

Syphilis in the current situation



รศ. พ.ญ. วันทปรียา พงษ์สามารถ
หน่วยโรคติดต่อ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เรียบเรียงโดย ศ. เกียรติคุณ พ.อ.หญิง พญ. ศรีลักษณ์ สิมะเสถียร

สถานการณ์การติดเชื้อซฟิลิสทั่วโลก

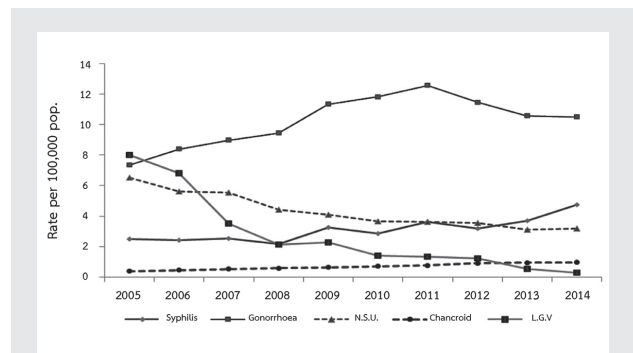
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมทั้งซิฟิลิสเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในแต่ละวันมีผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กว่า 1 ล้านราย และในแต่ละปีมีผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 4 โรคที่มีความสำคัญประมาณ 357 ล้านราย ได้แก่ chlamydia, หนองใน ซิฟิลิส และ trichomoniasis ซึ่งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ดังกล่าวรวมถึงการติดเชื้อซิฟิลิสอาจก่อให้เกิดผลกระทบได้เพิ่มเติม นอกเหนือจากการติดเชื้อมาก่อน เช่น การติดเชื้อซิฟิลิสทำให้มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นกว่า 3 เท่า และการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์สามารถส่งผลกระทบต่อทารก อาจทำให้แท้ง ทารกตายคลอด ทารกน้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนด และก่อให้เกิดความพิการในทารกได้¹

สถานการณ์การติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลก² พบว่าในปี พ.ศ. 2551 มีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิส 1.36 ล้านราย (1.16 ถึง 1.56 ล้านราย) ซึ่งในจำนวนนี้มีหญิงตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 80 ที่ฝากครรภ์และได้รับการดูแลก่อนคลอด การติดเชื้อดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ถึง 520,905 (425,847-615,963) ราย ได้แก่ ทารกตายคลอด 212,327 (174,938-249,716) ราย ทารกเสียชีวิต 91,764 (76,141-107,397) ราย ทารกน้ำหนักตัวน้อยหรือคลอดก่อนกำหนด 65,267 (56,929-73,605) ราย และทารกติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิด 151,547 (117,848-185,245) ราย ซึ่งผลกระทบต่อทารกดังกล่าว ร้อยละ 66 พบในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการตรวจหรือดูแลรักษาการติดเชื้อซิฟิลิส องค์การอนามัยโลกได้จัดตั้งโครงการกำจัดซิฟิลิสแต่กำเนิด โดยมีเป้าหมายให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิส \geq ร้อยละ 90 รวมทั้งได้รับการรักษาการติดเชื้อซิฟิลิส \geq ร้อยละ 90 และอุบัติการณ์การเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดต้องน้อยกว่า 50 ต่อเด็กคลอดมีชีวิต 100,000 ราย ภายในปี พ.ศ. 2558³

สถานการณ์การติดเชื้อซฟิลิสในประเทศไทย

ข้อมูลจากสำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขพบว่าจากข้อมูล 10 ปีย้อนหลัง ในช่วง ปี พ.ศ. 2548-2557 โรคติดต่อ

ทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องติดต่อกันทุกปี ตามรายงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สำคัญ 5 โรค คือ ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อนและฝีมะม่วง พบแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (รูปที่ 1) เมื่อจำแนกรายโรค พบซิฟิลิสมีแนวโน้มสูงมากกว่าปี พ.ศ. 2556 ประมาณ 1.2 เท่า⁴



รูปที่ 1 รายงานผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2548-2557⁴

จากข้อมูลเฝ้าระวังโรค สำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558⁵ พบผู้ป่วยซิฟิลิส 3,296 ราย จาก 74 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 5.06 ต่อแสนประชากร อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1:0.46 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด เรียงตามลำดับคือ 15-24 ปี (ร้อยละ 33.25) 25-34 ปี (ร้อยละ 26.88) 35-44 ปี (ร้อยละ 14.87) สัญชาติไทยร้อยละ 76.4 อื่น ๆ ร้อยละ 15.6 (พม่าร้อยละ 5.4 กัมพูชาร้อยละ 1.9 ลาวร้อยละ 0.5 จีน/ฮ่องกง/ไต้หวันร้อยละ 0.2 เวียดนามร้อยละ 0.1) พบในกลุ่มนักเรียนร้อยละ 12.0 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคซิฟิลิสมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี อีกทั้งยังพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่อายุน้อยลงซึ่งเดิมพบในกลุ่มอายุตั้งแต่ 25-34 ปี แต่ในปัจจุบันกลับพบเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 15-24 ปี ซึ่งก็สัมพันธ์กับแนวโน้มของวัยรุ่นไทยในปัจจุบันที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย ไม่ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย อีกทั้งยังพบว่ามียุติอายุแรกเกิดถึง 2 ปี ที่ป่วยด้วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี

ประเทศไทยมีความพยายามในการป้องกันควบคุมซิฟิลิสแต่กำเนิดตั้งแต่ พ.ศ. 2533 โดยทำการตรวจคัดกรองซิฟิลิสใน

หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุข แต่โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดและซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้เป็นหนึ่งในโรคที่ต้องรายงาน ระบบเฝ้าระวังโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และทารกนั้นยังไม่มีจำเพาะชัดเจน ข้อมูลยังมีจำกัด ดังนั้น จึงมีการศึกษาความชุกของซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทยตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 - 30 กันยายน 2552 มีโรงพยาบาล 123 แห่ง เข้าร่วมในการศึกษาทั้งโรงพยาบาลรัฐบาล (ร้อยละ 80) และโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 20) ทั้งหมด 4 ภาคในประเทศไทยและในกรุงเทพมหานครพบว่าในช่วงที่ทำการศึกษามีหญิงตั้งครรภ์ที่ไปฝากครรภ์ในโรงพยาบาลที่เข้าร่วม 119,679 คน หญิงตั้งครรภ์จำนวน 119,200 คน (ร้อยละ 99.6) ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิสด้วยการตรวจ VDRL หรือ RPR ผลการตรวจเลือดพบว่า 188 คน (ร้อยละ 0.16) มีผลบวกในการตรวจคัดกรองซิฟิลิส และ 168 คน (ร้อยละ 0.14) มีผลบวกในการตรวจยืนยันซิฟิลิสด้วยวิธี TPHA, FTA/ABS หรือ Immuno-chromatography หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสเคยตั้งครรภ์มาก่อนร้อยละ 76 และร้อยละ 13 ติดเชื้อซิฟิลิสตั้งแต่ครรภ์ที่แล้ว ทั้งหมดเคยได้รับการรักษาด้วยยาเพนนิซิลินแต่ส่วนใหญ่ยังคงมีการติดเชื้อซิฟิลิสในครรภ์นี้อาจเป็นเพราะสามารถติดตามสามีเพื่อมาตรวจคัดกรองซิฟิลิสได้เพียงร้อยละ 71 เท่านั้น มีเด็กเกิดมีชีพ 135,106 คน ทารก 14 รายเกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลบวกซิฟิลิสและเข้าได้กับนิยามผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อซิฟิลิส (0.1 ต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน) ในจำนวนนี้มีเพียง 3 รายที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด แต่เมื่อใช้นิยามมาจับจะรวมมีทารกทั้งหมด 14 รายที่แพทย์

วินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์ สามี และทารกที่เป็นซิฟิลิสกับตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2558 (ตารางที่ 1) จะเห็นได้ว่าความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสจากการศึกษานี้ค่อนข้างต่ำ แต่อาจต่ำกว่าความเป็นจริงเพราะยังมีหญิงตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งที่ไม่ได้มาฝากครรภ์ แม้ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสจะได้รับการรักษาร้อยละ 91 แต่มีการรักษาครบถ้วนเพียงร้อยละ 84 ซึ่งต่ำกว่าตัวชี้วัดที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก และแม้ว่าความชุกของซิฟิลิสในทารกแรกเกิดที่พบจากการศึกษานี้จะต่ำกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก อย่างไรก็ตามความชุกนี้อาจต่ำกว่าเป็นจริงเพราะทารกบางรายอาจจะแสดงอาการหลังมีอายุ 2 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาออกการศึกษานี้ และทารกที่แท้งหรือตายคลอดบางรายไม่มีการหาสาเหตุการเสียชีวิต นอกจากนี้ทารกกลุ่มนี้ยังได้รับการรักษาในอัตราที่ต่ำกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกอีกด้วย⁶

จากปัญหาเรื่องระบบการเก็บข้อมูล ในปี พ.ศ. 2555 ทางกรมอนามัยได้เริ่มมีการเก็บข้อมูลการตรวจคัดกรองซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ การรักษาหญิงตั้งครรภ์และทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อซิฟิลิสร่วมไปกับการเก็บข้อมูลเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ในโปรแกรม Perinatal HIV Intervention Monitoring System (PHIMS) จากรายงานในปี พ.ศ. 2556 พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์มาคลอดทั้งหมด 492,083 ราย มีการฝากครรภ์ร้อยละ 98.2 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองโรคซิฟิลิสโดยการตรวจ VDRL ร้อยละ 96 พบอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ (VDRL ให้ผลบวก) เพียงร้อยละ 0.06 ในประเทศไทย หญิงตั้งครรภ์ได้รับการรักษาซิฟิลิสร้อยละ 98

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์ สามี และทารกที่เป็นซิฟิลิสกับตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2558⁶

ตัวชี้วัด	เป้าหมายขององค์การอนามัยโลก	ผลการศึกษา
หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิสอย่างน้อย 1 ครั้ง	> ร้อยละ 90	> ร้อยละ 99
ความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส	> ร้อยละ 1	ร้อยละ 0.14
สัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสที่ได้รับการรักษา	> ร้อยละ 90	ร้อยละ 91 (รักษาครบถ้วนร้อยละ 84)
สัดส่วนสามีของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสที่ได้รับการรักษา*	> ร้อยละ 80	ร้อยละ 100 (สามีได้รับการคัดกรองร้อยละ 71)
ความชุกของซิฟิลิสแต่กำเนิดต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน	> 0.5	0.1 (ทารกสงสัยจะเป็นซิฟิลิส) 0.1 (ทารกที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิส)
สัดส่วนทารกของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสที่ได้รับการรักษา**	> ร้อยละ 80	ร้อยละ 34 (5/14) (ทารกสงสัยจะเป็นซิฟิลิส) ร้อยละ 93 (13/14) (ทารกที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิส)

* สัดส่วนของสามีที่มีผลยืนยันซิฟิลิสที่ได้รับการรักษา

** สัดส่วนของทารกที่สงสัยจะเป็นซิฟิลิสและทารกที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิสที่ได้รับการรักษา

แต่ทารกได้รับการรักษาเพียงร้อยละ 65⁷ ดังนั้น สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำแนวทางระดับชาติเรื่องการกำจัดโรคซิฟิลิส แต่กำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2558⁸ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด รวมทั้งการตรวจคัดกรอง ดูแลรักษาซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดโดยมีแนวทางการคัดกรองซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 และมีแนวทางการประเมินและรักษาทารกที่เกิดจากมารดาที่พบโรคซิฟิลิสดังแสดงในแผนภูมิที่ 2 โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมอัตราการเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทยให้ไม่เกิน 0.05 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 ราย ภายในปี พ.ศ. 2563

การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการสำหรับโรคซิฟิลิส

1. การตรวจหาเชื้อโดยตรง (direct detection method)

คือ การตรวจหาเชื้อโดยตรงจากสิ่งส่งตรวจ สามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

- 1.1 Darkfield microscopy
- 1.2 Polymerase Chain Reaction (PCR)
- 1.3 Direct fluorescent antibody test for *T. pallidum*

(DFA-TP) เป็นการตรวจโดยใช้แอนติบอดีต่อเชื้อ *T. pallidum* ที่ติดฉลากด้วยสารเรืองแสง (fluorescein isothiocyanate, FITC) เพื่อตรวจหาเชื้อในสารคัดหลั่ง และเนื้อเยื่อ

อย่างไรก็ตามการตรวจด้วยวิธี direct detection method นั้น อาจตรวจไม่พบเชื้อได้ถึงร้อยละ 30 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อซิฟิลิสมักจะไม่ได้แสดงอาการ (latent infection) ดังนั้นการวินิจฉัยหลักจึงเป็นการตรวจทางซีโรโลยี

2. การตรวจทางซีโรโลยี (Serological tests) ประกอบด้วย

2.1 Non-treponemal test เป็นการตรวจหาแอนติบอดีชนิดไม่จำเพาะต่อแอนติเจนของ *T. pallidum* ได้แก่

2.1.1 Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)

2.1.1 Rapid plasma regain (RPR)

2.2 Treponemal test เป็นการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อ *T. pallidum* ที่สร้างขึ้นตอบสนองการติดเชื้อ การตรวจหาแอนติบอดีที่จำเพาะนี้ ใช้เป็นการตรวจยืนยันเพื่อวินิจฉัยการเป็นซิฟิลิส ได้แก่

2.2.1 Fluorescent Treponemal Antibody Absorption (FTA-ABS)

2.2.2 *Treponema pallidum* agglutination (TP-PA) หรือ *Treponema pallidum* hemagglutination assay (TPHA) test เมื่อเทียบกับ FTA-ABS ทาง US Centers for

Disease Control and Prevention (CDC) แนะนำให้ใช้วิธีนี้ เพราะมีความไวและความจำเพาะสูงกว่า

2.2.3 Enzyme Immunoassay (EIA)

2.2.4 Chemiluminescence immunoassays

(CIAs)

2.2.5 Microbead immunoassays (MBIA)

การตรวจคัดกรองซิฟิลิส (Algorithm for screening for syphilis)⁹

ในปัจจุบันมีแนวทางการตรวจคัดกรองเพื่อให้การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสได้ 2 แนวทาง ดังนี้

1. แบบดั้งเดิม (Traditional algorithm)

เริ่มต้นด้วยการตรวจ non-treponemal test ก่อน หากให้ผลบวกจึงตรวจยืนยันด้วยการตรวจด้วย treponemal test ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3 อย่างไรก็ตามการคัดกรองด้วย Traditional algorithm มีข้อจำกัด คือ อาจทำให้พลาดการวินิจฉัยในผู้ที่มีการติดเชื้อในระยะเริ่มต้นที่การตรวจ non-treponemal test ยังให้ผลเป็นลบอยู่ ดังนั้น หากมีอาการทางคลินิกเข้าได้กับซิฟิลิส แม้ว่าผล non-treponemal test ให้ผลลบ ควรให้การรักษาก่อน แล้วค่อยทำการตรวจเลือดซ้ำ เนื่องจากอาจต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 2-3 สัปดาห์หลังติดเชื้อ ผล non-treponemal test จึงจะให้ผลบวก

2. แบบย้อนทาง (Reverse sequence algorithm)

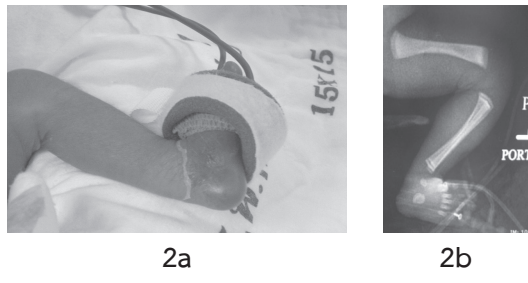
ปัจจุบันมีการพัฒนาการตรวจ treponemal test ด้วยเทคโนโลยีใหม่ ซึ่งทำได้ง่ายและสะดวกรวดเร็วกว่า non-treponemal test และมีข้อได้เปรียบกว่าวิธีแบบดั้งเดิมที่สามารถตรวจพบการติดเชื้อซิฟิลิสได้ภายหลังการติดเชื้อไม่นาน จึงมีการเสนอแนวคิดที่จะใช้ treponemal test มาเป็น primary screening tests แทน non-treponemal test ซึ่งมักนิยมใช้ EIA หรือ CIA

หาก treponemal test (EIA หรือ CIA) ให้ผลบวกให้ตรวจต่อด้วย non-treponemal test (VDRL หรือ RPR) และถ้า non-treponemal test ให้ผลบวกด้วย ให้การวินิจฉัยเป็นซิฟิลิส ถ้า non-treponemal test ให้ผลลบ ให้ตรวจยืนยันด้วย treponemal test (TPPA หรือ TPHA) อีกครั้งหนึ่ง ถ้าให้ผลบวก ให้การวินิจฉัยเป็นซิฟิลิส ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3

อย่างไรก็ตาม US CDC ยังแนะนำการตรวจคัดกรองซิฟิลิสแบบดั้งเดิม เนื่องจากสามารถคัดกรองค้นหาผู้ป่วยติดเชื้อที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อไปได้ดีกว่า และลดการตรวจที่ให้ผลบวกลวงสำหรับในประเทศไทยตามแนวทางระดับชาติเรื่องการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2558 แนะนำให้สามารถตรวจคัดกรองในหญิงตั้งครรภ์ได้ทั้ง 2 แบบ ตามแผนภูมิที่ 1

ซิฟิลิสแต่กำเนิด (Congenital syphilis)

ซิฟิลิสแต่กำเนิด (Congenital syphilis) เกิดจากการติดเชื้อ *T. pallidum* จากหญิงตั้งครรภ์สู่ทารกในครรภ์ อาการและอาการแสดงของซิฟิลิสแต่กำเนิดในระยะต้น (early congenital syphilis) มักแสดงอาการตั้งแต่แรกเกิดถึง 2 ขวบปีแรก ที่พบได้บ่อย (รูปที่ 2) ได้แก่ โพรงจมูกอักเสบมีน้ำมูกเรื้อรัง (snuffles) ตับม้ามโต การทำงานของตับผิดปกติ ต่อมไทรอยด์โต ผื่นผิวหนังแบบ maculopapular, vesiculobullous และ desquamation ปอดอักเสบ (pneumonia) กระดูกและกระดูกอ่อนอักเสบ (osteochondritis) ภาวะเม็ดเลือดแดงแตก (hemolytic anemia) และภาวะเกร็ดเลือดต่ำ เป็นต้น



รูปที่ 2 แสดงอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยซิฟิลิสแต่กำเนิด
รูป 2a แสดงผิวหนังบริเวณเท้าลอก (desquamation)
รูป 2b แสดงภาพถ่ายรังสีข้อมือ transverse radiolucent band ที่บริเวณ metaphysis

ในแนวทางระดับชาติเรื่องการจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2558⁸ ได้มีการกำหนดคำจำกัดความของซิฟิลิสแต่กำเนิด (Congenital syphilis case definition) เพื่อช่วยให้มีระบบการเฝ้าระวังและการรายงานโรคที่ถูกต้องแม่นยำขึ้น ดังนี้

1. Confirmed case

2.

● Early congenital syphilis (แรกเกิดถึง 2 ปี)

○ ยืนยันโดยการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ : ตรวจพบเชื้อ *T. pallidum* โดย dark-field microscopy, fluorescent antibody จากน้ำมูก รอยโรคที่ผิวหนัง รก สายสะดือหรือการตรวจศพหรือชิ้นเนื้อของทารก (0-28 วัน) หรือ

○ ตรวจแอนติบอดีต่อซิฟิลิส (non-treponemal และ treponemal) จากเส้นเลือดดำให้ผลบวก (ไม่ใช่เลือดจากสายสะดือ) ในทารกและเด็กที่มีอาการทางคลินิก การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือรังสีวิทยาตรวจพบลักษณะที่เข้าได้กับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด การตรวจน้ำไขสันหลังพบผล VDRL เป็นบวกหรือตรวจพบเม็ดเลือดขาว หรือโปรตีนสูงขึ้นโดยไม่มีสาเหตุอื่น โดยที่มารดาไม่มีการติดเชื้อ และไม่มีประวัติการรักษาอย่างเพียงพอ หรือ

○ การตรวจพบ *T. pallidum* nucleic acid (เช่น โดยวิธี PCR เป็นต้น) ในสิ่งส่งตรวจทางคลินิก

● Syphilitic stillbirth

○ ทารกที่ตายหลังอายุ 20 สัปดาห์โดยที่มารดาไม่มีประวัติติดเชื้อซิฟิลิสโดยที่ไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาไม่เพียงพอเมื่อคลอด และยืนยันโดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการว่าติดเชื้อ เช่น ตรวจพบ *T. pallidum* โดย fluorescent antibody จากสิ่งส่งตรวจจากรก สายสะดือ หรือชิ้นส่วนจากศพ

3. Probable case

● Early congenital syphilis (แรกเกิดถึง 2 ปี)

○ ตรวจแอนติบอดีต่อซิฟิลิส (non-treponemal และ treponemal) จากเส้นเลือดดำให้ผลบวก (ไม่ใช่จากเลือดในสายสะดือ) ในทารกและเด็กโดยที่ไม่มีอาการ และไม่มีกรตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือรังสีวิทยาที่เข้าได้กับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ในเด็กที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อซิฟิลิสที่ไม่ได้รับการรักษา หรือได้รับการรักษาที่ไม่เพียงพอเมื่อคลอด

● Syphilitic stillbirth

○ ทารกที่ตายหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์โดยที่มารดา มีการติดเชื้อซิฟิลิสและไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาซิฟิลิสไม่เพียงพอเมื่อคลอด โดยที่หาสาเหตุอื่น ๆ ไม่ได้

สำหรับการประเมินและรักษาทารกที่เกิดจากมารดาที่พบโรคซิฟิลิสในแนวทางระดับชาติเรื่องการจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2558⁸ แสดงในแผนภูมิที่ 3 และแนะนำให้มีการนัดติดตามทารกหลังการรักษา ดังนี้

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

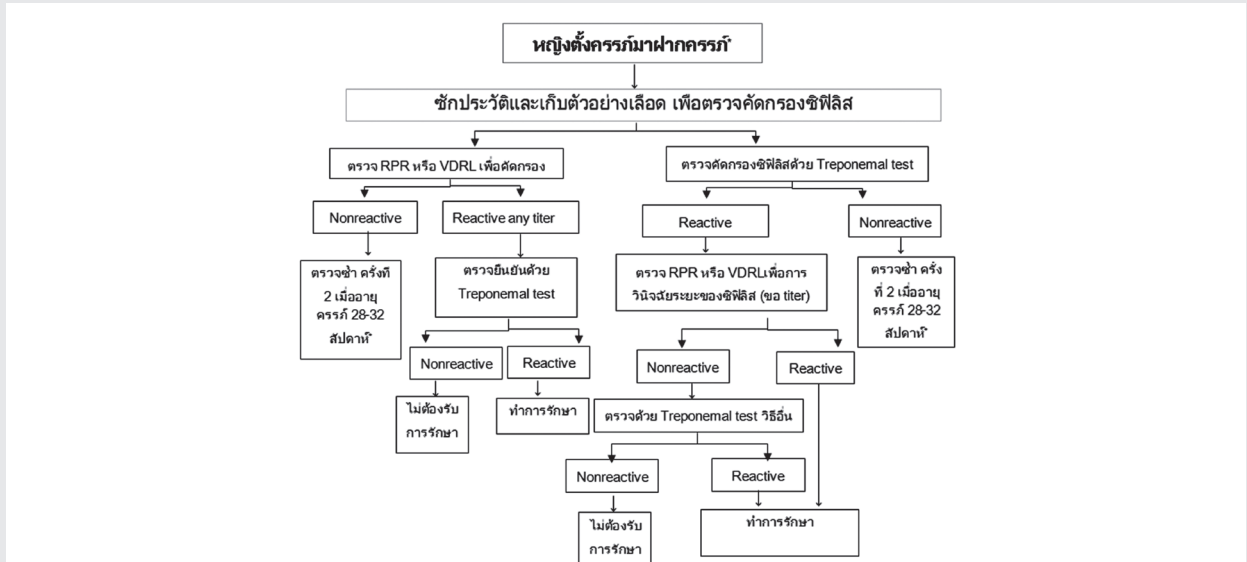
● Non-treponemal titer จะเริ่มลดลงหลังจากรักษาประมาณ 3 เดือน และจะเป็นลบหลังการรักษาประมาณ 6 เดือน หากทารกไม่ติดเชื้อ หรือติดเชื้อแต่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม

● หาก non-treponemal test ยังคงให้ผลบวกไม่ลดลงใน 6-12 เดือน หรือเพิ่มขึ้น ให้ทำการตรวจประเมินซ้ำ รวมทั้งตรวจน้ำไขสันหลัง และให้การรักษาด้วย penicillin G ทางหลอดเลือดดำอีก 10 วัน แม้ว่าเคยได้รับการรักษามาก่อน

● ไม่ใช่ treponemal test ในการติดตามผลการรักษา เนื่องจาก treponemal antibody ที่ส่งผ่านรกมาจากมารดา จะยังให้ผลบวกได้จนทารกอายุ 15 เดือน แม้จะได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

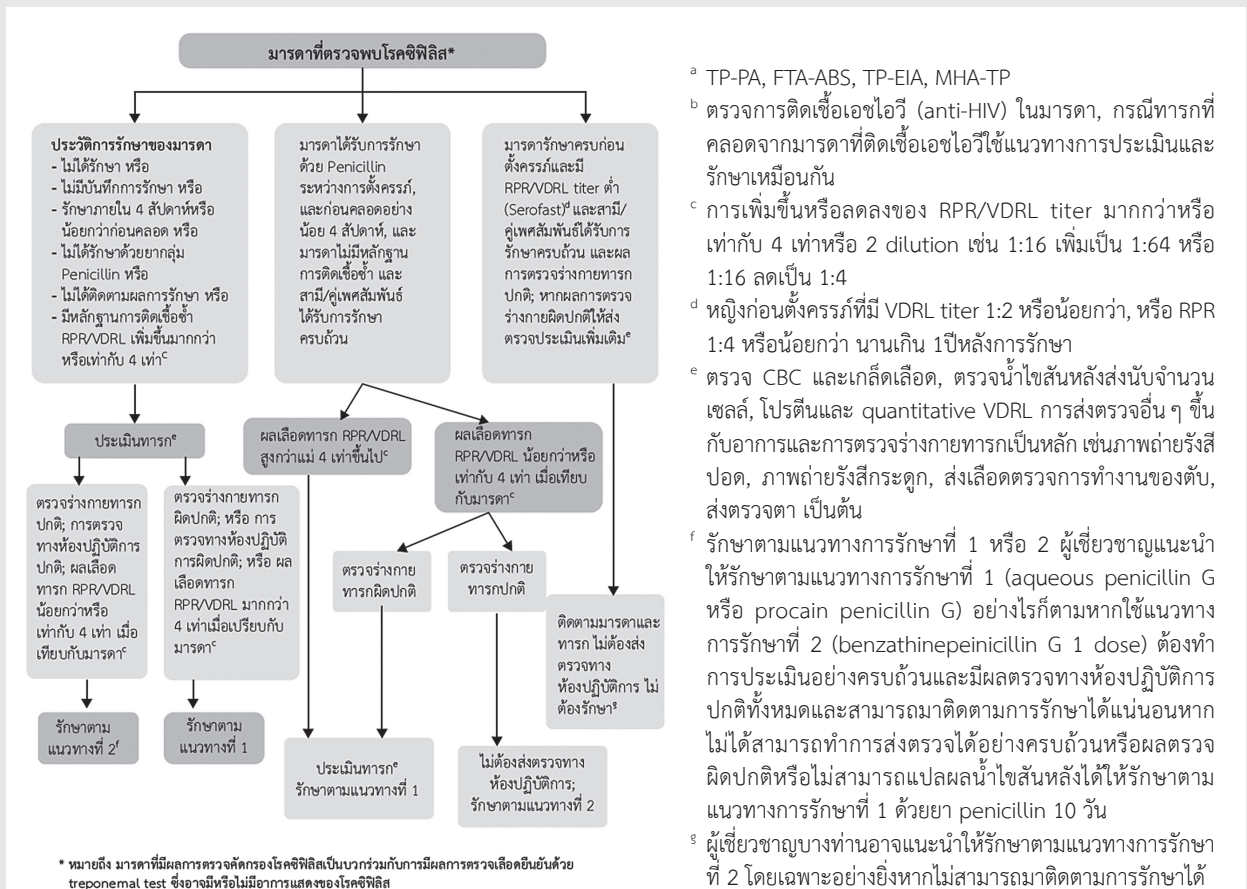
● ในทารกที่ตรวจน้ำไขสันหลังแล้วพบความผิดปกติของเม็ดเลือดขาว และ/หรือโปรตีน หรือมี VDRL ใน น้ำไขสันหลัง ให้ผลบวก ต้องทำการเจาะตรวจน้ำไขสันหลังที่ 6 เดือน หากผลการตรวจ VDRL ในน้ำไขสันหลังยังให้ผลบวกที่ 6 เดือนให้ทำการตรวจประเมินและให้การรักษาซ้ำอีกครั้ง

แผนภูมิที่ 1 การคัดกรองซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์^๑



* การตรวจคัดกรองซิฟิลิสควรทำอย่างน้อย 2 ครั้ง คือเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ สามารถเลือกตรวจได้ทั้งวิธี treponemal test (immunoassay) ที่ใช้หลักการ EIA, CMIA, ICA เป็นต้น หรือ TPHA) หรือ non-treponemal test (RPR/VDRL) และควรให้ได้ผลการตรวจซิฟิลิสโดยเร็ว ในรายที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกหลัง 32 สัปดาห์หรือตรวจครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ >32 สัปดาห์ และในรายที่ขาดผลโดยไม่มีผลเลือดซิฟิลิสมาก่อน ควรทำการตรวจด้วยวิธีเร็วผลในวันเดียว (same day test result, immunoassay) หากพบผลผิดปกติให้การรักษาโดยเร็วที่สุด

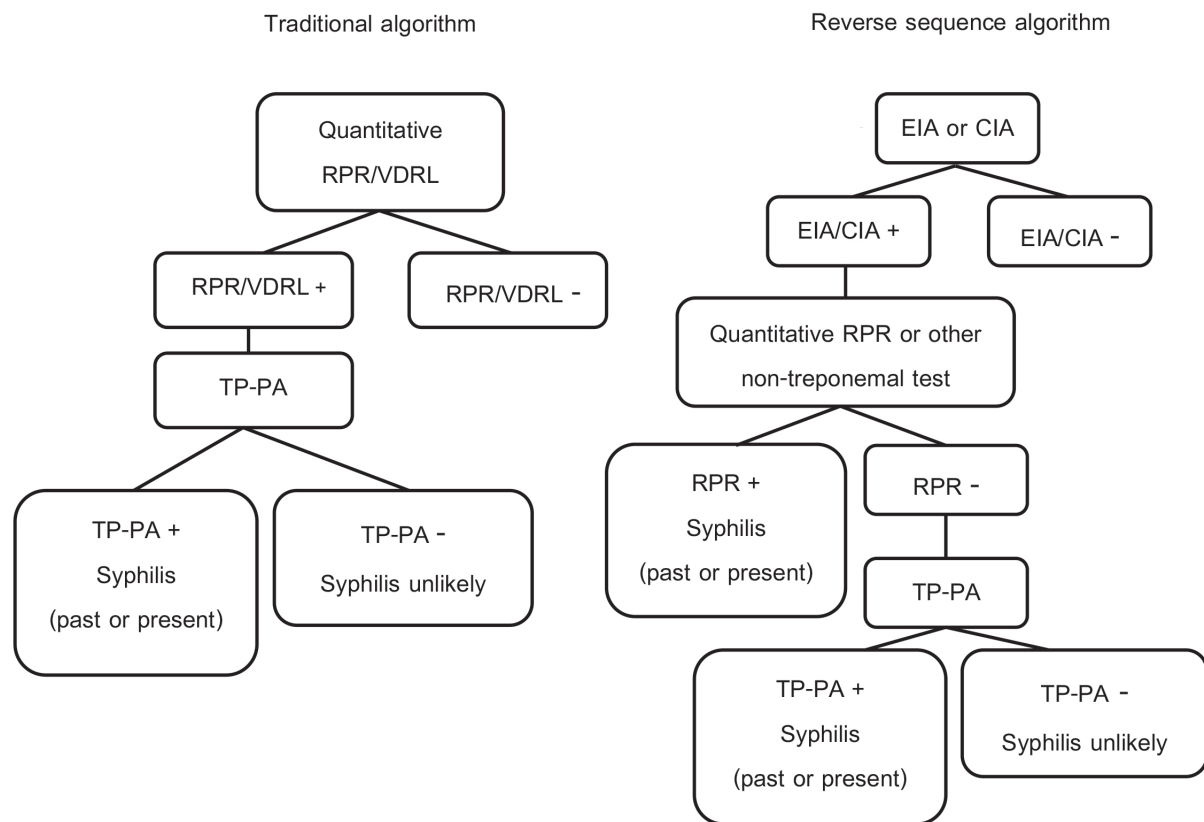
แผนภูมิที่ 2 แนวทางการประเมินและรักษาทารกที่เกิดจากมารดาที่พบโรคซิฟิลิส^๑



- ^a TP-PA, FTA-ABS, TP-EIA, MHA-TP
- ^b ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี (anti-HIV) ในมารดา, กรณีทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีใช้แนวทางการประเมินและรักษาเหมือนกัน
- ^c การเพิ่มขึ้นหรือลดลงของ RPR/VDRL titer มากกว่าหรือเท่ากับ 4 เท่าหรือ 2 dilution เช่น 1:16 เพิ่มเป็น 1:64 หรือ 1:16 ลดเป็น 1:4
- ^d หญิงก่อนตั้งครรภ์ที่มี VDRL titer 1:2 หรือน้อยกว่า, หรือ RPR 1:4 หรือน้อยกว่า นานเกิน 1 ปีหลังการรักษา
- ^e ตรวจ CBC และเกล็ดเลือด, ตรวจน้ำไขสันหลังหลังนับจำนวนเซลล์, โปรตีนและ quantitative VDRL การส่งตรวจอื่น ๆ ขึ้นกับอาการและการตรวจร่างกายทารกเป็นหลัก เช่น ภาพถ่ายรังสีปอด, ภาพถ่ายรังสีกระดูก, ส่งเลือดตรวจการทำงานของตับ, ส่งตรวจตา เป็นต้น
- ^f รักษาตามแนวทางการรักษาที่ 1 หรือ 2 ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้รักษาตามแนวทางการรักษาที่ 1 (aqueous penicillin G หรือ procain penicillin G) อย่างไรก็ตามหากใช้แนวทางการรักษาที่ 2 (benzathinepenicillin G 1 dose) ต้องทำการประเมินอย่างครบถ้วนและมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติทั้งหมดและสามารถติดตามการรักษาได้แน่นอนหากไม่สามารถทำการส่งตรวจได้อย่างครบถ้วนหรือผลตรวจผิดปกติหรือไม่สามารถแปลผลน้ำไขสันหลังได้ให้รักษาตามแนวทางการรักษาที่ 1 ด้วยยา penicillin 10 วัน
- ^๑ ผู้เชี่ยวชาญบางท่านอาจแนะนำให้รักษาตามแนวทางการรักษาที่ 2 โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากไม่สามารถมาติดตามการรักษาได้

* หมายถึง มารดาที่มีผลการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสเป็นบวกร่วมกับมีการมีผลการตรวจเลือดยืนยันด้วย treponemal test ซึ่งอาจมีหรือไม่มีอาการแสดงของโรคซิฟิลิส

แผนภูมิที่ 3 แสดงการตรวจคัดกรองซิฟิลิสแบบดั้งเดิม (Traditional algorithm) และแบบย้อนทาง (Reverse sequence algorithm)⁹



คำย่อ RPR = Rapid plasma regain; VDRL = Venereal Disease Research Laboratory; TP-PA = Treponema pallidum agglutination; EIA = Enzyme Immunoassay; CIA = Chemiluminescence immunoassays

เอกสารอ้างอิง

1. World Health organization. Sexually transmitted infections (STIs). Fact sheet N°110. [updated December 2015;cited 6 January 2016]. Available from:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>
2. Newman L, Kamb M, Hawkes S, et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS Med.* 2013; 10(2) : e1001396. doi: 10.1371/journal.pmed.1001396.
3. World Health organization. Elimination of congenital syphilis. [cited 6 January 2016]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/syphilis/en/>
4. ศรีนยา พงศ์พันธ์. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted infection). Annual Epidemiological Surveillance Report 2014. [accessed 6 January 2016]. Available from <http://boe.moph.go.th/>
5. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. Available from <http://boe.moph.go.th/>
6. Tanprasert S. Assessment of congenital syphilis situation in Thailand. *Weekly Epidemiological Surveillance Report* 2013; 44 : 81-88.
7. รายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ปีงบประมาณ 2556. สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย. โครงการร่วมมือระหว่างกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข.[accessed 11 January 2016]. Available from: <http://pmtct.anamai.moph.go.th/home/attachments/article/89/Result%20PHIMS%2055-56%20.pdf>
8. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ร่างแนวทางการระดับชาติเรื่องการจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2558.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Discordant results from reverse sequence syphilis screening—five laboratories, United States, 2006–2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2011; 60 : 133-7.

โปรดติดตามข่าวสารความเคลื่อนไหวที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ จากผู้เชี่ยวชาญได้ในทุกฉบับของวารสาร พร้อมแจ้งเรื่องที่สนใจได้ที่ กองบรรณาธิการตามที่อยู่
ในหน้าสารบัญ