



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 44 ฉบับที่ 6 : 15 กุมภาพันธ์ 2556

Volume 44 Number 6 : February 15, 2013

สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health



ความชุกของซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย Assessment of Congenital Syphilis Situation in Thailand

✉ peachsania@hotmail.com

ศณิษา ตันประเสริฐ
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำปาง

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยมีการกำหนดให้ตรวจคัดกรองซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย แต่ยังไม่มียาระบบเฝ้าระวังโรคในหญิงตั้งครรภ์และซิฟิลิสแต่กำเนิด ข้อมูลปัจจุบันมีเพียงข้อมูลซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์จากการเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ของงานโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคระบาดวิทยา ซึ่งยังไม่สามารถประมาณค่าความชุกของซิฟิลิสแต่กำเนิดได้ รวมถึงยังขาดข้อมูลซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกของซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 – 30 กันยายน 2552 เพื่อทราบระบบการดำเนินการเมื่อพบหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส และเสนอแนวทางการปฏิบัติหรือมาตรการต่าง ๆ ในการพัฒนาโครงการกำจัดซิฟิลิสในประเทศไทย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและในของหญิงตั้งครรภ์ที่ผลตรวจพบซิฟิลิส สามิ และทารก ที่มารับบริการในโรงพยาบาลทุกแห่งใน 8 จังหวัดจากทุกภาคของประเทศไทย และ โรงพยาบาลอีก 3 แห่งในกรุงเทพมหานคร

ระยะเวลาดำเนินการ 12 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2553 – 30 เมษายน 2554

ผลการศึกษา

ข้อมูลจากโรงพยาบาล 150 แห่ง พบหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 99 ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิส ร้อยละ 0.16 มีผลบวกต่อการตรวจคัดกรองและร้อยละ 0.14 มีผลบวกต่อการตรวจยืนยัน มีหญิงตั้งครรภ์ 103 คน และเด็กทารก 14 คน (0.10 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน) ที่เข้าได้กับนิยามซิฟิลิสบวกของการศึกษา ข้อมูลสูติรีแพทย์พบว่าทุกโรงพยาบาลสามารถตรวจคัดกรองซิฟิลิสได้ มากกว่าครึ่งสามารถตรวจยืนยันซิฟิลิส ปัญหาที่พบบ่อย คือ การติดตามสามี มาตรวจซิฟิลิสกรณีการมีผลบวก และปัญหาการติดตามหลังการรักษาซิฟิลิสของหญิงตั้งครรภ์ สามิ และทารก เนื่องจากการไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น รวมถึงมีหลายหน่วยงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เก็บข้อมูลเรื่องซิฟิลิสแต่ไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูล รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูล

สรุปและข้อเสนอแนะ

ตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก คือ ความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส ซิฟิลิสแต่กำเนิดต่ำ สัดส่วนหญิงตั้งครรภ์ สามิ และทารก ได้รับการตรวจและการรักษาสูง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิสอย่างน้อย 1 ครั้ง



◆ การศึกษาความชุกของซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย	81
◆ สรุปการตรวจข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 6 ระหว่างวันที่ 3 – 9 กุมภาพันธ์ 2556	89
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 6 ระหว่างวันที่ 3 – 9 กุมภาพันธ์ 2556	91

วัตถุประสงค์ในการจัดทำ รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

1. เพื่อให้หน่วยงานเจ้าของข้อมูลรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ได้ตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
2. เพื่อวิเคราะห์และรายงานสถานการณ์โรคที่เป็นปัจจุบัน ทั้งใน และต่างประเทศ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลการสอบสวนโรค หรืองานศึกษาวิจัยที่สำคัญและเป็นปัจจุบัน
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานทางระบาดวิทยาและสาธารณสุข

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร ภูนาตล
นายแพทย์ธวัช จายน้อยอิน นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
นายองอาจ เจริญสุข

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี

บรรณาธิการประจำฉบับ : บริมาต ศักดิ์ศิริสัมพันธ์

บรรณาธิการวิชาการ : นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร

กองบรรณาธิการ

บริมาต ศักดิ์ศิริสัมพันธ์ พงษ์ศิริ วัฒนาสุรภิตต์ สิริลักษณ์ รังษิวงศ์

ฝ่ายข้อมูล

สมาน สมบุญรัตน์ ศศิธร นวมาเอเดียน พชร ศรีหมอก
น.สพ. ธีรศักดิ์ ชักนำ สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์

ฝ่ายจัดส่ง : พริยา ดล่ายพ้อแดง เชิดชัย ดาราแจ้ง สวัสดิ์ สว่างชม

ฝ่ายศิลป์ : บริมาต ศักดิ์ศิริสัมพันธ์

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ : บริมาต ศักดิ์ศิริสัมพันธ์ พริยา ดล่ายพ้อแดง

แนวทางการเฝ้าระวังใช้หัตถนบกในคน

- แนวทางการเฝ้าระวังใช้หัตถนบกในคน
- แบบส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยสงสัยใช้หัตถนบก/ใช้หัตถนบก
- แบบแจ้งผู้ป่วยกลุ่มอาการคล้ายใช้หัตถนบก (ILI) ในข่ายเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (AI 1)
- แนวทางการส่งตัวอย่างตรวจเชื้อใช้หัตถนบก
- แบบสอบสวนผู้ป่วยสงสัยใช้หัตถนบกใหญ่/ใช้หัตถนบก (AI-2)

สามารถดาวน์โหลดได้ทางเว็บไซต์สำนักกระบาดวิทยาในกรณีพบผู้ป่วยสงสัยใช้หัตถนบก ให้กรอกแบบรายงานผู้ป่วยมีอาการคล้ายใช้หัตถนบก (AI 1) ส่งสำนักกระบาดวิทยา ภายใน 24 ชั่วโมง มาที่ outbreak@health.moph.go.th หรือโทรสารที่ หมายเลข 0-2591-8579 หรือ แจ้งทางโทรศัพท์ที่หมายเลข 0-2590-1882, 0-2590-1876, 0-2590-1895

แต่ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือ สัตว์ส่วนของซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ได้รับการรักษา ถึงแม้ว่าซิฟิลิสจะเป็นโรคที่สามารถป้องกันรักษาได้ แต่บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่ให้ความสนใจกับโรคนี้เท่าที่ควร การเน้นย้ำปัญหานี้กับบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการจัดสรรทรัพยากร จะทำให้ปัญหานี้ลดน้อยลงได้

คำสำคัญ ซิฟิลิสแต่กำเนิด, ความชุกของซิฟิลิส, ความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสในประเทศไทย, เชื้อ *Treponemal pallidum*

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ทุกปีมีคนติดเชื้อซิฟิลิสประมาณ 12 ล้านคนทั่วโลก⁽¹⁾ โรคนี้สามารถส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ อาจทำให้แท้ง ทารกตายคลอด⁽²⁾ อัตราการติดเชื้อของทารกในครรภ์ขึ้นอยู่กับจำนวนเชื้อในกระแสเลือดของมารดา⁽³⁾ โรคนี้สามารถป้องกันได้ เนื่องจากการตรวจคัดกรองในหญิงตั้งครรภ์ทำได้ง่าย รักษาได้ด้วยยาเพนนิซิลินซึ่งเป็นยาที่มีประสิทธิภาพและราคาถูก ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงจัดตั้งโครงการกำจัดซิฟิลิสและสนับสนุนให้ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมถึงประเทศสมาชิกของสำนักงานอนามัยโลกประจำเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ร่วมกันดำเนินโครงการกำจัดซิฟิลิสแต่กำเนิด⁽²⁾ ประเทศไทยมีความพยายามในการป้องกันควบคุมซิฟิลิสแต่กำเนิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 โดยทำการตรวจคัดกรองซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งในปีพ.ศ. 2552 มีความครอบคลุมในการฝากครรภ์ร้อยละ 99 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด และมีการตรวจซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย⁽⁴⁾

ข้อมูลการเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ของงานโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคพบว่า ความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบซิฟิลิสในปี พ.ศ. 2551 คือ ร้อยละ 0.2⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตามซิฟิลิสแต่กำเนิดและซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้เป็นหนึ่งในโรคที่ต้องรายงาน ดังนั้น จึงยังไม่มีข้อมูลเชื่อถือได้ในเรื่องนี้ในประเทศไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุก และข้อมูลการรักษา หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส ซิฟิลิสแต่กำเนิด ศึกษาผลการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส ระบบการดำเนินการเมื่อพบหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 – 30 กันยายน 2552

2. เพื่อเสนอแนวทางในการปฏิบัติหรือมาตรการต่าง ๆ ในการพัฒนาโครงการกำจัดซิฟิลิสในประเทศไทย

ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยการศึกษาภาคตัดขวาง เพื่อหาความชุกของซิฟิลิสแต่กำเนิด ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2553 – 30 เมษายน 2554

สถานที่ศึกษาวิจัย

ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกกรุงเทพมหานคร และจังหวัดตัวแทนจาก 4 ภาคของประเทศ ภาคละ 2 จังหวัด ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีโรงพยาบาลศูนย์ และจังหวัดที่มีโรงพยาบาลทั่วไป รายชื่อจังหวัดที่ได้รับการเลือก ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นนทบุรี สมุทรปราการ นครราชสีมา ชัยภูมิ เชียงราย พะเยา ชุมพร และ สุราษฎร์ธานี ในแต่ละจังหวัดเก็บข้อมูลจากทุกโรงพยาบาลและ ในกรุงเทพมหานครเลือกโรงพยาบาลที่มีหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ จำนวนมากที่สุดในปีงบประมาณ 2552 โรงพยาบาล จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล, โรงพยาบาลศิริราช, โรงพยาบาลราชวิถี

ประชากรศึกษา

ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ทุกรายไม่จำกัดเชื้อชาติ ที่มาฝากครรภ์ ครั้งแรกตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 – 30 กันยายน 2552 ทั้ง โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ในพื้นที่ที่ทำการศึกษารวมถึงทารกที่เกิดจากมารดาที่มีผลตรวจซิฟิลิสเป็นบวก และสามีของหญิงตั้งครรภ์ นิยามของผู้ป่วย อิงตามนิยามผู้ป่วยของ US. Centers for Disease Control and Prevention (US.CDC.)⁽⁷⁾

เกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรเข้าร่วมการศึกษา

คือ หญิงตั้งครรภ์ทั้งไทยและต่างด้าวที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และที่มาคลอดในโรงพยาบาลที่ศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 – 30 กันยายน 2552

เกณฑ์ในการคัดแยกประชากรออกจากการศึกษา

หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลที่ศึกษาแต่ไม่สามารถหาข้อมูลได้

ขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างกำหนดให้ Two-sided significance level (α) = 0.05 และ Power = 80% สำหรับ Population survey โดยใช้โปรแกรม Epi Info version 3.5.1 กำหนดให้ร้อยละของความผิดพลาดที่ยอมรับได้ คือ 10 ที่ 90% Confidence Interval ซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างได้ 118,948 ตัวอย่าง

เครื่องมือการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือเก็บข้อมูล โดยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบเก็บข้อมูลจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์

ครั้งแรกตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 – 30 กันยายน 2552

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแพทย์เรื่องการดำเนินการเมื่อพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลการตรวจซิฟิลิสเป็นบวก

ส่วนที่ 3 แบบเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์เฉพาะรายที่มีผลการตรวจซิฟิลิสเป็นบวก

การรวบรวมข้อมูลและแหล่งข้อมูล

ในโครงการนี้มีแหล่งข้อมูล 2 แหล่ง

ส่วนแรก คือ ข้อมูลปฐมภูมิ จากการใช้แบบเก็บข้อมูลโดยให้แพทย์ที่รับผิดชอบดูแลแผนกฝากครรภ์เป็นผู้บันทึก

ส่วนที่สอง คือ ข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งได้จากการทบทวนเวชระเบียนทางการแพทย์ซึ่งพยาบาลเป็นผู้บันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ อัตราส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เลขคณิต ค่ามัธยฐาน

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

โครงการนี้ผ่านการพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ครอบคลุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษา

จำนวนโรงพยาบาลที่เข้าข่ายในการศึกษาโรงพยาบาลทั้งหมด 150 แห่ง ตัดโรงพยาบาล 9 แห่งออก因为没有คลินิกฝากครรภ์ มีโรงพยาบาล 123 แห่ง (ร้อยละ 87) เข้าร่วมในการศึกษาเป็นโรงพยาบาลรัฐบาล 99 แห่ง (ร้อยละ 80) และโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 24 แห่ง (ร้อยละ 20) ทีมผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามส่วนแรกทั้งหมด และส่วนที่สอง 114 ชุด (ร้อยละ 93) พบว่าในช่วงเวลาที่ศึกษามีหญิงตั้งครรภ์ที่ไปฝากครรภ์ในโรงพยาบาลที่เข้าร่วม 119,679 คน ส่วนใหญ่เป็นคนไทย (ร้อยละ 91) โดยมีหญิงตั้งครรภ์จำนวน 119,200 คน (ร้อยละ 99.6) ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิส (ด้วยวิธี VDRL หรือ RPR) และผลการตรวจเลือดพบว่า 188 คน (ร้อยละ 0.16) มีผลบวกในการตรวจ คัดกรองซิฟิลิส และ 168 (ร้อยละ 0.14) มีผลบวกในการตรวจยืนยันซิฟิลิส (ด้วยวิธี TPHA, FTA/ABS หรือ Immuno-chromatography)

แบบสอบถามส่วนที่สามจ่ายไปให้โรงพยาบาลที่มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลบวกต่อการคัดกรองซิฟิลิสทั้งหมด 188 ราย ได้รับแบบสอบถามคืน 152 ชุด (ร้อยละ 81) มีหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสตามนิยาม 103 ราย (ร้อยละ 68 ของแบบสอบถามที่ตอบกลับมา) ร้อยละ 0.09 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจซิฟิลิสทั้งหมด ผลการตั้งครรภ์พบว่าหญิงตั้งครรภ์แท้งบุตร 5 ราย และคลอดบุตรตาย 1 ราย (ตารางที่ 1) จากหญิงตั้งครรภ์ 103 ราย ดังกล่าว เป็นหญิงที่เคยตั้งครรภ์มาก่อน 78 ราย (ร้อยละ 76) มี

9 ราย (ร้อยละ 13) ติดเชื้อซิฟิลิสตามนियามการศึกษาตั้งแต่ครรภ์ที่แล้ว ทั้ง 9 รายเคยได้รับการรักษาด้วยยาเพนิซิลิน และจาก 9 รายนี้ มี 7 รายที่ยังคงมีการติดเชื้อซิฟิลิสในครรภ์นี้ และ 4 รายได้รับการรักษาด้วยยาเพนิซิลิน

ข้อมูลจากห้องคลอดพบว่า มีหญิงตั้งครรภ์คลอดในโรงพยาบาลที่ศึกษาจำนวน 142,444 คน มีเด็กเกิดมีชีวิต 135,106 คน แท้ง 6,803 ราย ตายคลอด 535 ราย มีเด็กทารก 14 รายที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลบวกซิฟิลิสและเข้าได้กับนิยามผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อซิฟิลิส ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.1 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน ในจำนวนนี้มีเพียง 3 รายที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด อย่างไรก็ตามเมื่อใช้นิยามที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิส มีทั้งหมด 14 ราย (ตารางที่ 2) การเปรียบเทียบลักษณะของสามีทุกคน กับสามีของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสแสดงใน ตารางที่ 3

ข้อมูลจากแบบสอบถามแพทย์พบว่า โรงพยาบาล 60 แห่ง จาก 123 แห่ง (ร้อยละ 49) มีสูติรีแพทย์อย่างน้อยหนึ่งคน ทุกโรงพยาบาลสามารถตรวจคัดกรองซิฟิลิสได้ และอีก 85 แห่ง (ร้อยละ 58) สามารถตรวจยืนยันการติดเชื้อซิฟิลิสได้ โรงพยาบาลที่ไม่สามารถตรวจยืนยันได้ สามารถส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันที่โรงพยาบาลจังหวัด หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งจะสามารถทราบผลได้ภายในหนึ่งสัปดาห์

โรงพยาบาล 84 แห่ง (ร้อยละ 74) มียา Penicillin ในโรงพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่มียา สามารถยืมจากโรงพยาบาลอื่น (ร้อยละ 74) ใช้ยาอื่น เช่น Ceftriazone, Doxycycline, Erythromycin (ร้อยละ 36) หรือส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น (ร้อยละ 17)

เกณฑ์ในการวินิจฉัยซิฟิลิสจากผลการตรวจคัดกรองโดยแพทย์มีความหลากหลาย กล่าวคือ การวินิจฉัยเมื่อพบ Weakly reactive (ร้อยละ 35), ไตเตอร์ 1:4 (ร้อยละ 24), 1:8 (ร้อยละ 34), 1:16 (ร้อยละ 6) และ 1:32 (ร้อยละ 1) และจากการตรวจยืนยัน คือ weakly reactive (ร้อยละ 30), ไตเตอร์ 1:2 (ร้อยละ 1), 1:4 (ร้อยละ 15), 1:8 (ร้อยละ 12), 1:16 (ร้อยละ 8), 1:80 (ร้อยละ 1) และ ผลบวก (ร้อยละ 33)

เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีประวัติแพ้ยา Penicillin ประมาณครึ่งหนึ่งของแพทย์จะให้ยาอย่างอื่น (ร้อยละ 51) บางส่วนจะส่งหญิงตั้งครรภ์ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น (ร้อยละ 15)

แพทย์ร้อยละ 10 รายงานว่าจะให้ยากับคู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสโดยไม่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยาที่ใช้ส่วนใหญ่คือ Benzathine penicillin (ร้อยละ 94) ตามด้วย Erythromycin (ร้อยละ 2) Doxycycline (ร้อยละ 2) และ Ceftriazone (ร้อยละ 2)

และแพทย์ร้อยละ 4 จะให้ยากับทารกของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสโดยไม่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยร้อยละ 98 ให้ยา Penicillin มีเพียงร้อยละ 2 ให้ยา Ceftriazone

ส่วนการติดตามการรักษาหญิงตั้งครรภ์ สามี และทารก หลังจากรักษาแล้วส่วนใหญ่จะใช้การตรวจเลือด (ร้อยละ 90) และการติดตามอาการ (ร้อยละ 7) ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบผลที่ได้จากการศึกษากับตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลก

ข้อมูลจากการสอบถามผู้เข้าร่วมประชุมพบว่าหญิงตั้งครรภ์ไทยและต่างด้าวที่จดทะเบียนทุกคน จะได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิสในไตรมาสที่หนึ่งและสาม กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์ เจ้าหน้าที่จะเจาะเลือดตรวจก่อนคลอดบุตร พร้อมกับการตรวจเอชไอวี แพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่เคยเห็นแนวทางการรักษาผู้ป่วยซิฟิลิสซึ่งออกโดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เกณฑ์ในการรักษาหญิงตั้งครรภ์มีความแตกต่างกันไปตามแพทย์ผู้ดูแล เช่น บางแห่งให้การรักษาเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีผลบวกต่อการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Non - treponemal test (VDRL, RPR) บางแห่งตรวจ Treponemal test (TPHA, FTA-abs) ยืนยันก่อนให้การรักษา อุปสรรคในการดำเนินงานที่พบบ่อยคือ การติดตามสามีมาตรวจซิฟิลิสได้ลำบาก เช่น สามีอยู่ต่างจังหวัด สามีปฏิเสธการตรวจ มีคู่สมรสมากกว่าหนึ่งคน หญิงตั้งครรภ์บางคนไม่บอกสามีเนื่องจากไม่ต้องการเกิดปัญหาในครอบครัว นอกจากนี้พบว่า มีปัญหาในการติดตามข้อมูล เช่น สามีไปรักษาต่อเนื่องจากแผนกอื่นหรือสถานีนอนาเมย์ทำให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลชุมชนพบปัญหาเหล่านี้บ่อยกว่าเนื่องจากมีอาสาสมัครสาธารณสุขช่วยติดตามสามีมาตรวจ

ส่วนของระบบการเก็บข้อมูลโรคซิฟิลิสพบว่าโรงพยาบาลหลายแห่งมีการเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์และผลตรวจการคัดกรองซิฟิลิสอยู่แล้วเพื่อใช้เป็นข้อมูลของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามไม่มีระบบในการส่งต่อข้อมูลนี้มายังหน่วยงานระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูล สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีหลายหน่วยงานที่เก็บข้อมูลซิฟิลิส เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก งานระบาดวิทยา และงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ยังไม่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลรวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูล

นอกจากนี้ มีปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการฝากครรภ์และตรวจคัดกรองซิฟิลิส ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดสรรงบประมาณให้กับสถานพยาบาลที่มีหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็วกว่า 12 สัปดาห์ จำนวน 500 บาทต่อคน ซึ่งผู้ปฏิบัติพบว่า มีการฝากครรภ์เพิ่มขึ้นซึ่งส่งผลทำให้เพิ่มการคัดกรองซิฟิลิสด้วย

ตารางที่ 1 ลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส ในโรงพยาบาลที่ศึกษา วันที่ 1 ตุลาคม 2551-30 กันยายน 2552 (103 ราย)

ลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส	จำนวน (ร้อยละ)
ค่ามัธยฐานอายุครรภ์ (พิสัยระหว่างควอร์ไทล์)	32 (27-37)
หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิสตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์	98 (95)
หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิส	80 (78)
- ระยะแรก	15
- ระยะหลัง	26
- ระยะแฝง	20
- ไม่ระบุ	19
การได้รับยา	89/98 (91)
- ได้รับยาครบ	82
- ได้ยาไม่ครบ*	7
• ได้ยา penicillin แต่ไม่ครบ	3
• ได้ยา Ceftriazone	2
• ได้ยา Erythromycin	2
ค่ามัธยฐานของอายุครรภ์เมื่อได้รับยา	16 (12-23)
ผลของการตั้งครรภ์เกิดมีชีพ	91
- คลอดครบกำหนด	79 (76)
- คลอดก่อนกำหนด	12 (12)
แท้ง	5(5)
ทารกตายคลอด**	1(1)
ไม่มีข้อมูล	6 (6)

* ได้ยาไม่ครบ คือ ได้รับยาอื่นที่ไม่ใช่ penicillin หรือได้ยา penicillin แต่น้อยกว่า 30 วันก่อนคลอด

** ทารกตายคลอด คือ ทารกตายตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์จนถึง 4 สัปดาห์หลังคลอด

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบทารกที่สงสัยเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด* กับทารกที่แพทย์วินิจฉัยเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด ในโรงพยาบาลที่ศึกษา วันที่ 1 ตุลาคม 2551- 30 กันยายน 2552

	ทารกที่สงสัยเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด* (14 ราย)	ทารกที่แพทย์วินิจฉัยเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด (14 ราย)
น้ำหนักแรกเกิดมัธยฐาน (กรัม)	2,490	2,850
ค่ามัธยฐานอายุครรภ์ (สัปดาห์)	38	39
การได้รับยารักษาซิฟิลิส	5 (34%)	13 (93%)
- ได้รับยา Penicillin	5	12
- ไม่มีข้อมูล	-	1
การวินิจฉัย		
- ปกติ	4	11
- มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	1	-
- ไม่มีข้อมูล	9	3

*ตามนิยามของ US Centers for Disease Control and prevention

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบลักษณะสามของหญิงตั้งครรภ์ทุกคน และสามของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส วันที่ 1 ตุลาคม 2551- 30 กันยายน 2552

ลักษณะ	สามของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส 103 คน (ร้อยละ)	สามของหญิงตั้งครรภ์ทุกคน 152 คน(ร้อยละ)
ค่ามัธยฐานของอายุ (พิสัยระหว่างควอร์ไทล์)	32 (26-36)	31 (26-36)
สัญชาติไทย	64/70 (91)	99/107 (93)
ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิส	51/72 (71)	72/111(65)
ผลการตรวจยืนยันเป็นบวก	7/51 (14)	11/72 (15)
ได้รับยารักษาซิฟิลิส	7/7 (100)	9/11 (82)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์ สาม และทารกที่เป็นซิฟิลิสกับตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2558

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

* สัดส่วนของสามที่มีผลยืนยันซิฟิลิสที่ได้รับการรักษา ** สัดส่วนของทารกที่สงสัยจะเป็นซิฟิลิสและทารกที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิสที่ได้รับการรักษา

วิจารณ์ผลการศึกษา

ความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสจากการศึกษานี้ค่อนข้างต่ำ คือ ร้อยละ 0.1 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการเฝ้าระวังโรคซิฟิลิสเฉพาะพื้นที่ของสำนักกระบาดวิทยา (ร้อยละ 0.1) และของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 0.3)⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม ความชุกในการศึกษานี้อาจจะต่ำกว่าความเป็นจริงได้เนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์อาจจะไม่ได้มาฝากครรภ์ทุกราย นิยามที่ใช้ในการวินิจฉัยของแพทย์ไม่ตรงกัน ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ในเวชระเบียน หรือเกิดจากผลลบเทียมของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แต่ค่าที่ได้อาจจะไม่ต่ำกว่าความเป็นจริงมากนักเนื่องจากจากประเทศไทยมีความครอบคลุมในการฝากครรภ์สูงรวมถึงเทคนิคการตรวจคัดกรองซิฟิลิสมีความไวในการตรวจจับสูง⁽⁹⁾

แม้ว่าความชุกของซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์จะต่ำ แต่จากการศึกษานี้พบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการรักษา ร้อยละ 91 โดยได้รับการรักษาครบถ้วนเพียงร้อยละ 84 ซึ่งต่ำกว่าตัวชี้วัดที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก⁽²⁾ สาเหตุอาจเกิดจากการขาดข้อมูลผู้ป่วยเนื่องจากไม่ได้มารับการฝากครรภ์และรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

ความชุกของซิฟิลิสในทารกแรกเกิดที่พบจากการศึกษานี้ค่อนข้างต่ำ คือ 0.1 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลที่มาจากรายงานของ สปสช. (รายงานตามแพทย์วินิจฉัยด้วยรหัส ICD10) คือ 0.3 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1000 คน⁽¹⁰⁾ และต่ำกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก อย่างไรก็ตาม ความชุกนี้อาจจะไม่สามารถสะท้อนปัญหาของโรคที่แท้จริง เนื่องจากทารกบางรายอาจจะแสดงอาการหลังมีอายุ 2 ปี⁽²⁾ ซึ่งเป็นระยะเวลาออกการศึกษานี้ และทารกบางรายไม่มีการหาสาเหตุการเสียชีวิตของการแท้งหรือตายคลอด

กรณีการรักษาทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลบวกต่อซิฟิลิส แม้ว่าสัดส่วนของทารกที่ได้รับการรักษากรณีแพทย์วินิจฉัยซิฟิลิสจะสูงถึง ร้อยละ 93 แต่สัดส่วนของทารกที่ได้รับการรักษาจากมารดาที่เป็นซิฟิลิสนั้นค่อนข้างต่ำ คือ ร้อยละ 34 และต่ำกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ร้อยละ 80) สาเหตุน่าจะมาจากการขาดความเข้าใจในการวินิจฉัยและการรักษาซิฟิลิสในเด็กทารกที่น่าจะเป็นซิฟิลิส และไม่ได้ใช้แนวทางการรักษาของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สัดส่วนสามส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสที่ได้รับการรักษาค่อนข้างสูง และอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยองค์การอนามัยโลก และอาจจะสูงกว่าความเป็นจริงเพราะมีสามีส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถติดตามเพื่อมาตรวจได้ (ร้อยละ 71 ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิส)

นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีการติดเชื้อตั้งแต่ครรภ์ก่อนส่วนหนึ่งยังคงมีผลเลือดเป็นบวกในครรภ์ใหม่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าอาจเกิดจากการติดเชื้อซ้ำจากสามีที่ป่วยเป็นโรคเนื่องจากไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับเชื้อซ้ำใหม่ ดังนั้น การรักษาสามีจึงเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่จะช่วยป้องกันการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ทารก หรือบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนได้

สำหรับระบบเฝ้าระวังโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และทารกนั้นยังไม่มีจำเพาะชัดเจน ระบบที่มีอยู่ เช่น ระบบเฝ้าระวังโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์เฉพาะพื้นที่ของสำนักกระบาดวิทยายังไม่มีการประเมินความครบถ้วน และความไวของระบบเฝ้าระวัง กรมอนามัยยังไม่มีเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสอย่างเป็นระบบ มีเฉพาะงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลเป็นสถิติของโรงพยาบาลเท่านั้น สำหรับระบบการเก็บข้อมูลของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่ามีจำนวนการรายงานน้อยลงเรื่อย ๆ ทุกปี นอกจากนี้ ทั้งสามระบบยังไม่มีมีการติดตามข้อมูลเด็กทารกที่คลอดจากมารดาที่มีผลตรวจซิฟิลิสเป็นบวกทำให้การติดตามสถานการณ์ในกลุ่มทารกทำได้ยากขึ้น ในระดับจังหวัดพบว่ามีการประสานข้อมูลกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่เป็นระบบ เนื่องจากอุปสรรคของโรคซิฟิลิสในประเทศไทยไม่สูงมาก⁽¹⁰⁾ ทำให้มีความตระหนักเรื่องโรคนี้ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขน้อย แพทย์บางส่วนยังไม่เคยเห็นแนวทางการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส สามีและทารกที่จัดทำโดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังนั้น การบรรลุเป้าหมายในการกำจัดซิฟิลิสในประเทศไทยจะเกิดขึ้นได้ต้องมีความร่วมมือกันจากทุกภาคส่วนทั้งในส่วนการดูแลผู้ป่วย และการเฝ้าระวังโรค

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่ อาจมีอคติจากการเลือกตัวอย่างประชากร เนื่องจากการเลือกจังหวัดที่เข้าร่วมในการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งอาจจะทำให้ข้อมูลไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีในระดับประเทศได้ อย่างไรก็ตาม การเลือกพื้นที่ในการศึกษานี้มีการกระจายทั้งจังหวัดที่เป็นจังหวัดใหญ่และจังหวัดอื่น ๆ รวมถึงกรุงเทพมหานครเพื่อให้ครอบคลุมลักษณะประชากรของแต่ละภาค

นอกจากนี้ การรายงานผู้ป่วยซิฟิลิสนั้นน่าจะน้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องมาจากผู้ป่วยไม่แสดงอาการในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา และการไม่ทราบสาเหตุการแท้งและการตายคลอดเนื่องจากซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง คือ ตายคลอด (ร้อยละ 20)⁽⁸⁾

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการกำจัดซิฟิลิสในประเทศไทย ควรมีการเพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญของโรคนี้ในหมู่บุคลากรทางการแพทย์ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เช่น การจัดการอบรมให้ความรู้กับแพทย์เรื่องการวินิจฉัย และดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ทารก และสามี โดยเน้นการตรวจคัดกรองซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ให้ได้ตามเกณฑ์ และแจกคู่มือแนวทางการดำเนินการดูแลรักษาผู้ป่วยเมื่อพบหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส รวมถึงสามีและทารกที่เป็นซิฟิลิส

ในระดับส่วนกลางควรมีการสนับสนุนการดำเนินการในระบบเฝ้าระวัง โดยอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักระบาดวิทยา และ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กรมอนามัย องค์การอนามัยโลก ฯ และส่วนระดับภูมิภาคควรมีการแบ่งปันข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ สามี และทารก ภายในโรงพยาบาลและภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าประเทศไทยมีความชุกของซิฟิลิสในทารกและหญิงตั้งครรภ์ต่ำ และเมื่อเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลก พบว่าผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลก มีสัดส่วนของการตรวจคัดกรองและการรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส สามี และทารก อยู่ในระดับสูง แต่ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือ สัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสและได้รับการรักษาครบ รวมถึงทารกที่เป็นซิฟิลิสและได้รับการรักษา

แม้ว่าซิฟิลิสจะเป็นโรคที่ป้องกันและรักษาให้หายได้ แต่อาจทำให้เกิดผลกระทบร้ายแรงได้ เช่น แท้งหรือตายคลอดได้ หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง แต่เนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคค่อนข้างต่ำทำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญค่อนข้างน้อย ดังนั้นหากมีการให้ความสนใจและการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมก็จะสามารถทำให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายในการกำจัดซิฟิลิสได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข แพทย์หญิงภาวิณี ดั่งเงิน นายแพทย์อนุพงศ์ ชิตวรกร แพทย์หญิงนิพรพร วรมงคล แพทย์หญิงพัชรา ศิริวงศ์รังสรรค์ แพทย์หญิงสมบูรณ์ เกียรตินันท์ โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งที่เข้าร่วมในการศึกษา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. 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.
2. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action; [cited March 1, 2011]. Available from URL: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/syphilis/en/>
3. Office of Disease Prevention and Control 9, Phitsanulok. Sexually Transmitted Infections; [cited May 20, 2011]. Available from URL: <http://dpc9.ddc.moph.go.th/napha9/sti.html>
4. Bureau of AIDS TB and STIs. Sentinel surveillance of syphilitic pregnant women report 2008; 2:4-6.
5. Watson-Jones D. Syphilis in pregnancy in Tanzania. J Infect Dis. 2002 Oct 1;186(7): 948-57.
6. Wendel GD, Sheffield JS, Hollier LM, Hill JB, Ramsey PS, Sanchez PJ. Treatment of syphilis in pregnancy and prevention of congenital syphilis. Clinical Infectious Disease 2002;35 Suppl 2:S200-9.
7. Centers for disease Control. Congenital syphilis case definition 1996; [cited March 12, 2011]. Available from URL: http://www.cdc.gov/osels/ph_surveillance/nndss/casedef/syphiliscurrent.htm
8. World Health Organization. The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action; [cited May 2, 2011]. Available from URL: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241595858/en/index.html>
9. Phichit T. Laboratories Testing for Syphilis. Bull Chiang Mai Assoc Med Sci 2006; 39:11-2.
10. Bureau of Epidemiology. STI morbidity rate. Annual Epidemiological Surveillance report 2010; [cited May 2, 2011]. Available from URL: <http://www.boe.moph.go.th/Annual/aesr2553/Open.html>

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ศณิษา ดันประเสริฐ. การศึกษาความชุกของซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2556; 44: 81-88.

Suggested Citation for this Article

Tanprasert S. Assessment of congenital syphilis situation in Thailand. Weekly Epidemiological Surveillance Report 2013; 44: 81-88.

Assessment of Congenital Syphilis Situation in Thailand

Authors: Tanprasert Sanisa

Department of Social Medicine, Lampang Hospital

Abstract

Background: A program named “Elimination of Congenital Syphilis” has been formulated and advocated by the World Health Organization (WHO), but data on prevalence of congenital syphilis (CS) have not been collected.

Objectives: To assess magnitude of CS problem in Thailand. To identify current treatment for mothers and children impacted by CS.

Methods: The study proposal was approved by the Ethical Committee of Thailand Ministry of Public Health. Data of pregnant women from nine provinces in fiscal year 2009 were collected. Three tools used for data collection included “Review Record Form”, “Management for Syphilis Positive Pregnancy” and “Syphilis Infections Record Form”. We held meetings and invited health staff from each hospital to interview and collect information using the forms.

Results: One hundred and fifty hospitals were included. Over 99% of pregnant women who received Antenatal Care were screened for syphilis. Of 119,200 women, 188 (0.16%) tested positive for syphilis, and 168 had positive result. There were 103 sero-positive pregnant women (SPPW) while prevalence of CS from these women was 14 (0.10/1000 live births). Although most physicians practiced according to the clinical textbook, there was no guideline for management of SPPW in their hospitals.

Conclusion: We found a low prevalence of syphilis among pregnant women and a low level of CS in Thailand during the study period. Little attention was being paid to this problem by health personnel. Reminding health personnel about SPPW can help to reduce CS in Thailand.

Keywords: Congenital syphilis, situation, Thailand, syphilis sero-positive pregnant woman, *Treponemal pallidum*.