

Management for Pregnant Women with Syphilis at Siriraj Hospital

Chenchit Chayachinda*, Suprattra Rungmaitree**, **, Chanakan Kerdlinhom ***, Pathamaporn Tiengladdawong***

*Unit of Infectious Diseases, Department of Obstetrics and Gynecology, **Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, ***Obstetrics and Gynecological Nursing Division, Department of Nursing Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(4):342-352

ABSTRACT

As a global concern, the number of patients with syphilis is increasing in many parts of the world, including Thailand. The incidence is remarkable in young people who are likely to be in the early stage of syphilis. According to the fact that teenage pregnancy is another national health problem, the increasing trend of congenital syphilis (CS) has been observed. The barriers to eliminate CS include delayed diagnosis, no/delayed treatment, lack of awareness regarding re-infection, no/inadequate partner treatment, loss to follow-up after treatment and little collaboration between obstetricians and pediatricians. As a result, the Unit of Infectious Diseases, Department of Obstetrics and Gynecology has developed the clinical pathway for caring pregnant women infected with syphilis with great support and contribution from the Department of Nursing, the Department of Pediatrics and the Department of Internal Medicine. This brings about the higher standard of care. Pregnant women with syphilis from other hospitals are also welcome. Apart from the service of penicillin desensitization and antenatal care, the Unit has prepared education materials, consultation and clinical visits. Many on-going projects and further collaboration as well as introduction to our innovations have been working on.

Keywords: Syphilis; healthcare; pregnant women; Siriraj

Correspondence to: Pathamaporn Tiengladdawong

Email: pathamaporn.tig@mahidol.edu

Received: 1 April 2023

Revised: 30 April 2023

Accepted: 21 July 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i4.262182>

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสที่โรงพยาบาลศิริราช

เจนจิต ฉายะจินดา*, สุพัตรา รุ่งไมตรี**, ชนากานต์ เกิดกลิ่นหอม***, ปฐมภรณ์ เตียงลัดดาวงค์***

*หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, **หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, ***งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบมากขึ้นในหลายภูมิภาคทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรอายุน้อย ผสมกับปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในประชากรกลุ่มนี้ ทำให้อุบัติการณ์ของซิฟิลิสแต่กำเนิดสูงเพิ่มขึ้นตามมาด้วย อุปสรรคต่อการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด คือ การตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษาที่ล่าช้า คู่เพศสัมพันธ์ไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาไม่ครบตามที่กำหนด การไม่ตระหนักถึงโอกาสในการติดเชื้อซ้ำ ขาดการติดตามผลการรักษาอย่างเหมาะสม และขาดการประสานงานระหว่างสูติแพทย์และกุมารแพทย์ ดังนั้นหน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา จึงจัดทำแนวทางการดูแลตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสขึ้น ซึ่งเป็นการร่วมมือระหว่างหน่วยฝากครรภ์ ห้องตรวจโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์สตรี ห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอดติดเชื้อ ทีมกุมารแพทย์และทีมอายุรแพทย์ เพื่อให้ทำงานสอดคล้องกันเป็นอย่างดี นำมาซึ่งมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด และลดอุบัติการณ์ของโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดลง ทั้งนี้ยังเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลต่าง ๆ สามารถส่งผู้ป่วยมารับบริการรักษาและฝากครรภ์หรือส่งมาเพื่อดูแลสำหรับปัญหาแพ้ยาเพนนิซิลิน รวมถึงการขอรับข้อมูลเพื่อการสอน และการปฏิบัติงานที่หน่วยตรวจโรค ทางหน่วยฯ ยังมีการศึกษาวิจัย และพัฒนานวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ซิฟิลิส; การดูแล; หญิงตั้งครรภ์; ศิริราช

บทนำ

โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis) เป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา การติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรับการรักษาอย่างถูกต้องจะมีโอกาสถ่ายทอดเชื้อไปยังทารกโดยผ่านทางรก ซึ่งการถ่ายทอดเชื้อสามารถเกิดได้ทุกระยะของการตั้งครรภ์ ในซิฟิลิสระยะที่ 1 และ 2 มีอัตราการแพร่เชื้อร้อยละ 60-100 ซิฟิลิสระยะแฝงช่วงต้น (early latent syphilis) มีอัตราการแพร่เชื้อร้อยละ 40 และลดลงเหลือร้อยละ 8 ในซิฟิลิสระยะแฝงช่วงปลาย (late latent syphilis) มีส่วนน้อยที่เกิดระหว่างการคลอด¹ ปัจจุบันสถานการณ์โรคซิฟิลิสมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและพบมากขึ้นในประชากรกลุ่มวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 15-24 ปี เนื่องจากอัตราการติดเชื้อที่สูงขึ้นในกลุ่มประชากรวัยเจริญพันธุ์ดังกล่าว ส่งผลให้พบโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์มากขึ้นและพบอัตราการเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดเพิ่มสูงขึ้นในทิศทางเดียวกัน²

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ตั้งเป้าหมายในการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก³ หรือเรียกว่า “triple elimination” โดยตั้งเป้าหมายในการยุติการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกให้หมดไปภายในปี พ.ศ. 2573 โดยกำหนดเป้าหมาย คือ อัตราการเกิด

ซิฟิลิสแต่กำเนิดต่ำกว่า 0.05 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต หรือ 50 ต่อ 100,000 ทารกเกิดมีชีวิต

ซิฟิลิสแต่กำเนิดเกิดจากการถ่ายทอดเชื้อ *Treponema pallidum* subsp. *pallidum* จากมารดาสู่ทารกในครรภ์ ในช่วงตั้งครรภ์หรือช่วงคลอด จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ซิฟิลิสทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ได้สูงถึงร้อยละ 52⁴ สำหรับข้อมูลในโรงพยาบาลศิริราช จากการเก็บข้อมูลรวบรวมหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสและมาคลอดที่โรงพยาบาลศิริราชในช่วงปีพ.ศ. 2549-2558 จำนวน 195 ราย พบว่ามีทารกที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิดจำนวน 58 ราย (ร้อยละ 29.7) แท้งบุตร 5 ราย (ร้อยละ 2.4) และทารกตายคลอดจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 3.6) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดซิฟิลิสแต่กำเนิด ได้แก่ มารดาอายุน้อย ได้รับการรักษาช้า (น้อยกว่า 4 สัปดาห์) ก่อนคลอด และไม่เคยได้รับการรักษาใด ๆ ซึ่งมักพบในกลุ่มมารดาที่ไม่มารับการฝากครรภ์⁵

ระยะของโรคซิฟิลิส⁶

แบ่งระยะของโรคเป็นระยะต้นประกอบด้วย ระยะที่ 1, 2 และระยะแฝงช่วงต้น และระยะท้ายประกอบด้วยระยะที่ 3 ระยะแฝงช่วงปลาย รวมถึงกลุ่มที่ไม่ทราบระยะที่ชัดเจน สำหรับซิฟิลิสระยะแฝงและซิฟิลิสไม่ทราบระยะ กลุ่มนี้จะไม่มีอาการ แบ่งเป็น

ระยะต้นและระยะท้ายจากระยะเวลาที่คาดว่าติดเชื้อ 1-2 ปี ระยะของโรคในหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับโอกาสถ่ายทอดเชื้อไปยังทารกโดยซิฟิลิสระยะต้นจะมีความสัมพันธ์กับซิฟิลิสแต่กำเนิดมากกว่า นอกจากนี้ซิฟิลิสยังสามารถผ่านเยื่อหุ้มสมองและไขสันหลัง (meninges) จนทำให้เกิดซิฟิลิสของระบบประสาทได้อีกด้วย

ซิฟิลิสระยะที่ 1 เป็นซิฟิลิสระยะเชื้อเพิ่งเข้าสู่ร่างกายจนทำให้เกิดแผลบริเวณทางเข้าของเชื้อ ลักษณะแผลจะมีขอบนูนและไม่เจ็บ สามารถหายได้เอง เรียกว่า แผลริมแข็ง

ซิฟิลิสระยะที่ 2 จะเป็นระยะหลังจากที่เชื้อเข้าสู่กระแสเลือดจนทำให้เกิดอาการแสดงตามที่ต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ผื่นร่วงเป็นหย่อม ๆ ผื่นตามร่างกายรวมถึงฝ่ามือฝ่าเท้า และผื่นขอบนูนไม่เจ็บจำนวนมากที่บริเวณอวัยวะเพศ เป็นต้น

ซิฟิลิสระยะที่ 3 มักเป็นระยะที่เชื้ออยู่ในร่างกายเกินกว่า 10 ปี จนทำให้เกิดการสะสมและทำลายอวัยวะต่าง ๆ เช่น หลอดเลือด arteriole จนเกิดภาวะหลอดเลือดบริเวณนั้นเปราะ และมีความเสี่ยงแทรกซ้อนตามมา

แนวทางการตรวจคัดกรองเพื่อวินิจฉัยซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์⁷

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แนะนำการตรวจเลือดคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และที่อายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ จำนวน 3 โรค ได้แก่ เอชไอวี (human immunodeficiency virus; HIV) ซิฟิลิสและไวรัสตับอักเสบบี และแนะนำการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยตลอดการตั้งครรภ์ แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสที่โรงพยาบาลศิริราช ดังแผนภาพที่ 1

การวินิจฉัยแบ่งได้เป็น 2 กรณี ได้แก่ กลุ่มมีอาการ และกลุ่มไม่มีอาการ

กรณีที่มีอาการทางผิวหนัง เช่น แผลบริเวณอวัยวะเพศ การวินิจฉัยทำได้โดยการดูดบริเวณแผลเพื่อตรวจหาเชื้อโดยตรง ในกลุ่มที่ไม่มีอาการของระบบประสาท ให้เจาะน้ำไขสันหลังเพื่อตรวจยืนยันการวินิจฉัย

สำหรับกลุ่มที่ไม่มีอาการ จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยโดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจซีโรโลยีซึ่งแบ่งเป็นสองกลุ่มได้แก่ non-treponemal test เช่น rapid plasma reagin (RPR) และ Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) และกลุ่ม treponemal test เช่น Treponema pallidum haemagglutination assay (TPHA), chemiluminescence immunoassay (CMIA) เป็นต้น ในปัจจุบันมีการตรวจโดยใช้กระดาษ (strip test) ซึ่งเป็นการตรวจใช้เวลาสั้น (rapid test) การตรวจนี้จัดอยู่ในกลุ่ม treponemal test การวินิจฉัยจะได้จากการตรวจให้ผลบวกทั้งสองกลุ่ม

สำหรับประเทศไทย แนะนำการใช้วิธีการตรวจแบบย้อนกลับ (reverse sequence) โดยการตรวจด้วย treponemal test ก่อน ถ้าผลเป็นบวกให้ตรวจด้วย non-treponemal test ต่อ

เนื่องจากแนวทางการตรวจเช่นนี้ จะช่วยเพิ่มโอกาสการค้นหาผู้ที่เพิ่งติดเชื้อมานานและผู้ติดเชื้อมานาน (ระยะแฝงตอนท้าย) ได้มากขึ้น และ ค่า titer ของ non-treponemal test มีความจำเป็นในการติดตามผลการรักษา หากผลตรวจไม่ไปด้วยกัน จะยืนยันการวินิจฉัยอีกครั้งด้วย treponemal test อีกชนิดหนึ่ง ถ้าผลการตรวจ treponemal test ครั้งที่ 2 เป็นบวกถือว่ายืนยันการวินิจฉัย แต่ถ้าผลเป็นลบแสดงว่าเป็นผลบวกлож ผู้ป่วยกลุ่มซิฟิลิสระยะท้ายจะมีโอกาสแพร่เชื้อสู่ทารกในครรภ์น้อย แต่การรักษาให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้หายจากโรคจะช่วยตัดตอนการแพร่เชื้อและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตของตัวผู้ป่วยเอง

แนวทางการรักษาโรคซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์⁷

เพนิซิลลินเป็นยารักษาโรคซิฟิลิสเพียงตัวเดียวที่มีข้อมูลว่าสามารถป้องกันการเกิดซิฟิลิสแต่กำเนิด แต่เนื่องจากการใช้ยานี้ลดลงไปอย่างมาก ทำให้บริษัทที่ผลิตยานี้ลดลง และมีการขาดคราวของยาบ่อยครั้ง นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายมีประวัติแพ้ยา

กลุ่ม beta-lactam ถึงแม้ว่าเพียงร้อยละ 10 ของผู้ที่มีประวัติแพ้ยาเพนิซิลลินจะได้รับการยืนยันว่าแพ้ยาจริง8แต่ผู้ให้บริการสาธารณสุขยังคงต้องระมัดระวังในการใช้ยา ในแนวปฏิบัติของ Center for Disease Control and Prevention⁶ แนะนำการทำ desensitization สำหรับที่โรงพยาบาลศิริราช มีความร่วมมือระหว่างภาควิชาสูติศาสตร์-รีเวชวิทยา และภาควิชาอายุรศาสตร์ ในการจัดทำแนวทางการทำ desensitization โดยให้บริการเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์⁹

การรักษาซิฟิลิสระยะต้น

สูตรยาแนะนำ คือ Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพก

สูตรยาทางเลือก ที่เคยมีการนำมาใช้เช่น erythromycin และ azithromycin ไม่แนะนำให้ใช้เนื่องจากไม่สามารถรักษามารดาให้หายขาดและไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อในทารกได้ ส่วน ceftriaxone หรือ cephalosporins ตัวอื่น ข้อมูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะแนะนำให้รักษามารดาและการป้องกันซิฟิลิสแต่กำเนิด¹⁰

รอยโรคมักจะดีขึ้นที่สองสัปดาห์ หากอาการไม่ดีขึ้น จำเป็นต้องประเมินการตอบสนองต่อการรักษาใหม่ ระดับยาเพนิซิลลินในเลือดที่ต้องการเพื่อกำจัดเชื้อ T. pallidum $\geq 0.018 \mu\text{g/mL}$ การให้ Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อคอขาดหวังให้ระดับยาสูงกว่า $0.018 \mu\text{g/mL}$ ต่อเนื่องกันนานเกิน 1 สัปดาห์ แต่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 36 ที่มีระดับยาไม่ถึงตามเป้า11 อีกการศึกษาหนึ่ง หญิงตั้งครรภ์ที่จำเป็นต้องได้รับยา Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อจำนวน 2 ครั้ง พบว่าระดับยายังคงสูงกว่า $0.20 \mu\text{g/mL}$ ที่ระยะ 30 วันหลังเริ่มการรักษา¹¹ จึงมีผู้เชี่ยวชาญแนะนำว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสระยะต้นบางรายอาจมีความจำเป็นต้องได้รับยาเพนิซิลลิน เพิ่มอีก 1 ครั้ง การศึกษา

ขนาดใหญ่ในประเทศจีนสนับสนุนแนวคิดนี้ ผลการติดตามหญิงตั้งครรภ์ชาวจีนจำนวน 535,537 คน พบหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสจำนวน 1,471 คน ทั้งหมดได้รับการรักษาตามมาตรฐาน แต่ยังมีร้อยละ 12.5 ของทารกตรวจพบเป็นซิฟิลิสในเวลาต่อมา¹²

สำหรับคำแนะนำของหน่วยฯ คือ หากผู้ป่วยมีรอยโรคควรติดตามดูรอยโรคที่ 7-14 วัน หากอาการไม่ดีขึ้นเลย ควรให้การรักษาเพิ่มอีกเป็นครั้งที่สอง อย่างไรก็ตามรอยโรคมักหายสนิทที่ 4-6 สัปดาห์ ให้ติดตามที่ 3 เดือน เพื่อตรวจ VDRL/RPR หากเข้าเกณฑ์นิยามการรักษาล้มเหลว (treatment failure) ซึ่งนิยามคือ มีข้อใดข้อหนึ่งในต่อไปนี้ ไม่มีการตอบสนองของอาการหรืออาการแสดงเลย หรือตรวจพบ VDRL/RPR เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 4 เท่า ที่ระยะเวลา 3 เดือนหลังให้การรักษาหรือตรวจพบ VDRL/RPR ลดลงน้อยกว่า 4 เท่า หรือยังคงมีระดับอย่างน้อย 1:8 ที่ระยะเวลา 6 เดือนหลังทำการรักษาครบ คำแนะนำในการรักษาซ้ำ จะแบ่งเป็น 2 กรณี หนึ่งไม่มีประวัติการติดเชื้อซ้ำ จะให้การรักษาด้วย Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพก สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 3 ครั้ง และสองมีประวัติการติดเชื้อซ้ำ จะให้การรักษาด้วย Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพก ครั้งเดียว ควรตรวจ VDRL/RPR ใหม่ทุกครั้ง เมื่อเริ่มให้การรักษาใหม่

ปัจจุบัน แนวปฏิบัติของ CDC ปี 2021 แนะนำให้ฉีด benzathine penicillin 2.4 ล้านยูนิต เข้ากล้ามเนื้อสะโพก ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 1 สัปดาห์ ในมารดาที่เป็นซิฟิลิสระยะที่ 1, 2 และระยะแฝงช่วงต้น เนื่องจากมีหลักฐานพบว่า มีประโยชน์ สามารถป้องกันซิฟิลิสแต่กำเนิดได้¹⁰

ให้การรักษาคู่เพศสัมพันธ์ทุกรายตามระยะของโรค โดยไม่จำเป็นต้องตรวจเลือด ได้แก่ ในช่วง 3 เดือนก่อนหน้าสำหรับผู้ที่เป็นซิฟิลิสระยะที่หนึ่ง ในช่วง 6 เดือนก่อนหน้าสำหรับซิฟิลิสระยะที่สองและในช่วง 2 ปีก่อนหน้าสำหรับซิฟิลิสระยะแฝงช่วงต้น

การรักษาซิฟิลิสระยะท้าย

สูตรยาแนะนำ คือ Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพก สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 3 ครั้ง โดยช่วงห่างของแต่ละครั้ง คือ 7 วัน และสามารถยืดออกได้โดยไม่ต้องไม่เกิน 9 วัน หากเกิน 9 วัน จะจำเป็นต้องเริ่มการรักษาใหม่ทั้งหมด¹⁰

ในกลุ่มนี้มักมีอาการที่ไม่ชัดเจนจึงใช้การติดตามด้วยการตรวจซีโรโลยีเป็นหลัก โดยตรวจ VDRL/RPR ติดตามที่ระยะเวลา 3 เดือน ในกรณีที่สงสัยภาวะการรักษาล้มเหลว (treatment failure) ซึ่งนิยามคือ มีข้อใดข้อหนึ่งในต่อไปนี้ คือ ไม่มีการตอบสนองของอาการหรืออาการแสดงเลย หรือตรวจพบ VDRL/RPR เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 4 เท่า ที่ระยะเวลา 3 เดือนหลังให้การรักษา หรือตรวจพบ VDRL/RPR ลดลงน้อยกว่า 4 เท่า หรือยังคงมีระดับอย่างน้อย 1:8 ที่ระยะเวลา 6 เดือนหลังทำการรักษาครบ คำแนะนำในการรักษาซ้ำ จะแบ่งเป็น 2 กรณี¹¹ ไม่มีประวัติการติดเชื้อซ้ำ จะให้การรักษาแบบเดิมอีกครั้ง ยกเว้นในกรณีที่มียาอาการและอาการ

แสดงที่บ่งถึงซิฟิลิสของระบบประสาท ได้แก่ เจ็บตา ตาแดง กลัวแสง หูดับ เป็นต้น และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย กลุ่มนี้จะให้การรักษาแบบซิฟิลิสของระดับประสาทโดยไม่จำเป็นต้องเจาะน้ำไขสันหลังส่งตรวจ และ 2) มีประวัติการติดเชื้อซ้ำ จะให้การรักษาด้วย Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกครั้งเดียว ควรตรวจ VDRL/RPR ใหม่ทุกครั้ง เมื่อเริ่มให้การรักษาใหม่

การรักษาคู่เพศสัมพันธ์ จะทำเมื่อคู่เพศสัมพันธ์นั้นได้รับการวินิจฉัยเป็นซิฟิลิส โดยแนวทางการวินิจฉัยจะใช้แนวทางเดียวกับการตรวจวินิจฉัยในหญิงตั้งครรภ์ (แผนภาพที่ 1,2)

การรักษาซิฟิลิสของระบบประสาท

สูตรยาแนะนำ คือ Aqueous crystalline penicillin G 18-24 ล้านยูนิต ต่อวัน แบ่งฉีดเข้าหลอดเลือดครั้งละ 3-4 ล้านยูนิต ทุก 4 ชั่วโมง หรือการให้ยาเข้าหลอดเลือดอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา 10-14 วัน

ไม่แนะนำการเจาะน้ำไขสันหลังเพื่อวินิจฉัยในหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากการจัดทำ ทำได้ยาก และหญิงตั้งครรภ์อาจมีปัญหาการแข็งตัวของเลือดท ในกรณีที่มิใช่ข้อสงสัยโรคซิฟิลิสของระบบประสาทและจำเป็นต้องได้รับการรักษา แนะนำให้เริ่มรักษาก่อน และตรวจติดตามประเมินน้ำไขสันหลัง ภายหลังจากสิ้นสุดขบวนการตั้งครรภ์และการคลอดแล้ว หรืออย่างน้อย 6 สัปดาห์ภายหลังการคลอดบุตร

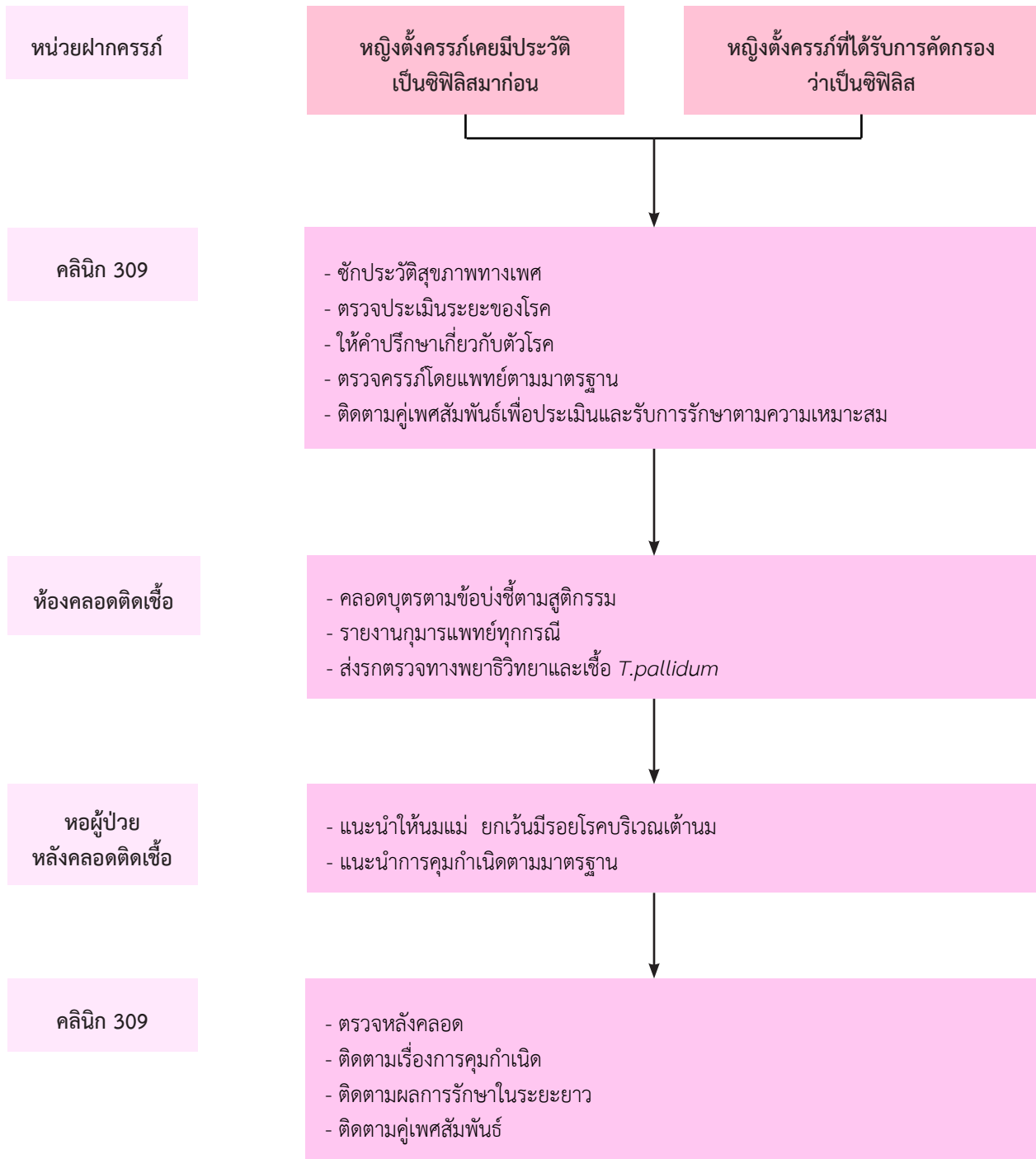
การรักษาคู่เพศสัมพันธ์ จะทำเมื่อคู่เพศสัมพันธ์นั้นได้รับการวินิจฉัยเป็นซิฟิลิส โดยแนวทางการวินิจฉัยจะใช้แนวทางเดียวกับการตรวจวินิจฉัยในหญิงตั้งครรภ์

การดูแลในช่วงการคลอด⁷

แนวทางปฏิบัติในปี พ.ศ. 2563 ให้ความสำคัญกับการประสานงานระหว่างทีมสูติกรรมและกุมารเวชกรรมมากขึ้น โดยแนะนำให้มีการสื่อสารระหว่างกัน เมื่อมีผู้ป่วยกลุ่มนี้มาคลอดโดยไม่คำนึงถึงเรื่องประวัติการรักษา และต้องระมัดระวังในเรื่องการสัมผัสสารคัดหลั่งของหญิงตั้งครรภ์อย่างมาก โดยกำหนดว่า ผู้มีประวัติการรักษาไม่ครบหรือไม่ได้รับการรักษา หรือผล VDRL $\geq 1:8$ หรือ RPR $\geq 1:4$ หรือได้รับการรักษาด้วยยาที่ไม่ใช่เพนิซิลลิน ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่เคยมีประวัติเป็นซิฟิลิส ควรได้รับการส่งตรวจ VDRL/RPR ในวันคลอดเพื่อเปรียบเทียบกับระดับดังกล่าวในเลือดของทารก โดยหากระดับ VDRL/RPR ในเลือดทารกสูงกว่าในเลือดมารดา อย่างน้อย 4 เท่า จะแสดงถึงการติดเชื้อในทารก นอกจากนี้ยังแนะนำการส่งตรวจรก เพื่อประเมินพยาธิสภาพต่อทารกจากซิฟิลิสในช่วงตั้งครรภ์ และการตรวจหาเชื้อ T. pallidum หากสามารถทำได้

อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่สำคัญคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดโดยไม่ได้รับการฝากครรภ์เลย หรือเป็นผู้ที่เพิ่งติดเชื้อใหม่ โดยไม่ทราบมาก่อน กลุ่มนี้ถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการแพร่เชื้อ

แผนภาพที่ 1 แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสที่โรงพยาบาลศิริราช



ที่มา: หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ต่อทั้งทารกและบุคลากรทางการแพทย์ จึงมีคำแนะนำสำหรับการป้องกันการติดเชื้อภายหลังการสัมผัสโรค (post-exposure prophylaxis) ดังนี้ บุคลากรที่สัมผัสสารคัดหลั่งของหญิงตั้งครรภ์หรือทารกอย่างชัดเจน ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเริ่มการรักษา แพทย์สามารถพิจารณาเริ่มการรักษาได้เลย โดยไม่จำเป็นต้องรอผลการตรวจเลือด เนื่องจากการติดเชื้อในระยะแรกผลเลือดจะยังไม่ให้ผลผิดปกติ และหากบุคลากรติดเชื้อจริง ผลเลือด treponemal test อาจจะเป็นบวกตลอดชีวิต บุคลากรที่สัมผัสสารคัดหลั่งทุกคนจะต้องได้รับการตรวจเลือดทั้ง non-treponemal test และ treponemal test เป็นพื้นฐาน และตรวจซ้ำอีกครั้งที่ระยะเวลา 3 เดือน ในระหว่างนี้ควรใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอเมื่อมีเพศสัมพันธ์

แนวทางการติดตามภายหลังการรักษา⁷

แนะนำให้ตรวจติดตามภายหลังการรักษาครบครั้งแรกที่ 3 เดือน โดยเน้นให้ตรวจ VDRL/RPR ในวันที่เริ่มรับการรักษาหรือใกล้เคียงมากที่สุด เพื่อได้การเปรียบเทียบที่แม่นยำที่สุด จากข้อมูลของหน่วยฯ ที่ระยะเวลา 3 เดือนหลังเริ่มรักษา ร้อยละ 65 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มี VDRL อย่างน้อย 1:8 จะมีระดับ VDRL ลดลง 4 เท่า ดังนั้นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ระยะเวลา 3 เดือนน่าจะเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการติดตามผลเลือดครั้งแรกภายหลังการรักษาครบ¹³ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยซิฟิลิสระยะท้าย กลุ่มนี้มักมี VDRL/RPR ต่ำกว่าตั้งแต่ต้น การติดตามการลดลงของ VDRL/RPR ทำได้ยากกว่ากลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นซิฟิลิสระยะต้น

การติดตามในระยะยาวทำได้โดยการตรวจ VDRL ตามมาตรฐาน หาก VDRL ไม่เป็นลบที่ระยะเวลา 2 ปี โดยไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อซ้ำ ทางหน่วยฯ ได้ประสานกับหน่วยโรคประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ เพื่อเจาะน้ำไขสันหลังเพื่อส่งตรวจและแยกโรคซิฟิลิสของระบบประสาท หากผล VDRL เป็นลบที่ 2 ปี และไม่มีความเสี่ยงเพิ่มเติม ทางหน่วยฯ จะไม่มีการนัดติดตามต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ทางหน่วยฯ เปิดโอกาสให้เข้ามารับคำปรึกษา และตรวจวินิจฉัย ตามความสมัครใจ

บทบาทของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส

พยาบาลต้องให้ความสำคัญและมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ครอบคลุมทั้งในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอดและระยะหลังคลอด เพื่อลดผลกระทบและความรุนแรงของโรคซิฟิลิสต่อหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด โดยบทบาทของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสมีรายละเอียด ดังนี้¹⁴

ระยะตั้งครรภ์

พยาบาลมีบทบาทในการประเมิน วางแผน และติดตามภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส โดยการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสแก่หญิงตั้งครรภ์และสามี

อธิบายความสำคัญของการตรวจและวิธีการตรวจ ความสำคัญของการตรวจคัดกรองเป็นคู่ (ชวนสามี/คู่เพศสัมพันธ์มาตรวจ) อธิบายประโยชน์ของหญิงตั้งครรภ์และบุตรในการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส และอธิบายกรณีผลตรวจคัดกรองเป็นบวกต้องมีการตรวจซ้ำเพื่อยืนยัน กรณีผลการตรวจคัดกรองซิฟิลิสเป็นลบ แจ้งหญิงตั้งครรภ์ว่าจะมีการตรวจคัดกรองซ้ำเมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ กรณีหญิงตั้งครรภ์มีผลการตรวจยืนยันซิฟิลิสเป็นบวก พยาบาลประเมินสภาพจิตใจก่อนแจ้งผลการตรวจยืนยัน และทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซิฟิลิส อธิบายวิธีการรักษา อาการข้างเคียงของยา และการปฏิบัติตัวขณะรักษารวมถึงผลกระทบของโรคซิฟิลิสที่ส่งผลกระทบต่อทารก หากผลตรวจเลือดสามี/คู่เพศสัมพันธ์แตกต่างกัน ให้คำปรึกษาแยกและสอบถามความยินยอมของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการแจ้งผลการตรวจให้แก่สามี/คู่เพศสัมพันธ์หรือคนในครอบครัวรับทราบ แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและรีบมาพบแพทย์ รวมถึงประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศ แนะนำการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ดูแลตรวจครรภ์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหรือความเสี่ยงที่พบบ่อยในทารก เช่น ทารกบวม น้ำ ทารกคั่งและม้ามโต ทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือตายคลอด ทารกโตช้าในครรภ์ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด นัดหญิงตั้งครรภ์เพื่อติดตามผลภายหลังได้รับการรักษา โดยติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผลการรักษาของแพทย์ และปฏิกิริยาภายหลังได้รับยา การแพ้ยาโดยแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ (1) ระยะก่อนการรักษา (2) ระยะระหว่างทำการรักษา (3) ระยะหลังการรักษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การพยาบาลในระยะก่อนการรักษา

1.1 พยาบาลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลต่าง ๆ ให้ครบถ้วน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นโดยปฏิบัติดังนี้

- 1.1.1 ตรวจสอบชื่อ นามสกุล อายุ โดยการถามและตรวจสอบกับเอกสารใบฝากครรภ์
- 1.1.2 ตรวจสอบผลเลือดในใบฝากครรภ์กับผลการตรวจเลือดในระบบ Éclair คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลศิริราชให้ถูกต้อง
- 1.1.3 ทำแฟ้มประวัติ (STD file) บันทึกข้อมูลเก็บเป็นความลับไว้ในหน่วยฯ เพื่อเป็นข้อมูลด้านสุขภาพและติดตามผลการรักษา

1.2 ประเมินสัญญาณชีพและการตรวจร่างกายทั่วไป

1.3 พยาบาลซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ เพศสัมพันธ์ การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และประวัติอื่น ๆ ซึ่ง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 1.3.1 ซักประวัติการตั้งครรภ์ตามมาตรฐาน
- 1.3.2 ซักประวัติเกี่ยวกับการติดเชื้อ โดยเฉพาะในกรณีไม่มีอาการหรือแสดงอาการไม่ชัดเจน ได้แก่ อาการสำคัญ อาการร่วม พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์

ช่องทางที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ (ทางทวารหนักหรือทางปาก) การใช้ถุงยางอนามัย ถุงยางอนามัยแตกขาด รั่ว จำนวนคู่นอนที่ผ่านมา พฤติกรรมเสี่ยงของสามี/คู่นอนและพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ (เช่น การใช้เข็มของมีคมร่วมกับผู้อื่น การสัก การเจาะตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย) อาการผิดปกติและประวัติการติดเชื้อของสามี/คู่นอน และประวัติการรักษา รวมถึงการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคต่าง ๆ เป็นต้น เพื่อประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วยที่ผ่านมา

1.3.3 ประวัติดื่น ๆ ได้แก่ การใช้ยา สารเสพติดหรือวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้อุปกรณ์ทางเพศ ประวัติการเป็นผู้ต้องขัง ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา เป็นต้น

บทบาทการพยาบาลในระยะนี้เป็นการให้การปรึกษาเพื่อแจ้งผลการตรวจเลือดเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง ให้ความรู้โดยใช้กระบวนการให้การปรึกษาที่เกี่ยวกับโรคซิฟิลิส การรักษาขณะตั้งครรภ์ การปฏิบัติตัวและสอนวิธีการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง ประเมินสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก เสริมพลังให้มีความมั่นใจและไปสื่อสารกับสามีให้มาตรวจเลือดได้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม โดยให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และครอบครัว

2. การพยาบาลในระยะระหว่างทำการรักษา

เนื่องจากยาฉีด Benzathine penicillin เป็นยาที่ใช้เฉพาะฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ด้วยยาถูกดูดซึมช้า และทำให้มีอาการปวดค่อนข้างมาก อันตรายที่เกิดจากการใช้ยาจะเป็นลักษณะของการแพ้ยา (hypersensitivity or drug allergy) ซึ่งเกิดจากร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันต่อยาดังกล่าวขึ้น อาการแพ้ยาอาจรุนแรงจนเป็นสาเหตุให้ถึงแก่ความตายได้ จึงต้องมีการประเมินอย่างใกล้ชิดและเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อม

บทบาทของพยาบาล คือ การประเมินการแพ้ยา ประเมินสัญญาณชีพ ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อน อาการแพ้ยา และการสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้น ตรวจสอบข้อมูล เตรียมยาให้ถูกต้อง จัดทำนอนให้เหมาะสม แนะนำการปฏิบัติตัวไม่เกร็งกล้ามเนื้อ ใช้ cold pack วางบนตำแหน่งที่ฉีดยา ทั้งก่อนและหลังฉีดยา แนะนำให้กำหนดลมหายใจเข้า-ออกอย่างสม่ำเสมอเพื่อเบี่ยงเบนจากความเจ็บปวด พร้อมทั้งสังเกตอาการแพ้ยาและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ แสดงความเข้าใจความรู้สึกต่อความเจ็บปวด ชื่นชมและเสริมพลัง เน้นให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้ยาครบตามแผนการรักษา รวมถึงอาการผิดปกติและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และช่องทางการมาตรวจก่อนนัด

3. การพยาบาลในระยะหลังการรักษา

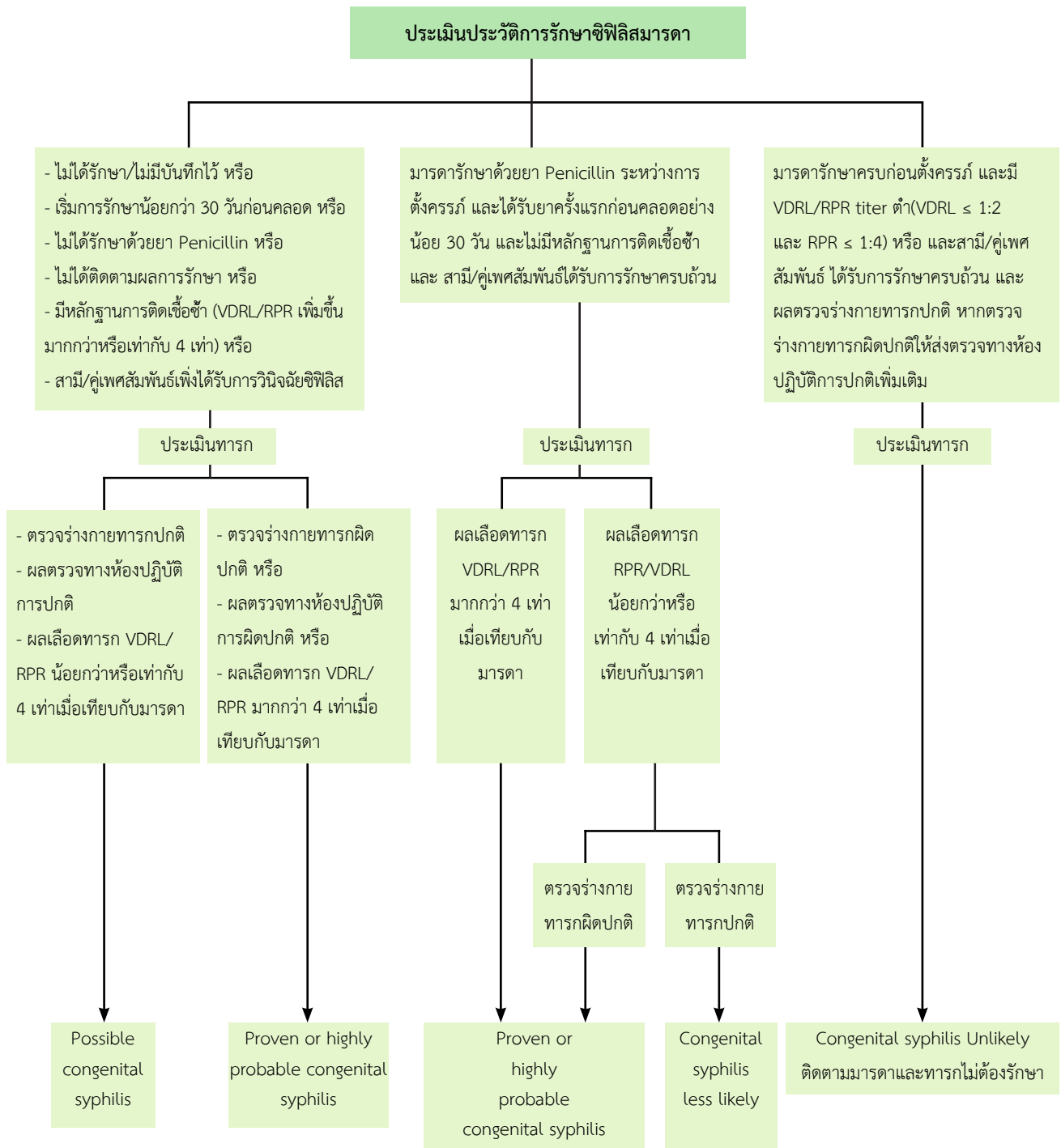
บทบาทของพยาบาลหลังจากหญิงตั้งครรภ์ได้รักษาครบตามแผนการรักษาแล้ว คือการให้การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ตามมาตรฐานต่อเนื่องไปจนคลอด เช่น การตรวจครรภ์ การตรวจด้วยอัลตราซาวด์ การตรวจ non-stress test ตรวจเลือดติดตามหลังรักษา การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การนับและบันทึกลูกดิ้น การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนนัด การบันทึกข้อมูลและส่งต่อไปยังห้องคลอดเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดและหลังคลอด รวมถึงการติดตามสามีมาตรวจเลือด การฟังผลเลือด และการใช้ถุงยางอนามัย สนับสนุนส่งเสริมสัมพันธภาพ พูดคุยระบายความรู้สึกที่ดีต่อกัน ให้สามีมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งติดตามสามีที่ยังไม่มาให้ได้ตรวจเลือดและรักษา เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคซ้ำ

ระยะคลอด

พยาบาลมีบทบาทในการคัดกรองความเสี่ยง ประเมินสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ แรกรับและในระหว่างการคลอด ดูแลให้การพยาบาลผู้คลอดตามมาตรฐานเพื่อดำเนินการคลอดตามปกติ ใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวดจากการคลอด ดูแลความสุขสบายทั่วไป เพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด และการสังเกตอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะคลอด ดูแลท่าคลอดหรือช่วยแพทย์ท่าคลอดอย่างปลอดภัย กรณีมารดาคลอดไม่มีผลตรวจซิฟิลิส ซึ่งส่วนใหญ่จะพบในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์ ชักประวัติ ตรวจร่างกายดูลักษณะรอยโรคบริเวณอวัยวะเพศที่อาจส่งผลกระทบต่อช่องทางการคลอด และตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หากผลตรวจผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อทำการวินิจฉัย ประเมินสภาพทารกในครรภ์เพื่อเตรียมทีมในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด หากแพทย์วินิจฉัยและทราบระยะของซิฟิลิส ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์

กรณีมารดาคลอดติดเชื้อซิฟิลิสมาคลอด ชักประวัติเกี่ยวกับการได้รับยาปฏิชีวนะครบตามแผนการรักษา และประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ เพื่อวางแผนการดูแลในระยะรอคลอด เช่น ทารกเกิดความพิการ ทารกคลอดก่อนกำหนด เพื่อเตรียมทีมในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด รวมถึงตรวจร่างกายดูลักษณะรอยโรคบริเวณอวัยวะเพศที่อาจส่งผลกระทบต่อช่องทางการคลอด ควรตรวจรกให้ละเอียดเนื่องจากทารกผู้คลอดที่ติดเชื้อซิฟิลิส จะมีลักษณะใหญ่ ชีตและบวม น้ำ อาจมีเศษชิ้นส่วนของรกตกค้างในโพรงมดลูกส่งผลให้ผู้คลอดตกเลือดหลังคลอด การดูแลทารกแรกเกิด ให้การพยาบาลทารกแรกเกิดทันทีตามมาตรฐาน ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของทารกที่เกิดจากการติดเชื้อซิฟิลิส โดยการตรวจร่างกายทารกที่ติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิด เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนย้ายทารกไปรักษาตัวที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด รวมทั้งป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยใช้หลัก universal precaution ในการปฏิบัติงานทุกขั้นตอน

แผนภาพที่ 2 แนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาทารกที่เกิดจากมารดาที่เกิดจากมารดาที่ตรวจพบซิฟิลิส^{1, 6-7}



ที่มา: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁷

ระยะหลังคลอด

พยาบาลมีบทบาทในการประเมินภาวะ สุขภาพมารดา หลังคลอดและให้การดูแลอย่างเหมาะสม ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว หลังคลอด วางแผนครอบครัว ประเมินและดูแลสุขภาพทารกแรกเกิด ประเมินภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก รวมถึงจัดการเบื้องต้น และส่งต่ออย่าง เหมาะสม โดยให้การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล มารดาหลังคลอดทั่วไป ประเมินภาวะสุขภาพของมารดาส่งเสริมการ ปฏิบัติตัวหลังคลอด การปรับบทบาทในการเป็นมารดา การส่งเสริม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ควรงดให้นม แม่กรณีที่มีการติดเชื้อที่บริเวณเต้านมหรือ รักแร้ หรือมีหัวนม ถลอก หัวนมแตก เต้านมอักเสบ เพราะจะทำให้ทารกติดเชื้อซิฟิลิส ได้ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่น โดยอาจดูแลให้มารดา แยกจากมารดาหลังคลอดและทารกคนอื่น และแยกอุปกรณ์เครื่อง ใช้หลังคลอดที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ แนะนำการคุมกำเนิดที่ เหมาะสมกับมารดา หลังคลอดและสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ เพื่อเว้น ระยะการมีบุตร ให้มารดาและสามีได้รับการรักษาจนหาย แนะนำ การปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การมาตรวจตามนัด และ ติดตามผลการรักษาต่อเนื่องของมารดาและทารก กรณีที่มารดาได้ รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิสเมื่อมาคลอดบุตร

การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดอาศัยทั้งประวัติมารดา อาการและอาการแสดงของทารก ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังต่อไปนี้

- มารดา ประวัติและข้อมูลการรักษาที่สำคัญในมารดา ได้แก่ อาการและอาการแสดงของโรคซิฟิลิสในมารดาเพื่อประเมิน ระยะของโรค การรักษาโรคซิฟิลิสของมารดา โดยเฉพาะวิธีการรักษา ยาที่ใช้ในการรักษา ความเหมาะสมของการรักษา และวันแรกที่ได้รับ การรักษา ระดับแอนติบอดีในเลือดต่อเชื้อซิฟิลิสของมารดา (VDRL/RPR) ตั้งต้น และระดับแอนติบอดี VDRL/RPR หลังการรักษาว่าตอบสนองต่อการรักษาหรือไม่ โดยมีเกณฑ์กำหนด คือ หากค่า VDRL/RPR เพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 4 เท่าจากค่าตั้งต้นถือว่าการรักษาล้มเหลว (เช่น จาก 1:4 เป็น 1:16)

*กรณีไม่ทราบผลการตรวจซิฟิลิสของมารดาขณะตั้งครรภ์หรือช่วง คลอด ไม่ควรให้มารดาและทารกกลับบ้านจนกว่าจะทราบผล

- ทารก อาการและอาการแสดงของซิฟิลิสในทารก (early congenital syphilis) เช่น ตับโต ม้ามโต ต่อม้ำเหลือง โต ชัด และ อาการแสดงทางผิวหนังและเยื่อ (mucocutaneous lesion) มือ เท้าลอก น้ำมูกไหลและมีเลือดปน (snuffle), osteochondritis, pseudoparalysis

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยโรค (basic tests) ทารกซิฟิลิสแต่กำเนิดอาจตรวจพบมีความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ตรวจนับเม็ดเลือด (complete

blood count, CBC) พบจำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น (leukocytosis) ภาวะซีด (anemia) เกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) การตรวจการทำงานของตับ (liver function test, LFT) พบระดับ บิลิรูบินและ/หรือเอนไซม์ตับสูงขึ้น

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค (confirmatory tests)

1. การตรวจหาเชื้อ *T. pallidum* โดยตรงจากสิ่งส่งตรวจจากรก สายสะดือ สารคัดหลั่งหรือรอยโรคจากทารก เช่น สารคัดหลั่งในโพรง จมูก และสารคัดหลั่งจากแผลที่ผิวหนัง แล้วนำมาตรวจหาเชื้อด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การตรวจทางกล้องจุลทรรศน์ชนิด dark field (dark field microscopy) เพื่อหาเชื้อ *T. pallidum* ซึ่งมีรูปร่างทรงเกลียว การตรวจโดยใช้แอนติบอดีต่อ *T. pallidum* ที่ติดสลากระเบียงแสงทำปฏิกิริยากับตัวเชื้อ (direct fluorescent antibody test, DFA), การตรวจทางอณูชีวโมเลกุล (nucleic acid amplification test หรือ NAAT)

2. การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา เป็นการตรวจวินิจฉัยโดยการตรวจหาแอนติบอดีในเลือดต่อเชื้อซิฟิลิส ซึ่งสามารถตรวจได้ 2 วิธี คือ

- 2.1 Non-treponemal test ถ้าผล VDRL/RPR ในทารก มีค่ามากกว่า 4 เท่าขึ้นไปของมารดา จะสามารถให้การวินิจฉัย ว่าทารกเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด ไม่แนะนำให้ใช้เลือดจากสายสะดือ (cord blood) เนื่องจากอาจมีการปนเปื้อนของเลือดมารดาและ Wharton jelly ข้อควรระวัง กรณีมารดาหรือทารกมีอาการหรืออาการแสดงเข้าได้กับซิฟิลิส แต่ผลตรวจ VDRL/RPR เป็นลบ อาจเกิดจาก prozone phenomenon ซึ่งหมายถึงผู้ติดเชื้อมี titer ของแอนติบอดีต่อซิฟิลิสสูงมาก ดังนั้นหากสงสัยควรแจ้งทางห้องปฏิบัติการเพื่อทดสอบซ้ำ โดยการเจือจางซีรัม (serum dilution)

- 2.2 Treponemal test เนื่องจากเมื่อมีการติดเชื้อซิฟิลิส แล้ว treponemal test จะให้ผลบวกไปตลอด จึงควรส่งตรวจคู่กับการส่ง non-treponemal test เสมอ

เกณฑ์การวินิจฉัยซิฟิลิสแต่กำเนิด

การวินิจฉัยซิฟิลิสแต่กำเนิดในทารกที่เกิดจากมารดาที่ตรวจพบซิฟิลิส หากมีข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1) มีอาการและอาการแสดงเข้าได้กับซิฟิลิสแต่กำเนิด 2) ผลตรวจแอนติบอดี VDRL/RPR ในทารกมีค่ามากกว่า 4 เท่าขึ้นไป เมื่อเทียบกับมารดา ณ วันคลอด 3) ตรวจพบเชื้อ *T. pallidum* จากสิ่งส่งตรวจจากรก สายสะดือ และสารคัดหลั่งหรือรอยโรคจากทารกด้วยวิธี dark field, NAAT, Immunohistochemistry (IHC) หรือการตรวจทางพยาธิของรกหรือสายสะดือให้ผลบวก

การวินิจฉัยซิฟิลิสแต่กำเนิดที่มีความผิดปกติของระบบประสาท หากมีข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1) ผลตรวจน้ำไขสันหลังผิดปกติ คือ ในเด็กอายุ ≤ 30 วัน เม็ดเลือดขาวในน้ำไขสันหลัง > 25 ตัว/มม³ หรือโปรตีนในน้ำไขสันหลัง > 150 มก./ดล. ในเด็กอายุ $>$

30 วัน เม็ดเลือดขาวในน้ำไขสันหลัง > 5 ตัว/มม³ หรือโปรตีนในน้ำไขสันหลัง > 40 มก./ดล. หรือ 2) ผลตรวจ VDRL ในน้ำไขสันหลังให้ผลบวก (ไม่ใช้การทดสอบ RPR แทน VDRL)

การรักษาซิฟิลิสแต่กำเนิด

การรักษาทารกที่เกิดจากการติดเชื้อซิฟิลิสขึ้นกับการวินิจฉัยในทารก ตามแนวทางการวินิจฉัยทารกที่เกิดจากการติดเชื้อซิฟิลิส แบ่งเป็น 3 กรณี ได้แก่

กรณีที่ 1 มารดาไม่ได้รับการรักษาที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งมีนิยามคือไม่ได้รับการรักษาหรือไม่บันทึกไว้ หรือ เริ่มการรักษาน้อยกว่า 30 วันก่อนคลอด หรือ ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา Penicillin หรือ ไม่ได้ติดตามผลการรักษา หรือ มีหลักฐานการติดเชื้อซ้ำ (VDRL/RPR เพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 4 เท่า) หรือ สามิ/คู่เพศสัมพันธ์เพิ่งได้รับการวินิจฉัยซิฟิลิส

กรณีที่ 2 มารดาได้รับการรักษาครบถ้วนสมบูรณ์ และ

กรณีที่ 3 มารดาได้รับการรักษาครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งนิยามคือ มารดาที่เคยวินิจฉัยติดเชื้อซิฟิลิสและได้รับการรักษาครบถ้วน ครรภ์มานานเกิน 1 ปี และมี VDRL/RPR titer ต่ำ (VDRL $\leq 1:2$ และ RPR $\leq 1:4$) และสามิ/คู่เพศสัมพันธ์ได้รับการรักษาครบถ้วน

การรักษากรณีทารกได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด หรือ มีโอกาสสูงที่จะเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด (highly probable congenital syphilis) คือยา aqueous penicillin G 50,000 ยูนิต/กก. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 12 ชม. ในทารกที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน และให้ทุก 8 ชั่วโมง ในทารกที่อายุมากกว่า 7 วัน ระยะเวลา 10 วัน หรือยา procaine penicillin G 50,000 ยูนิต/กก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อวันละครั้ง นาน 10 วัน หากขาดยาต่อเนื่องนานเกิน 24 ชั่วโมง ให้เริ่มการรักษาใหม่ ยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนการให้ยาปฏิชีวนะชนิดอื่นในการรักษาซิฟิลิสแต่กำเนิด ดังนั้นกรณีมีความจำเป็นต้องรักษาการติดเชื้ออื่น ๆ ในทารกด้วย แนะนำให้ยา aqueous penicillin 10 วัน ร่วมกับยาปฏิชีวนะชนิดอื่น

การรักษากรณีทารกได้รับการวินิจฉัยว่าอาจเป็น (possible) หรือ มีโอกาสน้อยที่จะเป็น ซิฟิลิสแต่กำเนิด (less likely congenital syphilis) คือยา Benzathine penicillin G 50,000 ยูนิต/กก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว

การรักษาซ้ำ

พิจารณาให้การรักษาซ้ำเมื่อทารกมีผลตรวจแอนติบอดี RPR/VDRL ลดลงน้อยกว่า 4 เท่าหรือเพิ่มขึ้นใน 6-12 เดือนหลังการรักษา โดยทำการตรวจประเมินทารกซ้ำ รวมทั้งตรวจน้ำไขสันหลังและให้การรักษาด้วย aqueous penicillin G ทางหลอดเลือดดำ โดยให้ยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำอีก 10 วัน

การติดตามทารกซิฟิลิสแต่กำเนิดภายหลังการรักษา

ให้นัดตรวจติดตามอาการทารกที่อายุ 2, 4, 6, 9, 12 และ

18 เดือน พร้อมกับรับวัคซีนตามปกติ และที่อายุ 4 และ 6 เดือน ให้ตรวจแอนติบอดี VDRL/RPR และติดตามจนกระทั่งผลเลือดเป็นลบ โดยระดับ VDRL/RPR จะเริ่มลดลงภายหลังการรักษาประมาณ 3 เดือน และจะเป็นลบภายหลังการรักษาประมาณ 6 เดือน นอกจากนี้ที่อายุ 18 เดือน ให้ตรวจ TPHA เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (การตรวจ TPHA ในทารกช่วง 12-15 เดือนแรก อาจให้ผลบวกได้เนื่องจากแอนติบอดีในมารดาสามารถส่งผ่านรกไปยังทารก แม้จะได้รับการรักษาที่ถูกต้องจึงไม่สามารถนำมาวินิจฉัยได้) การแปลผล หากผล TPHA เป็นลบ แปลได้ว่าทารกไม่ได้เป็นซิฟิลิสแต่หาก TPHA เป็นบวก แปลได้ว่าเป็นแอนติบอดีจากทารกเอง และสามารถยืนยันการวินิจฉัยได้ว่าทารกเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด

การตรวจติดตามน้ำไขสันหลัง^{1,5}

ในทารกที่ตรวจน้ำไขสันหลังพบความผิดปกติของเม็ดเลือดขาว และ/หรือค่าโปรตีนผิดปกติ หรือ cerebrospinal fluid VDRL ให้ผลบวก ปัจจุบันตามแนวทางการรักษาสถาบันกุมารเวชศาสตร์แห่งอเมริกา (American Academy of Pediatrics; AAP) ฉบับ พ.ศ. 2564 แนะนำว่าไม่จำเป็นต้องตรวจน้ำไขสันหลังซ้ำที่อายุ 6 เดือน ยกเว้นกรณีที่ภายหลังการติดตามทารกพบว่าระดับแอนติบอดี VDRL/RPR ไม่ลดลงที่ 6-12 เดือนหลังการรักษา

สรุป

เป้าหมายในการกำจัดซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทยเป็นสิ่งท้าทาย เนื่องจากอุบัติการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสสูงขึ้นในหลายภูมิภาคในประเทศไทย โดยมักเป็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยและเป็นซิฟิลิสระยะต้น ซึ่งเป็นระยะที่แพร่เชื้อได้มาก จึงมีการปรับแนวปฏิบัติเพื่อลดซิฟิลิสแต่กำเนิดเพื่อแก้ไขปัญหานี้ โดยเพิ่มการค้นหาผู้ที่เป็นโรค เริ่มการรักษาให้เร็วขึ้น สนับสนุนการตรวจรกในช่วงคลอด รวมถึงเพิ่มระบบการประสานงานกับกุมารแพทย์ปรับแนวทางการตรวจติดตามภายหลังการรักษาให้เหมาะสม รวมถึงแนวทางการตรวจติดตามคู่เพศสัมพันธ์เพื่อรับการรักษาอย่างครบถ้วน “แนวทางระดับชาติเรื่องการจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563” ได้จัดทำขึ้นโดยความร่วมมือของคณะผู้เชี่ยวชาญจากสหวิชาชีพเพื่อให้ความเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน สำหรับบุคลากรแพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใช้ในการคัดกรองดูแลรักษา และการรายงานโรค ดังนั้นความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคน ส่งผลให้การป้องกันควบคุมโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และซิฟิลิสแต่กำเนิดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และลดอัตราการเกิดโรค

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. American Academy of Pediatrics. Redbook 2021: Report of the Committee on Infectious Diseases. 32 ed. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2021.

2. Ministry of Public Health, The Royal Thai Government. Maintenance for Thailand: The Validation of the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis, 2018-2019. Available from: <https://www.hp.anamai.moph.go.th/th/mch-emag/download/?did=203667&id=69447&reload=1>. (Accessed 15 January 2023).
3. World Health Organization. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis, and hepatitis B virus. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039360>. (Accessed 15 January 2023).
4. World Health Organization (Initiative for the global elimination of congenital syphilis). Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis, Promoting better maternal and child health and stronger health systems. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504348/en/>. (Accessed 20 January 2023).
5. Rungmaitree S, Mookhamakun C, Phongsamart W, Lolekha R, Wittawatmongkol O, Lapphra K, et al. Incidence of and factors associated with congenital syphilis at a tertiary hospital in bangkok, Thailand. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health* 2019;50(6):1-12.
6. Workowski K, Bachmann L, Chan P, Johnston C, Muzny C, Park I, et al. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021;70(4):1-184.
7. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2564.
8. Gonzalez-Estrada A, Radojicic C. Penicillin allergy: a practical guide for clinicians. *Cleve Clin J Med* 2015;82:295-300.
9. Wongsas C, Sompornrattanaphan M, Chayachinda C, Swasdimongkol P, Thongngarm T. Penicillin-allergic pregnant women with syphilis: Flow of management at Siriraj Hospital. *Siriraj Med Bull* 2021;14(4):62-73.
10. CDC guideline Syphilis during pregnancy – STI treatment guidelines. Available from: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/syphilis-pregnancy.htm>. (Accessed 10 April 2023).
10. Nathan L, Bawdon R, Sidawi J, Stettler R, McIntire D, Wendel GJ. Penicillin levels following the administration of benzathine penicillin G in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1993;82:338-42.
11. Weeks J, Myers S, Lasher L, Goldsmith J, Watkins C, Gall S. Persistence of penicillin G benzathine in pregnant group B streptococcus carriers. *Obstet Gynecol* 1997;90:240-3.
12. Zhu L, Qin M, Du L, Xie R, Wong T, Wen S. Maternal and congenital syphilis in Shanghai, China, 2002 to 2006. *International Journal of Infectious Diseases* 2010;14S:e45-e8.
13. Thamkhantho M, Chayachinda C, Yindeear-rom P. Prevalence of incomplete post-treatment follow-up visits in female patients with syphilis and the associating factors. *J Med Assoc Thai* 2020;103(2):163-7.
14. ญัฎฐยา อ่อนผิว, พรณยุพา เนาว์ศรีสอน, พยอม สิ้นธุศิริ. สตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิส: บทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2020; 21(3): 1-10.