม่ได้ ให้เริ่มการรักษาใหม่

2.2 รักษาสามี่/คู่เพศสัมพันธ์ หากผลการตรวจเลือดเป็นบวก

2.3 กรณีแพ้ Penicillin พิจารณาให้

- Tetracycline (500mg.) รับประทานวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 28 วัน

- ให้ Doxycycline(100mg.)รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 28 วัน

3. การรักษาโรคซิฟิลิสของระบบประสาท (neurosyphilis) ให้การดูแลรักษาดังต่อไปนี้

3.1 นิด Aqueous crystalline penicillin G 18-24 ล้านยูนิต/วัน เข้าหลอดเลือดดำ โดยแบ่งฉีด 3-4 ล้านยูนิต ทุก 4 ชั่วโมง นาน 10-14 วัน

4. การรักษาเมื่อเกิดการติดเชื้อซ้ำ(reinfection)

4.1 ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีประวัติที่อาจเกิดการติดเชื้อใหม่ คู่ไม่ได้รับการรักษาและมีเพศสัมพันธ์กับสามีหรือคู่อีกไม่ได้ป้องกัน

4.2 ผลเลือด RPR/VDRL titer เพิ่มขึ้น >4 เท่า

4.3 ผลเลือด RPR/VDRL titer ลดลงขึ้น <4 เท่า หรือค่า Titer 1:8 ขึ้นไป หลังการรักษา 6 เดือน^[2]

ซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis)

ซิฟิลิสแต่กำเนิด หมายถึง โรคซิฟิลิสที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อซิฟิลิสถ่ายทอดสู่ทารกในขณะตั้งครรภ์ โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ^[29] คือ

1. Early-onset manifestation มักแสดงอาการตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 2 ปี ส่วนมากจะแสดงอาการภายใน 5 สัปดาห์แรก อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ซีด โดยเฉพาะจากเม็ดเลือดแดงแตก เหลือง ตับโต ม้ามโต ต่อมน้ำเหลืองโต ผื่นแบบ maculopapular ตุ่มน้ำใสที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้าและลอกเป็นมันขาว อาการอื่นๆ ได้แก่ rhinitis (snuffle), thrombocytopenia, hepatitis และความผิดปกติของกระดูก เช่น osteochondritis และ perichondritis ซึ่งทำให้เกิดภาวะ pseudoparalysis เป็นต้น

2. Late-onset manifestation หากผู้ป่วยที่เป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม จะพบอาการและอาการแสดงหลังอายุ 2 ปี และมักเป็นพยาธิสภาพที่คงอยู่ตลอดชีวิต ได้แก่ ฟันแท้มีลักษณะผิดปกติ (Hutchinson's teeth) ตาบอด (interstitial keratitis) หูหนวก (8th nerve palsy) รวมเรียกว่า Hutchinson's triad และความผิดปกติของกระดูกและข้อ ได้แก่ frontal bossing, maxillary hypoplasia

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในกรณีมารดามีการติดเชื้อซิฟิลิส หากมีข้อใดข้อหนึ่ง^[16] ดังต่อไปนี้

1. มีอาการและอาการแสดงเข้าได้กับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

2. ผลการตรวจ nontreponemal test (RPR/VDRL titer) ในทารกมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 4 เท่าของมารดา

3. ผลการตรวจ treponemal IgM ในทารกให้ผลบวก ได้แก่ FTA-ABS IgM, EIA IgM

4. การตรวจ direct identification of *T. pallidum* โดยเก็บสิ่งส่งตรวจจากรก, สายสะดือ และสารคัดหลั่งหรือรอยโรคจากทารกด้วยวิธี darkfield, NAAT, Immunohistochemistry (IHC) หรือการตรวจทางพยาธิของรกหรือสายสะดือให้ผลบวก

การรักษาโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด มีการใช้ยา รักษาอยู่ 2 วิธี คือ

1. นิด Aqueous crystalline penicillin G 50,000 ยูนิต/กิโลกรัม นิดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง ในช่วงที่ทารกอายุ 1-7 วัน และทุก 8 ชั่วโมง ในช่วงที่ทารกอายุมากกว่า 7 วัน รวมทั้งสิ้น 10 วัน หรือ

2. นิด Benzathine penicillin G 50,000 ยูนิต/กิโลกรัม เข้ากล้ามเนื้อ 1 ครั้ง^[29]

2.1 นัดตรวจติดตามอาการที่อายุ 2, 4, 6, 9 และ 12 เดือน และทำการตรวจ non-treponemal (RPR/VDRL) titer ทุก 2-3 เดือน จนกระทั่งผลเลือดเป็นลบ หรือลดลงมากกว่า 4 เท่า

2.2 Non-treponemal titer จะเริ่มลดลงหลังจากการรักษา ประมาณ 3 เดือน และจะเป็นลบหลังการรักษาประมาณ 6 เดือน หากทารกไม่ติดเชื้อ หรือติดเชื้อแต่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม

2.3 หาก non-treponemal test ยังคงให้ผลบวกไม่ลดลง ใน 6-12 เดือนหลังการรักษา ให้ทำการตรวจประเมินซ้ำรวมทั้งตรวจน้ำไขสันหลัง

และให้การรักษาด้วย penicillin G ทางหลอดเลือดดำอีก 10 วัน แม้ว่าจะเคยได้รับการรักษามาก่อน

2.4 ไม่ใช่ treponemal test ในการติดตามผลการรักษาเนื่องจาก treponemal antibody ที่ส่งผ่านรมาจากการติดเชื้อจะให้ผลบวกได้จนทารกอายุ 15 เดือน แม้จะได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

2.5 หาก Treponemal test ให้ผลลบหลังทารกอายุ 18 เดือน จะสามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด หากตรวจพบร่วมกับผล Nontreponemal (RPR/VDRL) titer เป็นลบ ไม่จำเป็นต้องทำการตรวจประเมินหรือรักษาซ้ำ แต่หากตรวจพบร่วมกับผล Nontreponemal (RPR/VDRL) titer เพิ่มขึ้น ให้ทำการตรวจประเมิน และให้การรักษาซ้ำอีกครั้ง

- ในทารกที่ตรวจน้ำไขสันหลังแล้วพบความผิดปกติของเม็ดเลือดขาวและ/หรือโปรตีน หรือมี VDRL ในน้ำไขสันหลังให้ผลบวก ต้องทำการเจาะตรวจน้ำไขสันหลังที่ 6 เดือน หากผลการตรวจ VDRL ในน้ำไขสันหลังยังให้ผลบวกที่ 6 เดือนให้ทำการตรวจประเมินและให้การรักษาซ้ำอีกครั้ง^[29]

บทบาทพยาบาลกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสที่ติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์

บทบาทของพยาบาลที่มีต่อหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ปลอดภัยจากการติดเชื้อและลดความพิการในทารกได้ พยาบาลต้องให้ความสำคัญและมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลครอบคลุม ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญ^[30] ดังนี้

1. การให้คำปรึกษา บทบาทนี้มีความสำคัญมากสำหรับพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสที่ติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์

และสังคม พยาบาลต้องแสดงบทบาทผู้นำให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ใช้กระบวนการแก้ปัญหาในการที่จะรับรู้และจัดการกับภาวะดังกล่าวสามารถปรับตัวให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างหญิงตั้งครรภ์สามี ครอบครัว และทีมสุขภาพ การให้คำปรึกษาจะช่วยประคับประคองอารมณ์จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยเน้นประเด็นสำคัญในการให้คำปรึกษา 4 ประเด็นหลัก^[31] ได้แก่ 1) การดูแลตนเองและการรักษาอย่างต่อเนื่อง 2) การมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย 3) การสื่อสารกับคู่เพศสัมพันธ์ให้มารับบริการตรวจรักษา 4) การให้การปรึกษาต่อเนื่องตามนัดหมาย โดยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีสติรับรู้เกิดปัญหาในการเผชิญปัญหาด้วยความเข้าใจรวมถึงการสร้างความตระหนักในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงและลดอัตราการติดเชื้อซ้ำได้ โดยการให้คำปรึกษาแบ่งได้ ดังนี้

1.1 การให้คำปรึกษาก่อนการเจาะเลือด โดยใช้ทักษะและเทคนิคด้านกระบวนการให้คำปรึกษา ประเมินความเสี่ยงและโอกาสการติดเชื้อ ประเมินความรู้ความเข้าใจ ทศนคติ ความคาดหวังเกี่ยวโรคและการติดเชื้อ ให้ข้อมูลแนวทางการดูแลรักษากระตุ้นให้ผู้รับบริการค้นหาปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาด้วยตนเองภายหลังทราบผลเลือดไม่ว่าผลบวกหรือผลลบ ความพร้อมเผชิญปัญหาในสถานการณ์นั้นๆอย่างไร ช่วยประคับประคอง เสริมกำลังใจ ให้วิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียสามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการแก้ปัญหาแต่ละด้านอย่างชัดเจน ช่วยลดผลกระทบด้านลบจากการรับรู้ผลเลือด ซึ่งการเจาะเลือดตรวจจะทำให้ได้รับการช่วยเหลือที่ทันทั่วถึงและถูกต้อง ลดการติดเชื้อทารกและลดการพิการของทารกได้ พยาบาลควรแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์มารับการตรวจคู่กับสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ โดยอธิบาย

กรณีผลเลือดที่ต่างกันและอธิบายความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซิฟิลิสให้ครอบคลุม

1.2 การปรึกษาหลังทราบผลเลือด โดยใช้ทักษะและเทคนิคด้านกระบวนการให้การปรึกษา ทบทวนข้อมูลเดิมที่ได้รับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคที่เป็น และแนวทางการดูแลรักษา ประเมินความพร้อมต่อการรับฟังผลเลือด แนวทางแก้ปัญหากรณีผลเลือดเป็นบวก สภาพจิตใจ อารมณ์ของผู้รับการปรึกษาในขณะแจ้งผลและหลังแจ้งผลอย่างใกล้ชิด การปรึกษาหลังทราบผลเลือดแบ่งเป็น 2 กรณีคือ

1.2.1 กรณีผลเลือดเป็นลบ ไม่มีการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในระหว่างตั้งครรภ์พยาบาลสามารถบอกผลได้ทันทีและให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจเรื่อง “ระยะแฝง” ของโรค ให้ผู้รับการปรึกษาประเมินความเสี่ยงของตนเองในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ในรายที่มีความเสี่ยงจะต้องนัดตรวจเลือดซ้ำอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ โดยเน้นให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อ และส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (safe sex) อย่างต่อเนื่อง แนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ โดยการสอน สาธิต และให้ฝึกปฏิบัติทักษะการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง

1.2.2 กรณีผลเลือดเป็นบวก พยาบาลจะต้องประเมินสภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เมื่อเป็นโรคซิฟิลิส รวมทั้งความเครียดหรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความพร้อมก่อนการรับฟังผลเลือด แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความคาดหวังของหญิงตั้งครรภ์ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและให้กำลังใจ เน้นให้หญิงตั้งครรภ์ปรับตัวต่อการติดเชื้อโรคนั้นๆ ได้ให้ข้อมูลสำคัญของโรคโดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ได้แก่

โอกาสเสี่ยงการส่งผ่านเชื้อจากแม่สู่ลูก การรักษา การป้องกัน ขณะตั้งครรภ์ขณะคลอดและหลังคลอด ให้ชัดเจน การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยการวางแผนครอบครัวหลังคลอด และวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมเป็นต้นเพราะจะช่วยให้สามารถปฏิบัติตนและได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์จะได้ปลอดภัย^[32]

1.3 การให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อการรักษา ต่อเนื่องและติดตามผลการรักษาควรเน้นความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่องให้ครบตามกำหนด บทบาทพยาบาลคือ ประเมินการแพ้ยาให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการใช้ยาภาวะแทรกซ้อน อาการแพ้ยาและการสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้น^[33] บางรายระยะใช้การรักษาโดยการฉีดยาต่อเนื่องสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ หากขาดการรักษาต้องเริ่มการรักษาใหม่ทั้งหมด หรือการนำสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์มารับการประเมินรักษาและการมาติดตามผลการรักษา ซึ่งหากไม่ครบถ้วน โรคซิฟิลิสจะไม่หายขาดและอาจจะส่งผลต่อทารกในครรภ์ ซึ่งทำให้เมื่อทารกคลอดออกมาจะต้องเข้าสู่กระบวนการตรวจประเมินและรักษาเมื่อหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ทราบข้อมูลนี้ จะให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น^[29]

2. การเป็นผู้ดูแล บทบาทของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะของโรคซิฟิลิส ขณะตั้งครรภ์ถือเป็น การตั้งครรภ์ที่เสี่ยงสูงส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจมีผลต่อการตั้งครรภ์และทารก การดูแลหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส ที่ติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ นอกจากจะช่วยลดความรุนแรงของโรคลดการแพร่กระจายเชื้อหรือติดต่อจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ผ่านทางรก การสัมผัสรอยโรคระหว่างคลอดหรือหลังคลอด ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้และ

ความเข้าใจในกระบวนการรักษาเป็นอย่างดี โดยบทบาทและหน้าที่ในการดูแลและให้บริการทางคลินิก

3. การเป็นผู้สอน บทบาทพยาบาลจะเน้นการส่งเสริมและการป้องกันโรคร่วมกับการรักษาพยาบาล บทบาทพยาบาลที่สำคัญที่สุดในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของมารดาและทารกในครรภ์ก็คือการสอน ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งในบทบาทอิสระของพยาบาล เพราะการสอนเป็นการเพิ่มพูนความรู้ในการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ต้องแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสที่ติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ ดังนี้

1. แนะนำถึงวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและทารกในครรภ์ให้ปลอดภัย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ได้แก่ ปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่เชื้อ การติดเชื้อโรคซิฟิลิสจากหญิงตั้งครรภ์สู่ทารก ช่องทางการติดต่อของเชื้อโรคซิฟิลิส และความรุนแรงของโรค

2. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ได้แก่ แนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งตลอดการตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากสามีขณะตั้งครรภ์ แนะนำไม่ใช้เข็ม ของมีคมร่วมกับผู้อื่น ตรวจเลือดติดตามหลังรักษาและในระยะตั้งครรภ์มีการตรวจเลือดอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ 28- 32 สัปดาห์

3. ให้คำแนะนำในการติดตามผู้สัมผัสโรค ซึ่งหมายถึงสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ที่ได้รับการตรวจ เพื่อให้การรักษาหากพบว่าติดเชื้อโรค ซึ่งจะเป็นการป้องกันหญิงตั้งครรภ์จากการติดเชื้อโรคซ้ำหรือเป็นการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่นๆด้วย^[1]

4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการคลอด เพื่อลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ พยาบาลควรให้

ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสสามารถคลอดปกติทางช่องคลอดได้ หากไม่มีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์

5. หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิสกับการให้นมบุตร ในกรณีที่มีการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในมารดาหรือทารกหรือทั้งสองคน สามารถให้นมบุตรได้ตามปกติยกเว้นกรณีที่มารดามีรอยโรคบริเวณเต้านม ถือเป็นข้อห้ามในการให้นมบุตร ทั้งจากการดูดจากเต้านมและการบีบเก็บน้ำนมจากเต้านม โดยควรรักษารอยโรคบริเวณเต้านมให้หายจึงสามารถให้นมบุตรได้^[29]

6. แนะนำวิธีลดและการจัดการกับความวิตกกังวลภายหลังการทราบผลตรวจเลือดพบว่าติดเชื้อ เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์คลายความเครียดและลดความวิตกกังวลลงโดยพยาบาลจะอยู่เคียงข้างเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกให้คำแนะนำวิธีการลดและจัดการกับความวิตกกังวล การฝึกวิธีการผ่อนคลายความเครียด การเสริมสร้างพลังด้านบวกทั้งพลังใจในตนเองและพลังสนับสนุนของสามีและครอบครัว^[32]

สรุป

โรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์การรักษาและการควบคุมโรคยังมีความยากลำบาก การจัดการกับสถานการณ์โรคซิฟิลิสในปัจจุบันจึงควรมีการส่งเสริมการคัดกรองทันทีทันใด บทบาทของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสที่ติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์มีความสำคัญอย่างมากเนื่องจากพยาบาลมีบทบาทในการให้คำปรึกษาให้คำแนะนำและการสนับสนุนที่จำเป็นต่อสุขภาพของทารกและความสุขของคู่สมรสทั้งก่อนและหลัง การทราบผลตรวจเลือด โดยพยาบาลอยู่เคียงข้างให้คำแนะนำวิธีการลดและจัดการกับความ

วัดกัณฑ์ วิธีการฝึกการผ่อนคลาย การเสริมสร้างพลังด้านบวกและพลังสนับสนุนจากครอบครัว รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และทารกปลอดภัยจากการติดเชื้อ การแนะนำถึงวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องนอกจากนี้ การสนับสนุนและประสานงานกับทีมบุคลากรทางการแพทย์และทีมงานด้านสุขภาพสาธารณสุขเกี่ยวกับการติดตามการรักษาให้ครบตามแผนการรักษาเป็นส่วนสำคัญในการดูแลและรักษาผู้ป่วยในสถานการณ์นี้ด้วยเมื่อพยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนจะส่งผลประโยชน์ให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อซิฟิลิสได้เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการติดเชื้อหรือความเจ็บป่วย ความจำเป็นในการรักษาให้หายขาด จนเกิดความร่วมมือประสบความสำเร็จในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มสตรีที่ติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

- [1] ชนกานต์ เกิดกลิ่นหอม. คู่มือการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคซิฟิลิส. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
- [2] กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2565 กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กรมอนามัย; 2565.
- [3] ลดาพร วงษ์กันหา. แนวโน้มของการติดเชื้อซิฟิลิสในสตรีตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลตติยภูมิขนาดใหญ่. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2565; 7(1): 84-8.
- [4] รานี เมฆะสุวรรณดิ ปรีชา มณฑกานติกุล จุฑามณี สุทธิสีสังข์ และคณะ. ดำรงเกสัชบำบัด. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิง; 2550.
- [5] Schlueter A, Doshi U, Garg B, et al. Adverse pregnancy outcomes associated with maternal syphilis infection. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 2022; 35(25): 5828-33.
- [6] หงษาวิดิ โยธาพิทย์ นันทนา ธนาโนวรรณ จีวรณ อยู่สำราญและคณะ. ปัจจัยทำนายความรุนแรงที่เกิดจากกลุ่มสตรีในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2562; 11(2): 35-48.
- [7] Almeida AS, Andrade J, Fermiano R, et al. Syphilis in pregnancy, factors associated with congenital syphilis and newborn conditions at birth. Texto & Contexto-Enfermagem. 2021; 30: 1-13.
- [8] Eppes CS, Stafford I, Rac M. Syphilis in pregnancy: an ongoing public health threat. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2022; 227(6): 822-38.
- [9] ชาญฤทธิ์ พงศ์พัฒน์วุฒิ. ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ในมารดาที่ติดเชื้อซิฟิลิสในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารกรมการแพทย์ 2564; 46(4): 59-66.
- [10] Gulersen M, Lenchner E, Eliner Y, et al. Risk factors and adverse outcomes associated with syphilis infection during pregnancy. American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM 2023; 5(6):100957.
- [11] Tsai S, Sun MY, Kuller JA, et al. Syphilis in pregnancy. Obstet Gynecol Surv 2019; 74(9): 557-64.
- [12] Griffiths CEM, Barker J, Bleiker T, et al..

- Rook's textbook of dermatology. Vol. 1. 9th ed. New Delhi: John Wiley & Sons; 2016.
- [13] Kang S, Amagai M, Bruckner AL, et al. Fitzpatrick's dermatology. Vol. 2. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019.
- [14] Bolognia J, Schaffer J, Cerroni L, editors. Dermatology. Vol. 2. 4th ed. China: Elsevier; 2018.
- [15] Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, et al. Sexually transmitted diseases. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2008.
- [16] ญัฐพลงามจิรธรรมและศักดิ์ชัยเดชรัตน์. คู่มือการตรวจวินิจฉัยและติดตามการรักษาโรคซิฟิลิสทางห้องปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2564.
- [17] Workowski KA. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR. Recommendations and Reports 2021; 70(4) : 1-187.
- [18] จุฑาวรรณ นิลเพชร และฉวีวรรณ บุญสุยา. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2564. วารสารโรคเอดส์ 2566; 35(3): 151-9.
- [19] จุไรรัตน์ รัตนเลิศนาวิ และอภิษฎา รัศมี. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานข้ามชาติที่เป็นโรคซิฟิลิสและมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: กรณีศึกษา อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2562; 33(1): 45-58.
- [20] Wan Z, Zhang H, Xu H, et al. Maternal syphilis treatment and pregnancy outcomes: a retrospective study in Jiangxi Province, China. BMC pregnancy and childbirth 2020; 20:1-8.
- [21] Rodrigues CS, Guimarães MDC. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Rev Panam Salud Publica 2004; 16(3): 168-75.
- [22] Aslam MV, Owusu-Edusei K, Kidd SE, et al. Increasing Syphilis Diagnoses Among Females Giving Birth in US Hospitals, 2010-2014. Sex Transm Dis 2019; 46: 147 – 52.
- [23] อภิรติ อุทัยไพศาลวงศ์. ความสัมพันธ์ของสตรีตั้งครรภ์ติดโรคซิฟิลิสต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์และการเกิดทารกวินิจฉัยโรคซิฟิลิสโดยกำเนิดในโรงพยาบาลระยองระหว่างปี 2561-2563. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2564; 63(2): 348-58.
- [24] กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดประเทศไทย 2564. [ออนไลน์]. (2567). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 20 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://hivhub.ddc.moph.go.th/report.php>
- [25] ลักษณะอดินารัต. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิส: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2566; 5(2): 1-15.
- [26] สมบูรณ์ บุญเกียรติและชวนพิศ เจริญพงศ์. บทบาทของพยาบาลกับการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์. วารสารเกื้อการุณย์ 2559; 23(1): 163-79.
- [27] Ibrahim ZM, Sayed Ahmed WA, El-Hamid

- SA, et al. Intimate partner violence among Egyptian pregnant women: incidence, risk factors, and adverse maternal and fetal outcomes. Clin Exp Obstet Gynecol 2015; 42(2): 212-9.
- [28] ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลสตรีตั้งครรภ์. [ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 20 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.thaipediatrics.org/?p=3592>
- [29] รสพร กิตติเขาวมาลย์ กิตติภูมิ ชินหิรัญ ชันยนันท์ กังวาทพรโรจน์. แนวทางการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ไซน์; 2563.
- [30] เจนจิตฉะจินดาสุพัตรรุ่งไมตรีชนากานต์ เกิดกลิ่นหอม และคณะ. การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสที่โรงพยาบาลศิริราช. เวชบัณฑิตศิริราช 2566; 16(4): 342-52.
- [31] สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ไซน์; 2558.
- [32] สมบูรณ์ บุญเกียรติและชวนพิศเจริญพงศ์. บทบาทของพยาบาลกับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อในสตรีตั้งครรภ์. วารสารเกื้อการุณย์ 2559; 23(1): 163-79.
- [33] ฉัญญา อ่อนผิว พรรณยุภา เนาว์ศรีสอน และพยอม สีนรุศิริ. สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส: บทบาทพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก 2563; 21(3): 1-10.