



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control



แนวทาง

การกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563



DDC 64023

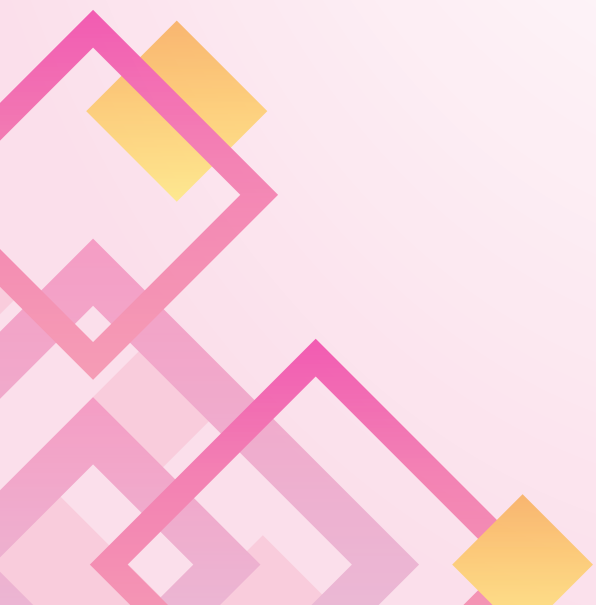
แนวทางการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563 ได้ผ่านการตรวจประเมินและรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์
เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค ณ วันที่ 18 มิถุนายน 2564

แนวทางการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563

Division of AIDs and STIs. Prevention and management of
mother-to-child transmission of syphilis guideline. 1st ed. Nonthaburi:
Department of Disease Control (TH) ; 2021

แนวทางการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563

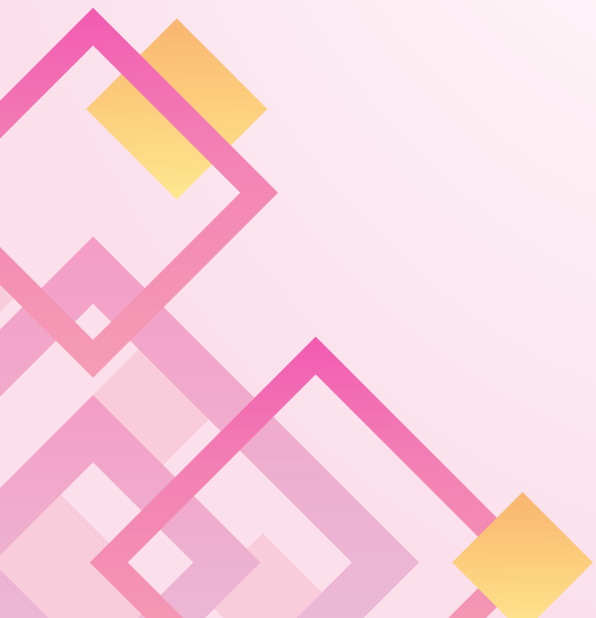
ISBN E-book	978-616-11-4697-9
บรรณาธิการ	แพทย์หญิงรศพร กิตติเยวมาลย์ นายแพทย์กิตติภูมิ ชินหิรัญ แพทย์หญิงฉันทนันท์ กังวาลพรโรจน์
กองบรรณาธิการ	นางสาวจิราวรรณ สว่างสุข นางสาวนหทัย คงทน
จัดพิมพ์โดย	กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
พิมพ์ครั้งที่ 1	สิงหาคม 2564
พิมพ์ที่	พจก. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์ 161/477-478 ถนนเจริญสุขนิทวงศ์ แขวงบางขุนศรี เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700



ที่ปรึกษา และคณะทำงานปรับปรุง แนวทางการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563

1.	พญ. ھرรชา รัชชาคม	ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ที่ปรึกษา
2.	ศ.คลินิก นพ. วิทยา ธิฐาพันธ์	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย	ที่ปรึกษา
3.	ศ.พญ. กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	ที่ปรึกษา
4.	พญ. อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย	ข้าราชการบำนาญ	ที่ปรึกษา
5.	นพ. ศรายุธ อุตตมางคพงศ์	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 2 พิษณุโลก	ที่ปรึกษา
6.	พญ. เสาวนีย์ วิบูลสันติ	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 6 ชลบุรี	ที่ปรึกษา
7.	พญ. รสพร กิตติเยวมาลย์	หัวหน้ากลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ประธาน
8.	นพ. พสุวัฒน์ คงสีล	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	คณะทำงาน
9.	พญ. สุพัตรา รุ่งไมตรี	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะทำงาน
10.	รศ.พญ. เจนจิต ฉายะจินดา	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะทำงาน
11.	รศ.นพ. สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คณะทำงาน
12.	ผศ.นพ. โอภาส พุทธเจริญ	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คณะทำงาน
13.	พญ. สุพร อนุกุลเรืองกิตต์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คณะทำงาน
14.	นพ. พนิต ทักขิณเสถียร	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	คณะทำงาน
15.	ผศ.ดร. ชนียา ลิ้มยะสกุลชัย	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะทำงาน
16.	รศ. (พิเศษ) พญ. ปิยรัชต์ สันตะรัตติวงศ์	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	คณะทำงาน
17.	นพ. ฌัฐพงษ์ จิตรุ่งเรืองนิจ	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์	คณะทำงาน
18.	พญ. รังสิมา โล่ห์เลขา	ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข	คณะทำงาน
19.	พญ. พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์	กรมอนามัย	คณะทำงาน

20.	นางสาวฉวีวรรณ ต้นพุดชา	กรมอนามัย	คณะกรรมการ
21.	นพ. ฐิติพงษ์ ยิ่งยง	กองระบาดวิทยา	คณะกรรมการ
22.	นางสาวชนิษฐา ภูบัว	กองระบาดวิทยา	คณะกรรมการ
23.	นางสาวจุฑาพรรณ นิลเพชร	กองระบาดวิทยา	คณะกรรมการ
24.	นายปิยะ วงศ์จำปา	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	คณะกรรมการ
25.	นางนงลักษณ์ สมจิตต์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา	คณะกรรมการ
26.	นพ. กิตติภูมิ ชินหิรัญ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์	คณะกรรมการ
27.	ภญ. ลาวัญย์ สันติชินกุล	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์	คณะกรรมการ
28.	นางอำพร จัยอ่อน	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์	คณะกรรมการ
29.	นายสมยศ เจริญสุข	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์	คณะกรรมการ
30.	นางทำเนียบ สักวาลประกายแสง	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์	คณะกรรมการ
31.	พญ. ธีรณันท์ กังวาทพรโรจน์	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์	คณะกรรมการ
32.	นางสาวเบญญาภา พลายุยงค์	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์	คณะกรรมการและ เลขานุการ
33.	นางสาวจิราวรรณ สว่างสุข	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์	คณะกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
34.	นางสาวนหทัย คงทน	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์	คณะกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

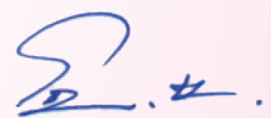


คำนำ

การจัดทำแนวทางระดับชาติเรื่องการจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทยได้จัดพิมพ์ขึ้นครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ. 2558 โดยความร่วมมือของคณะผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สูตินรีแพทย์ กุมารแพทย์ และสหสาขาวิชาชีพ หลังจากนั้นกรมควบคุมโรคจึงเห็นควรให้มีการปรับปรุงแนวทางการจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563 เพื่อให้แนวทางฉบับนี้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ได้ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการจำนวน 3 ครั้ง เพื่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและผู้มีประสบการณ์จากสหสาขาวิชาชีพร่วมกันพัฒนาปรับปรุงเนื้อหา รวมทั้งการอ้างอิงข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ร่วมด้วย

แนวทางการจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563 ฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ใช้เป็นแนวทางในการคัดกรอง ดูแลรักษา รายงานโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ และโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ส่งผลให้การป้องกันควบคุมโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทยมีประสิทธิภาพต่อไป

ณ โอกาสนี้ ขอขอบคุณที่ปรึกษาคณะผู้เชี่ยวชาญและคณะทำงานทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการจัดทำแนวทางการจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563 จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี



นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์
อธิบดีกรมควบคุมโรค

สารบัญ

คำนำ	ก
นิยามศัพท์และคำย่อ	ง
บทที่ 1	
สถานการณ์โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด	1
บทที่ 2	
แนวทางการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย	7
บทที่ 3	
โรคซิฟิลิสในผู้ใหญ่	11
บทที่ 4	
การตรวจทางห้องปฏิบัติการและแนวทางการคัดกรองโรค	19
บทที่ 5	
แนวทางการดูแลรักษาโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ และสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์	31
บทที่ 6	
โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด	51
บทที่ 7	
แนวทางการดูแลรักษาทารกที่คลอดจากมารดาที่เป็นโรคซิฟิลิส	61
บทที่ 8	
แนวทางการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด	71
บทที่ 9	
ICD-10 และรหัสโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.506) โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด และโรคซิฟิลิสในผู้ใหญ่	77

ภาคผนวก

89

ภาคผนวก 1	แผนภูมิที่เกี่ยวข้องกับการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด	90
แผนภูมิที่ 1.1	การคัดกรองโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ (ใช้ automated machine)	90
แผนภูมิที่ 1.2	การคัดกรองโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ (ใช้ rapid diagnostic test)	91
แผนภูมิที่ 2	การติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ผลเลือดพบโรคซิฟิลิส เพื่อมารับการรักษา	92
แผนภูมิที่ 3	การวินิจฉัยระยะของโรคซิฟิลิส และการดูแลรักษา	93
แผนภูมิที่ 4	การติดตามหลังได้รับการรักษาในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิส	94
แผนภูมิที่ 5.1	การปฏิบัติต่อผู้สัมผัสโรค (สามีหรือคู่นอนเพศสัมพันธ์) ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิส (ใช้ automated machine)	95
แผนภูมิที่ 5.2	การปฏิบัติต่อผู้สัมผัสโรค (สามีหรือคู่นอนเพศสัมพันธ์) ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิส (ใช้ rapid diagnostic test)	96
แผนภูมิที่ 6	การให้คำปรึกษาในหญิงตั้งครรภ์	97
แผนภูมิที่ 7	การประเมินทารกและการรักษาสำหรับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ในช่วงอายุ 1 เดือนแรก	98
แผนภูมิที่ 8	กระบวนการติดตามประเมินผลการดำเนินงานกำจัด โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด	99
แผนภูมิที่ 9	แหล่งข้อมูลการเฝ้าระวัง ควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผล การดำเนินงานกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด	101
ภาคผนวก 2	การฉีดยา Benzathine penicillin G	102
ภาคผนวก 3	ตารางสรุปเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงแนวทางการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2563	105



นิยามศัพท์และคำย่อ

CIA	Chemiluminescent assay
CLIA	Chemiluminescent immunoassay
CSF	Cerebrospinal Fluid
DF	Dark-field microscopic test
DFA-TP	Direct fluorescent antibody test
EDTA	Ethylene diamine tetra acetic acid
EIA	Enzyme immunoassay
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
FTA-ABS	Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption test
HIV	human immunodeficiency virus
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problem 10 th
IHC	Immunohistochemistry
NAAT	Nucleic amplification test

NTT	Nontreponemal test
RDT	Rapid Diagnostic Test
RPR	Rapid Plasma Reagin card test
<i>T. pallidum</i>	<i>Treponema pallidum</i>
TPHA	<i>Treponema pallidum</i> hemagglutination test
TPPA	<i>Treponema pallidum</i> passive particle agglutination test
TT	Treponemal test
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
WHO	World Health Organization
Gm	gram
Kg	kilogram
mg	milligram
µm	micrometer



บทที่ 1

สถานการณ์
โรคซิกาแต่กำเนิด



นายแพทย์จิตติพงษ์ ยิ่งยง

นางสาวณัชชา กูบัว

นางสาวจุฑาพรรณ นิลเพชร

ในปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) มีการคาดการณ์การติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ประมาณ 988,000 คนทั่วโลก ทารกตายในครรภ์หรือตายคลอด (early fetal deaths/stillbirths) 143,000 คน ทารกแรกเกิดตาย (neonatal death) 61,000 คน ทารกคลอดก่อนกำหนดหรือน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ 41,000 คน และทารกมีอาการแสดงของโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด 109,000 คน¹ และในปี พ.ศ. 2561 มีการคาดการณ์อุบัติการณ์ (incidence) ของโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดทั่วโลกจะพบผู้ป่วยประมาณ 473 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน²

ข้อมูลการรายงานความชุกของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโรคซิฟิลิส (seroprevalence) ขององค์การอนามัยโลก แยกตามภูมิภาคตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO region) ปี พ.ศ. 2559-2560² พบว่า มีการรายงานการตรวจโรคซิฟิลิสจาก 95 ประเทศทั่วโลก ค่ามัธยฐานของผลบวกโรคซิฟิลิส ร้อยละ 0.8 (สูงสุดพบร้อยละ 10.4 ต่ำสุด 0) โดยภูมิภาคที่พบสูงสุด ได้แก่ ภูมิภาคแอฟริกา ร้อยละ 2.0 รองลงมา ได้แก่ ภูมิภาคอเมริกา ร้อยละ 0.7 และภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก ร้อยละ 0.6 ตามลำดับ สำหรับประเทศไทย จัดอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งรายงานความชุกของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโรคซิฟิลิสที่ร้อยละ 0.1 (ตารางที่ 1.1)

โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดมีการรายงานข้อมูลจากเพียง 59 ประเทศทั่วโลก พบอัตราป่วย 5.2 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน โดยภูมิภาคที่พบสูงสุด ได้แก่ ภูมิภาคแอฟริกา พบอัตราป่วย 48.9 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน รองลงมา ได้แก่ ภูมิภาคอเมริกา และภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก พบอัตราป่วย 22.8 และ 5.2 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน ตามลำดับ (ตารางที่ 1.2)

ตารางที่ 1.1

แสดงจำนวน ร้อยละของประเทศที่มีการรายงาน และค่ามัธยฐานของร้อยละความชุกของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโรคซิฟิลิส ขององค์การอนามัยโลก แยกตามภูมิภาค ปี พ.ศ. 2559-2560

ภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก (WHO region)	จำนวนประเทศ (ร้อยละของการรายงาน)	ร้อยละความชุกของ หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโรคซิฟิลิส (พัสัย)
ภูมิภาคแอฟริกา	30 (64)	2.0 (0.1-7.6)
ภูมิภาคอเมริกา	27 (77)	0.7 (0.0-3.9)
ภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก	14 (52)	0.6 (0.0-10.4)
ภูมิภาคยุโรป	12 (23)	0.0 (0.0-0.4)
ภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก	6 (29)	0.2 (0.0-1.3)
ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้	6 (55)	0.1 (0.0-3.2)
ทั้งหมด	95 (49)	0.8 (0.0-10.4)

ตารางที่ 1.2

แสดงจำนวน ร้อยละของประเทศที่มีการรายงาน และผลคาดประมาณอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน โดยรายงานแยกตามภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2559-2560

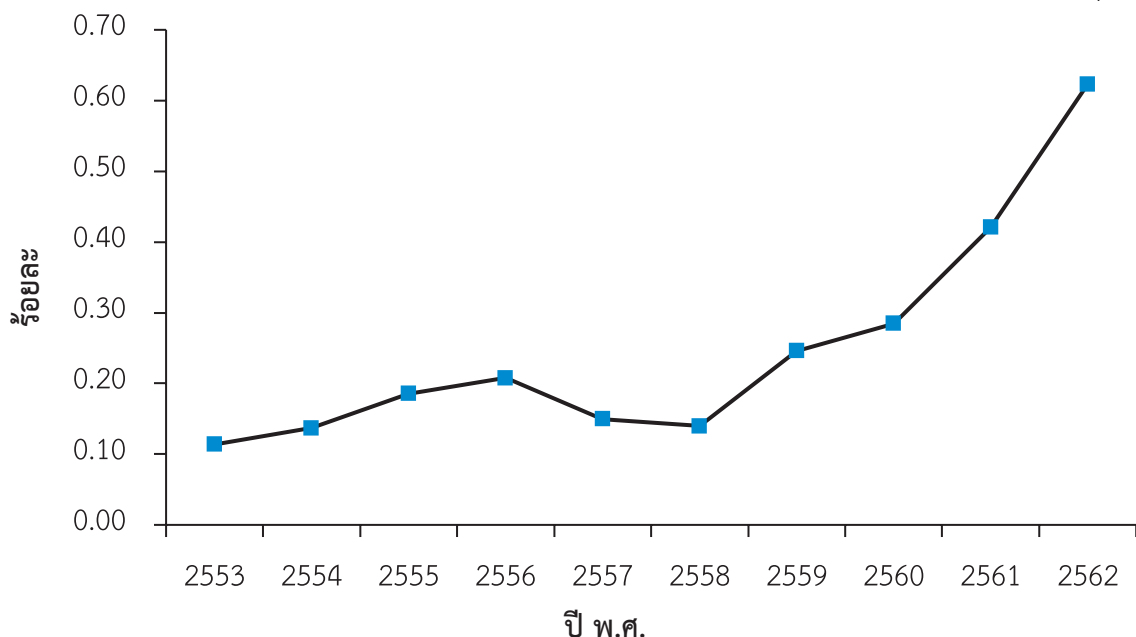
ภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก (WHO region)	จำนวนประเทศ (ร้อยละของการรายงาน)	อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน (พิสัย)
ภูมิภาคแอฟริกา	4 (8)	48.9 (6.5-669.0)
ภูมิภาคอเมริกา	25 (71)	22.8 (0-679.5)
ภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก	7 (26)	5.2 (0-213.8)
ภูมิภาคยุโรป	15 (28)	0.4 (0-20.8)
ภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก	4 (19)	0.9 (0-22.5)
ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้	4 (36)	0.9 (0-14.7)
ทั้งหมด	59 (30)	5.2 (0-669.0)

ส่วนข้อมูลผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในประเทศไทยพบว่า เป็นข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี (HIV sero-surveillance system: HSS) ของกองระบาดวิทยา พบว่า ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา หญิงตั้งครรภ์สัญชาติไทย ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสและผลเป็นบวกนั้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (รูปที่ 1.1) ซึ่งข้อมูลสอดคล้องกับข้อมูลจากรายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก Perinatal HIV Intervention Monitoring systems (PHIMS) ของกรมอนามัย³ พบว่า ผลการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสให้ผลบวกในหญิงตั้งครรภ์ 9 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (รูปที่ 1.2) โดยในปี พ.ศ. 2562 มีหญิงตั้งครรภ์คลอดทั้งหมด 446,092 ราย

- ฝากครรภ์ ร้อยละ 98.71 ไม่ได้ฝากครรภ์ ร้อยละ 1.29
- ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส (RPR/VDRL) 444,171 ราย ผลโรคซิฟิลิสบวก 2,124 ราย (ร้อยละ 0.48) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซิฟิลิส 2,029 ราย (ร้อยละ 0.45) ได้รับการรักษา 1,977 ราย (ร้อยละ 97.44) เด็กได้รับการรักษาโรคซิฟิลิส 1,674 ราย (ร้อยละ 82.50)

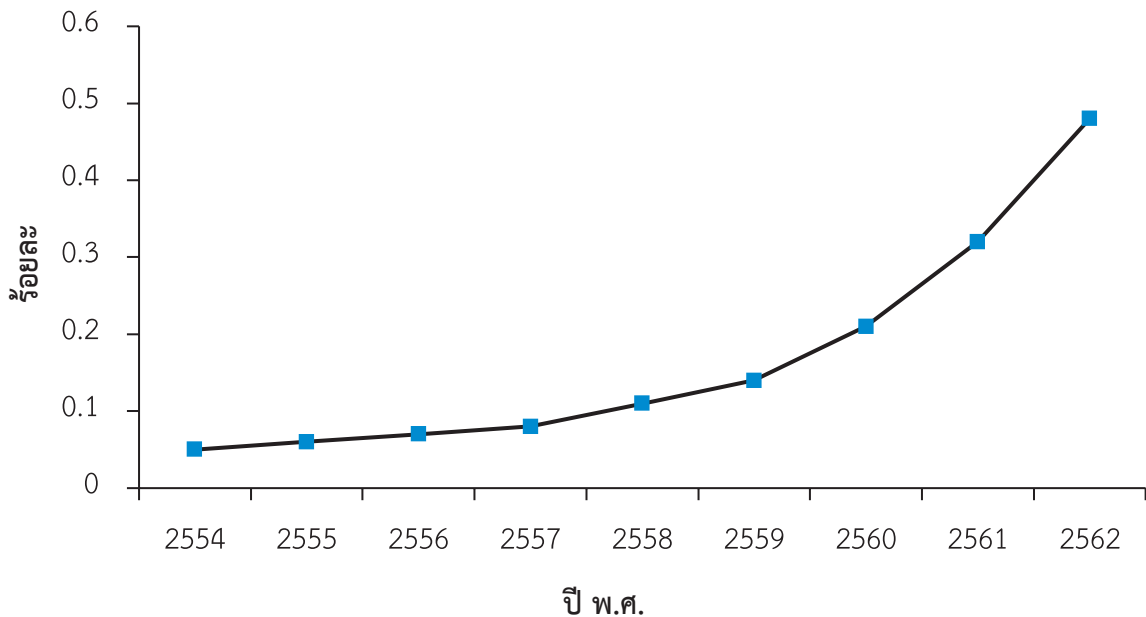
รูปที่ 1.1

แสดงร้อยละของหญิงตั้งครรภ์สัญชาติไทยติดเชื้อโรคซิฟิลิส ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553-2562 ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี (HIV sero-surveillance system: HSS) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค



รูปที่ 1.2

แสดงจำนวน และร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโรคซิฟิลิส ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554-2562 ข้อมูลจากรายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก Perinatal HIV Intervention Monitoring systems (PHIMS) กรมอนามัย

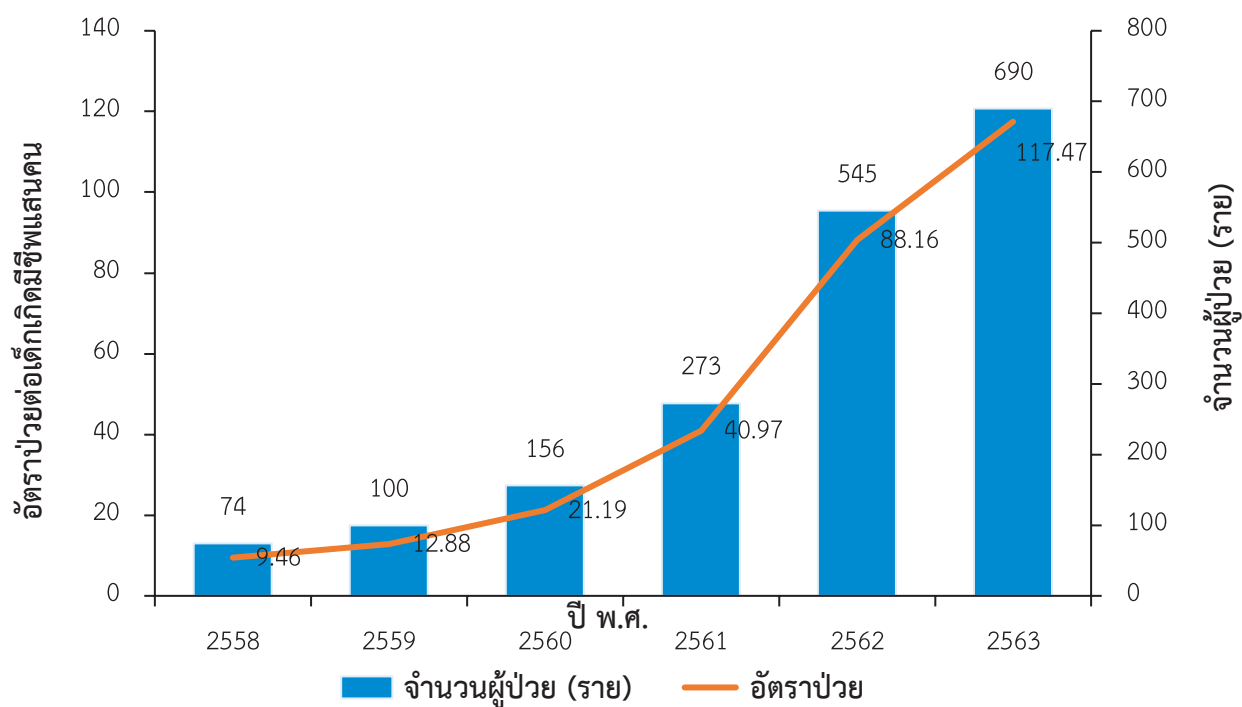


สถานการณ์โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี) ประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2563 จากกองระบาดวิทยา พบว่า อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (รูปที่ 1.3) ปี พ.ศ. 2563 มีอัตราป่วยมากกว่าปี พ.ศ. 2558 ถึง 12.41 เท่า และมีอัตราป่วยมากกว่าปี พ.ศ. 2562 1.33 เท่า โดยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยรวม 690 ราย อัตราป่วย 117.47 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน ไม่พบรายงานผู้เสียชีวิต ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง 332 ราย เพศชาย 358 ราย อัตราส่วน 1:1.08 ผู้ป่วยมีสัญชาติไทย ร้อยละ 95.94 รองลงมา คือ เมียนมา ร้อยละ 2.46 กัมพูชาและลาว ร้อยละ 0.44 เวียดนาม ร้อยละ 0.14 และสัญชาติอื่นๆ ร้อยละ 0.58 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1.3

ภาคตะวันออก พบอัตราป่วยสูงสุด คือ 216.04 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ พบอัตราป่วย 164.56 130.07 97.72 และ 61.85 ตามลำดับ จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคนสูงสุด 10 อันดับแรก ดังตารางที่ 2.3 โดยกรุงเทพมหานคร พบอัตราป่วย 112.72 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน

รูปที่ 1.3

แสดงจำนวนผู้ป่วย (ราย) และอัตราป่วยโรคซีฟิไลสแต่กำเนิด (ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี) ต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558-2563



ข้อมูล ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564

*เด็กเกิดมีชีพจากระบบสถิติทางการทะเบียนฐานข้อมูลกรมการปกครอง

ตารางที่ 1.3

แสดงจังหวัดที่พบอัตราป่วยโรคซีฟิไลสแต่กำเนิดต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคนสูงสุด 10 อันดับแรกของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563

ลำดับ	จังหวัด	อัตราป่วยโรคซีฟิไลสแต่กำเนิด (ต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน)
1	พิษณุโลก	633.68
2	จันทบุรี	618.86
3	ระยอง	318.98
4	ศรีสะเกษ	292.81
5	หนองคาย	280.54
6	ฉะเชิงเทรา	267.30
7	ร้อยเอ็ด	263.92
8	อุบลราชธานี	260.71
9	สมุทรปราการ	247.40
10	นครราชสีมา	241.39

จะเห็นได้ว่า ประเทศไทยใน 5 ปีที่ผ่านมา หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโรคซิฟิลิสและโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นไปในทิศทางเดียวกัน หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิส มีความเสี่ยงที่จะถ่ายทอดเชื้อไปสู่ทารกในครรภ์ได้ ต้องได้รับการรักษาทุกราย และติดตามสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ให้ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส เมื่อพบโรคต้องได้รับการรักษาทุกรายเช่นกัน เพื่อเป็นการป้องกันหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อซ้ำ และหากหญิงตั้งครรภ์ตรวจพบว่าเป็นโรคซิฟิลิสแล้วไม่ว่าจะมีหรือไม่มีประวัติการรักษาอย่างครบถ้วนก็ตาม ทารกที่คลอดออกมาควรได้รับการตรวจร่างกายเพื่อประเมินความเจ็บป่วย และตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสทุกราย⁴

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs). [Internet]. [cited 2020 Aug 3]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
2. World Health Organization. Report on global sexually transmitted infection surveillance 2018 [Internet]. [cited 2020 Aug 3]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277258/9789241565691-eng.pdf?ua=1>
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. รายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ปี พ.ศ.2554-2562. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://pmtct.anamai.moph.go.th/phims/LoginPage.aspx>
4. อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย, บรรณาธิการ. แนวทางระดับชาติเรื่องการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2558. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2558.



บทที่ 2

แนวทางการกำจัด โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย



แนวทางการกำจัด

โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย

แพทย์หญิงพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์

นางสาวอวิวรรณ ต้นพุดชา

ประเทศไทย ได้มีการดำเนินงานโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดควบคู่กับการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยมีการพัฒนาระบบกำกับติดตามการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ชื่อโปรแกรม PHIMS (Perinatal HIV Intervention Monitoring System) ซึ่งเป็นระบบกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และในปี พ.ศ. 2555 ทางกรมอนามัยได้เริ่มมีการเก็บข้อมูลการตรวจคัดกรองซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ การรักษาหญิงตั้งครรภ์และทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ร่วมไปกับการเก็บข้อมูลเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ในโปรแกรม Perinatal HIV Intervention Monitoring System (PHIMS) พบว่าอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์น้อยมากในประเทศไทย แต่พบว่ายังมีหญิงตั้งครรภ์บางรายที่ไม่ได้รับการคัดกรองซิฟิลิสหรือไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

เกณฑ์พิจารณาการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (elimination of congenital syphilis) คือ 0.05 ต่อพันของการเกิดมีชีพ หรือ 50 ต่อแสนเด็กเกิดมีชีพ ซึ่งในปี พ.ศ. 2562 รายงานที่ 87.04 ต่อ 100,000 ในประเทศไทยจะมีความชุกของการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มสูงขึ้น จึงมีการจัดทำแผนระดับชาติในการกำจัดโรค และด้วยระบบบริการที่มีอยู่สามารถเอื้อต่อการดำเนินงาน โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆในการดำเนินงานตามแนวทางการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดด้วยมาตรการหรือกิจกรรมดังต่อไปนี้

2.1 การรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน



การให้ความรู้ในเรื่องโรคซิฟิลิสแก่ประชาชนเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อเพิ่มความตระหนักรู้ในเรื่องการป้องกัน ก่อนการติดเชื้อ โดยบูรณาการในทุกช่วงวัย ตั้งแต่ นักเรียน นักศึกษา รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว เนื่องจากโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดสามารถป้องกันได้ โดยการทราบสถานะการติดเชื้อของหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่อุปสมพันธ์และการเข้ารับการดูแลรักษา เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และการถ่ายทอดเชื้อไปยังทารกในครรภ์ โดยในชุมชนส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์โดยเร็ว (ก่อน 12 สัปดาห์) ตั้งแต่เมื่อทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ สถานบริการสนับสนุนการดำเนินงานฝากครรภ์ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์ การจัดบริการ ให้คำปรึกษาแบบคู่สามีภรรยา (couple counseling)

2.2 การเพิ่มความเข้มแข็งระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็ก



การจัดระบบบริการอนามัยแม่และเด็กที่ได้มาตรฐาน เน้นการให้บริการดูแลที่ต่อเนื่องและการเข้าถึงงานบริการที่มีมาตรฐานของผู้รับบริการ เริ่มตั้งแต่งานฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด โดยได้มีนโยบายและ แนวปฏิบัติในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนเข้ารับการบริการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ได้รับการปรึกษา แบบคู่ พร้อมกับสามีหรือคู่อุปสมพันธ์ การตรวจเลือดหาสถานะการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะเอชไอวีและโรคซิฟิลิส มีบริการให้หญิงตั้งครรภ์และคู่อุปสมพันธ์ตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส 2 ครั้ง คือ เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และ ระหว่างอายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ หน่วยบริการจัดการวางแผนส่งเสริมการฝากครรภ์ไปในชุมชนและสถานประกอบการ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการ

2.2.1 การให้บริการหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์

- จัดบริการให้คำปรึกษา ก่อนและหลัง การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์
- จัดบริการการตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์โดยจัด ระบบบริการให้สามารถได้รับผลการตรวจในวันเดียวกันกับที่เก็บตัวอย่างเลือด (same day result)
- ให้บริการการฝากครรภ์คุณภาพ ตามมาตรฐานกรมอนามัย
- ระบบการติดตามและส่งต่อ หญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ ที่มีผลเลือดโรคซิฟิลิสเป็นบวก เพื่อการดูแลต่อเนื่องเป็นรายบุคคล

ขณะเดียวกัน ควรมีระบบติดตามผู้สัมผัสโรค ซึ่งหมายถึงสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ที่ได้รับการตรวจและการรักษา ซึ่งจะเป็นการป้องกันหญิงตั้งครรภ์จากการติดเชื้อ และในบางกรณี อาจพบว่าสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่นด้วย ทำให้ช่วยในการตัดสินใจรักษาโรคชนิดอื่นในหญิงตั้งครรภ์ด้วย

ทั้งการติดตามผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรค ต้องอาศัยบุคลากรที่ทำหน้าที่ติดตามโดยเฉพาะ เช่น พยาบาลเยี่ยมบ้าน เจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชกรรมสังคม เจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว หรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ ทั้งนี้สถานบริการแต่ละแห่งควรมีการจัดแผนกติดตามและจัดให้มีเจ้าหน้าที่ติดตามเป็นการเฉพาะ เพื่อให้มั่นใจว่าจะสามารถติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิสให้ได้รับการรักษาอย่างครบถ้วนตามมาตรฐาน

2.3 การเฝ้าระวัง ควบคุม โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน



จากพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 โรคซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตามแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง กรณีที่พบทารกป่วยด้วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดจะต้องรายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่เข้าข่ายและรายงานผู้ป่วยยืนยัน กรมควบคุมโรคร่วมกับกรมอนามัยได้จัดทำแนวทางการดำเนินงาน เฝ้าระวังและสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี (congenital syphilis) เพื่อเฝ้าระวังโรค ติดตามสถานการณ์และเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการควบคุมและป้องกันโรค โดยทำการเฝ้าระวังใน 2 กลุ่ม คือ

- กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ทุกรายในสถานพยาบาล
- กลุ่มทารกที่เกิดจากการติดเชื้อโรคซิฟิลิส (syphilis)

การเฝ้าระวังโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดมีความสำคัญในการยืนยันความสำเร็จของการกำจัดโรคนี้ ทั้งนี้ระบบเฝ้าระวังที่ดีจะต้องมีความไวต่อสถานการณ์ สามารถทำให้มีข้อมูลที่วัดได้ว่า ยังมีหญิงตั้งครรภ์ป่วยมากน้อยเพียงใด และได้รับการรักษาครบถ้วนหรือไม่ รวมทั้งข้อมูลจำนวนผู้ป่วยทารกที่เป็นโรคนี้ หรือข้อมูลอื่นๆตามเป้าหมายที่ องค์การอนามัยโลกกำหนด ทั้งนี้ระบบจะต้องครอบคลุมสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับ เพื่อให้มั่นใจว่ามีการเก็บข้อมูลอย่างครบถ้วน

กรณีที่พบทารกป่วยด้วยโรคซิฟิลิส ควรมีระบบการรายงานโดยรีบด่วน เพื่อให้มีการจัดทีมสอบสวนโรค เพื่อประเมินว่ามีจุดบกพร่องอยู่ที่ใด เพราะการมีเด็กทารกป่วยเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดย่อมแสดงว่า ระบบการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และระบบการติดตามรักษาหญิงที่เป็นโรคซิฟิลิสยังมีจุดบกพร่อง ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขและป้องกันอย่างจริงจังต่อไป



ระบบนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้บริการข้อมูลและสารสนเทศแก่หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับประเทศ รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี เอดส์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อการดำเนินงาน ดังนี้

- ด้านการให้บริการ คือ หน่วยที่มีหน้าที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สามารถนำระบบข้อมูล และรายงานนี้ไปวางแผนจัดระบบการให้บริการ และเพื่อใช้ในการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ให้ได้รับการบริการที่เป็นไปตามแนวทางการรักษาของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ด้านวิชาการ คือ หน่วยงานด้านวิชาการ หรือหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการควบคุมกำกับ การดำเนินงานทั้งในระดับ จังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ สามารถนำข้อมูลและระบบรายงานไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการ และสนับสนุน แนวคิดในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านเอชไอวีเอดส์ต่อไปได้
- ด้านการตัดสินใจเชิงนโยบาย คือ หน่วยงานระดับประเทศที่มีหน้าที่วางแผน กำหนดนโยบายทั้ง ทางด้านการรักษา ระบบบริการ และการให้บริการ สามารถนำข้อมูลและรายงานไปใช้ประกอบการตัดสินใจในการผลักดันและ กำหนดนโยบายต่อไปได้

โดยได้รับการสนับสนุนข้อมูลจากทุกหน่วยบริการที่บันทึกข้อมูลการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ผ่านระบบ บริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ หรือ National AIDS Program (NAP) ทั้งนี้ได้รับข้อเสนอแนะการจัดทำจากคณะทำงานด้านการพัฒนาระบบบริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรค กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองระบาดวิทยา ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมอนามัย กรมวิทยาศาสตร์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน แผนงานสนับสนุนระบบบริการเอดส์ วัณโรค และผู้ติดเชื้อ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย (HIV-NAT) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข และหน่วยงานภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs). [Internet]. [cited 2020 Aug 3]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
2. World Health Organization. Report on global sexually transmitted infection surveillance 2018 [Internet]. [cited 2020 Aug 3]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277258/9789241565691-eng.pdf?ua=1>
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. รายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ปี พ.ศ. 2554-2562. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://pmtct.anamai.moph.go.th/phims/LoginPage.aspx>
4. อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย, บรรณาธิการ. แนวทางระดับชาติเรื่องการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2558. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2558.



บทที่ 3

โรคซิฟิลิสในผู้ใหญ่



นายแพทย์กิตติภูมิ ชินหิรัญ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์โอภาส พุทธเจริญ

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเจนจิต ฉายะจินดา

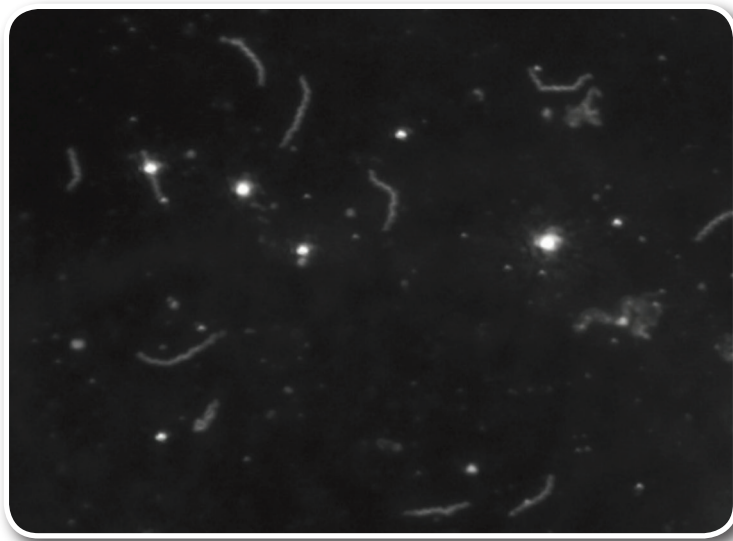
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา

โรคซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีอันตรายเนื่องจากอาจมีอาการเรื้อรัง มีระยะติดต่อยาวนานกว่า 1 ปี สามารถทำให้เกิดโรคที่ระบบต่างๆ ของร่างกายได้หลายระบบ อาจมีอาการแสดงที่ชัดเจน หรืออาจอยู่ในระยะแฝงได้เป็นระยะเวลานาน นอกจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์แล้ว ยังสามารถติดต่อจากมารดาไปสู่ทารกได้ ทำให้เกิดการแท้ง ทารกตายคลอด และโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis) จากการสำรวจข้อมูล ในประเทศไทยปีพ.ศ. 2562 พบอัตราป่วยโรคซิฟิลิส 13.2 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2556 ที่มีอัตราป่วยโรคซิฟิลิส 3.5 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ ยังพบปัญหาเลือดบวกโรคซิฟิลิสในหญิงที่มาฝากครรภ์อยู่ประมาณร้อยละ 0.42 และพบอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด 91.18 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน¹ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน โรคซิฟิลิสยังคงเป็นโรคที่ควรให้ความสนใจ เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของโรคและอุบัติการณ์ของโรคยังคงมีอยู่ และยังไม่สามารถกำจัดได้หมดสิ้น



เชื้อที่เป็นสาเหตุ

โรคซิฟิลิสเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Treponema pallidum* subsp. *pallidum* ซึ่งเป็น spirochete²⁻⁷ ที่มีความยาว 6-20 μm เส้นผ่าศูนย์กลาง 0.09-0.18 μm ³⁻⁴ มี 8-20 เกลียว⁵ มี periplasmic flagella หรือ endoflagella 3 เส้น⁶ เคลื่อนที่แบบควงสว่าน (corkscrew) ไปข้างหน้าและหลัง เป็นมุมแหลมหรือมุมป้าน⁵ เชื้อนี้ชอบความชื้นตายง่ายในสภาวะแห้ง⁶ เป็นเชื้อที่ถ่ายทอดทางการมีเพศสัมพันธ์ และถ่ายทอดจากมารดาสู่ทารกในครรภ์



รูปที่ 3.1 เชื้อ *Treponema* sp. จากการตรวจ dark-field microscopic test



ลักษณะทางคลินิก

1. โรคซิฟิลิสระยะที่ 1 (Primary syphilis)
2. โรคซิฟิลิสระยะที่ 2 (Secondary syphilis)
3. โรคซิฟิลิสระยะแฝง (Latent syphilis)
4. โรคซิฟิลิสระยะที่ 3 (Tertiary syphilis)
5. โรคซิฟิลิสของระบบประสาท (Neurosyphilis)

1. โรคซิฟิลิสระยะที่ 1 (Primary syphilis)

มีระยะฟักตัว 10-90 วัน²⁻⁶ เชื้อเข้าทางเยื่อบุปกติ หรือเยื่อ/ผิวหนังที่มีรอยถลอก รอยฉีกขาด โดยจะเกิดแผลบริเวณที่เชื้อเข้าไป เช่น อวัยวะเพศ ริมฝีปาก นิ้วมือ ลิ้น ห้วนม ทวารหนัก ในระยะแรก รอยโรคเป็นผื่น สีแดงเข้ม ต่อมาจะเป็นตุ่มเล็กๆ หลังจากนั้นจะแตกเป็นแผล ซึ่งค่อยๆ ใหญ่ขึ้น มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 1-2 ซม. มักเป็นแผลเดี่ยว ก้นแผลสะอาด มีน้ำเหลืองเยิ้ม ขอบแผลนูนแข็ง บางคนเรียก “โรคแผลริมแข็ง (chancre)” แผลจะไม่เจ็บ นอกจากมีการติดเชื้อโรคอื่นแทรกซ้อน ทำให้แผลอักเสบและเจ็บปวดได้ แผลอาจมีลักษณะต่างไปจากนี้ เช่น มีจำนวนหลายแผล อาจมีสารน้ำคล้ายหนองเคลือบ กินลึกไปรอบๆ ตำแหน่งที่เป็น และอาจเกิดแผลบริเวณนอกอวัยวะเพศและทวารหนัก เช่น ช่องปาก นอกจากนี้ยังพบร่วมกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ได้ ที่บริเวณแผลจะมีเชื้อ *Treponema pallidum* อยู่ จึงติดต่อสู่ผู้อื่นได้ง่าย³⁻⁶ แผลบริเวณอวัยวะเพศอาจทำให้เกิดการอักเสบของต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ (inguinal lymph node) ได้ใน 7-10 วัน หลังจากเกิดแผล ซึ่งต่อมน้ำเหลืองที่บวมโตนี้ จะมีลักษณะแข็งคล้ายยางและกดไม่เจ็บ³ แผลของโรคซิฟิลิสมีคุณสมบัติพิเศษ คือ สามารถหายเองได้ภายในเวลา 3-8 สัปดาห์ แม้จะได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ได้รับการรักษาก็ตาม^{3,5} แต่ไม่ได้หมายความว่าโรคหายไป โรคสามารถลุกลามต่อไปเข้าสู่ระยะที่ 2 ได้

2. โรคซิฟิลิสระยะที่ 2 (Secondary syphilis)

มักจะเกิดหลังจากที่เป็นแผลของโรคซิฟิลิสระยะที่ 1 ประมาณ 3-12 สัปดาห์ แต่บางรายอาจจะนานเป็นเวลาหลายเดือนได้³⁻⁶ โรคซิฟิลิสระยะนี้ อาจมีอาการแสดงในอวัยวะหลายระบบ ภายใน 8 สัปดาห์ หลังจากเริ่มติดเชื้อ⁵ ซึ่งเป็นระยะที่เชื้อกระจายไปตามกระแสเลือด โดยทั่วไป ผู้ป่วยมักมีไข้ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหรือกระดูก ต่อมน้ำเหลืองโต³⁻⁶ นอกจากนี้อาจพบอาการต่อไปนี้ ได้แก่ ม่านตาอักเสบ (uveitis)⁵⁻⁶ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ³⁻⁵ เส้นประสาทสมองเสื่อม (cranial nerve palsy)⁵ ตับอักเสบ³⁻⁶ ม้ามโต⁴ เยื่อหุ้มกระดูกอักเสบ (periostitis)⁵⁻⁶ กรวยไตอักเสบ⁵⁻⁶ อาการแสดงทางผิวหนังหรือเยื่อที่พบได้จากการตรวจร่างกาย²⁻⁶ ได้แก่

2.1 ผื่น (skin rash) เป็นลักษณะทางคลินิกที่พบบ่อยที่สุด ลักษณะผื่นที่พบมีหลายแบบ เช่น ผื่นราบ (macule) ผื่นนูน (papule) หรือ ผื่นนูนมีสะเก็ด (papulosquamous) มีลักษณะที่ พบบ่อย คือ ผื่นมักจะไม่คัน มีสีแดงลักษณะคล้ายสีทองแดง และผื่นกระจายเท่าๆ กัน ทั้งสองด้านของร่างกาย (symmetrically distributed) โดยมักพบผื่นบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า ไม่พบลักษณะผื่นที่เป็นตุ่มน้ำใส (vesiculobullous lesion) ยกเว้นในโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

2.2 ผื่นชนิดเป็นแผล (lues maligna) ลักษณะเป็นผื่นนูนมีสะเก็ดน้ำเหลือง และกลายเป็นแผลที่มีเนื้อเยื่อที่ตายแล้วอยู่บนผื่น ผิวมีลักษณะคล้ายหอยนางรม (oyster shell-like)

2.3 รอยโรคเฉพาะที่มีลักษณะเป็นผื่นนูนหนา เกิดขึ้นบริเวณผิวหนังที่อับชื้น (condyloma lata) เช่น บริเวณรอบอวัยวะเพศ หรือทวารหนัก

2.4 รอยโรคเฉพาะที่มีลักษณะเป็นแผลตื้นๆ โดยมีเยื่อสีขาวเทาคลุมอยู่ พบบริเวณเยื่อในช่องปาก (mucous patch) หรือบริเวณอวัยวะเพศ

2.5 ผมห่น (alopecia) ลักษณะเป็นผมห่นชนิดไม่เป็นแผลเป็น (nonscarring alopecia) โดยลักษณะที่พบบ่อยคือ ร่วงเป็นหย่อมๆ (moth-eaten alopecia) แต่อาจพบเป็นแบบอื่นๆ ได้ เช่น ร่วงแบบกระจาย (diffuse alopecia) นอกจากนี้ อาจพบขนบริเวณคิ้วหรือเคราร่วงร่วมด้วยได้

ผื่นของโรคซิฟิลิสระยะที่ 2 อาจค่อยๆ หายไปเองแม้ไม่รักษา หรือรักษาไม่ถูกวิธี แต่ไม่ได้หมายความว่าโรคทุเลาหรือหายขาด โรคจะดำเนินเข้าสู่ระยะสงบ ซึ่งเรียกว่า โรคซิฟิลิสระยะแฝง

3. โรคซิฟิลิสระยะแฝง (Latent syphilis)

เป็นระยะที่ไม่แสดงอาการ การตรวจร่างกายทั่วไปรวมทั้งระบบหัวใจ หลอดเลือด และระบบประสาท พบว่าปกติ²⁻⁶ แต่ผลการตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรคซิฟิลิสในเลือดด้วยวิธี treponemal test ให้ผลบวก โดยที่ nontreponemal test อาจให้ผลบวกหรือลบก็ได้ ขึ้นกับระยะเวลาที่ติดเชื้อ แบ่งออกเป็น 2 ระยะ²⁻⁷ คือ

3.1 โรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงต้น (early latent syphilis) คือ สัมผัสเชื้อมาไม่เกิน 1 ปี

3.2 โรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงปลาย (late latent syphilis) คือ สัมผัสเชื้อมาเกิน 1 ปี

หากไม่ทราบระยะเวลาติดเชื้อที่แน่นอน จะเรียกว่า โรคซิฟิลิสระยะแฝงไม่ทราบระยะเวลาที่เป็น (latent syphilis of unknown duration)^{2,7}

4. โรคซิฟิลิสระยะที่ 3 (Tertiary syphilis)

หลังจากโรคสงบอยู่ในระยะแฝงนานตั้งแต่ 2 ปีเป็นต้นไป ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา จะแสดงอาการของโรคในระยะท้าย คือ โรคซิฟิลิสระยะที่ 3 (มักเกิด 15-40 ปี หลังติดเชื้อ)³ ในปัจจุบันพบผู้ป่วยระยะนี้น้อย เนื่องจากการรักษาตั้งแต่ต้น สามารถหยุดการดำเนินโรคได้ อาการที่พบบ่อยในโรคซิฟิลิสระยะที่ 3²⁻⁶ แบ่งเป็น

4.1 ผลของโรคซิฟิลิสระยะที่ 3 (late benign syphilis) พบรอยโรคลักษณะเป็นก้อน หรือผื่นนูนหนา สีชมพูถึงแดงเข้ม มักไม่เจ็บ ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางตั้งแต่หลายมิลลิเมตรถึงหลายเซนติเมตร อาจพบแผลหรือฝีบริเวณรอยโรคได้ รอยโรคนี้เรียกว่า gumma เกิดจากการที่มี tissue necrosis และ granuloma พบได้ที่ผิวหนังและเยื่อ ตำแหน่งที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ ศีรษะ ก้น กลางอก (presternal) เหนือไหปลาร้า (supraclavicular) หรือหน้าแข้ง³ นอกจากนี้ อาจเกิดที่เยื่อกระดูก หรืออวัยวะภายในได้

4.2 โรคซิฟิลิสของระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular syphilis) เชื้อโรคเข้าทำลายหัวใจ และหลอดเลือดใหญ่ (aorta) อย่างช้าๆ จะปรากฏอาการเส้นเลือดใหญ่อักเสบ (aortitis) เส้นเลือดใหญ่โป่งพอง ลิ้นหัวใจรั่ว (aortic regurgitation) ทำให้การทำงานของหัวใจเสื่อม หรือล้มเหลวได้ในที่สุด

5. โรคซิฟิลิสของระบบประสาท (Neurosyphilis)

สามารถเกิดได้ในทุกระยะของโรคซิฟิลิส อาจมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้ (asymptomatic neurosyphilis) ซึ่งวินิจฉัยได้โดยการตรวจน้ำไขสันหลังพบผิดปกติ หากมีอาการ ในช่วงแรกมักจะทำให้เกิดอาการทางเยื่อหุ้มสมองและเส้นเลือด (meningovascular) เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis) ทำให้มีอาการปวดศีรษะ มีไข้ หรือมีอาการเหมือนผู้ป่วยเส้นเลือดสมองตีบ (stroke) เช่น แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก หรือทำให้เกิดเส้นประสาทสมองทำงานผิดปกติได้ ในระยะต่อมา อาจเกิดอาการทางสมอง (parenchymatous sequelae) เช่น general paresis of the insane (dementia paralytica) ซึ่งจะทำให้เกิดอาการความจำเสื่อม อารมณ์แปรปรวน บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง และ tabes dorsalis ทำให้มีอาการเดินผิดปกติ การทำงานของลำไส้และกระเพาะปัสสาวะผิดปกติ นอกจากนี้ยังอาจพบความผิดปกติทางตา เช่น uveitis ซึ่งจะมีอาการปวดตา ตาแดง ตาสู้แสงไม่ได้ และความผิดปกติทางหู เช่น sensorineural hearing loss³⁻⁶



การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสของระบบประสาท

ทำได้โดยอาศัยอาการ อาการแสดง ร่วมกับการตรวจเพิ่มเติม ได้แก่

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ยืนยันการมีโรคซิฟิลิสในเลือด เช่น RPR, VDRL, FTA-ABS, TPPA, EIA
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการระบบประสาท ได้แก่ การตรวจน้ำไขสันหลัง แต่ในภาวะ asymptomatic neurosyphilis จะไม่พบความผิดปกติทางคลินิก แต่มีความผิดปกติของน้ำไขสันหลัง
- การตรวจทางรังสีวิทยา (neurological imaging) สำหรับผู้ที่มีอาการและอาการแสดงของระบบประสาท โดยเฉพาะก่อนที่จะทำการเจาะน้ำไขสันหลังมาตรวจ ควรจะต้องแยกภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure) โดยการตรวจหา focal neurological deficit และการดูจอประสาทตาเพื่อหา papilledema



ข้อบ่งชี้ของการตรวจน้ำไขสันหลังเพื่อวินิจฉัยโรคซิฟิลิสของระบบประสาท

1. ผู้ป่วยที่มีอาการโรคซิฟิลิสของระบบประสาท หรือ ocular syphilis หรือ otosyphilis
2. ผู้ป่วย Tertiary syphilis
3. ผู้ป่วยที่ล้มเหลวจากการรักษา (treatment failure หรือ inadequate treatment response)

หมายเหตุ ไม่แนะนำให้เจาะน้ำไขสันหลัง (lumbar puncture) ในหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากอาจเกิดอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์ได้



การวินิจฉัยโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นโรคซิฟิลิส มีแนวโน้มที่จะมีรอยโรคขนาดใหญ่และลึก จำนวนหลายรอยโรค มีพื้นของโรคซิฟิลิสระยะที่ 2 ร่วมกับแผลซึ่งเป็นรอยโรคของโรคซิฟิลิสระยะที่ 1 (primary and secondary syphilis overlap)⁸ และอาจพบรอยโรคลักษณะที่เป็นตุ่มน้ำพอง นอกจากนี้ อาจเกิด prozone phenomenon⁹ และหลังการรักษา สามารถพบ serofast state ได้ และยังพบว่ากลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงที่จะมีการติดเชื้อโรคซิฟิลิสที่ระบบประสาทร่วมด้วย¹⁰

ในหญิงตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งจะมีผลการตรวจ nontreponemal test ไม่แม่นยำ ดังนั้นหากผลการตรวจ เป็นลบ แต่หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงเป็นโรคซิฟิลิสสูง ควรตรวจโดยใช้วิธีการตรวจอื่นร่วมด้วยเพื่อยืนยันการวินิจฉัย



รูปอาการทางคลินิก (โรคซิฟิลิสระยะที่ 1 และ 2)

โรคซิฟิลิสระยะที่ 1

- แผลของโรคซิฟิลิสระยะที่ 1 เป็นลักษณะแผลขอบแข็ง ก้นแผลสะอาด เรียก แผลริมแข็ง (hard chancre)



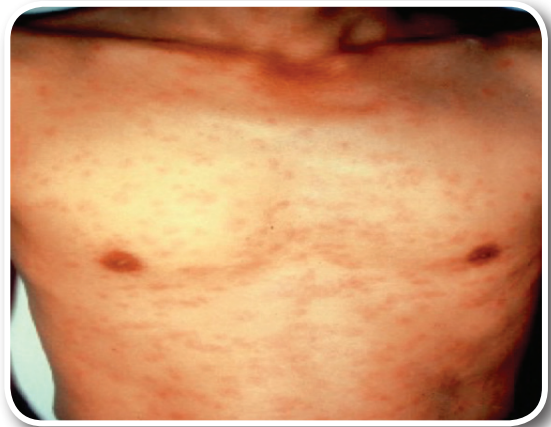
รูปที่ 1.2 แผลริมแข็ง (hard chancre)

โรคซิฟิลิสระยะที่ 2

- ผื่น (skin rash) ผื่นแดงกระจายบริเวณหน้าอก และฝ่ามือฝ่าเท้า มีสะเก็ดสีขาวลอกคล้ายกลีบกุหลาบ เรียก roseola syphilitica³



(a)



(b)

รูปที่ 1.3 ผื่นบริเวณฝ่ามือ (a) และผื่นบริเวณหน้าอก (b) ของผู้ป่วยโรคซิฟิลิสระยะที่ 2

- Condyloma lata ลักษณะเป็นผื่นนูนหนา เกิดขึ้นบริเวณผิวหนังที่อับชื้น



รูปที่ 1.4 Condyloma lata

- ผมร่วง (alopecia) มักมีลักษณะผมร่วงเป็นหย่อมๆ (moth-eaten alopecia)



(a)



(b)

รูปที่ 1.5 ลักษณะผมร่วงเป็นหย่อมๆ (moth-eaten alopecia) ของผู้ป่วยโรคซิฟิลิสระยะที่ 2 (a), (b)
(ที่มารูป: กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์)

1. สิริพร มนยฤทธิ์. สถานการณ์การป่วยโรคซิฟิลิส (Morbidity & Abnormal event). ใน: สิริพร มนยฤทธิ์, บรรณาธิการ. สถานการณ์โรคซิฟิลิส ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ตามกรอบระบบเฝ้าระวังโรค 5 มิติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กลุ่มเทคโนโลยีระบบข้อมูล กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2562. หน้า 3-12.
2. นิสิต คงกริกเกียรติ, นพดล ไพบูลย์สิน. การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซิฟิลิส. ใน: นิสิต คงกริกเกียรติ, รสพร กิตติเยวมาลย์, เอกชัย แดงสอาด, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2558. หน้า 14-21
3. Tuddenham SA, Zenilman JM. Syphilis. In: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, et al., editors. Fitzpatrick's dermatology. Vol. 2. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. p. 3145-72.
4. Stary G, Stary A. Sexually transmitted infections. In: Bolognia J, Schaffer J, Cerroni L, editors. Dermatology. Vol. 2. 4th ed. China: Elsevier; 2018. p. 1447-69.
5. Kinghorn GR, Omer R. Syphilis and congenital syphilis. In: Griffiths CEM, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D, editors. Rook's textbook of dermatology. Vol. 1. 9th ed. New Delhi: John Wiley & Sons; 2016. p. 29.3-35.
6. Lukehart SA. Biology of treponemes. In: Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN, Corey L, et al., editors. Sexually transmitted diseases. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2008. p. 647-59.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015;64 (RR-03):1-137.
8. Klausner JD. The Great Imitator Revealed: Syphilis. Top Antivir Med. 2019;27(2):71-4.
9. Nnoruka EN, Ezeoke ACJ. Evaluation of syphilis in patients with HIV infection in Nigeria. Trop Med Int Health. 2005;10(1):58-64.
10. Arando M, Fernandez-Naval C, Mota-Foix M, Martinez D, Armengol P, Barberá MJ, et al. Early syphilis: risk factors and clinical manifestations focusing on HIV-positive patients. BMC Infect Dis. 2019;19:727.

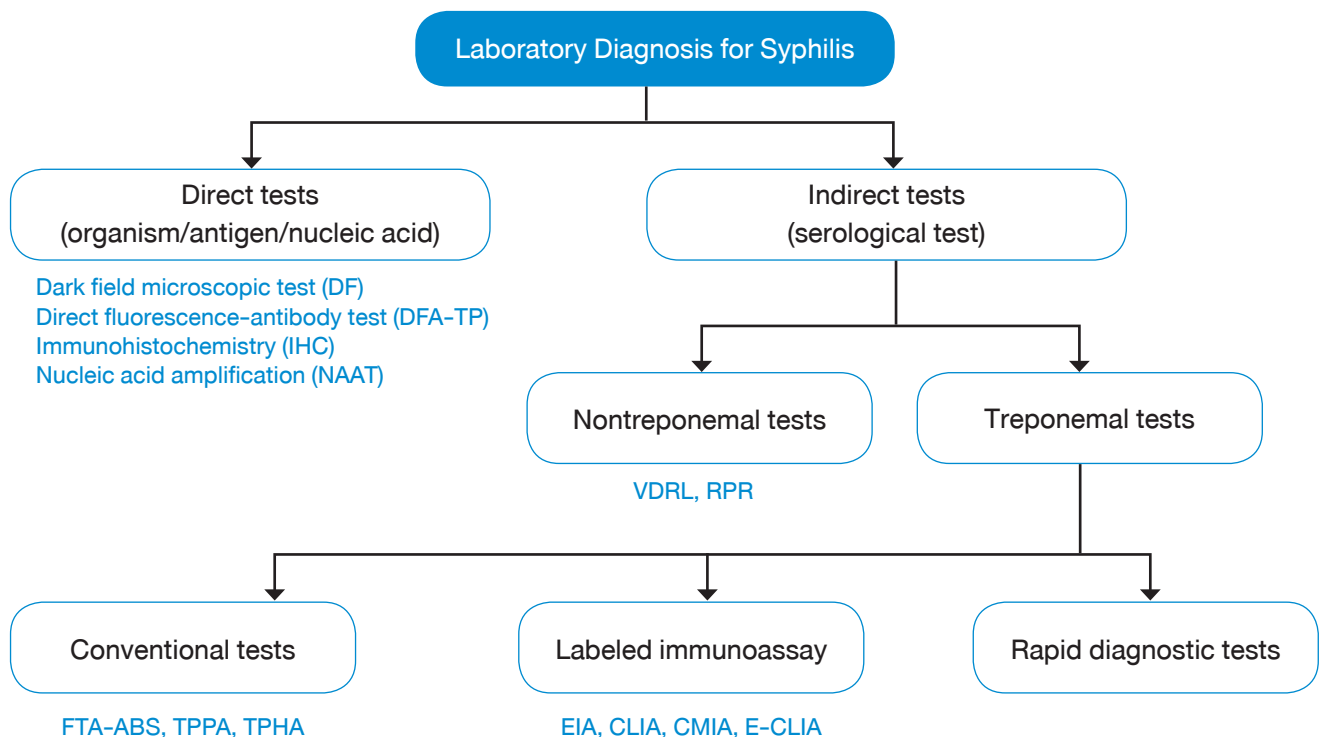


บทที่ 4

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
และแนวทางการคัดกรองโรค



การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยโรคซิฟิลิสทำได้โดยการตรวจหาตัวเชื้อโรคซิฟิลิสหรือชิ้นส่วนทางพันธุกรรมเชื้อโรคซิฟิลิสจากแผลริมแข็งหรือฝิ่น รก และสายสะดือ (direct test) และการตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา (indirect test) ซึ่งตรวจหาแอนติบอดีในเลือดหรือน้ำไขสันหลัง¹ ดังแสดงตามแผนภูมิที่ 4.1 แนวทางการเก็บส่งตรวจสรุปได้ดังตารางที่ 4.1^{2, 3}



แผนภูมิที่ 4.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยโรคซิฟิลิส

1. การตรวจหาตัวเชื้อโรคซิฟิลิสหรือชิ้นส่วนทางพันธุกรรมเชื้อโรคซิฟิลิส (direct tests)

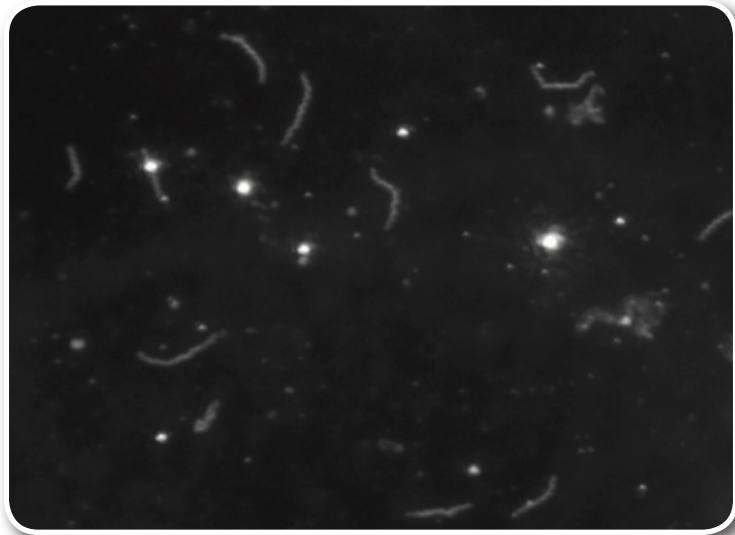
เนื่องจาก *T. pallidum* ไม่สามารถเพาะเลี้ยงบนอาหารเลี้ยงเชื้อทั่วไปได้ ดังนั้นการตรวจทางห้องปฏิบัติการจึงอาศัยการตรวจหาตัวเชื้อโดยตรงโดยวิธี dark-field microscopic test (DF), direct immunofluorescence assay (DFA-TP) หรือ immunohistochemistry (IHC) จากแผลริมแข็งหรือฝิ่นตามร่างกาย รก และสายสะดือที่สงสัยว่าจะมีเชื้อ *T. pallidum* หรืออาจใช้วิธีการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ (nucleic acid amplification test (NAAT))

ตารางที่ 4.1 แนวทางการเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ (specimens collection) สำหรับการตรวจหาโรคซิฟิลิส

Specimen ข้อบ่งชี้	แนวทางการเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ (Specimens Collection) สำหรับการตรวจหาโรคซิฟิลิส			
	Slide เก็บตัวอย่าง Serum	Clotted blood (4 หรือ 6 มล.)	EDTA Blood (3 มล.)	CSF
ชนิดภาชนะ				
ข้อปฏิบัติในการเก็บ	ป้ายน้ำเหลืองบนสไลด์ ปิดด้วย cover slip	ตามข้อชี้แจงข้างหลอด		3-5 มล.
ระยะเวลานำส่ง	ส่งทันที	ภายใน 4 ชั่วโมง >4 ชม. เก็บที่ 2-8 °C >5 วัน เก็บที่ -20 °C	ภายใน 4 ชั่วโมง >4 ชม. เก็บที่ 2-8 °C >5 วัน เก็บที่ -20 °C	ภายใน 30 นาที
รายการตรวจ	- Dark-field (DF) Examination - Direct fluorescent antibody (DFA) test	- VDRL (Inactivate at 56 °C 30 นาที) - RPR - TPHA,TPPA - FTA-ABS - EIA - Rapid diagnostic test	- RPR - EIA - Rapid diagnostic test	- Cell count - Cell differential - Biochemical examination (Protein) - VDRL

1.1 Dark-field microscopic test (DF)

เป็นการเก็บตัวอย่างสำหรับตรวจหาตัวเชื้อเป็น (เชื้อที่ยังมีชีวิต) และทำการวินิจฉัยด้วยกล้องจุลทรรศน์ชนิด dark-field เท่านั้น และควรตรวจในขณะที่เชื้อยังมีการเคลื่อนไหว และสไลด์ยังไม่แห้ง โดยเชื้อ *T. pallidum* คือแบคทีเรียที่มีรูปร่างเป็นเกลียวสว่าน ผอมบาง มีลักษณะเกลียวสม่ำเสมอ ตัวเชื้อจะมีการเคลื่อนไหวที่เร็วมากแบบควงสว่าน วิธีนี้จัดเป็น definite diagnostic test ทำได้ง่าย รวดเร็ว และราคาไม่แพง แต่มีความไวต่ำและต้องใช้ความชำนาญในการตรวจวิเคราะห์ กรณีที่ไม่พบเชื้อ ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยไม่เป็นโรคซิฟิลิส เนื่องจากผลลบอาจเกิดได้จาก จำนวนของตัวเชื้อมีไม่เพียงพอที่จะตรวจพบ ผู้ป่วยอาจได้รับยาปฏิชีวนะ รอยโรคกำลังเข้าสู่ระยะ สมานแผล หรือ ไม่ใช่แผลโรคซิฟิลิสซึ่งควรนึกถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นที่เกิดแผลได้ เช่น โรคเริม (herpes)



รูปที่ 4.1 Microscopic view of *Treponema pallidum*. With dark-field microscopic test, spirochetes appear as motile, bright corkscrews against a black background.

1.2 Direct fluorescent antibody test (DFA-TP)

เป็นวิธีการตรวจโดยใช้แอนติบอดีต่อ *T. pallidum* ที่ติดฉลากสารเรืองแสงทำปฏิกิริยาต่อตัวเชื้อโดยตรง และนำไปดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ชนิดเรืองแสง (fluorescent microscope) ผลบวกจะพบเชื้อ *T. pallidum* เรืองแสง DFA-TP มีความจำเพาะสูงเนื่องจากใช้แอนติบอดีจำเพาะต่อแอนติเจนของเชื้อ น้ำยามีราคาแพง ต้องใช้กล้องฟลูออเรสเซนซ์ และใช้เวลาในการทดสอบมากกว่า 1 วัน จึงเป็นการทดสอบที่ไม่นิยมทำในปัจจุบัน

1.3 Immunohistochemistry test (IHC)

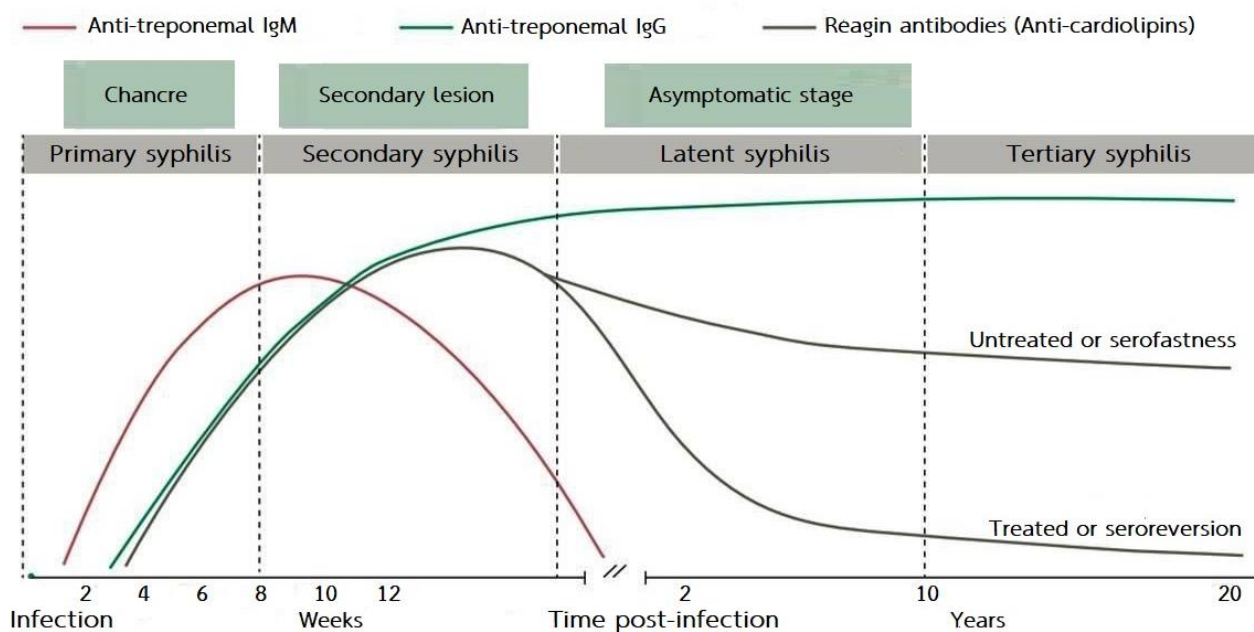
เป็นวิธีการตรวจหาตัวเชื้อ *T. pallidum* ในสิ่งส่งตรวจเนื้อเยื่อเช่นจากรกและสายสะดือ หรือเนื้อเยื่อจากแผลโรคซิฟิลิสเช่นเดียวกับวิธี DFA-TP ซึ่งมีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดหากผลการตรวจหาแอนติบอดีไม่ชัดเจน ทำได้โดยตัดชิ้นเนื้อเยื่อ (paraffin embed tissue) และย้อมสีชิ้นเนื้อด้วยแอนติบอดีต่อ *T. pallidum* ซึ่งแอนติบอดีจะจับตัวเชื้อ *T. pallidum* ในตัวอย่างตรวจโดยตรง นอกจากมีความจำเพาะสูงยังประโยชน์ในการตรวจสอบความผิดปกติของเซลล์และเนื้อเยื่อ

1.4 Nucleic acid amplification test (NAAT)

ในปัจจุบันใช้ในการวิจัย มีการใช้ในเวชปฏิบัติน้อย สามารถนำไปใช้ตรวจในสิ่งส่งตรวจบางอย่างได้ เช่น เนื้อเยื่อน้ำในแก้วตา (vitreous fluid) น้ำไขสันหลัง หรือ สิ่งส่งตรวจที่เก็บจากแผล มีความไวในการวินิจฉัยโรคซิฟิลิสสูง (≥ 10 organisms per specimen)⁶

2. การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา (Indirect tests)

ระบบภูมิคุ้มกันผู้ติดเชื้อโรคซิฟิลิสสามารถสร้างแอนติบอดีเพื่อตอบสนองต่อภาวะติดเชื้อ โดยแอนติบอดีที่ถูกสร้างขึ้นมีอย่างน้อย 2 ชนิดคือ nontreponemal antibody หรือ reagin ซึ่งเป็นแอนติบอดีแบบไม่จำเพาะทั้งชนิด IgM และ IgG มีระดับสูงขึ้นในเลือดหลังติดเชื้อ reagin ชนิด IgM จะถูกสร้างขึ้นก่อน IgG และ reagin ทั้ง 2 ชนิด มีระดับลดลงหากตอบสนองต่อการรักษา และ treponemal antibody เป็นแอนติบอดีแบบจำเพาะและมีระดับสูงในเลือดตลอดชีวิตแม้จะได้รับการรักษาหายแล้วก็ตาม ดังแสดงรูปที่ 4.2 ดังนั้นการทดสอบหาแอนติบอดีทั้งสองชนิดจึงมีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยและติดตามการรักษา วิธีการตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา แบ่งเป็น 2 กลุ่มการทดสอบ คือ nontreponemal test และ treponemal test (ตารางที่ 4.1)



รูปที่ 4.2 Antibody response during stages of syphilis⁶

2.1 Nontreponemal test

เป็นการทดสอบเพื่อตรวจหา antilipoidal substance antibody (reagin) ในสิ่งส่งตรวจชนิดซีรัม พลาสมา หรือน้ำไขสันหลัง reagin หมายถึง antibody ทั้งชนิด IgM และ IgG ต่อ lipoidal antigen เช่น cardiolipin ที่หลั่งออกมาจากเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายในขณะที่มีการอักเสบของเนื้อเยื่อ หรือ cardiolipin ที่หลั่งจากตัวเชื้อ Treponeme⁶

2.1.1 Venereal Diseases Research Laboratory Tests (VDRL)

2.1.2 Rapid Plasma Reagin test (RPR)

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบคุณลักษณะของการทดสอบ VDRL และ RPR card test

คุณลักษณะ	VDRL test	RPR card test
ขั้นตอนการตรวจไม่ยุ่งยาก ออกผลได้รวดเร็ว	✓	✓
ราคาถูก	✓	✓
มีความไว	เทียบเท่ากัน	
ใช้เพื่อติดตามการรักษา และคัดกรองโรค	✓	✓
อ่านผล	ด้วยกล้องจุลทรรศน์	ด้วยตาเปล่า
เตรียม heat-inactivated serum (56°C 30 นาที)	✓	-
อายุการใช้งานแอนติเจน	ภายใน 8 ชม	18-24 เดือน
ผลลบปลอมเนื่องจาก prozone phenomenon	เกิดขึ้นได้	
ผลบวกปลอม หรือ biological false positive (BFP)	เกิดขึ้นได้	

ตารางที่ 4.3

แสดงสาเหตุที่ทำให้เกิด biological false positive ของการตรวจหา nontreponemal antibody เพื่อวินิจฉัยโรคซิฟิลิส

Conditions that cause biological false positive for nontreponemal test	
เงื่อนไขทางสรีรวิทยา ผู้สูงอายุ การตั้งครรภ์	ภาวะติดเชื้อ แผลริมอ่อน อีสุกอีใส วัณโรค หัด, คางทูม โรคเรื้อน
การฉีดวัคซีน Typhoid Smallpox	
ภาวะภูมิคุ้มกันผิดปกติ Immunoglobulin abnormalities Systemic lupus erythematosus Autoimmune thyroiditis Rheumatic heart disease Ulcerative colitis	HIV/AIDS Infectious mononucleosis Brucellosis Bacterial endocarditis Pinta Yaws Viral pneumonia Pneumococcal pneumonia
ภาวะอื่นๆ มะเร็งบางชนิด การติดเชื้อเสพติด ตับอักเสบ ขาดสารอาหาร Vasculitis	

2.2 Treponemal test

เป็น specific antibody test สำหรับวินิจฉัยโรคซิฟิลิส โดยการตรวจหาแอนติบอดีที่จำเพาะต่อ antigen จากเชื้อ *T. pallidum* การทดสอบในกลุ่ม treponemal test มีหลายการทดสอบ (ตารางที่ 5.1) ได้แก่ กลุ่ม conventional treponemal test เช่น fluorescent treponemal antibody-absorption (FTA-ABS) test, *Treponema pallidum* haemagglutination (TPHA) test และ *Treponema palladium* particle agglutination test (TPPA) และยังสามารถใช้ในระบบการวิเคราะห์โดยเครื่องอัตโนมัติตามหลักการ การทดสอบต่างๆ เช่น enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA), chemiluminescent assay และอื่นๆ การทดสอบในกลุ่ม labelled immunoassay จะมีความไวสูงเมื่อเทียบกับกลุ่ม conventional test และกลุ่มสุดท้ายคือ rapid diagnostic test ซึ่งเป็น immunochromatography test

ตารางที่ 4.4 แสดงร้อยละผลบวกของการทดสอบในโรคซิฟิลิสระยะต่างๆ^{1, 7, 12}

Test	Sensitivity during stage of infection, % (range)				Specificity, % (range)
	Primary	Secondary	Latent	Late	
Nontreponemal Tests					
VDRL	78 (74-87)	100	96(88-100)	71 (37-94)	98 (96-99)
RPR	86 (77-99)	100	95 (95-100)	73	98 (93-99)
Conventional Treponemal Test					
FTA-ABS	84 (70-100)	100	100	96	97 (94-100)
TPHA	86	100	100	99	96
TPPA	88 (86-100)	100	100	NA	96 (95-100)
Labeled immunoassay					
IgG-ELISA	100	100	100	NA	100
IgM-EIA	93	85	64	NA	NA
CLIA	98	100	100	100	99
Rapid diagnostic test	77-95				89-100

 ลำดับขั้นตอนการตรวจหาแอนติบอดีเพื่อวินิจฉัยโรคซิฟิลิสทางห้องปฏิบัติการ⁸⁻¹⁵

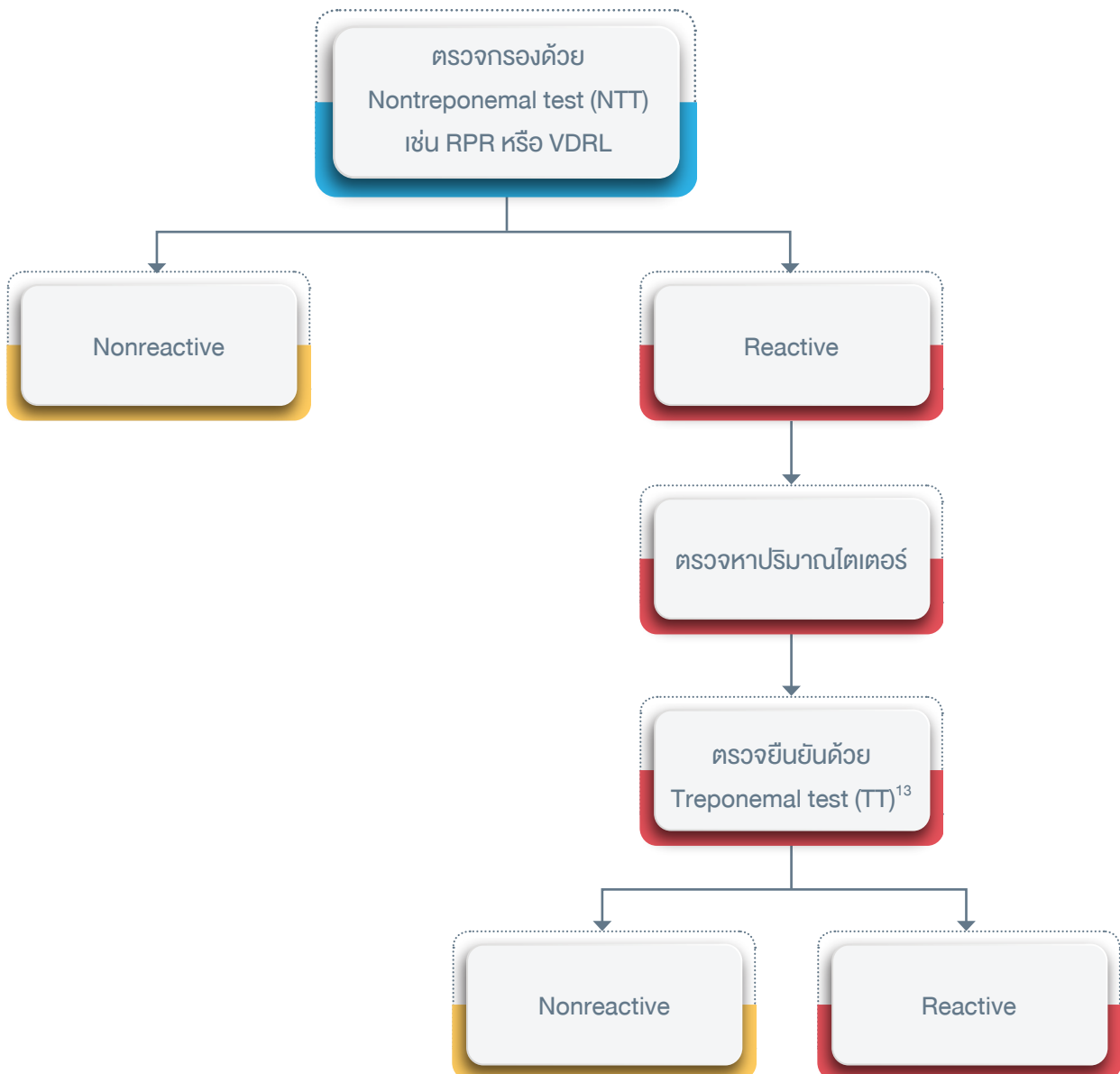
การตรวจคัดกรองหรือการตรวจวินิจฉัยโรคซิฟิลิสด้วยการตรวจหาแอนติบอดีนั้น จำเป็นต้องใช้วิธีการตรวจทั้งในกลุ่ม Nontreponemal test (NTT) และ Treponemal test (TT) ร่วมกัน โดยตรวจตามลำดับขั้นตอนเพื่อคัดกรอง และยืนยันหรือสนับสนุนผลตรวจคัดกรอง ปัจจุบันทำได้ 2 แบบคือ **ลำดับขั้นตอนการตรวจแบบดั้งเดิม (traditional algorithm)** และ**ลำดับขั้นตอนการตรวจแบบย้อนทาง (reverse algorithm)**

การพิจารณาว่าจะเลือกใช้ลำดับขั้นตอนการตรวจแบบใดนั้น ต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายด้าน⁸ เช่น ความชุกในประชากรกลุ่มที่จะตรวจ ต้นทุนการตรวจและการดูแลรักษาต่อเนื่องต่อราย รวมไปถึงประสิทธิภาพในการตรวจ แต่สำหรับในประเทศไทยที่ตั้งเป้าหมายไว้ว่าจะลดการแพร่ระบาดของโรคซิฟิลิสลงให้ได้มากที่สุด และลดจำนวนผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis) ลงจนหมด จึงให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านประสิทธิภาพเป็นหลัก สนับสนุนให้ห้องปฏิบัติการเลือกใช้ลำดับขั้นตอนการตรวจแบบย้อนทาง

1. ลำดับขั้นตอนการตรวจแบบดั้งเดิม (Traditional algorithm)

เป็นลำดับขั้นตอนการตรวจที่นิยมทำมานานเนื่องจากทำได้ง่ายและสะดวก¹ โดยเริ่มต้นตรวจกรองด้วย NTT เช่น RPR หรือ VDRL ก่อน ตามลำดับขั้นตอนในแผนภูมิที่ 4.2

แผนภูมิที่ 4.2
ลำดับขั้นตอนการตรวจแบบดั้งเดิม (Traditional Algorithm)



หมายเหตุ แผนภูมิที่ 4.2

- (1) Treponemal test (TT) ให้ใช้ conventional TT เช่น TPHA หรือ TPPA เท่านั้น
- (2) ถ้าผู้ป่วยมีประวัติเสี่ยงสัมผัสโรคมาไม่นานให้เจาะเลือดส่งตรวจซ้ำหลังจากตรวจครั้งแรก 2-4 สัปดาห์ หรือถ้าแพทย์สงสัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคซิฟิลิสระยะที่ 2 (secondary syphilis) ให้เจาะส่งตรวจด้วย 0.9% NaCl ที่ dilution 1:16 แล้วนำไปตรวจตามลำดับขั้นตอนต่อไป

คำแนะนำสำหรับลำดับขั้นตอนการตรวจแบบดั้งเดิม (traditional algorithm)

- TT ในลำดับขั้นตอนการตรวจแบบดั้งเดิม ให้ใช้ conventional TT เช่น TPHA หรือ TPPA เท่านั้น

ข้อควรระวัง/ควรทราบสำหรับลำดับขั้นตอนการตรวจแบบดั้งเดิม (traditional algorithm)

- ผู้ที่ติดเชื้อมาเป็นเวลานานและอยู่ในระยะแฝง (late latent syphilis) ประมาณร้อยละ 25-30⁵⁻⁷ จะมีระดับ reagin antibodies ลดลงไปเองแม้ไม่ได้รับการรักษา จึงตรวจไม่พบด้วยวิธี NTT ดังนั้น การใช้ลำดับขั้นตอนการตรวจแบบดั้งเดิมอาจทำให้วินิจฉัยผู้ติดเชื้อระยะแฝงกลุ่มนี้ผิดพลาด (missed diagnosis) และไม่ทำให้ใช้ลำดับขั้นตอนแบบดั้งเดิมตรวจฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์และคู่เพศสัมพันธ์ของหญิงตั้งครรภ์
- ในผู้ป่วยโรคซิฟิลิสระยะที่ 2 ประมาณร้อยละ 1-21⁶⁻¹⁸ จะมีระดับ reagin antibodies สูงมากจน NTT ตรวจไม่พบ ให้ผลลบปลอม (false negative) เนื่องจากมี prozone phenomenon ถ้าผู้ป่วยมีลักษณะอาการทางคลินิกและแพทย์สงสัยโรคซิฟิลิสระยะที่ 2 ให้เจาะจางสิ่งส่งตรวจด้วย 0.9% NaCl ที่ dilution 1:16¹ แล้วนำไปตรวจ NTT ตามขั้นตอนต่อไป

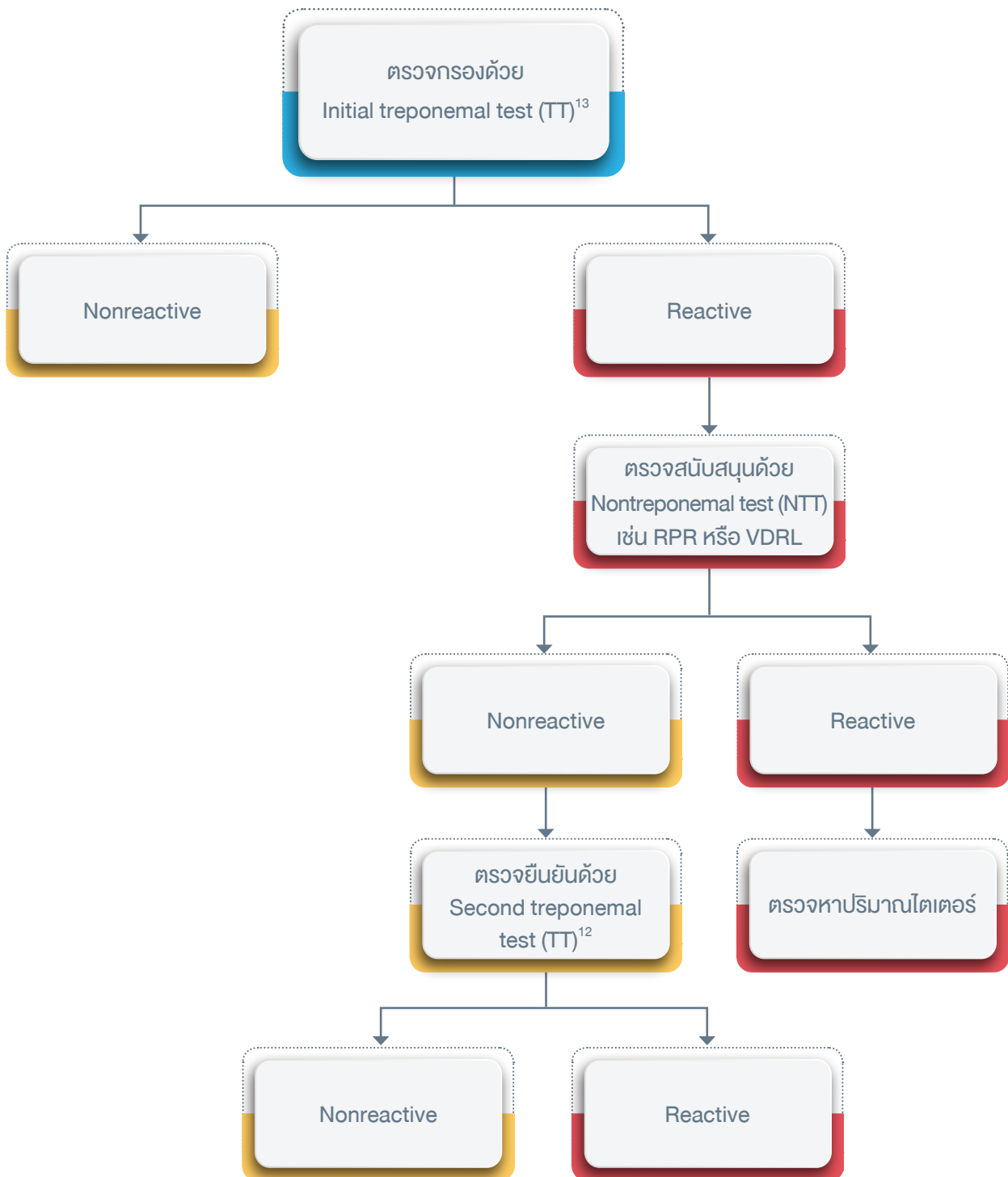
2. ลำดับขั้นตอนการตรวจแบบย้อนทาง (Reverse algorithm)

ปัจจุบันมีการพัฒนาวิธีตรวจ TT ด้วยเครื่องอัตโนมัติ (automated immunoassay) หลักการ เช่น chemiluminescent immunoassay (CLIA) หรือ enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) รวมไปถึงวิธีการตรวจที่ให้ผลรวดเร็ว (rapid diagnostic test, RDT) ที่ใช้หลักการ immunochromatographic assay (ICA) ซึ่งมีความไวและความจำเพาะสูง ทั้งยังง่ายและสะดวกสบายกว่าวิธี TT แบบเดิม (conventional TT) เช่น TPHA หรือ TPPA หรือ FTA-ABS จึงมีการดัดแปลงลำดับขั้นตอนการตรวจใหม่ที่เริ่มต้นตรวจด้วย TT ซึ่งย้อนทางจากลำดับขั้นตอนแบบดั้งเดิมที่เริ่มต้นตรวจด้วย NTT

เริ่มต้นตรวจกรองด้วย TT ชนิดแรก (initial TT) ก่อน ตามลำดับขั้นตอนในแผนภูมิที่ 4.3

- ถ้าตรวจกรองด้วย initial TT แล้วไม่เกิดปฏิกิริยา (nonreactive) จะถือว่าตรวจไม่พบแอนติบอดีต่อโรคซิฟิลิสและรายงานผลได้ แต่
- ถ้าตรวจกรองด้วย initial TT แล้วเกิดปฏิกิริยา (reactive) ให้ตรวจ NTT สนับสนุนเพิ่มเติมเพื่อประเมินระยะโรคประกอบ
 - ถ้า NTT เกิดปฏิกิริยา (reactive) ต้องตรวจหาปริมาณไตเตอร์ต่อ แล้วรายงานผลได้ แต่
 - ถ้า NTT ไม่เกิดปฏิกิริยา (nonreactive) จะต้องตรวจ TT ชนิดที่ 2 เพื่อเติม (second TT) ด้วยวิธี conventional TT เพื่อยืนยันผลก่อนรายงานผล เนื่องจาก initial TT มีความไวสูงอาจให้ผลลบปลอมได้¹¹⁻¹²

แผนภูมิที่ 4.3
ลำดับขั้นตอนการตรวจแบบย้อนทาง (Reverse Algorithm)



หมายเหตุ แผนภูมิที่ 4.3

- (1) Initial treponemal test (initial TT) ให้เลือกใช้หลักการ CLIA หรือ ELISA ที่ตรวจหาแอนติบอดีได้ทั้งชนิด IgM และ IgG ใช้แอนติเจนที่หลากหลาย ในกรณีห้องปฏิบัติการขนาดเล็ก หรือจุดบริการนอกสถานที่ หรือการตรวจที่ต้องผลด่วน อาจเลือกใช้ชุดตรวจที่ให้ผลรวดเร็ว (RDT) ได้ ตามคำแนะนำในตารางที่ 4.5
- (2) Second treponemal test (second TT) ให้ใช้ conventional TT เช่น TPHA หรือ TPPA เท่านั้น

คำแนะนำสำหรับลำดับขั้นตอนการตรวจแบบย้อนทาง (reverse algorithm)

- Initial TT เป็นวิธีแรกในลำดับขั้นตอนการตรวจแบบย้อนทาง
 - ต้องเลือกใช้ชุดตรวจที่มีความไวสูงที่สุด เพื่อให้สามารถตรวจค้นหาผู้ติดเชื้อได้มากที่สุด
 - ควรเลือกใช้ชุดตรวจที่ตรวจจับแอนติบอดีได้ทั้งชนิด IgM และ IgG
 - ควรเลือกใช้ชุดตรวจที่มีแอนติเจนที่หลากหลาย เพื่อให้สามารถตรวจค้นหาผู้ติดเชื้อได้ครอบคลุมทุกระยะ
 - ควรเลือกใช้ชุดตรวจที่ใช้เครื่องอัตโนมัติ (automated immunoassay) โดยเฉพาะห้องปฏิบัติการที่มีการส่งตรวจจำนวนมาก หรือห้องปฏิบัติการที่มีการใช้เครื่องอัตโนมัติสำหรับการตรวจอื่นๆ อยู่แล้ว เช่น เครื่องอัตโนมัติที่ตรวจ Anti-HIV
 - ห้องปฏิบัติการขนาดเล็ก หรือจุดบริการนอกสถานที่ หรือการตรวจที่ต้องการผลด่วน อาจเลือกใช้ชุดตรวจที่ให้ผลรวดเร็ว (RDT) ได้ ตามคำแนะนำในตารางที่ 4.5
- Second TT ในลำดับขั้นตอนการตรวจแบบย้อนทาง ให้ใช้ conventional TT เช่น TPHA หรือ TPPA เท่านั้น
- การตรวจที่ต้องการผลด่วน (urgent test) เช่น ตรวจคลอดฉุกเฉิน ตรวจหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์หลัง 32 สัปดาห์ ตรวจกลุ่มเสี่ยงที่จะไม่กลับมาฟังผลตรวจและเข้ารับการรักษา สามารถใช้ชุดตรวจที่ให้ผลรวดเร็ว (RDT) ได้ และให้รับรายงานผลโดยเร็วที่สุด

ตารางที่ 4.5

คำแนะนำในการพิจารณาเลือกชุดตรวจที่ให้ผลรวดเร็ว (Rapid Diagnostic Test, RDT)

- แนะนำให้เลือกใช้เฉพาะในห้องปฏิบัติการที่มีทรัพยากรจำกัด (low resource setting) หรือจุดบริการนอกสถานที่ หรือใช้ในการตรวจที่ต้องการผลด่วน เช่น ใช้ตรวจคลอดฉุกเฉิน ตรวจหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์หลัง 32 สัปดาห์ ตรวจกลุ่มเสี่ยงที่จะไม่กลับมาฟังผลตรวจและเข้ารับการรักษา เป็นต้น
- ไม่แนะนำให้ใช้ในห้องปฏิบัติการที่มีการส่งตรวจจำนวนมาก หรือห้องปฏิบัติการที่มีเครื่องอัตโนมัติ (automated immunoassay) พร้อมสำหรับตรวจ treponemal antibodies อยู่แล้ว เช่น เครื่องอัตโนมัติตรวจที่ใช้ Anti-HIV
- ชุดตรวจต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนด ในการจัดจำหน่ายหรือแจกจ่าย
- ชุดตรวจต้องผ่านการขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุข
- ชุดตรวจควรผ่านเกณฑ์การรับรองมาตรฐาน in vitro diagnostic product (IVD) นานาชาติ เช่น US FDA หรือ CE mark
- ชุดตรวจควรผ่านเกณฑ์การทดสอบคุณภาพก่อนการขายขององค์การอนามัยโลก (WHO prequalification of diagnostics program)
- ชุดตรวจควรผ่านการประเมินคุณภาพด้วยวิธีการที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ และมีการเผยแพร่ในวารสารระดับนานาชาติอย่างน้อย 2 เรื่อง โดยให้ผลที่ดีเมื่อเทียบกับวิธีมาตรฐาน ตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2563 ชุดตรวจที่ให้ผลรวดเร็ว (RDT) ควรมีคุณลักษณะ ดังนี้
 - ความไวเชิงวินิจฉัย (diagnostic sensitivity) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 96 จากการตรวจตัวอย่างอ้างอิง จำนวน (N) ไม่น้อยกว่า 100
 - ความจำเพาะเชิงวินิจฉัย (diagnostic specificity) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 จากการตรวจตัวอย่างอ้างอิง จำนวน (N) ไม่น้อยกว่า 100
- มีระบบการควบคุมคุณภาพภายในและ/หรือระบบการควบคุมคุณภาพภายนอกที่น่าเชื่อถือ และนำผลที่ได้จากควบคุมคุณภาพกลับไปทวนสอบประสิทธิภาพชุดตรวจอยู่เสมอ
- บริษัทที่จัดจำหน่ายและ/หรือนำเข้าชุดตรวจ จะต้องมีทีมงานที่พร้อมให้บริการทางเทคนิค เพื่อช่วยเหลือห้องปฏิบัติการที่ใช้ชุดตรวจดังกล่าว
- ชุดตรวจควรมีอายุการใช้งานที่เหมาะสมกับภาระงาน เก็บรักษาไม่ยุ่งยาก เหมาะสมกับความพร้อมของสถานที่ตรวจ ทั้งด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ และความรู้ความชำนาญผู้ใช้ชุดตรวจ

1. Unemo M BR, Ison C, Lewis D, Ndowa F, Peeling R. Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงาน เรื่อง กามโรค 2534. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2534 หน้า 1-6.
3. จารุวิจิตรรัตนา ส. เทคนิคการชันสูตรโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: โรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์. 2532. หน้า 344-53.
4. Guarner J, Southwick K, Greer P, Bartlett J, Santander A, Blanco S, et al. Testing umbilical cords for funisitis due to *Treponema pallidum* infection, Bolivia. *Emerg Infect Dis*. 2000;6(5):487-92.
5. Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, Chen XS, Radolf JD, Benzaken AS. Syphilis. *Nature reviews Disease primers*. 2017;3:17073.
6. Arlene C Sena AP, David L Cox, Justin D Radolf. *Treponema* and *Brachyspira*, Human host-Associated Spirochetes. In: James H Jorgensen MAP, Karen C Carroll, Guido Funke, Marie Louise Landry, Sandra S Richter, David W Warnock, editor. *Manual of Clinical Microbiology*. 11th ed. Canada: ASM Publishing; 2015. p. 1055-81.
7. Gao K, Shen X, Lin Y, Zhu XZ, Lin LR, Tong ML, et al. Origin of Nontreponemal Antibodies During *Treponema pallidum* Infection: Evidence From a Rabbit Model. *The Journal of infectious diseases*. 2018;218(5):835-43.
8. Cutler JC, Bauer TJ, Price EV, Schwimmer BH. Comparison of spinal fluid findings among syphilitic and nonsyphilitic individuals. *Am J Syph Gonorrhea Vener Dis*. 1954;38(5):447-58.
9. Tankeshwar A. FTA-ABS Test: Principle, Procedure, Results and Interpretation. *Laboratory Diagnosis of Bacterial Disease* 2013.
10. De Keukeleire S, Desmet S, Lagrou K, Oosterlynck J, Verhulst M, Van Besien J, et al. Analytical and clinical comparison of Elecsys syphilis (Roche((R))) - Architect syphilis TP and reformulated Architect syphilis TP (Abbott((R))) assay. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2017;87(3):210-2.
11. Morshed MG, Singh AE. Recent trends in the serologic diagnosis of syphilis. *Clin Vaccine Immunol*. 2015;22(2):137-47.
12. Sena AC, White BL, Sparling PF. Novel *Treponema pallidum* serologic tests: a paradigm shift in syphilis screening for the 21st century. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2010;51(6):700-8.
13. Larsen SA, Steiner BM, Rudolph AH. Laboratory diagnosis and interpretation of test for syphilis. *clinical microbiology review*. 1995 Jan; 8(1): 1-21.





บทที่ 5

แนวทางการดูแลรักษา
โรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์
และสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์

บทที่

5



แนวทางการดูแลรักษาโรคซิฟิลิส ในหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์

นายแพทย์กิตติภูมิ ชินศิริกุล

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเจนจิต ฉายะจินดา

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์โอกาส พุกองเจริญ

หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคซิฟิลิสส่วนมากอยู่ในระยะแฝงซึ่งจะไม่มีอาการและอาการแสดง เมื่อมาฝากครรภ์และได้รับการตรวจเลือดหา antibody ต่อเชื้อโรคซิฟิลิสแบบ treponemal test (แผนภูมิที่ 5.1) จึงจะทราบการวินิจฉัย ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะโรคซิฟิลิสระยะที่ 1 (primary syphilis) ทำให้เกิดแผลที่ไม่เจ็บ ถ้ารักษาความสะอาดได้ดี ไม่มีการติดเชื้อโรคอื่นซ้ำซ้อน แผลจะหายได้เอง และถ้าเกิดแผลที่ช่องคลอดหรือปากมดลูก ผู้ป่วยจะไม่สามารถทราบได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการวินิจฉัยโรคซิฟิลิสต้องอาศัยการตรวจเลือดหา antibody ต่อเชื้อโรคซิฟิลิสเป็นหลัก ซึ่งจำเป็นต้องใช้วิธีการตรวจทั้งในกลุ่ม nontreponemal test (NTT) และ treponemal test (TT) ร่วมกัน โดยตรวจตามลำดับขั้นตอนเพื่อคัดกรองและยืนยันหรือสนับสนุนผลตรวจคัดกรอง ปัจจุบันทำได้ 2 แบบ คือ ลำดับขั้นตอนการตรวจแบบดั้งเดิม (traditional algorithm) ซึ่งเริ่มต้นตรวจกรองด้วย NTT เช่น RPR หรือ VDRL ก่อน และลำดับขั้นตอนการตรวจแบบย้อนทาง (reverse algorithm) ซึ่งเริ่มต้นตรวจกรองด้วย TT ชนิดแรก (initial TT) ก่อน โดยก่อนหน้านี้ ประเทศไทยใช้หลักการตรวจลำดับขั้นตอนการตรวจแบบดั้งเดิม แต่ในปัจจุบัน ได้แนะนำให้เลือกใช้ลำดับขั้นตอนการตรวจแบบย้อนทาง เนื่องจากมีประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองได้มากกว่า

5.1 การวินิจฉัย (ดังแผนภูมิที่ 5.4)

ให้ดำเนินการในประเด็นดังต่อไปนี้

การซักประวัติ

1. ประวัติตามแนวทางการฝากครรภ์ของกรมอนามัย
2. ประวัติพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์
3. ประวัติอาการและอาการแสดงของโรคซิฟิลิส เช่น แผลที่อวัยวะเพศ ผื่น ผม่วัง ต่อม้ำเหลืองโต
4. ประวัติข้อมูลการรักษาที่ผ่านมาของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยเป็นโรคซิฟิลิสมาก่อน โดยเฉพาะประเด็นต่อไปนี้
 - สถานที่รักษา
 - การวินิจฉัยที่ได้รับ
 - การรักษาที่ได้รับ
 - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (RPR/VDRL และ treponemal test) ครั้งล่าสุด

5. ประวัติการคลอดและผลลัพธ์ของการคลอดที่ผ่านมา เช่น ทารกตายคลอด การแท้งบุตร ทารกพิการ
6. ประวัติการบริจาคเลือดและการได้รับเลือด
7. ประวัติการสัมผัสโรคและติดเชื้อโรคกลุ่ม *Treponema* species อื่นๆ เช่น yaws, pinta



การตรวจร่างกาย

ตรวจร่างกายเพื่อค้นหาอาการแสดงทางคลินิกของโรคซิฟิลิสระยะที่ 1 และโรคซิฟิลิสระยะที่ 2 (ดูรายละเอียดในบทที่ 3)



การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

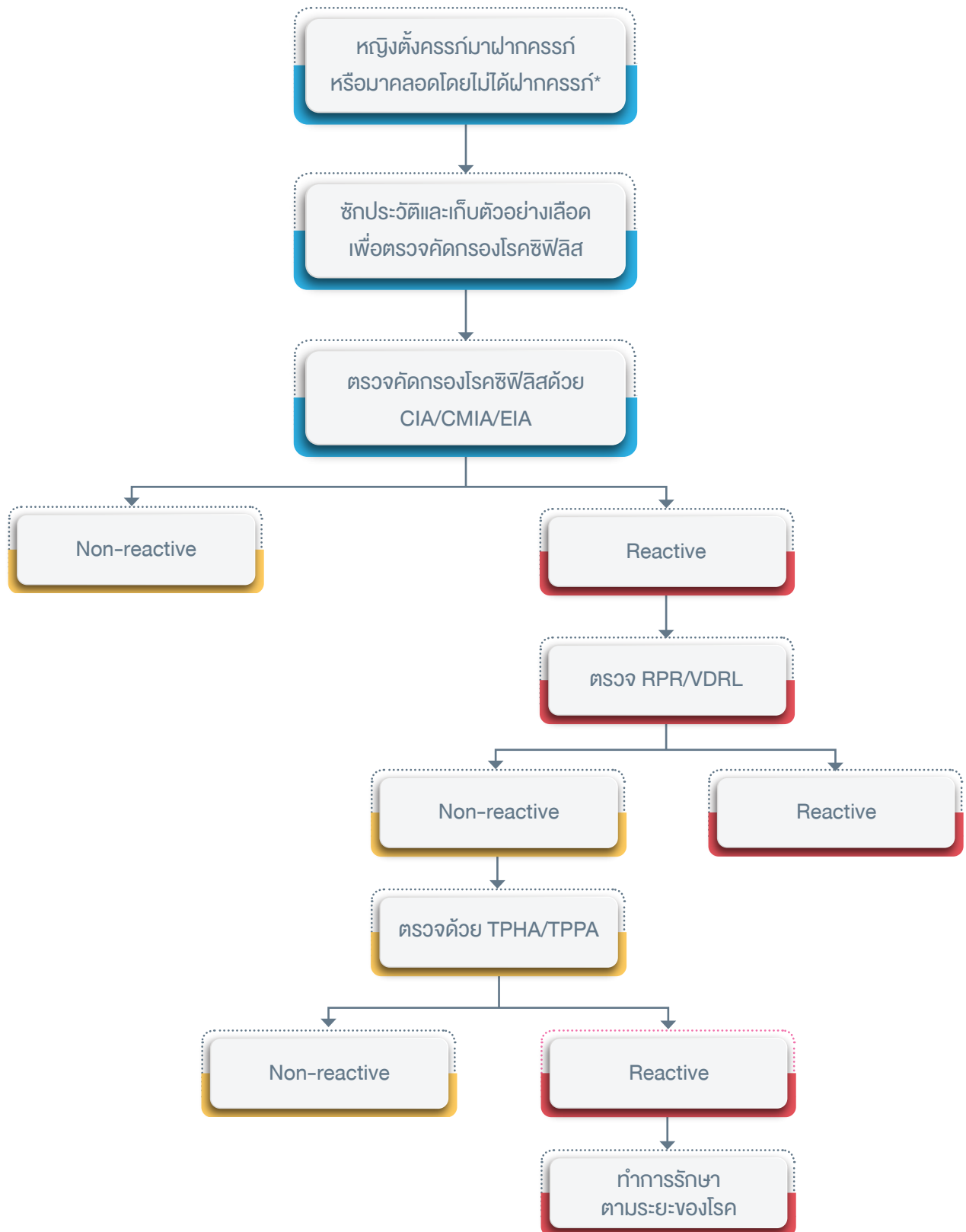
ตรวจวินิจฉัยรอยโรคและตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อโรคซิฟิลิสทางห้องปฏิบัติการ (ดูรายละเอียดในบทที่ 4) โดยตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสด้วย treponemal test ตามแผนภูมิที่ 5.1 และ 5.2 และหากผลเลือดพบโรคซิฟิลิส ให้ติดตามหญิงตั้งครรภ์มารับการรักษาตามแผนภูมิที่ 5.3

แผนภูมิที่ 5.1 แสดงการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ (ใช้ automated machine) ใช้กรณีที่สถานพยาบาลสามารถตรวจ treponemal test ด้วย automated machine ได้ แต่ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มาคลอดโดยไม่ได้ฝากครรภ์ สถานพยาบาลต้องสามารถออกผลตรวจ treponemal test ด้วย automated machine ได้ภายใน 24 ชั่วโมง

แผนภูมิที่ 5.2 แสดงการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ (ใช้ rapid diagnostic test) ใช้กรณีดังต่อไปนี้

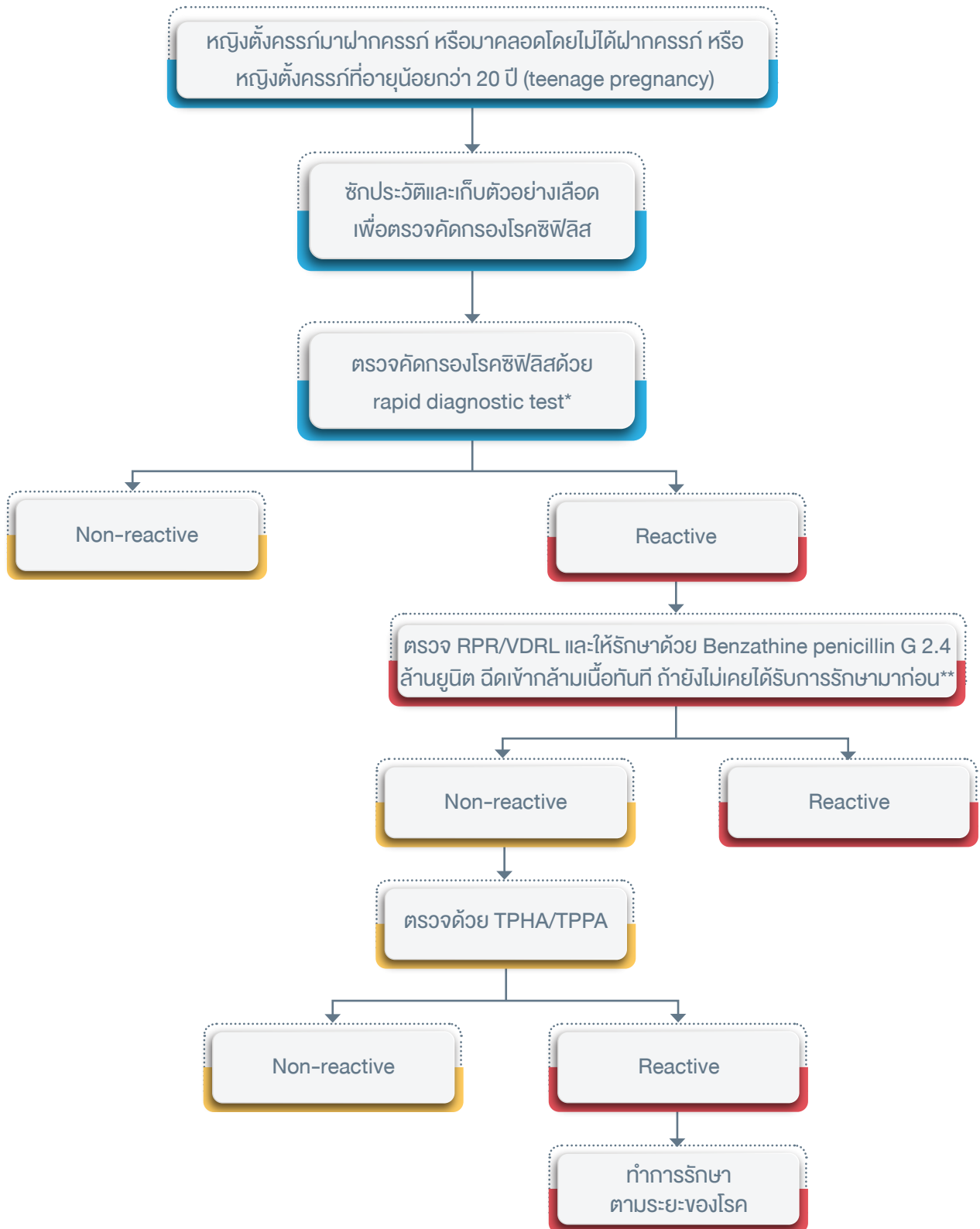
- สถานพยาบาลไม่สามารถตรวจ treponemal test ด้วย automated machine หรือสามารถตรวจได้ แต่ไม่สามารถออกผลตรวจได้ภายใน 24 ชั่วโมง
- หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดโดยไม่ได้ฝากครรภ์
- หญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี (teenage pregnancy)

แผนภูมิที่ 5.1 การคัดกรองโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์
(ใช้ automated machine)



*กรณีที่หญิงตั้งครรภ์มาคลอดโดยไม่ได้ฝากครรภ์ หากสถานพยาบาลไม่สามารถตรวจ treponemal test ด้วย automated machine และออกผลภายใน 24 ชั่วโมง แนะนำการตรวจด้วย rapid diagnostic test

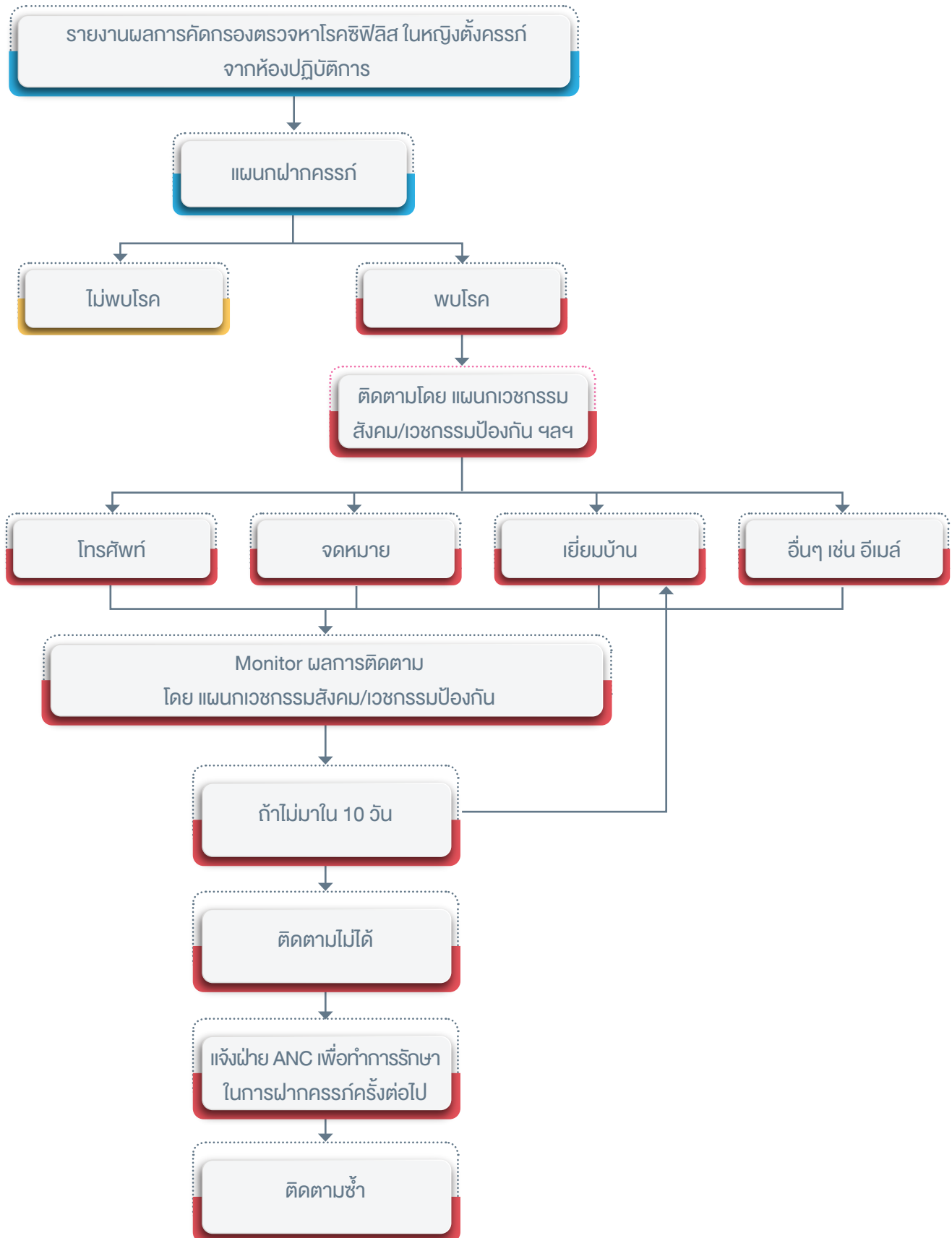
แผนภูมิที่ 5.2 การคัดกรองโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์
(ใช้ rapid diagnostic test)



*Rapid diagnostic test ที่ใช้ จะต้องมีความสัมพันธ์ตามตารางที่ 4.5

**สามารถเริ่มการรักษาได้เลยหากไม่สามารถรอผล RPR/VDRL ได้

แผนภูมิที่ 5.3 การติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ผลเลือดพบโรคซิฟิลิส
เพื่อมารับการรักษา



5.2 การรักษาโรค

การรักษาโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ ใช้แนวทางเดียวกับการรักษาในผู้ป่วยผู้ใหญ่ทั่วไป

การรักษาโรคซิฟิลิสระยะต้น (early syphilis)

ให้การดูแลรักษาดังต่อไปนี้

- ฉีด Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ ครั้งเดียว โดยแบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกข้างละ 1.2 ล้านยูนิต²⁻⁷
- ฉีด Benzathine penicillin G หรือให้ยารับประทาน Doxycycline แก่สามี/คูเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีอาการหรือผลเลือดเป็นลบ
- ห้ามใช้ Doxycycline หรือ Tetracycline ในหญิงตั้งครรภ์

หมายเหตุ

- มีบางการศึกษาแนะนำให้ฉีด Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 2 ครั้ง ติดต่อกัน^{3,7}
- กรณีที่หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ยังคงให้การรักษาเหมือนผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี
- ในกรณีที่สงสัยภาวะของโรคซิฟิลิสของระบบประสาท ไม่แนะนำให้เจาะน้ำไขสันหลัง (lumbar puncture) เนื่องจากอาจเกิดอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์ได้

กรณีผู้ป่วยแพ้ยา Penicillin ให้ปฏิบัติดังนี้

- ก) ทำการ desensitization แต่ในกรณีที่ทำ desensitization ที่สถานพยาบาลของตนเองไม่ได้ให้ส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่สามารถทำได้ เช่น โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้อมูลสำหรับติดต่อ (ณ วันที่ 1 กันยายน 2563)

- โรงพยาบาลศิริราช โทรศัพท์ 024197377
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โทรศัพท์ 0891263335

ข) กรณีที่ไม่สามารถทำ desensitization ให้เลือกใช้ยาต่อไปนี้ ในการรักษาผู้ป่วยแทน

- Erythromycin base (ยี่ห้อ estolate) 500 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 14 วัน แต่ต้องระวังว่า ยานี้ไม่สามารถผ่านรกไปที่ทารกในระดับที่เพียงพอที่จะป้องกันโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในทารก
- ฉีด Ceftriaxone 2 กรัม เข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง เป็นเวลา 14 วัน แต่ขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลว่าสามารถป้องกันการเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

การรักษาโรคซิฟิลิสระยะปลาย (latent syphilis)

ให้การดูแลรักษาดังต่อไปนี้

- ฉีด Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ โดยแบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกข้างละ 1.2 ล้านยูนิต สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ติดต่อกัน²⁻⁷
 - ในกรณีที่ไม่สามารถมารับการฉีดยาได้ตามกำหนด ต้องพยายามให้การฉีดยาเข้มต่อไปไม่ห่างจากเข็มที่ฉีด ก่อนหน้าเกิน 14 วัน⁸
 - แต่ถ้าทำตามข้อความข้างต้นไม่ได้ ให้เริ่มการรักษาใหม่⁷
- รักษาสามี/คู่นอนด้วย หากผลการตรวจเลือดเป็นบวก

หมายเหตุ

- กรณีที่หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ยังคงให้การรักษาเหมือนผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี
- ในกรณีที่สงสัยภาวะของโรคซิฟิลิสของระบบประสาท ไม่แนะนำให้เจาะน้ำไขสันหลัง (lumbar puncture) เนื่องจากอาจเกิดอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์ได้

กรณีผู้ป่วยแพ้ยา penicillin ให้ปฏิบัติดังนี้

ก) ทำการ desensitization แต่ในกรณีที่ทำ desensitization ที่สถานพยาบาลของตนเองไม่ได้ ให้ส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่สามารถทำได้ เช่น โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้อมูลสำหรับติดต่อ (ณ วันที่ 1 กันยายน 2563)

- โรงพยาบาลศิริราช โทรศัพท์ 024197377
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โทรศัพท์ 0891263335

ข) กรณีที่ไม่สามารถทำ desensitization ให้เลือกใช้ยาต่อไปนี้ ในการรักษาผู้ป่วยแทน

- Erythromycin base (ยกเว้น estolate) 500 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 14 วัน แต่ต้องระวังว่า ยานี้ไม่สามารถผ่านรกไปที่ทารกในระดับที่เพียงพอที่จะป้องกันโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในทารก
- ฉีด Ceftriaxone 2 กรัม เข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง เป็นเวลา 14 วัน แต่ขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลว่าสามารถป้องกันการเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

การรักษาโรคซิฟิลิสของระบบประสาท (neurosyphilis)

ให้การดูแลรักษาดังต่อไปนี้

- ฉีด Aqueous crystalline penicillin G 18-24 ล้านยูนิต/วัน เข้าหลอดเลือดดำ โดยแบ่งฉีด 3-4 ล้านยูนิต ทุก 4 ชั่วโมงนาน 10-14 วัน

หมายเหตุ

- ขณะตั้งครรภ์ ไม่แนะนำให้เจาะน้ำไขสันหลัง (lumbar puncture) เนื่องจากอาจเกิดอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์ได้
- ให้ตรวจน้ำไขสันหลัง (lumbar puncture) และติดตามอาการของโรคซิฟิลิสของระบบประสาท 6 เดือนหลังรักษา แต่ไม่เร็วกว่า 6 สัปดาห์หลังคลอด

การรักษาเมื่อเกิดการติดเชื้อซ้ำ (reinfection)

ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีประวัติที่อาจเกิดการติดเชื้อใหม่ หมายถึง การมีเพศสัมพันธ์กับสามีหรือคู่อุปสรรคสัมพันธ์ หลังได้รับการรักษาโรคซิฟิลิส ให้ทำการรักษาใหม่ตามการรักษาโรคซิฟิลิสระยะต้น โดยการฉีด Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ ครั้งเดียว โดยแบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกข้างละ 1.2 ล้านยูนิต

ข้อบ่งชี้ว่าการรักษาล้มเหลว

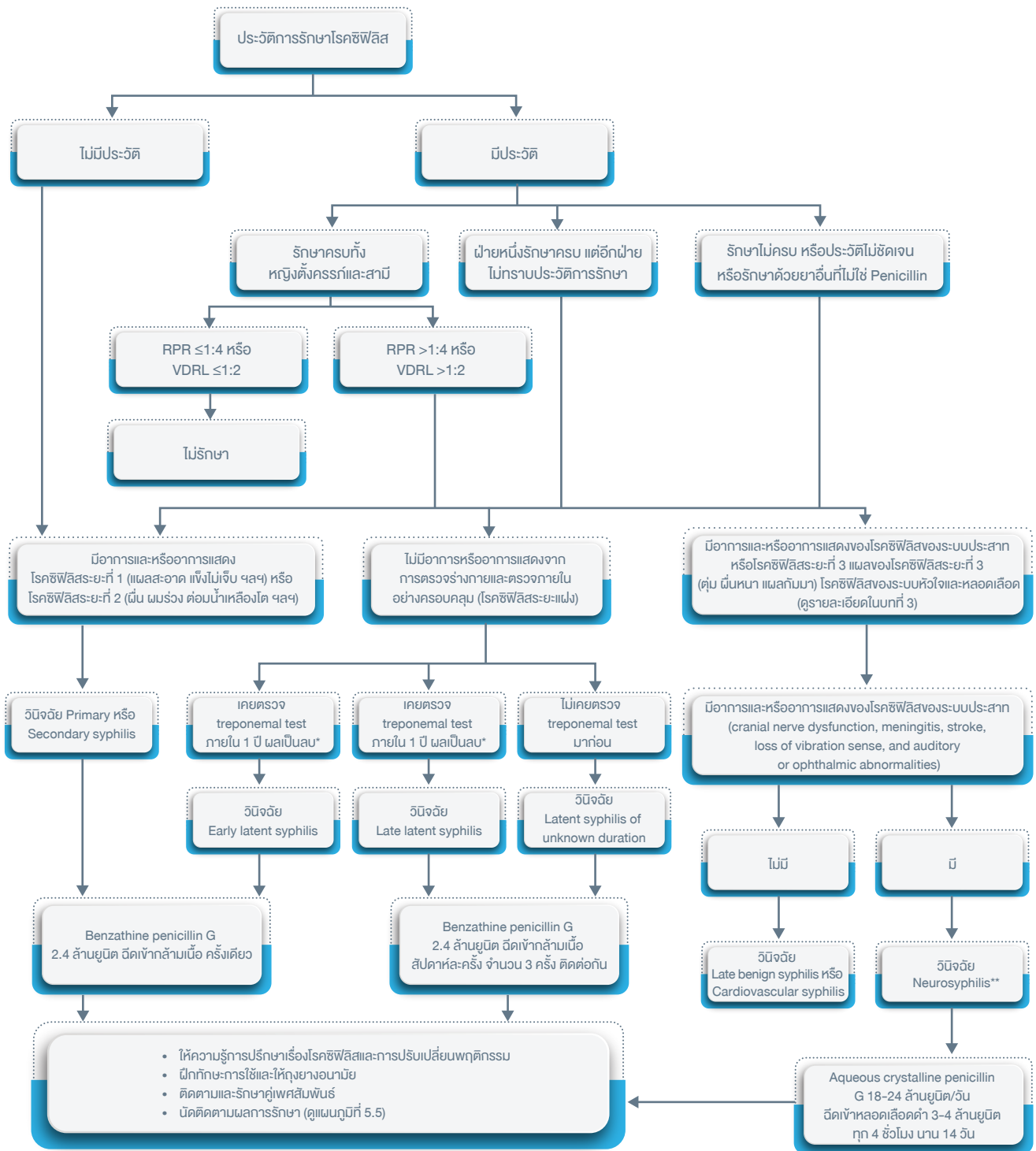
1. มีอาการและอาการแสดงทางคลินิกไม่ดีขึ้น โดยไม่มีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำ
2. มีการเพิ่มของค่า RPR/VDRL ตั้งแต่ 4 เท่าขึ้นไป ภายหลังการรักษาครบ
3. ค่า RPR/VDRL ลดน้อยกว่า 4 เท่า หรือยังมีค่าตั้งแต่ 1:8 ขึ้นไป ภายหลังการรักษาครบแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน⁷

การรักษาซ้ำเมื่อพบข้อบ่งชี้ว่าการรักษาล้มเหลว (ดังแผนภูมิที่ 5.5)

ให้การดูแลรักษาดังต่อไปนี้

1. ประเมินหญิงตั้งครรภ์ เพื่อวินิจฉัยแยกการติดเชื้อใหม่ (reinfection)
2. ตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (สามารถทำพร้อมกับการตรวจตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพ)
 - 2.1 กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่ติดเชื้อเอชไอวี
 - ถ้าหากแยกภาวะติดเชื้อใหม่/ซ้ำไม่ได้ หรือหญิงตั้งครรภ์เป็นโรคซิฟิลิสระยะต้น (early syphilis) ให้รักษาด้วย Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ติดต่อกัน และรักษาสามีหรือคู่อุปสรรคสัมพันธ์ ถ้ามีประวัติความเสี่ยงในการติดเชื้อซ้ำ ให้รักษาด้วย Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว หลังให้การรักษาซ้ำอีกครั้ง หากยังพบข้อบ่งชี้ว่าการรักษาล้มเหลว ให้พิจารณาการรักษาด้วยยารักษาโรคซิฟิลิสของระบบประสาท
 - กรณีที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการรักษาแบบโรคซิฟิลิสระยะปลาย (late syphilis) ตั้งแต่ต้น โดยไม่มีประวัติความเสี่ยงในการติดเชื้อซ้ำ ให้รักษาแบบโรคซิฟิลิสของระบบประสาท ถ้ามีประวัติความเสี่ยงในการติดเชื้อซ้ำ ให้รักษาด้วย Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ครั้งเดียว
 - 2.2 กรณีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย
 - เมื่อพบข้อบ่งชี้ว่าการรักษาล้มเหลว ให้รักษาแบบโรคซิฟิลิสของระบบประสาท โดยไม่ต้องเจาะน้ำไขสันหลัง
3. ให้ตรวจ RPR/VDRL ก่อนเริ่มการรักษาใหม่ทุกครั้ง

แผนภูมิที่ 5.4 การวินิจฉัยระยะของโรคซิฟิลิส และการดูแลรักษา



- *1. ผลเลือด RPR/VDRL มีค่าสูง ≥ 4 เท่า ของผลที่ตรวจครั้งสุดท้ายภายใน 1 ปี หรือ
 2. คู่เพศสัมพันธ์เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซิฟิลิสระยะที่ 1, 2 หรือ ระยะแฝงช่วงแรก หรือ
 3. เคยมีประวัติแผลหรือผื่นที่ชัดเจนที่เข้ากับโรคซิฟิลิสระยะที่ 1 หรือระยะที่ 2 ใน 1 ปี
- **การเจาะตรวจน้ำไขสันหลังในหญิงตั้งครรภ์ทำได้ยากและอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก การวินิจฉัย neurosyphilis จึงใช้อาการและอาการแสดงเป็นหลัก

5.3 หลักเกณฑ์ในการติดตามผู้ป่วยภายหลังการรักษา

เนื่องจากการติดตามการรักษาใช้การตรวจ RPR/VDRL เป็นหลัก จึงแนะนำให้ตรวจหาค่า RPR/VDRL ในวันที่ได้รับการรักษาวันแรกหรือใกล้เคียงที่สุด และในการนัดหมายแต่ละครั้ง มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- ตรวจหาลักษณะทางคลินิกและรอยโรคที่แสดงถึงการติดเชื้อซ้ำ
- ตรวจค่า RPR/VDRL
- สอบถามเรื่องการรักษาสามี/คู่อุปสมพันธ์
- ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง
- ให้คำปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ก. โรคซิฟิลิสระยะต้น (Early syphilis)

ต้องนัดหมายผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่ 3, 6, 9, 12, 18 และ 24 เดือน หลังจากวันที่ได้รับการรักษาครบ

- หากไม่สามารถนัดตามระยะเวลาดังกล่าวได้ ให้นัดเดือนที่ 3, 6, 12
- ให้ตรวจ RPR/VDRL วันที่ตลอดทุกราย

ข. โรคซิฟิลิสระยะปลาย (Late syphilis)

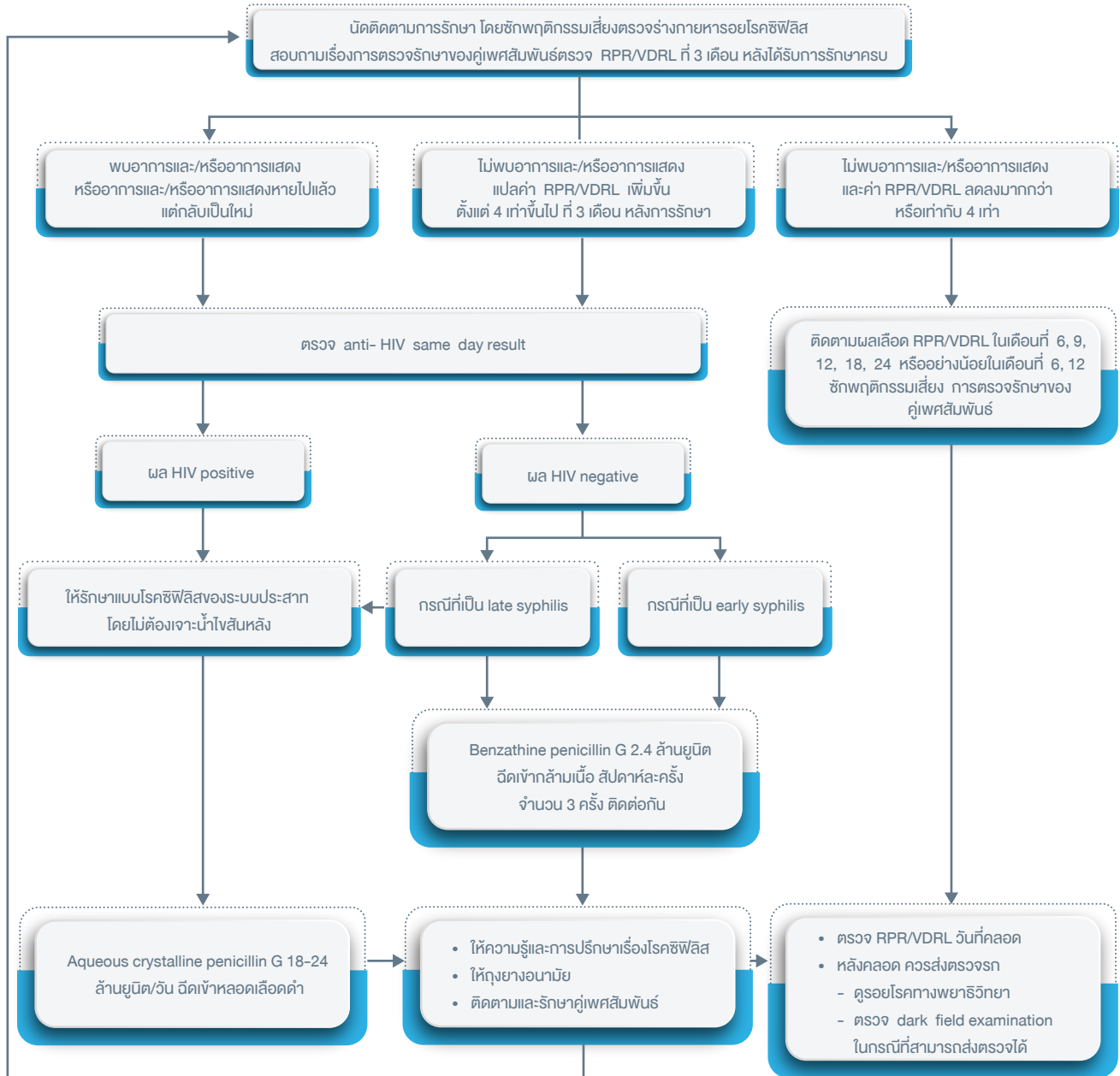
ต้องนัดหมายผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่ 3, 6, 12, 18 และ 24 เดือน หลังจากวันที่ได้รับการรักษาครบ

ให้ตรวจ RPR/VDRL วันที่ตลอดทุกราย

5.4 การส่งตรวจรก

ในการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิสในทุกระยะข้างต้น ควรส่งตรวจรกเพื่อดูรอยโรคทางพยาธิวิทยา และส่ง dark-field microscopic test เพื่อหาตัวเชื้อโรคซิฟิลิส ในกรณีที่สามารถส่งตรวจได้

แผนภูมิที่ 5.5 การติดตามหลังได้รับการรักษา
ในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิส



หมายเหตุ : RPR/VDRL ก่อนการรักษาที่จะนำมาใช้ในการเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นหรือลดลงนั้น ควรเป็น RPR/VDRL ของวันเดียวกับที่เริ่มรักษา

5.5 การให้มอบตร

ในกรณีที่มีการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในมารดาหรือทารกหรือทั้งสองคน สามารถให้มอบตรได้ตามปกติ ยกเว้นกรณีที่มารดามีรอยโรคบริเวณเต้านมใดใดก็ตาม ถือเป็นข้อห้ามในการให้มอบตร ทั้งจากการดูจากเต้านมและจากการบีบเก็บน้ำนมจากเต้านม โดยควรรักษารอยโรคบริเวณเต้านมให้หาย จึงสามารถให้มอบตรได้⁹

5.6 การดำเนินการเกี่ยวกับสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ (ดูแผนภูมิที่ 5.6 และ 5.7)

แผนภูมิที่ 5.6 แสดงการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสในผู้สัมผัสโรค (สามีหรือคู่เพศสัมพันธ์) ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิส (ใช้ automated machine) ใช้กรณีที่สถานพยาบาลสามารถตรวจ treponemal test ด้วย automated machine ได้

แผนภูมิที่ 5.7 แสดงการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสในผู้สัมผัสโรค (สามีหรือคู่เพศสัมพันธ์) ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิส (ใช้ rapid diagnostic test) ใช้กรณีที่สถานพยาบาลไม่สามารถตรวจ treponemal test ด้วย automated machine ได้

ควรแนะนำหญิงตั้งครรภ์แต่ละกลุ่มดังนี้

หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิสทุกราย

ให้นำสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์มารับการตรวจและรักษา

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซิฟิลิสระยะที่ 1

ควรติดตามสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ทุกรายในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ให้มารับการตรวจรักษา และต้องได้รับยาเพื่อป้องกันหรือรักษาทุกราย แม้ผลตรวจเลือดสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ของหญิงตั้งครรภ์ปกติ^{2,7}

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซิฟิลิสระยะที่ 2

ควรติดตามสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ทุกรายในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ให้มารับการตรวจรักษา และต้องได้รับยาเพื่อป้องกันหรือรักษาทุกราย แม้ผลตรวจเลือดสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ของหญิงตั้งครรภ์ปกติ^{2,7}

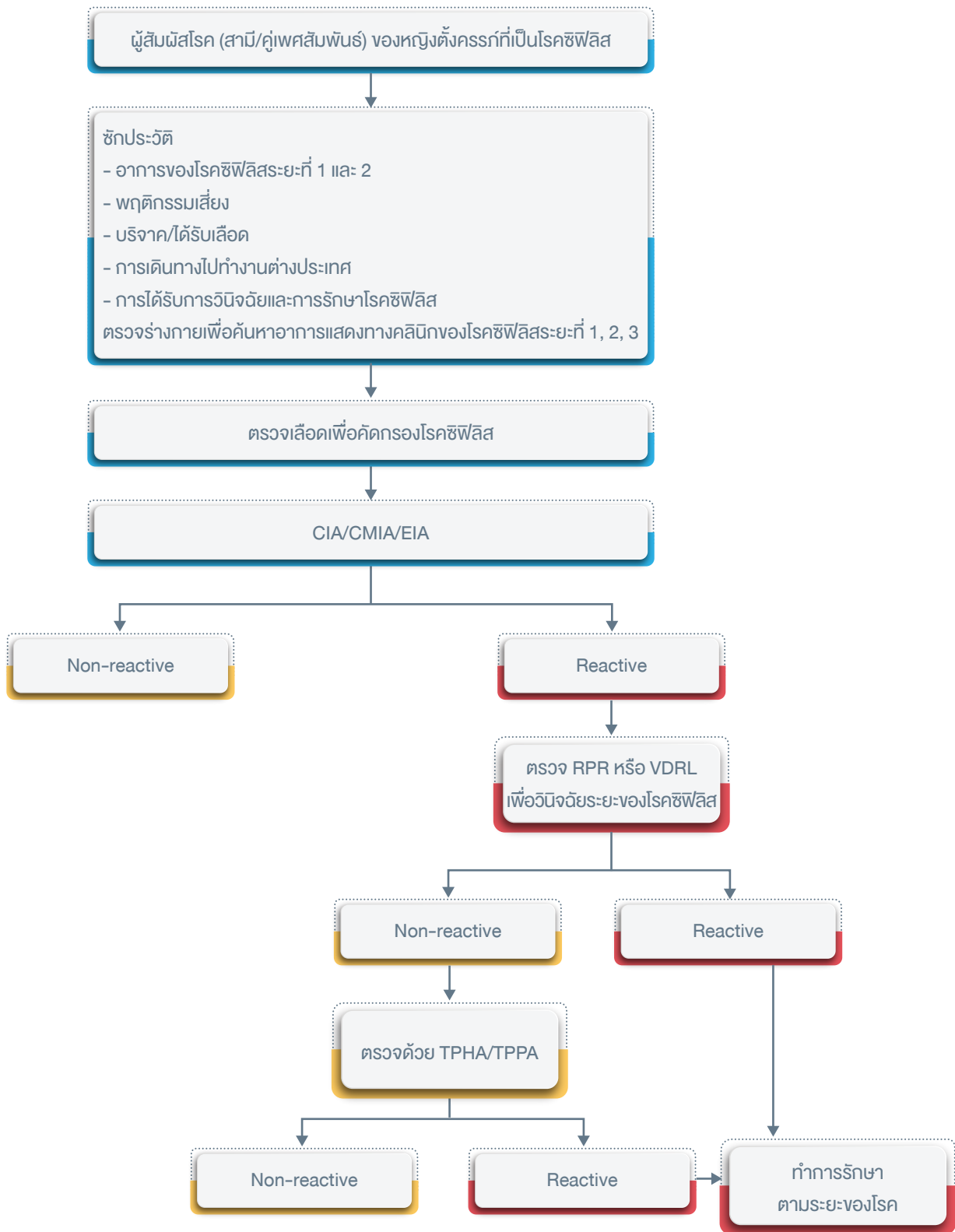
หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงต้น (Early latent syphilis)

ควรติดตามสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ทุกรายในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ให้มารับการตรวจรักษา และต้องได้รับยาเพื่อป้องกันหรือรักษาทุกราย แม้ผลตรวจเลือดสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ของหญิงตั้งครรภ์ปกติ^{2,7}

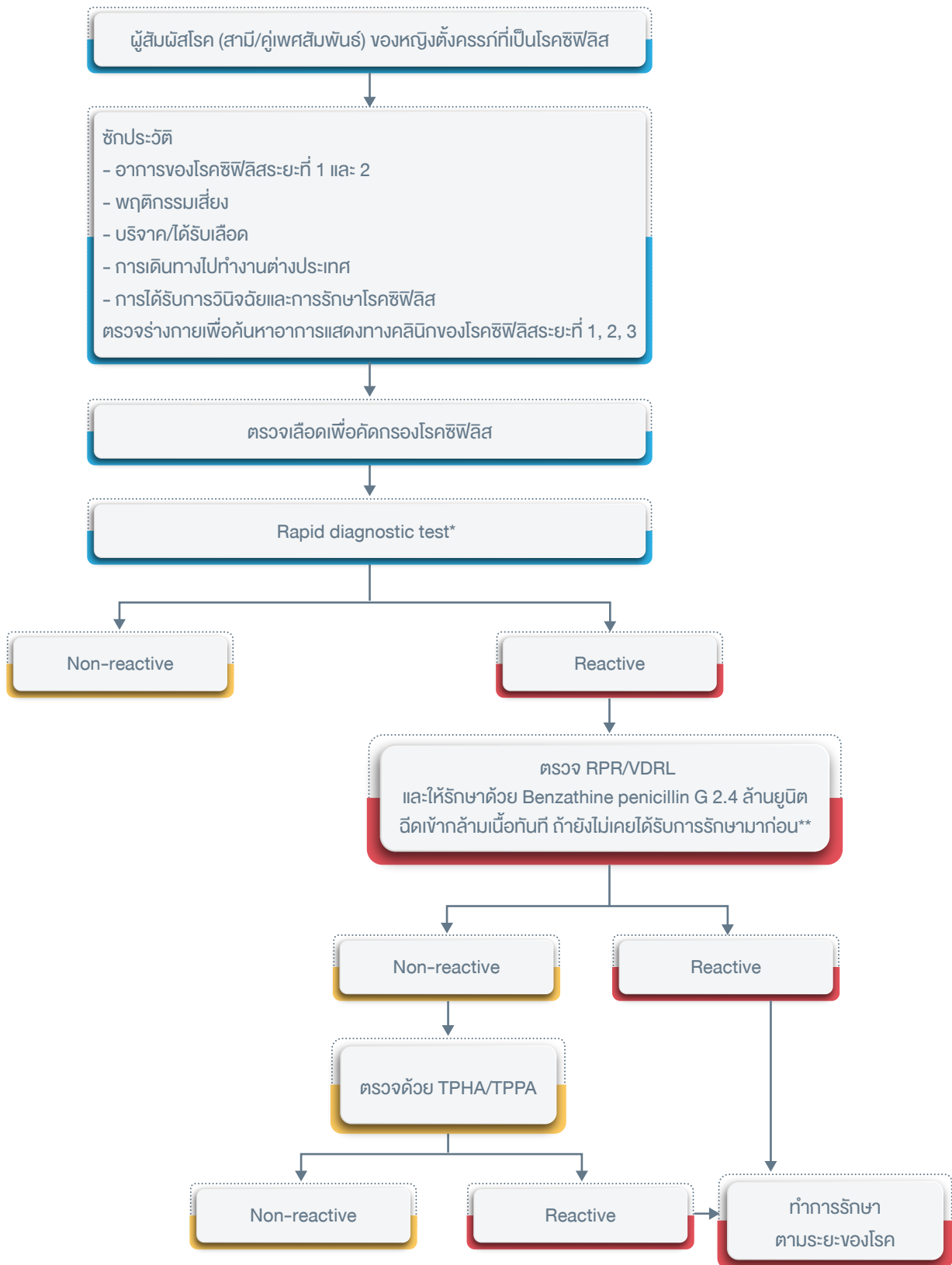
หญิงตั้งครรภ์เป็นโรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงปลาย (Late latent syphilis)

ให้ชักประวัติ ผลเลือด และประวัติการรักษา เพื่อประเมินระยะของโรค การเป็นโรคในระยะนี้มักจะถ่ายทอดเชื้อไปยังคนอื่นได้น้อย โอกาสที่จะติดไปยังทารกน้อย จึงแนะนำให้สามีหรือคู่เพศสัมพันธ์มารับการตรวจเลือดก่อน หากผลปกติไม่จำเป็นต้องให้การรักษา ให้ติดตามดูผลเลือดต่อไป

แผนภูมิที่ 5.6 การปฏิบัติต่อผู้สัมผัสโรค (สามีหรือคู่เพศสัมพันธ์)
ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิส (ใช้ automated machine)



แผนภูมิที่ 5.7 การปฏิบัติต่อผู้สัมผัสโรค (สามีหรือคู่เพศสัมพันธ์)
ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิส (ใช้ rapid diagnostic test)



*Rapid diagnostic test ที่ใช้ จะต้องมีความสัมพันธ์ตามตารางที่ 4.5

**สามารถเริ่มการรักษาได้เลยหากไม่สามารถรอผล RPR/VDRL ได้

ผู้เชี่ยวชาญได้มีการแบ่งระยะของโรคซิฟิลิสเพื่อประโยชน์ในการกำหนดระยะเวลาการรักษา² ดังนี้

1. โรคซิฟิลิสระยะต้น (early syphilis) ได้แก่
 - 1.1 โรคซิฟิลิสระยะที่ 1 (primary syphilis)
 - 1.2 โรคซิฟิลิสระยะที่ 2 (secondary syphilis)
 - 1.3 โรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงต้น (early latent syphilis)
2. โรคซิฟิลิสระยะปลาย (late syphilis) ได้แก่
 - 2.1 โรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงปลาย (late latent syphilis)
 - 2.2 โรคซิฟิลิสระยะแฝงไม่ทราบระยะเวลาที่เป็น (latent syphilis of unknown duration)
 - 2.3 โรคซิฟิลิสระยะที่ 3 (tertiary syphilis)
 - แผลของโรคซิฟิลิสระยะที่ 3 (late benign syphilis)
 - โรคซิฟิลิสระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular syphilis)
3. โรคซิฟิลิสของระบบประสาท (neurosyphilis)



การรักษาโรคซิฟิลิสสำหรับสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์

1. โรคซิฟิลิสระยะต้น (early syphilis) ได้แก่ โรคซิฟิลิสระยะที่ 1 (primary syphilis) โรคซิฟิลิสระยะที่ 2 (secondary syphilis) และ โรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงต้น (early latent syphilis)

- ฉีด Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ ครั้งเดียว (ให้แบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกข้างละ 1.2 ล้านยูนิต)²⁻⁶

- ติดตามและรักษาคู่เพศสัมพันธ์แม้ไม่มีอาการและผลเลือดเป็นลบ

กรณีแพ้ยา Penicillin ให้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Doxycycline 100 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน²⁻⁶
- Tetracycline 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน^{3,5-6}
- Azithromycin 2 gm กินครั้งเดียว^{3,6}
- Ceftriaxone 1-2 gm ฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือเข้ากล้ามเนื้อ วันละ 1 ครั้ง นาน 10-14 วัน^{3,6}
- Erythromycin 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน^{4,6}

2. โรคซิฟิลิสระยะปลาย (Late syphilis) ได้แก่ โรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงปลาย (late latent syphilis) โรคซิฟิลิสระยะแฝงไม่ทราบระยะเวลาที่เป็น (latent syphilis of unknown duration) โรคซิฟิลิสระยะที่ 3 (tertiary syphilis) ซึ่งประกอบด้วย แผลของโรคซิฟิลิสระยะที่ 3 (late benign syphilis) และโรคซิฟิลิสระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular syphilis)

- ฉีด Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ติดต่อกัน (ให้แบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกข้างละ 1.2 ล้านยูนิต)²⁻⁶

- ให้การรักษาคู่เพศสัมพันธ์หากมีผลเลือดผิดปกติ

กรณีแพ้ยา Penicillin ให้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Doxycycline 100 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 28 วัน^{2-4,6}
- Tetracycline 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 28 วัน^{3,6}

3. โรคซิฟิลิสของระบบประสาท (Neurosyphilis)

- ฉีด Aqueous crystalline penicillin G 18-24 ล้านยูนิต/วัน เข้าหลอดเลือดดำ โดยแบ่งฉีด 3-4 ล้าน ยูนิต ทุก 4 ชั่วโมงนาน 10-14 วัน

ตารางที่ 5.1 สรุปการรักษาโรคซิฟิลิสระยะต่างๆ²⁻⁶

ระยะของโรคซิฟิลิส	การรักษา		หมายเหตุ
	First line option	Alternative option (แพ้ Penicillin หรือ กรณีย ไม่บี Benzathine penicillin)	
โรคซิฟิลิสระยะต้น (Early syphilis)			
1. โรคซิฟิลิสระยะที่ 1 (primary syphilis)	Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ครั้งเดียว (ให้แบ่งฉีดเข้า กล้ามเนื้อสะโพกข้างละ 1.2 ล้านยูนิต)	Doxycycline 100 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน (ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์)	• Doxycycline เป็นที่นิยมใช้ มากกว่าTetracycline เนื่องจาก ยาผ่านเข้าน้ำไขสันหลังได้ดีกว่า และอาการคลื่นไส้น้อยกว่า • ห้ามใช้ Doxycycline หรือ Tetracycline ในหญิงตั้งครรภ์
		Tetracycline 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน (ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์)	
2. โรคซิฟิลิสระยะที่ 2 (secondary syphilis)		Azithromycin 2 gm กินครั้งเดียว	มีรายงานพบเชื้อ <i>T.pallidum</i> ติดต่อยา Azithromycin ในบาง ประเทศ
3. โรคซิฟิลิสระยะแฝง ช่วงต้น (early latent syphilis)		Ceftriaxone 1-2 gm ฉีดเข้า หลอดเลือดดำหรือฉีดเข้า กล้ามเนื้อวันละ 1 ครั้ง นาน 10-14 วัน	• การใช้ Ceftriaxone มีโอกาส cross reaction กับผู้ที่แพ้ Penicillin ได้ 10% • ขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลว่าสามารถ ป้องกันการเกิดโรคซิฟิลิสแต่ กำเนิด
		Erythromycin 500 mg กิน วันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน	• ให้ผลการรักษาต่ำ (high failure rates) ยาผ่าน blood brain barrier และ placental barrier ได้ไม่ดี • ยานี้ไม่สามารถผ่านรกไปที่ ทารกในระดับที่เพียงพอที่จะ ป้องกันโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดใน ทารก

ระยะของโรคซิฟิลิส	การรักษา		หมายเหตุ
	First line option	Alternative option (แพ้ Penicillin หรือ กรณีนีโมบี Benzathine penicillin)	
โรคซิฟิลิสระยะปลาย (Late syphilis)			
1. โรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงปลาย (late latent syphilis)	Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ติดต่อกัน	Doxycycline 100 mg กินวันละ 2 ครั้งหลังอาหาร นาน 28 วัน (ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์)	- Doxycycline และ Tetracycline เป็นยาเพียง 2 ชนิดเท่านั้นที่ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริการับรองเป็น alternative option ใน late latent syphilis และ latent syphilis of unknown duration - ห้ามใช้ Doxycycline หรือ Tetracycline ในหญิงตั้งครรภ์ - Ceftriaxone อาจใช้ได้ผลในโรคซิฟิลิสระยะนี้ แต่ขนาดของยาและระยะเวลาที่ให้ยายังไม่ชัดเจน - ขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลว่าสามารถป้องกันการเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด
2. โรคซิฟิลิสระยะแฝงไม่ทราบระยะเวลาที่เป็น (latent syphilis of unknown duration)		Tetracycline 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 28 วัน (ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์)	
3. โรคซิฟิลิสระยะที่ 3 (tertiary syphilis) - แผลของโรคซิฟิลิสระยะที่ 3 (late benign syphilis) - โรคซิฟิลิสระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardio-vascular syphilis)			
โรคซิฟิลิสของระบบประสาท (Neurosyphilis)			
โรคซิฟิลิสของระบบประสาท (neurosyphilis)	Aqueous crystalline penicillin G 18-24 ล้านยูนิต/วัน ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ โดยแบ่งฉีด 3-4 ล้านยูนิต ทุก 4 ชั่วโมง นาน 10-14 วัน	Ceftriaxone 2 gm ฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ วันละ 1 ครั้ง นาน 10-14 วัน	- Ceftriaxone ผ่านเข้าน้ำไขสันหลังได้ดี - การใช้ Ceftriaxone มีโอกาส cross reaction กับผู้ที่แพ้ penicillin ได้ 10%
โรคซิฟิลิสในผู้ป่วยที่ต้องพิจารณาเป็นพิเศษ			
1. โรคซิฟิลิสในหญิงมีครรภ์ที่แพ้ Penicillin	- ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกาแนะนำให้ทำ Penicillin desensitized ก่อนแล้วรักษาด้วย Penicillin เช่นเดียวกับข้างบน - บางการศึกษาแนะนำให้เพิ่มการฉีดยา 1 dose ในโรคซิฟิลิสระยะต้น โดยฉีด Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 2 ครั้ง^{3,7}	Ceftriaxone 1-2 gm ฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือเข้ากล้ามเนื้อ วันละ 1 ครั้ง นาน 10-14 วัน	- Ceftriaxone ผ่านเข้าน้ำไขสันหลังได้ดี - การใช้ Ceftriaxone มีโอกาส cross reaction กับผู้ที่แพ้ Penicillin ได้ 10% - ขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลว่าสามารถป้องกันการเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

ระยะของโรคซิฟิลิส	การรักษา		หมายเหตุ
	First line option	Alternative option (แพ้ Penicillin หรือ กรณี ไม่มี Benzathine penicillin)	
		Erythromycin stearate 500 mg รับประทาน วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารนาน 14 วัน	• ให้ผลการรักษาต่ำ ยาผ่าน blood brain barrier และ placental barrier ได้ไม่ดี • ยานี้ไม่สามารถผ่านรกไปที่ทารกในระดับที่เพียงพอที่จะป้องกันโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในทารก • ทารกต้องได้รับการตรวจเลือดและติดตามดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด
2. โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis)	Aqueous crystalline penicillin G 50,000 ยูนิต/น้ำหนักตัว 1 kg/ครั้ง ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง ในช่วงที่ทารกอายุ 1-7 วัน และ ทุก 8 ชั่วโมง ในช่วงที่ทารกอายุมากกว่า 7 วัน รวมทั้งสิ้น 10 วัน		มารดา บิดา/คู่เพศสัมพันธ์ของมารดา ควรได้รับการประเมินการติดเชื้อและรักษา

หมายเหตุ: ผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้รักษาเหมือนผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี

1. สิริพร มนยฤทธิ์. สถานการณ์การป่วยโรคซิฟิลิส. ใน: สิริพร มนยฤทธิ์, บรรณาธิการ. สถานการณ์โรคซิฟิลิส ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561: วิเคราะห์ตามกรอบระบบเฝ้าระวังโรค 5 มิติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2562. หน้า 3-12.
2. นิสิต คงเกริกเกียรติ, นพดล ไพบูลย์สิน. การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซิฟิลิส. ใน: นิสิต คงเกริกเกียรติ, รสพร กิตติเยวามาลย์, เอกชัย แดงสอาด, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2558. หน้า 14-21.
3. Tuddenham SA, Zenilman JM. Syphilis. In: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, et al., eds. Fitzpatrick's dermatology. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. p. 3145-72.
4. Stary G, Stary A. Sexually transmitted infections. In: Bologna J, Schaffer J, Cerroni L, eds. Dermatology. 4th ed. China: Elsevier; 2018. p. 1447-69.
5. Kinghorn GR, Omer R. Syphilis and congenital syphilis. In: Griffiths CEM, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D, eds. Rook's textbook of dermatology. 9th ed. New Delhi: John Wiley & Sons; 2016. p. 29.3-35.
6. Lukehart SA. Biology of treponemes. In: Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN, Corey L, et al., eds. Sexually transmitted diseases. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2008. p. 647-59.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015;64(RR-03):1-137.
8. World Health Organization. WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2017. p. 20.
9. Lamounier JA, Moulin ZS, Xavier CC. Recommendations for breastfeeding during maternal infections. J Pediatr (Rio J). 2004;80(5 Suppl):S181-S188.





บทที่ 6

โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Congenital syphilis)

บทที่

6

โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Congenital syphilis)



รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) แพทย์หญิงปิยรัชต์ สันตะรัตตวงศ์

แพทย์หญิงสุพิศตรา รุ่งโมตรี

นายแพทย์พนิต กักัญญเสถียร

แพทย์หญิงธนิษณ์ กังวาลพรโรจน์

โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis) ยังคงเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในประเทศไทยและเป็นโรคที่มีความสำคัญเนื่องจากส่งผลต่อความพิการของทารกในครรภ์ แต่สามารถป้องกันได้ หากได้รับการวินิจฉัยและรับการรักษาอย่างถูกต้องขณะตั้งครรภ์ โรคนี้เกิดจากการติดเชื้อ *Treponema pallidum* โดยผ่านทางรกขณะทารกอยู่ในครรภ์ สามารถเกิดได้ทุกระยะของการตั้งครรภ์ มีส่วนน้อยที่เกิดระหว่างการคลอด โดยพบความรุนแรงของพยาธิสภาพแตกต่างกันได้มาก ตั้งแต่ตรวจไม่พบความผิดปกติใดๆเลยหลังเกิด จนเมื่อโตจึงพบความพิการทางกระดูกและระบบประสาท ทารกที่มีความผิดปกติรุนแรงจะไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ เช่น ทารกภาวะบวมน้ำ (hydrops fetalis) และกลุ่มทารกคลอดก่อนกำหนด รวมทั้งแท้งและตายคลอด ทารกในกลุ่มหลังนี้ในหลายโรงพยาบาลไม่สามารถให้การวินิจฉัยถึงสาเหตุที่แท้จริงได้ เนื่องจากขาดการทดสอบทางห้องปฏิบัติการและพยาธิวิทยา เช่น การส่งตรวจรกและทารกภายหลังเสียชีวิต อัตราการแพร่เชื้อ 60-100% ในโรคซิฟิลิสระยะที่ 1 และ 2 และอัตราการแพร่เชื้อจะลดลงหากเหลือเพียง 40% ในโรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงต้น (early latent syphilis) และ 8% ในโรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงปลาย (late latent syphilis)



อาการและอาการแสดงของโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

- 1. Early-onset manifestation** พบอาการและอาการแสดงตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 2 ปี ส่วนมากจะแสดงอาการภายใน 5 สัปดาห์แรก ลักษณะอาการที่พบบ่อย ได้แก่ ซีด โดยเฉพาะจากเม็ดเลือดแดงแตก เหลือง ตับโต ม้ามโต ต่อมน้ำเหลืองโต ผื่นแบบ maculopapular ตุ่มน้ำใสที่ฝ่ามือฝ่าเท้าและลอกเป็นมันวาว อาการอื่นๆ ได้แก่ rhinitis (snuffle), thrombocytopenia, hepatitis และความผิดปกติของกระดูก เช่น osteochondritis และ perichondritis ซึ่งทำให้เกิดภาวะ pseudoparalysis (ตารางที่ 6.1)
- 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 (ตารางที่ 6.2)

จากการศึกษาของ วราภรณ์ แสงทวีสิน และคณะ^{1,2} พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทารกโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคซิฟิลิสหลัง neonatal period ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ระหว่างเดือนมกราคม 2529 ถึง ธันวาคม 2540 พบโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด 36 ราย โดยมีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญ คือ ตับม้ามโต ร้อยละ 88.9 ผื่น ร้อยละ 50.0 ซึ่งส่วนใหญ่มีลักษณะเป็น maculopapular rash และ desquamation of palm and sole ภาวะเลี้ยงไม่โต (failure to thrive) ร้อยละ 33.3 อาการทางกระดูก ร้อยละ 19.4 โดยเป็น pseudoparalysis of extremities และ arthritis of fingers อาการปอดอักเสบ ร้อยละ 19.4 persistent rhinitis/snuffle ร้อยละ 8.3 และ frontal bossing ร้อยละ 8.3 สำหรับการเปลี่ยนแปลงภาพถ่ายรังสีกระดูกพบร้อยละ 94.4 ความผิดปกติของน้ำไขสันหลัง ร้อยละ 25.5 และ FTA-ABS IgM ให้ผลบวกในทารกเพียงร้อยละ 22.2

ตารางที่ 6.1

ลักษณะทางคลินิกของโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดระยะแรก (Early onset clinical manifestations of congenital syphilis)

Hydrops fetalis

- Low birth weight
- Hepatomegaly, Hepatosplenomegaly
- Hepatitis
- Failure to thrive
- Fever
- Pneumonia
- Persistent rhinitis (snuffles)
- Rhagades
- Pseudoparalysis of Parrot
- Osteochondritis

Hematologic manifestation

- Anemia: Hct < 35%
- Thrombocytopenia: platelets < 150,000 เซลล์/มม.³
- Leukemoid reaction
- Lymphocytosis, monocytosis

Eyes

- Chorioretinitis, glaucoma, uveitis

Skin manifestation

- Rash: vesiculobullous, erythematous maculopapular rash, copper color maculopapular rash at palms and soles
- Wart-like lesion at mucocutaneous junction, mouth, anus, genitalia
- Condyloma lata

Central nervous system

- CSF: VDRL positive, protein > 150 มก./ดล., WBC > 25 ตัว/มม.³

Renal

- Glomerulonephritis, congenital nephrotic syndrome, hypertension

X-ray

- Metaphysitis, diaphysitis of long bone, osteochondritis of wrist, elbows, ankles and knees
- Periostitis, subperiosteal hemorrhage
- Wimberger's sign: localized bilateral metaphyseal destruction of the medial proximal tibias

Facial

- Frontal bossing, short maxillae, saddle nose, protruding mandible, high-arched palate
- peg-shaped upper incisors* (Hutchinson teeth), mulberry molars, perioral fissures (rhagades)

Bone and joints

- Sternoclavicular thickening, flaring scapulas
- bilateral knee effusion, anterior bowing of the shins (saber shins), Clutton joints (symmetric, painless swelling of the knees)

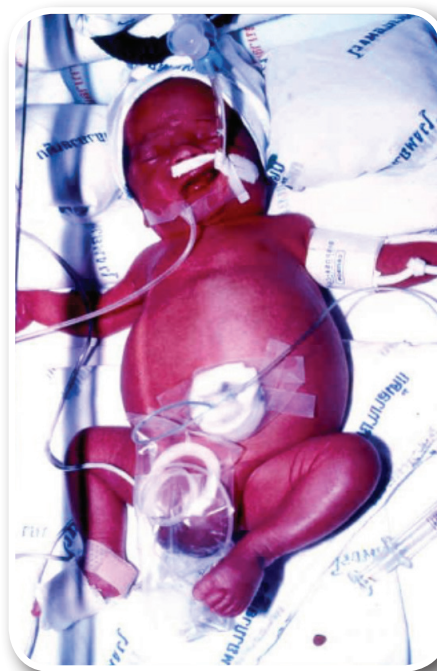
Remark: *Hutchinson's triad

Eye

- Interstitial keratitis*, optic atrophy
- Old chorioretinitis (salt and pepper fundus)
- Ghost vessels

Neurogenic abnormalities

- Mental retardation, eighth cranial nerve deafness*, hydrocephalus, seizure, schizophrenia



รูปที่ 6.1 โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด แสดงลักษณะทารกภาวะบวมน้ำ (hydrops fetalis)
(ที่มารูป: รศ.พญ.วราภรณ์ แสงทวีสิน)



รูปที่ 6.2 โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด แสดงลักษณะทารกมีตับและม้ามโต (hepatosplenomegaly)
(ที่มารูป: รศ.พญ.วราภรณ์ แสงทวีสิน)



รูปที่ 6.3 โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด แสดงลักษณะ frontal bossing
(ที่มารูป: รศ.พญ.วราภรณ์ แสงทวีสิน)



รูปที่ 6.4 ภาวะผมร่วงในเด็กที่เป็นโรคซิฟิลิส
(ที่มารูป: ศ.คลินิก พญ.ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวนิช)



รูปที่ 6.5 ทารกโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด แสดงลักษณะมือเป็นมันวาว
(ที่มารูป: รศ.พญ.วราภรณ์ แสงทวีสิน)



รูปที่ 6.6 โรคซีฟิไลสแต่กำเนิด แสดงลักษณะเท้าเป็นมันวาว
(ที่มารูป: รศ.พญ.วราภรณ์ แสงทวีสิน)



รูปที่ 6.7 โรคซีฟิไลสแต่กำเนิด แสดงลักษณะฝ่าเท้าลอก
(ที่มารูป: รศ.พญ.วราภรณ์ แสงทวีสิน, ผศ. ศุภวัชร บุญกษิต์เดช)



รูปที่ 6.8 โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด แสดงลักษณะผื่นผิวหนัง
(ที่มารูป: รศ.พญ.วราภรณ์ แสงทวีสิน, ผศ.นพ.ศุภวัชร บุญกษิต์เดช)



รูปที่ 6.9 โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด แสดงลักษณะ snuffering และ rhagades
(ที่มารูป: ศ.(พิเศษ) นพ.ทวี โชติพิทยสุนนท์)

Epiphyseal change and periosteal reaction

รูปแสดงลักษณะ x-ray long bone แบบต่างๆ ที่พบได้ในโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis)



รูปที่ 6.10 โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด แสดง transverse radiolucent bands with sclerotic lines at distal metaphyses



รูปที่ 6.11 โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด แสดง Wimberger's sign: destructive metaphysitis medial aspects of the proximal and distal tibia
(ที่มารูป: ผศ.นพ.ณรงค์ นิธิปัญญา)

1. สิริพร มนยฤทธิ์. สถานการณ์การป่วยโรคซิฟิลิส (Morbidity & Abnormal event). ใน: สิริพร มนยฤทธิ์, บรรณาธิการ. สถานการณ์โรคซิฟิลิส ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ตามกรอบระบบเฝ้าระวังโรค 5 มิติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กลุ่มเทคโนโลยีระบบข้อมูล กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2562. หน้า 3-12.
2. นิสิต คงเกริกเกียรติ, นพดล ไพบูลย์สิน. การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซิฟิลิส. ใน: นิสิต คงเกริกเกียรติ, รสพร กิตติเยวมาลย์, เอกชัย แดงสอาด, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2558. หน้า 14-21
3. Tuddenham SA, Zenilman JM. Syphilis. In: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, et al., editors. Fitzpatrick's dermatology. Vol. 2. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. p. 3145-72.
4. Stary G, Stary A. Sexually transmitted infections. In: Bolognia J, Schaffer J, Cerroni L, editors. Dermatology. Vol. 2. 4th ed. China: Elsevier; 2018. p. 1447-69.
5. Kinghorn GR, Omer R. Syphilis and congenital syphilis. In: Griffiths CEM, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D, editors. Rook's textbook of dermatology. Vol. 1. 9th ed. New Delhi: John Wiley & Sons; 2016. p. 29.3-35.
6. Lukehart SA. Biology of treponemes. In: Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN, Corey L, et al., editors. Sexually transmitted diseases. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2008. p. 647-59.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015;64(RR-03):1-137.



บทที่ 7

แนวทางการดูแลรักษา
ทารกที่คลอดจากมารดา
ที่เป็นโรคซิฟิลิส

แนวทางการดูแลรักษาการก ที่คลอดจากมารดาที่เป็นโรคซิฟิลิส

รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) แพทย์หญิงปิยรัชต์ สันตะรัตตวงศ์แพทย์

แพทย์หญิงสุพัตรา รุ่งโมตรี

นายแพทย์พนิต กักัญญเสถียร

แพทย์หญิงธนิย์นันท์ กังวาทพรโรจน์

ทารกที่คลอดจากมารดาที่เป็นโรคซิฟิลิส มีโอกาสที่จะติดเชื้อโรคซิฟิลิสที่ผ่านมาจากมารดาขณะกำลังตั้งครรภ์ได้ซึ่งจะทำให้ทารกจำนวนหนึ่งอาจเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดได้

การตรวจเพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่รวดเร็วและถูกต้อง รวมถึงการรักษาอย่างทัน่วงที จะทำให้ทารกปลอดภัยจากภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตได้

7.1 การวินิจฉัย

ให้ดำเนินการในประเด็นดังต่อไปนี้

การซักประวัติและการทบทวนข้อมูลการดูแลรักษา

มารดา

ควรซักประวัติและการทบทวนข้อมูลการดูแลรักษาต่อไปนี้

- การรักษาโรคซิฟิลิสของมารดา โดยเฉพาะ วิธีการรักษา ยาที่ใช้ในการรักษา ความเหมาะสมของการรักษา และวันที่ได้รับการรักษา
- การตั้งครรภ์ของมารดา โดยเฉพาะ จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ ประวัติการคลอดที่มีทารกผิดปกติ ประวัติการแท้ง ประวัติการเสียชีวิตหลังคลอดของทารก
- การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสโดยอาจจะทบทวนจากเวชระเบียนร่วมด้วย
- ค่า nontreponemal test (RPR/VDRL) ตั้งต้น และการติดตามผล nontreponemal test (VDRL/ RPR) หลังการรักษาว่าตอบสนองต่อการรักษาหรือไม่ โดยมีเกณฑ์กำหนดคือมีค่า nontreponemal test (RPR/VDRL) มากกว่าหรือเท่ากับ 4 เท่าจากค่าตั้งต้นซึ่งถือว่าการรักษาล้มเหลว (เช่น จาก 1:4 เป็น 1:16)
- ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา และ dark-field microscopic test ในกรณีที่สามารถส่งตรวจได้

การรักษาครบถ้วนสมบูรณ์ของมารดา คือ รักษาด้วยยากลุ่ม Penicillin และได้รับการรักษาครั้งแรกไม่น้อยกว่า 30 วันก่อนคลอดมีการติดตามผลการรักษา nontreponemal test (RPR/VDRL) ในมารดาลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 4 เท่า ไม่มีหลักฐานการติดเชื้อซ้ำ และสามี/คู่เพศสัมพันธ์ได้รับการวินิจฉัยโรคซิฟิลิส และ/หรือรักษา

การตรวจร่างกาย

มารดา

อาการและอาการแสดงของโรคซิฟิลิสในมารดา เช่น ผื่น ผม่วเป็นหย่อม แผลที่อวัยวะเพศ (ดูรายละเอียดในบทที่ 3)

ทารก

- อาการและอาการแสดงของโรคซิฟิลิสในทารก (early congenital syphilis) เช่น ตับโต ม้ามโต ต่อม้ำเหลืองโต ซีด ผื่น และ อาการทางผิวหนังและเยื่อ (mucocutaneous lesion) มือเท้าลอก น้ำมูกไหลและมีเลือดปน (snuffle), osteochondritis, pseudoparalysis
- ผลเลือด nontreponemal test (RPR/VDRL) ทารก เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับมารดา

ถ้าไม่ทราบผลการตรวจโรคซิฟิลิส ขณะตั้งครรภ์หรือช่วงคลอด ไม่ควรให้มารดาและทารกกลับบ้านจนกว่าจะทราบผล

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจวินิจฉัยโรคซิฟิลิสที่จำเป็นมี 3 ชนิด คือ การส่งตรวจที่หาตัวเชื้อโดยตรง การตรวจทาง พยาธิวิทยา และการส่งตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา

นอกจากนี้ยังมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆเพิ่มเติมเพื่อช่วยในการวินิจฉัยร่วมกับการพิจารณาอาการทางคลินิกด้วย

การตรวจวินิจฉัยที่จำเป็น

ก. การส่งตรวจที่หาตัวเชื้อโดยตรง

เก็บส่งตรวจจากกรก สายสะดือ และสารคัดหลั่ง หรือรอยโรคจากทารก เช่น น้ำไขสันหลัง สารคัดหลั่งในโพรงจมูก และสารคัดหลั่งจากแผลที่ผิวหนัง แล้วนำมาตรวจด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

- ดูรูปร่างและการเคลื่อนไหวผ่านกล้องจุลทรรศน์ชนิด dark-field
- การตรวจทางอณูชีวโมเลกุล (nucleic acid amplification test หรือ NAAT)
- การตรวจ immunohistochemistry (IHC)

ข. การตรวจทางพยาธิวิทยา

ควรส่งตรวจรกเพื่อดูรอยโรคทางพยาธิวิทยา และส่ง special stain เพื่อหาตัวเชื้อโรคซิฟิลิสในทารกที่คลอดจากมารดาที่มีการติดเชื้อโรคซิฟิลิสทุกราย

ค. การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา

เป็นการตรวจวินิจฉัยโดยการตรวจหา antibody ต่อเชื้อโรคซิฟิลิสในเลือด ซึ่งสามารถตรวจได้ 2 วิธี คือ nontreponemal และ treponemal test ดังนี้

Nontreponemal test

ได้แก่ rapid plasma reagin (RPR) และ venereal disease research laboratory (VDRL)

วิธีการตรวจ

เจาะเลือดทารกเพื่อส่งตรวจ ไม่แนะนำให้ใช้เลือดจากสายสะดือ (cord blood) เนื่องจากอาจมีการปนเปื้อนของเลือดมารดาและ Wharton jelly

วิธีการแปลผล

การตรวจวัดเชิงปริมาณ nontreponemal ช่วยในการวินิจฉัยโรค สามารถบอกได้ว่าโรคอยู่ในระยะใด (disease activity) และใช้ติดตามการตอบสนองต่อการรักษาได้ โดยแนะนำให้ใช้การทดสอบชนิดเดียวกัน จากห้องปฏิบัติการเดียวกัน กับที่ใช้ในมารดา เพื่อให้สามารถนำผลมาเปรียบเทียบกันได้ ถ้าผล RPR/VDRL ในทารกมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 4 เท่า ของมารดา เช่น RPR/VDRL ของมารดา 1:64 ของมารดา 1:16 จะสามารถให้การวินิจฉัยเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

ข้อควรระวัง

- กรณีมารดาหรือทารกมีอาการหรืออาการแสดงเข้าได้กับโรคซิฟิลิส แต่ผลตรวจ nontreponemal test เป็นลบ อาจเกิดจาก prozone phenomenon ซึ่งหมายถึงผู้ติดเชื้อมี titer ของแอนติบอดีต่อเชื้อโรคซิฟิลิสสูงมาก ดังนั้นถ้าสงสัยควรแจ้งทางห้องปฏิบัติการเพื่อเจือจางซีรัมในการทดสอบ (serum dilution)
- ผล nontreponemal test เป็น false-negative พบได้ในภาวะ early primary syphilis, latent acquired syphilis ที่เป็นมาระยะเวลานาน

Treponemal test

ได้แก่ *Treponema pallidum* particle agglutination (TP-PA), *Treponema pallidum* haemagglutination assay (TPHA), fluorescent treponemal antibody absorption (FTA-ABS), machine base for *Treponema pallidum*

วิธีการแปลผล

- Treponemal antibody ในมารดาสามารถส่งผ่านรกไปยังทารกได้ ทำให้พบผลเป็นบวกในทารก จึงไม่สามารถนำมาวินิจฉัยได้ แต่ถ้าพบเป็นบวกหลังทารกอายุ 18 เดือน แสดงว่าเป็น treponemal antibody ในตัวลูก จึงสามารถให้การวินิจฉัยได้
- ในกรณีทารกติดเชื้อโรคซิฟิลิสผล treponemal test จะบวกคงอยู่ไปตลอดชีวิต จึงไม่สามารถใช้ในการติดตามการรักษาได้

การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ (รายละเอียดในแผนภูมิที่ 7.1)

ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ เพื่อประเมินความผิดปกติตามระบบ

1. มารดาได้รับการรักษาไม่ครบถ้วนก่อนคลอดหรือไม่ได้รับการรักษา
2. ตรวจร่างกายทารกผิดปกติเข้าได้กับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด
3. ผล RPR/VDRL มากกว่าหรือเท่ากับมารดา 4 เท่า

ก. การตรวจน้ำไขสันหลัง

ให้ส่งนับจำนวนเซลล์ โปรตีนและ VDRL โดยการแปลผลน้ำไขสันหลังในทารกมีความซับซ้อน เพราะค่าปกติ มีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุของทารก โดยกำหนดเกณฑ์ในการรักษาและรายงานโรค ดังนี้

- ในเด็กอายุ ≤ 30 วัน
เม็ดเลือดขาวในน้ำไขสันหลัง > 25 ตัว/มม.³ หรือ โปรตีนในน้ำไขสันหลัง > 150 มก./ดล.
- ในเด็กอายุมากกว่า > 30 วัน
เม็ดเลือดขาวในน้ำไขสันหลัง > 5 ตัว/มม.³ หรือ โปรตีนในน้ำไขสันหลัง > 40 มก./ดล. โดยไม่คำนึงถึง CSF serology

ข. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count)

มักพบภาวะซีด (hematocrit น้อยกว่าร้อยละ 40), เกล็ดเลือดต่ำกว่า (platelet $150,000$ เซลล์/มม.³)
leukemoid reaction, lymphocytosis, monocytosis

ค. การทำงานของตับ (liver function test)

ง. ภาพถ่ายทางรังสีของทรวงอก กระดูกแขน ขา (long bone)

เกณฑ์การวินิจฉัย

ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดตามตารางที่ 7.1

ตารางที่ 7.1

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

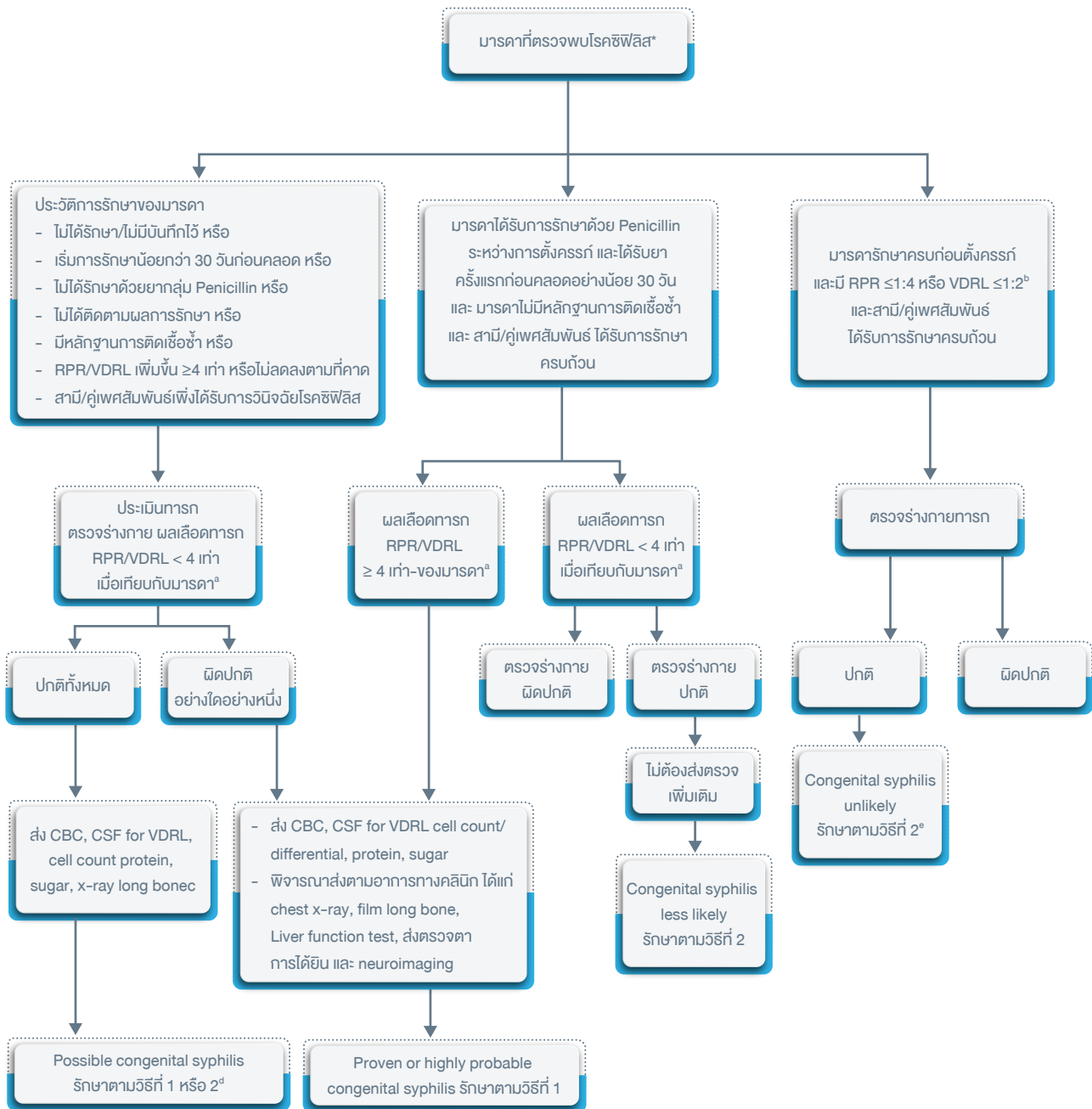
ให้การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในกรณีมารดาที่มีการติดเชื้อโรคซิฟิลิส ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- มีอาการและอาการแสดงเข้าได้กับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด
- ผลการตรวจค่า RPR/VDRL ในทารกตั้งแต่ 4 เท่าขึ้นไปเมื่อเทียบกับมารดา ณ วันคลอด
- การตรวจ direct identification of *T. pallidum* โดยเก็บสิ่งส่งตรวจจากรก สายสะดือ และสารคัดหลั่งหรือรอยโรคจากทารกด้วยวิธี darkfield, NAAT, immunohistochemistry (IHC) หรือการตรวจทางพยาธิของรกหรือสายสะดือให้ผลบวก

ให้การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่มี CNS involvement ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- มีผลการตรวจน้ำไขสันหลังผิดปกติ
- มีผลการตรวจ VDRL ในน้ำไขสันหลังให้ผลบวก (ไม่ให้ใช้ RPR แทน VDRL)

แผนภูมิที่ 7.1 การประเมินการกและการรักษาสำหรับโรคซิฟิลิส
แต่กำเนิดในช่วงอายุ 1 เดือนแรก



a การเพิ่มขึ้นหรือลดลงของ RPR/VDRL มากกว่าหรือเท่ากับ 4 เท่า หรือ 2 dilution เช่น 1:16 เพิ่มขึ้นเป็น 1:64 หรือ 1:16 ลดเป็น 1:4 (รายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 3)

b หญิงก่อนตั้งครรภ์ที่มี VDRL ≤ 1:2, หรือ RPR 1:4 ≤ นานเกิน 1 ปี หลังการรักษา

c ตรวจ CBC และเกล็ดเลือด ตรวจน้ำไขสันหลัง ส่งนับจำนวนเซลล์ โปรตีนและ quantitative VDRL และ ภาพถ่ายรังสีกระดูก สำหรับการส่งตรวจอื่นๆ ขึ้นกับอาการ และการตรวจร่างกายการกเป็นหลัก เช่น ภาพถ่ายรังสีปอด ส่งเลือดตรวจการทำงานของตับ ส่งตรวจตา

d รักษาตามวิธีการรักษาที่ 1 หรือ 2 ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้รักษาตามวิธีการรักษาที่ 1 (Aqueous penicillin G หรือ Procaine penicillin G) อย่างไรก็ตามถ้าใช้วิธีการรักษาที่ 2 (Benzathine penicillin G 1 dose) ต้องทำการประเมินอย่างครบถ้วนและมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติทั้งหมด และสามารถติดตามการรักษาได้แน่นอน ถ้าไม่ได้สามารถทำการส่งตรวจได้อย่างครบถ้วน หรือผลตรวจผิดปกติหรือไม่สามารถแปลผลน้ำไขสันหลังได้ให้ รักษาตามวิธีการรักษาที่ 1 ด้วยยา Penicillin 10 วัน

e อาจพิจารณาไม่ใหการรักษาได้ ถ้าสามารถติดตามการกได้อย่างต่อเนื่อง

ในการรักษาโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดนั้นจำแนกตามประวัติการรักษาของมารดาว่าครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่ดังรายละเอียดในแผนภูมิที่ 7.1

กรณีที่ 1 ไม่ได้รับการรักษาที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ได้แก่

- ไม่ได้รักษาหรือไม่มีการบันทึกไว้
- ไม่ได้รักษาด้วยยากลุ่ม Penicillin
- มีหลักฐานการติดเชื้อซ้ำ
- RPR/VDRL ในมารดาเพิ่มขึ้น ≥ 4 เท่าหรือไม่ลดลงตามที่คาด
- เริ่มรักษาน้อยกว่า 30 วันก่อนคลอด
- ไม่ได้ติดตามผลการรักษา
- สามีหรือคู่เพศสัมพันธ์เพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรคซิฟิลิส

เมื่อมีการรักษาที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ข้อใดข้อหนึ่งให้ทำการตรวจร่างกายทารกและส่งตรวจ RPR/VDRL

- กรณีตรวจร่างกายผิดปกติ หรือ ผลเลือดทารก RPR/VDRL มากกว่าเท่ากับ 4 เท่า ทำการตรวจ CBC เกล็ดเลือด ตรวจน้ำไขสันหลัง ส่ง VDRL นับจำนวนเซลล์ และโปรตีน การส่งตรวจอื่นๆ ขึ้นกับอาการและการตรวจร่างกายทารกเป็นหลัก เช่น ภาพถ่ายรังสีของทรวงอก กระดูกแขน ขา (long bone) และระบบประสาท ส่งเลือดตรวจการทำงานของตับและตรวจตา ให้การรักษาตามวิธีการรักษาที่ 1 (Aqueous penicillin G หรือ Procaine penicillin G)
- กรณีตรวจร่างกายปกติ และผลเลือดทารก RPR/VDRL น้อยกว่า 4 เท่าเมื่อเทียบกับมารดาให้ทำการตรวจ CBC เกล็ดเลือด ตรวจน้ำไขสันหลัง ส่ง VDRL นับจำนวนเซลล์ และโปรตีน ภาพถ่ายรังสีกระดูก ให้การรักษาตามวิธีการรักษาที่ 1 (Aqueous penicillin G หรือ Procaine penicillin G) หรือ 2 (Benzathine penicillin G) อย่างไรก็ตามถ้าใช้วิธีการรักษาที่ 2 ต้องทำการประเมินอย่างครบถ้วนและมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติทั้งหมด และสามารถติดตามการรักษาได้แน่นอน ถ้าไม่ได้สามารถทำการส่งตรวจได้อย่างครบถ้วน หรือผลตรวจผิดปกติหรือไม่สามารถแปลผลน้ำไขสันหลังได้ให้ รักษาตามวิธีการรักษาที่ 1 (Aqueous penicillin G หรือ Procaine penicillin G)

กรณีที่ 2 มารดาได้รับการรักษาด้วย Penicillin ระหว่างการตั้งครรภ์

มารดาที่ได้รับการรักษาด้วย Penicillin ระหว่างการตั้งครรภ์ และได้รับยาครั้งแรกก่อนคลอดอย่างน้อย 30 วัน และมารดาไม่มีหลักฐานการติดเชื้อซ้ำ และสามี/คู่เพศสัมพันธ์ได้รับการรักษาครบถ้วนให้พิจารณาจากผลเลือดของทารกและการตรวจร่างกาย

- กรณีผลเลือดทารก RPR/VDRL สูงกว่ามารดา 4 เท่าขึ้นไป หรือ ผลเลือดทารก RPR/VDRL น้อยกว่าเท่ากับ 4 เท่าแต่ตรวจร่างกายพบความผิดปกติ ทำการตรวจ CBC เกล็ดเลือด ตรวจน้ำไขสันหลัง ส่ง VDRL นับจำนวนเซลล์ และโปรตีน การส่งตรวจอื่นๆ ขึ้นกับอาการและการตรวจร่างกายทารกเป็นหลัก เช่น ภาพถ่ายรังสีของทรวงอก กระดูกแขน ขา (long bone) และระบบประสาท ส่งเลือดตรวจการทำงานของตับและตรวจตา ให้การรักษาตามวิธีการรักษาที่ 1 (Aqueous penicillin G หรือ Procaine penicillin G)
- กรณีผลเลือดทารก nontreponemal test (RPR/VDRL) น้อยกว่าเท่ากับ 4 เท่าเมื่อเทียบกับมารดาและตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติ สามารถให้การรักษาตามวิธีการรักษาที่ 2 (Benzathine penicillin G) หรืออาจพิจารณาไม่ให้การรักษาได้ ถ้าสามารถติดตามทารกได้อย่างต่อเนื่อง

กรณีที่ 3 มารดารักษาครบก่อนตั้งครรภ์

มารดาที่เคยวินิจฉัยโรคซิฟิลิสและรักษาครบก่อนตั้งครรภ์มานานเกิน 1 ปีแล้วแต่ยังมีค่า nontreponemal test (RPR/VDRL) เป็นบวกโดย RPR ต้อง $\leq 1:4$ หรือ VDRL ต้อง $\leq 1:2$ และสามี/คู่เพศสัมพันธ์ได้รับการรักษาครบถ้วน ให้พิจารณาจากการตรวจร่างกายของทารก

- กรณีพบความผิดปกติของทารกจากการตรวจร่างกาย จะทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อ ได้แก่ การตรวจ CBC เกล็ดเลือด น้ำไขสันหลัง (เพื่อตรวจ VDRL ปริมาณโปรตีนและนับจำนวนเซลล์) การส่งตรวจอื่นๆ ขึ้นกับอาการและการตรวจร่างกายทารกเป็นหลัก เช่น ภาพถ่ายรังสีของทรวงอก กระดูกแขน ขา (long bone) และระบบประสาท ส่งเลือดตรวจการทำงานของตับและตรวจตา ให้การรักษาวิธีการรักษาที่ 1 (Aqueous penicillin G หรือ Procaine penicillin G)
- กรณีไม่พบความผิดปกติของทารกจากการตรวจร่างกาย สามารถให้การรักษาตามวิธีการรักษาที่ 2 (Benzathine penicillin G) หรืออาจพิจารณาไม่ให้การรักษาได้ ถ้าสามารถติดตามทารกได้อย่างต่อเนื่อง

การรักษา

ยาที่ใช้ในการรักษา

ในการรักษาโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดมีการใช้ยารักษาอยู่ 2 วิธี คือ

วิธีการรักษาที่ 1 ใช้ในกรณี proven or highly probable congenital syphilis, possible congenital syphilis (ดังแผนภูมิที่ 7.1)

- ฉีด Aqueous penicillin G 50,000 ยูนิต/กิโลกรัม เข้าหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชม. นาน 10 วัน ในทารกที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน และให้ทุก 8 ชั่วโมง ในทารกที่อายุมากกว่า 7 วัน
- ถ้าขาดยาต่อเนื่องเกิน 24 ชม. ให้เริ่มรักษาใหม่ทั้งหมด

หมายเหตุ

ไม่มีข้อมูลสนับสนุนการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดอื่นในการรักษาโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ดังนั้น จึงแนะนำให้ยา Aqueous penicillin 10 วัน ร่วมกับยาปฏิชีวนะชนิดอื่น กรณีมีความจำเป็นต้องใช้ในการรักษาการติดเชื้ออื่นๆ ร่วมด้วย

วิธีการรักษาที่ 2 ใช้ในกรณี possible congenital syphilis, less likely, unlikely congenital syphilis (ดังแผนภูมิที่ 7.1)

- ฉีด Benzathine penicillin G 50,000 ยูนิต/กิโลกรัม เข้ากล้ามเนื้อ 1 ครั้ง

กรณีทารกแพ้ยา Penicillin

ในทารกที่มีความจำเป็นต้องใช้ยา Penicillin ในการรักษาแต่มีประวัติหรือมีปฏิกิริยาแพ้ Penicillin ขณะทำการรักษา ให้ปรึกษากุมารแพทย์โรคภูมิแพ้เพื่อทำการ desensitize และให้การรักษาต่อยา Penicillin การรักษาด้วยยาอื่นที่ไม่ใช่ Penicillin เช่น Ceftriaxone ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอ

การประเมินและรักษาเด็กที่มีอาการสงสัยโรคซิฟิลิสภายหลังอายุ 1 เดือนแรก

- เด็กที่มีผลการตรวจ nontreponemal test (RPR/VDRL) ให้ผลบวกภายหลังอายุ 1 เดือน ควรทำการตรวจเลือดมารดา และตามประวัติการตรวจรักษาในมารดา เพื่อประเมินว่าทารกมีการติดเชื้อโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด หรือเป็นการติดเชื้อภายหลัง การตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการของทารกเพิ่มเติมให้พิจารณาตามแผนภูมิที่ 7.1
- เด็กอายุมากกว่า 1 เดือน ที่สงสัยว่าเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดหรือสงสัยว่าเป็นโรคซิฟิลิสของระบบประสาท ควรได้รับการรักษาด้วย Penicillin G 10 วัน เนื่องจากการวินิจฉัยโรคซิฟิลิสของระบบประสาทในเด็กนั้นทำได้ยาก
- ในกรณีที่มารดามีค่า nontreponemal สูงขึ้น ขณะคลอดหรือหลังคลอด และทารกแรกเกิดผลเลือดเป็นลบ แนะนำให้เจาะเลือดซ้ำอีกครั้งในอายุ 3 เดือน เพื่อป้องกันการตกหล่นในกรณีที่ขณะแรกเกิดยังอยู่ในช่วง incubation ในช่วงแรกเกิด

การรักษาซ้ำ

ให้การดูแลรักษาซ้ำเมื่อค่า nontreponemal test (RPR/VDRL) ลดน้อยกว่า 4 เท่าหรือเพิ่มขึ้น ใน 6-12 เดือนหลังการรักษา ให้ทำการตรวจประเมินซ้ำรวมทั้งตรวจน้ำไขสันหลัง และให้การรักษา Penicillin G ทางหลอดเลือดดำอีก 10 วัน แม้ว่าจะเคยได้รับการรักษามาก่อน

7.2 หลักเกณฑ์ในการติดตามผู้ป่วยภายหลังการรักษา

ให้ทำการนัดตรวจติดตามอาการที่อายุ 2, 4, 6, 9, 12 และ 18 เดือน

การตรวจติดตามค่า RPR/VDRL

ให้ตรวจติดตามที่ 4 และ 6 เดือนจนกระทั่งผลเลือดเป็นลบ โดย nontreponemal test (RPR/VDRL) นั้นจะเริ่มลดลงภายหลังการรักษาประมาณ 3 เดือน และจะเป็นลบภายหลังการรักษาประมาณ 6 เดือน กรณีเริ่มให้การรักษาภายหลังทารกอายุ 1 เดือน ผลเลือดอาจเป็นลบช้าได้นานกว่า 6 เดือน แต่ค่าควรลดลง

การตรวจติดตามค่า treponemal test

ให้ทำการตรวจ ที่อายุ 18 เดือน เนื่องจาก treponemal antibody ที่ส่งผ่านรามาจากมารดาจะยังให้ผลบวกได้ แม้จะได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ซึ่งจะเป็นลบถ้าทารกไม่ได้เป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดขณะที่มาตรวจติดตาม treponemal test ที่อายุ 18 เดือน ดังนั้นหาก treponemal test ให้ผลบวกขณะที่ทารกมาตรวจติดตามที่อายุ 18 เดือน จะสามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดได้

การตรวจติดตามน้ำไขสันหลัง

ในทารกที่ตรวจน้ำไขสันหลังแล้วพบความผิดปกติของเม็ดเลือดขาว และ/หรือค่าโปรตีนผิดปกติ หรือมี VDRL ในน้ำไขสันหลังให้ผลบวก ต้องทำการเจาะตรวจน้ำไขสันหลังที่ 6 เดือนหลังการรักษา ถ้าผลการตรวจน้ำไขสันหลังยังพบความผิดปกติให้การรักษาซ้ำอีกครั้ง

การให้นมบุตร

รายละเอียดในบทที่ 5

7.3 การแยกการกักส่งเชื้อโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดลงในโรงพยาบาล

ใช้ standard precaution ในการดูแลรักษาทารกที่สงสัยหรือพิสูจน์ได้ว่าเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด บุคลากรการแพทย์ต้องสวมถุงมือเมื่อสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง รวมทั้งรอยโรคที่ผิวหนังของเด็กและทารกก่อนการรักษาหรือภายใน 24 ชม.แรกของการรักษา

7.4 การป้องกันการติดเชื้อโรคซิฟิลิสจากการสัมผัสคัดหลั่งของทารก

บุคลากรการแพทย์ที่สัมผัสสารคัดหลั่งของทารก ได้แก่ น้ำมูก (snuffles) เลือด น้ำไขสันหลัง และ mucocutaneous lesion เช่น สารคัดหลั่งจากตุ่มน้ำบริเวณมือเท้าลอก (pemphigus syphiliticus) แผลริมแข็ง (chancre) condyloma lata รอยโรคภายในช่องปากและทวารหนัก ก่อนการรักษาหรือภายใน 24 ชม.แรกของการรักษา ให้พิจารณาฉีดยา Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ และตรวจซ้ำอีก 3 เดือน ถ้ามีการสัมผัสสารคัดหลั่งของทารกโดยไม่ได้ใส่ถุงมือ ก่อนที่ทารกจะได้รับการรักษา ให้เฝ้าติดตามความผิดปกติของผิวหนังบริเวณที่สัมผัสเป็นระยะเวลา 2-3 สัปดาห์ หลังจากสัมผัส และควรทำการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อโรคซิฟิลิสภายหลังการสัมผัส และติดตามตรวจซ้ำอีก 3 เดือนต่อมา หรือเมื่อตรวจพบมีความผิดปกติ

7.5 การรายงานระบบโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (สง.506)

รายละเอียดในบทที่ 9

เอกสารอ้างอิง

1. Kimberlin, D. W., M. T. Brady, et al. (2018). Red Book 2018: Report of the Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics. 2018; 773-787.
2. Workowski KA, Bolan GA. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137.
3. Appendix B. Tables of Normal Values. In Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine, 11th edition. Elsevier, Inc. Philadelphia 2020, page 2049.



บทที่ 8

แนวทางการให้คำปรึกษา
แนะนำเรื่องโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด



แนวทางการให้คำปรึกษาแนะนำ เรื่องโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

นายแพทย์พสุวัฒน์ คงสีล

การให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นให้การช่วยเหลือแก่ผู้มารับบริการตรวจรักษา หรือแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และมีความวิตกกังวลต่อปัญหาสุขภาพของตนเองหรือสามีหรือคู่อุปสรรคทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งการแพร่เชื้อสู่ทารก บริการการปรึกษาเป็นการใช้กระบวนการสื่อสารพูดคุยอย่างมีหลักการ มีขั้นตอนและจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษาเกิดการเรียนรู้ เข้าใจตนเองและผู้อื่น สามารถพัฒนาตนเอง ควบคุมตนเอง กล้าเผชิญปัญหา สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลรักษาตนเองอย่างต่อเนื่องจนหายจากโรค มีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย และตระหนักในประโยชน์ของการตรวจเลือด ได้แก่ การตรวจเลือดหาการติดเชื้อโรคซิฟิลิส การตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี และการตรวจเลือดหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งมีอยู่ในชุดบริการแล้ว รวมทั้งเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถสื่อสารเพื่อพาสามีหรือคู่อุปสรรคมาตรวจรักษา และสื่อสารให้สามารถมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้



วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแนะนำ

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแนะนำจำเป็นจะต้องเข้าใจองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการดังนี้

8.1 วัตถุประสงค์

- เพื่อเน้นย้ำความสำคัญของการพูดคุยปรึกษาประเด็นที่เป็นประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่อุปสรรคของหญิงตั้งครรภ์ และทารก ในการตรวจหาการติดเชื้อโรคซิฟิลิส และการดูแลรักษา
- เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญในการตรวจหาการติดเชื้อโรคซิฟิลิส ความเข้าใจในรูปแบบการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษา
- เพื่อให้เกิดความร่วมมือของหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่อุปสรรค เพื่อเพิ่มประสิทธิผลการรักษา ลดการเป็นโรคซ้ำและลดผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- เพื่อให้สามารถในการให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อเชื่อมโยงการตรวจหาการติดเชื้อโรคซิฟิลิส กับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

8.2 ทักษะและเนื้อหาที่จำเป็น

ผู้ให้การปรึกษาแนะนำควรพัฒนาทักษะและทบทวนเนื้อหาการให้คำปรึกษาแบบคู่ในมารดาและสามีหรือคู่อุปสรรค ดังนี้

- ความสำคัญของการให้คำปรึกษาแบบคู่ (couple counseling) เพื่อตรวจหาการติดเชื้อโรคซิฟิลิส ในระบบบริการฝากครรภ์
- หลักการสำคัญและทักษะพื้นฐานของการให้คำปรึกษาแบบคู่
- เจตคติของผู้มารับบริการต่อการตรวจคัดกรองและรักษาโรคซิฟิลิส
- การให้คำปรึกษาแบบคู่ก่อนการตรวจหาการติดเชื้อโรคซิฟิลิส กรณีผลเลือดลบทั้งคู่
- การให้คำปรึกษาแบบคู่หลังการตรวจหาการติดเชื้อโรคซิฟิลิส กรณีผลบวกทั้งคู่
- การให้คำปรึกษาแบบคู่หลังการตรวจหาการติดเชื้อโรคซิฟิลิส กรณีผลเลือดต่าง

8.3 ขั้นตอนการให้คำปรึกษาแนะนำ

8.3.1 การให้คำปรึกษาแนะนำก่อนตรวจหาเชื้อโรคซิฟิลิส

มีดังต่อไปนี้

1. ประเมินและตรวจทานประวัติการรักษาโรคซิฟิลิสในอดีต กรณีเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีการตรวจพบร่องรอยของการติดเชื้อโรคซิฟิลิส
2. ให้การปรึกษาเพื่อทำความเข้าใจก่อนตรวจคัดกรอง
 - ต้องเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการก่อนรับทราบผลการตรวจควรแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์มารับการตรวจคู่กับสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ โดยแบ่งเป็นกรณีดังนี้
 - ก. กรณีที่ผู้รับบริการมีเพียงหญิงตั้งครรภ์
 - ให้ชวนสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์มาตรวจหาเชื้อโรคซิฟิลิสในโอกาสต่อไป
 - อธิบายเพื่อป้องกันความเข้าใจผิด ในการสื่อสารกับคู่เพศสัมพันธ์ เกี่ยวกับผลการตรวจหาเชื้อโรคซิฟิลิสที่ผิดปกติ
 - ข. กรณีที่สามีหรือคู่เพศสัมพันธ์มาพร้อมกัน
 - ให้ตรวจเลือดทั้งสองคน
 - ให้การปรึกษาและอธิบายกรณีผลเลือดที่ต่างกันและอธิบายความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซิฟิลิสให้ครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ดังต่อไปนี้
 - ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายและการถ่ายทอดเชื้อโรคซิฟิลิส
 - ชี้แจงความหมายและความสำคัญของการตรวจ
 - ชี้แจงความสำคัญของการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาพร้อมสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์
 - ชี้แจงผลกระทบต่อการก ต่อสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์
 - อธิบายขั้นตอนที่จะต้องตรวจ เช่น อาจมีการตรวจซ้ำ (มากกว่า 1 ครั้ง)
 - อธิบายถึงปัญหาผลบวกจากการตรวจ (biological false positive) เช่น การตั้งครรภ์อาจทำให้ผลตรวจโรคซิฟิลิสเป็นบวกปลอมได้
3. ทบทวนสิทธิ์ประกันสุขภาพทั้งของผู้รับบริการและสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์
4. กรณีมารับฟังผลการตรวจครั้งต่อไป ควรแนะนำให้ป้องกันหรืองดมีเพศสัมพันธ์

การที่มารดาเป็นโรคซิฟิลิส ไม่ใช่เกณฑ์ในการยุติการตั้งครรภ์
เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาได้

8.3.2 การให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อแจ้งผลการตรวจเชื้อโรคซิฟิลิส

ก. กรณีตรวจแบบ rapid diagnostic test (ตามแผนภูมิที่ 5.2)

ให้แจ้งผลตรวจเชื้อโรคซิฟิลิสขั้นต้นผิดปกติ ขอตรวจเลือดยืนยันและนัดฟังผล 1 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดของการให้คำปรึกษาแนะนำดังต่อไปนี้

1. แจ้งผลการตรวจ อธิบายผลการตรวจ และให้ความมั่นใจต่อการรักษา เช่น กล่าวว่า
“ผลตรวจโรคซิฟิลิสขั้นต้นผิดปกติ จำเป็นต้องตรวจซ้ำเพื่อยืนยันว่ามีการติดเชื้อ อย่างไรก็ตามโรคซิฟิลิสสามารถรักษาให้หายได้”
2. ชักประวัติความเสี่ยงในการติดเชื้อ และประวัติการรักษาในอดีต
3. ประเมินความเข้าใจโรคซิฟิลิส
4. จัดการกับภาวะอารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อผลการตรวจ
5. อธิบายความสำคัญของการรักษาทันทีเพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันทารกในครรภ์
6. อธิบายถึงความสำคัญของการตรวจหาเชื้อโรคซิฟิลิสซ้ำ เพื่อยืนยันผลและใช้ประเมินความจำเป็นในการรักษาเพิ่มเติมจนครบถ้วน หากการติดตามผลตรวจยืนยัน ผลออกมาเป็นลบ ให้แจ้งว่าไม่พบการติดเชื้อ และการรักษาที่ผ่านมาถือว่าครบถ้วนแล้ว แต่ให้มาติดตามคัดกรองครั้งที่สองตามปกติ และการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
7. ประเมินภาวะจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนรับฟังผลการตรวจในระยะนี้ ทั้งในเรื่องของอารมณ์ความรู้สึกต่อการติดเชื้อโรคซิฟิลิสและการรักษา รวมทั้งปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว
8. เน้นประเด็นการป้องกันโดย ต้องมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (safe sex) ตลอดระยะที่ตั้งครรภ์ และให้เป็นผลลบตลอดไป (stay negative)
9. เน้นประโยชน์อื่นที่จะได้รับ เช่น การตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี ชาติสซีเมีย เพื่อให้สามีหรือคู่เพศสัมพันธ์เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจทั้งนี้ควรพูดคุยเรื่องสิทธิ์การรักษาไปด้วยในคราวเดียวกัน เพราะอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจ
10. แจ้งการนัดหมายในการตรวจเลือดหญิงตั้งครรภ์ภายหลังการรักษาด้วยแพทย์อย่างต่อเนื่อง

ข. กรณีตรวจแบบ reverse algorithm

1. แจ้งผลการตรวจ อธิบายผลการตรวจ และให้ความมั่นใจต่อการรักษาว่าเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ แต่สามารถติดเชื้อใหม่ได้หากคู่เพศสัมพันธ์ไม่ได้รับการรักษาจนหาย
2. ประเมินความเข้าใจโรคซิฟิลิส
3. จัดการกับภาวะอารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อผลการตรวจ การติดเชื้อโรคซิฟิลิส และการรักษาปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว
4. ความสำคัญของการตรวจหาเชื้อโรคซิฟิลิสซ้ำ เพื่อยืนยันผล
5. อธิบายความสำคัญของการรักษาทันทีเพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันทารกในครรภ์
6. กรณีที่มีสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ไม่ได้มาพร้อมกันและไม่ได้ทำการให้คำปรึกษาแบบคู่ตั้งแต่แรกให้ชวนสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์มาตรวจหาเชื้อโรคซิฟิลิส อธิบายเกี่ยวกับผลการตรวจหาเชื้อโรคซิฟิลิสที่ผิดปกติเพื่อป้องกันความเข้าใจผิด ในการสื่อสารกับสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์
7. กรณีที่มีสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์มาพร้อมกันตั้งแต่แรก และได้ตรวจทั้งคู่ ควรให้การปรึกษาและอธิบายกรณีผลการตรวจหาเชื้อโรคซิฟิลิสต่างกัน ให้การปรึกษาโดยใช้หลักการเดียวกันกับการตรวจเอชไอวี โดยใช้การให้คำปรึกษาแบบคู่ เพื่อให้สามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ที่ตรวจโรคซิฟิลิสมีความเข้าใจต่อตัวโรคมากขึ้น เข้าใจซึ่งกันละกันและไม่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพ ทั้งนี้ ควรถามถึงประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการรักษาในอดีต

8. แจ้งการนัดหมายในการตรวจเลือดหญิงตั้งครรภ์ภายหลังการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง
9. การมาตรวจคัดกรองครั้งที่สอง (พร้อมกับตรวจ CBC และ anti-HIV) ช่วงใกล้คลอดให้ทบทวนสิ่งที่จะต้องตรวจแก่ผู้รับบริการ ประเมินความเสี่ยงโดยซักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่อุปสมพันธ์ และประเมินความเข้าใจต่อผลการตรวจเลือด รวมทั้งให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ

8.3.3 การให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อการรักษาต่อเนื่องและติดตามผลการรักษา

ควรเน้นความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่องให้ครบตามกำหนด เช่น บางระยะใช้การรักษาโดยการ ฉีดยา ต่อเนื่องสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ หากขาดการรักษาต้องเริ่มการรักษาใหม่ทั้งหมด หรือการนำสามีหรือคู่อุปสมพันธ์มารับการประเมินรักษาและการมาติดตามผลการรักษา ซึ่งหากไม่ครบถ้วน โรคซิฟิลิสจะไม่หายขาด และอาจจะส่งผลต่อทารกในครรภ์ ซึ่งทำให้เมื่อทารกคลอดออกมาจะต้องเข้าสู่กระบวนการตรวจประเมินและรักษา เมื่อหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่อุปสมพันธ์ทราบข้อมูลนี้ จะให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น

แจ้งการนัดหมายในการตรวจเลือดหญิงตั้งครรภ์ภายหลังการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

- กรณีเป็นโรคซิฟิลิสระยะต้น (early syphilis) นัด 3, 6, 9, 12, 18, และ 24 เดือน และวันที่คลอด หากไม่สามารถนัดตามระยะเวลาดังกล่าวได้ ให้นัดเดือนที่ 3, 6, 12
- กรณีเป็นโรคซิฟิลิสระยะปลาย (late syphilis) นัด 7, 14 วัน เพื่อบินิดยา และ 3, 6, 12, 18, และ 24 เดือน

8.3.4 การให้คำปรึกษาแนะนำสำหรับมารดาหลังคลอด กรณีทารกมีผลเลือดโรคซิฟิลิสผิดปกติ

ให้การดูแลรักษามารดาและทารกตามบทที่ 5 และให้การปรึกษากับมารดาดังนี้

1. ให้ข้อมูลเรื่องผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในทารกที่ติดโรคซิฟิลิสจากมารดา และความจำเป็นในการ รักษาอย่างครบถ้วนจนหาย
2. แจ้งรายละเอียดวิธีการ และระยะเวลาของการรักษาในโรงพยาบาลของทารก
3. ประเมินความเข้าใจ ความคิด ความรู้สึก ของมารดาต่อสิ่งที่มารดาเข้าใจเกี่ยวกับทารก และเปิดโอกาสให้ซักถาม
4. ให้ข้อมูลการเข้าถึงช่องทางบริการสุขภาพ ตามสิทธิ์หลักประกันสุขภาพ ประกันสังคม และอื่นๆ
5. ในระหว่างที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ให้แจ้งความก้าวหน้าในการรักษาของทารกเป็นระยะๆ ตามความเหมาะสม
6. ตรวจสอบการพาผู้พสมพันธ์มารับการตรวจรักษา หากยังไม่ได้รับการรักษาให้นัดมาพบแพทย์เพื่อรักษา
7. เมื่อทารกกลับบ้านได้ เน้นย้ำว่ามารดาสามารถให้การดูแลทารกรวมทั้งการกินนมมารดาได้ตามปกติ (หากตรวจไม่พบการติดเชื้อเอชไอวี)
8. แจ้งการนัดหมายในการพาบุตรมาตรวจติดตามกับแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่อง (2, 4, 6, 9, 12 เดือน พร้อมกับการรับวัคซีน)
9. เน้นย้ำถึงความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจเลือด และน้ำไขสันหลังของเด็ก (เฉพาะกรณีทารกมีความจำเป็นต้องตรวจน้ำไขสันหลัง) เพื่อตรวจติดตามจนหาย

8.3.5 การให้คำปรึกษาแนะนำสำหรับมารดาเพื่อการตรวจติดตามอาการของเด็กอย่างต่อเนื่อง

1. ตรวจสอบการมารับบริการตามนัดของบุตร
2. ตรวจสอบการมารับบริการรับวัคซีน และพัฒนาการ

3. ประเมินอาการ และดูระดับการลดลงของผลเลือด nontreponemal test (RPR/VDRL) และสรุปผลการตรวจให้มารดาได้รับทราบ
4. ประเมินความเข้าใจ ความคิด ความรู้สึก ของมารดาต่อสิ่งที่มารดาเข้าใจเกี่ยวกับทารกและเปิดโอกาสให้ซักถาม
5. ในกรณีโรคซิฟิลิสของระบบประสาท ต้องเจาะน้ำไขสันหลัง (CSF) ซ้ำ ที่อายุประมาณ 6 เดือน เพื่อประเมินและรับการรักษาให้หาย
6. นัดหมายครั้งต่อไป ระบุวัน เดือน ปี เวลาที่นัด สถานที่ และการเจาะเลือด
7. เน้นย้ำความสำคัญของการมาตามนัดอย่างต่อเนื่องจนครบถ้วน โดยทั่วไปจะใช้เวลา 1 ปี ถึง 1 ปีครึ่ง และเน้นความสำคัญของการเก็บรักษาสมุดประจำตัวของบุตรรวมทั้งการแจ้งประวัติโรคที่ต้องติดตามแก่แพทย์เสมอเมื่อจะย้ายที่อยู่ ถึงแม้ว่าทารกจะมีสุขภาพปกติและรักษาแล้วก็ตาม

8.3.6 การให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อติดตามผลการรักษา กรณีผู้รับบริการเข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง

โดยก่อนยุติบริการ ไม่ว่าผู้รับบริการผลเลือดเป็นลบหรือเป็นบวก ควรเน้นประเด็นที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. การมารับการตรวจรักษาตามนัดทุกครั้ง
2. ถ้ามีอาการผิดปกติ ต้องรีบมาพบแพทย์
3. มีโอกาสเสี่ยงเป็นซ้ำ ถ้าไม่ป้องกันโรค
4. ช่องทางเข้าถึงบริการสุขภาพ ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ ประกันสังคม และอื่นๆ
5. ติดต่อภาคีเครือข่ายสถานบริการสุขภาพที่ใกล้บ้านผู้รับบริการถ้าสามารถทำได้
6. แจกเอกสารแผ่นพับความรู้เรื่องสุขภาพ และถุงยางอนามัย

ในการยุติบริการการให้คำปรึกษาแนะนำแต่ละครั้ง ควรสรุปประเด็นต่างๆ
ด้านการป้องกัน การรักษา และการนัดติดตาม ให้ผู้รับบริการเข้าใจอีกครั้งหนึ่ง

8.4 ประเด็นอื่นๆ ที่ควรให้ความสำคัญ

1. เหตุการณ์ที่หญิงตั้งครรภ์ปฏิเสธการตรวจหาเชื้อโรคซิฟิลิสนั้นเกิดขึ้นได้น้อย ถ้ามีการปฏิเสธ ผู้ให้การปรึกษาควรอธิบายถึงความจำเป็นและให้พิจารณาผลกระทบของการปฏิเสธการตรวจ ควรบันทึกข้อมูลหากผู้รับบริการปฏิเสธการตรวจ
2. ควรให้ข้อมูลในเรื่องของการบริจาคโลหิต เนื่องจากจะใช้ทั้ง treponemal test และ nontreponemal test (RPR/VDRL) ในการตรวจหา ดังนั้นธนาคารเลือดจะไม่รับโลหิตที่มีผลเลือดเป็นบวก
3. ควรมีสื่อประกอบการให้คำปรึกษาด้วย เช่น ถุงยางอนามัย ปฏิทิน เนื่อหาความรู้เกี่ยวกับโรค
4. ควรศึกษาขั้นตอนบริการปรึกษา ควบคุมเพศสัมพันธ์ไปกับขั้นตอนบริการตรวจรักษา เพื่อให้เข้าใจแต่ละช่วงบริการ และสิ่งที่ควรให้การปรึกษา (ดูรายละเอียดในภาคผนวก แผนภูมิที่ 6)
5. กรณีผู้รับบริการเป็นคนต่างด้าว ควรให้การปรึกษาเรื่องการรักษาและเรื่องสิทธิการรักษาด้วยเพื่อความร่วมมือในการรักษา



บทที่ 9

ICD-10 และรหัสโรคที่เฝ้าระวัง
ทางระบาดวิทยา (รง.506)
โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด
และโรคซิฟิลิสในผู้ใหญ่

บทที่

9



แนวทางการดูแลรักษาการก ที่คลอดจากมารดาที่เป็นโรคซิฟิลิส

ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงกุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเจนจิต ฉายะจินดา

รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) แพทย์หญิงปิยรัชต์ สันตะรัตตวงศ์

นายแพทย์ณัฐพงษ์ จิตรุ่งเรืองนิจ

นายแพทย์กิตติภูมิ ชินศิริรักษ์



กฎการใส่ ICD-10 code

เครื่องหมายกริชและดอกจัน (+,*) เป็นเครื่องหมายกำกับรหัสโรค โดย รหัสที่กำกับด้วยเครื่องหมายกริช หมายถึง รหัสที่แสดงสาเหตุของโรค ส่วนรหัสที่กำกับด้วยเครื่องหมายดอกจันหมายถึงเป็นรหัสที่แสดงตำแหน่งที่เกิดโรค และต้องให้รหัสทั้ง 2 รหัส ถ้าเป็นคำวินิจฉัยหลัก (principal diagnosis) ให้ใช้รหัสเครื่องหมายกริชเป็นรหัสโรคหลัก และให้รหัสดอกจันเป็นรหัสโรคร่วม

ตัวอย่าง

Cardiovascular syphilis: aneurysm of aorta

A52.0⁺ Cardiovascular syphilis: aneurysm of aorta (I79.0*)

I79.0* Aneurysm of aorta in diseases classified elsewhere

ดังนั้น Cardiovascular syphilis: aneurysm of aorta ต้องให้รหัส A52.0 และ I79.0 ทั้ง 2 รหัส



สัญลักษณ์ NEC, NOS

NOS = Not Otherwise Specified หมายถึง การไม่ได้ระบุไว้ให้จำเพาะลงไป สัญลักษณ์นี้ใช้กับคำเรียกชื่อโรค หรือ รหัสโรคที่กำกวม ไม่มีรายละเอียดที่ควรจะมี สัญลักษณ์ NOS มักพบอยู่กับรหัสกำกวมเป็นส่วนมาก

NEC = Not Elsewhere Classified หมายถึง คำที่ใช้ค้นหาหานั้นจะทำให้รหัสตกอยู่ในกลุ่มรหัสอื่นๆ ที่ไม่ถูกจัดกลุ่มไว้อย่างชัดเจน เป็นคำเตือนว่า อาจมีรหัสโรคที่ดีกว่านี้ หากผู้ใช้ ICD-10 พบคำนี้ในการค้นหา รหัสโรค ต้องเพิ่มความระมัดระวังและตรวจสอบหารายละเอียดเพิ่มเติมจากในเวชระเบียนผู้ป่วย รวมทั้งควรหารหัสอื่นๆ ที่อาจมีความชัดเจนกว่ามาแทน



การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์

การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ ใช้นิยามของโรคซิฟิลิสระยะต่างๆ เช่นเดียวกับโรคซิฟิลิสในผู้ใหญ่ การรายงานในระบบ 506 ก็ใช้รหัสเดียวกัน คือ 37 ระบบรายงานเดียวที่จะแยกโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ออกจากบุคคลทั่วไป คือ การรายงาน ICD-10 โดยใช้รหัส O98.1 ตามด้วยรหัสโรคซิฟิลิส ดังนั้นการติดตามสถานการณ์โรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์จึงจำเป็นต้องมีการบันทึก ICD-10 ที่ครบถ้วนในระบบรายงานโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา หรือ รง.506 เพื่อให้รายงาน 506 สามารถวิเคราะห์ข้อมูลของโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ ได้อย่างครอบคลุม

การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้รหัส ICD-10 ที่ถูกต้องคือ รหัส ICD-10 ตามด้วยระยะของโรคซิฟิลิสที่เป็น ตัวอย่าง ดังนี้

- O98.1⁺, A51.0 โรคซิฟิลิสระยะที่ 1 ในหญิงตั้งครรภ์
- O98.1⁺, A51.3 โรคซิฟิลิสระยะที่ 2 ในหญิงตั้งครรภ์
- O98.1⁺, A53.0 โรคซิฟิลิสระยะแฝงไม่ทราบระยะเวลาที่เป็น ในหญิงตั้งครรภ์

การลงรหัส ICD-10 ในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิส ที่มารับการฉีดยาเข็มที่ 2 เข็มที่ 3 และที่มาติดตามผลเลือด หญิงตั้งครรภ์เป็นโรคซิฟิลิสที่รักษาด้วยยา Benzathine penicillin G 3 สัปดาห์ ติดต่อกัน ให้ลงรายงานในรหัส ICD-10 และ 506 เพียง 1 ครั้ง เมื่อฉีดยา dose แรก เพื่อป้องกันการรายงานซ้ำ ในการมาฉีดยาเข็มที่ 2 และ 3 ให้รายงานด้วยรหัส Z09.8 O98.1 ตามด้วยรหัสโรคซิฟิลิสที่เป็น

รหัสโรคซิฟิลิสในผู้ใหญ่และหญิงตั้งครรภ์

รหัส 506	ชื่อโรค	ชื่อโรคภาษาไทย	ICD-10	หมายเหตุ
37	Syphilis	โรคซิฟิลิส	A50, A51, A52, A53	
	Primary syphilis	ระยะที่ 1	A51.0-A51.2	มีแผลอวัยวะเพศ ทวารหนัก หรือแผลอวัยวะที่ใช้มีเพศสัมพันธ์
	Secondary syphilis	ระยะที่ 2	A51.3-A51.4	มีผื่น ผอมร่วง ต่อม้ำเหลืองโต ตาอักเสบ ฯลฯ
	Early latent syphilis	ระยะแฝงช่วงต้น	A51.5, A51.9	ไม่มีอาการ แต่ผลเลือด CIA/TPHA/FTA-ABS positive ช่วงต้น: ทราบระยะเวลาดิเชื้อไม่เกิน 1 ปี ช่วงปลาย: ทราบระยะเวลาดิเชื้อเกิน 1 ปี
	Late latent syphilis	ระยะแฝงช่วงปลาย	A52.8, A52.9	
	Latent syphilis, unspecified as early or late	ระยะแฝงไม่ทราบระยะเวลาที่เป็น	A53.0	ถ้าไม่ระบุอะไรนอกจากคำว่า syphilis ให้ code ว่า A53.9 Latent syphilis ให้ A53.0
	Syphilis, unspecified	โรคซิฟิลิส ไม่ระบุระยะ	A53.9	
	Tertiary syphilis	ระยะที่ 3	A52.7	โรคซิฟิลิสระยะมีอาการอักเสบตามอวัยวะต่างๆ ต้องให้ code คู่กันกับอาการของโรคนั้นๆด้วย เช่น syphilis with chorioretinitis ต้องให้ A52.7 ⁺ H32.0 [*]
	Cardiovascular syphilis	โรคซิฟิลิสของระบบหัวใจและหลอดเลือด	A52.0	

รหัส 506	ชื่อโรค	ชื่อโรคภาษาไทย	ICD-10	หมายเหตุ
	Neurosyphilis	โรคซิฟิลิสของระบบประสาท	A52.1- A52.3	มีอาการ A52.1 ไม่มีอาการ A52.2 ไม่ระบุ A52.3
	Syphilis in pregnancy	ในหญิงมีครรภ์	O98.1 และ code ของโรคซิฟิลิส	ต้องให้ 2 code คู่กันเสมอ โดยเอา O98.1 ขึ้นก่อนเสมอ เช่น O98.1, A52.9 คู่กัน
	Congenital syphilis	เป็นมาแต่กำเนิด	A50.0-A50.9	ถ้าไม่ระบุอะไร ให้ใช้ A50.9
	Late congenital syphilis, latent	เป็นมาแต่กำเนิดไม่มีอาการแสดง แต่ผลเลือดผิดปกติ และผลการตรวจน้ำไขสันหลังปกติ วินิจฉัย 2 ปีหลังเกิด	A50.6	ถ้าวินิจฉัยก่อน 2 ปี เป็น early congenital syphilis, latent A50.1
	Single stillbirth	Confirm case ทารกตายคลอด (stillbirth) จากมารดามีผลเลือดบวก หรือที่มารดาเป็นโรคซิฟิลิสที่มารดา รักษาไม่ได้ตามมาตรฐาน รักษาไม่ครบ	Z37.1 คู่กับ O98.1	
	Single stillbirth	Probable case มารดา รักษาครบตามมาตรฐาน* แต่ ทารกตายคลอด (stillbirth)	Z37.1 คู่กับ O98.1	

รหัสโรคซิฟิลิสในการส

รหัส 506	การวินิจฉัย	ICD-10
37	1. Congenital syphilis เข้าเกณฑ์ WHO ให้รายงาน 506	A50.0-A50.9
	1. Confirmed case มารดา รักษาไม่ได้ตามมาตรฐาน หรือเริ่มรักษาน้อยกว่า 30 วันก่อนคลอด (นับตั้งแต่เริ่มรักษาเข็มแรก) หรือไม่ทราบประวัติการรักษาของมารดา ร่วมกับ ผลตรวจ RPR/VDRL ของทารกมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับของมารดา 4 เท่า และ/หรือ ทารกมีอาการหรือผลตรวจภาพรังสีผิดปกติที่เข้าได้กับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด	A50.0
	2. Confirmed case มารดา รักษาครบตามมาตรฐาน* และมากกว่า 30 วันก่อนคลอด (นับตั้งแต่เริ่มรักษาเข็มแรก) ร่วมกับ ผลตรวจ RPR/VDRL ของทารกมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับของมารดา 4 เท่า และ/หรือ ทารกมีอาการหรือผลตรวจภาพรังสีผิดปกติที่เข้าได้กับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด	A50.0

รหัส 506	การวินิจฉัย	ICD-10
	3. Confirmed case ทารกมี nontreponemal test ที่ 6 เดือนผลเป็นบวก และมารดาได้รับการรักษาหรือไม่ครบก็ตาม และไม่ว่าทารกจะได้รับการรักษาหรือไม่ก็ตาม และไม่ได้เข้าได้กับข้อ 1-2	A50.1
	4. Probable case มารดารักษาไม่ได้ตามมาตรฐาน รักษาไม่ครบ หรือรักษาครบแต่น้อยกว่า 30 วันก่อนคลอด (นับตั้งแต่เริ่มรักษาเข็มแรก) หรือไม่ทราบประวัติการรักษาของมารดา ร่วมกับ ผลตรวจ RPR/VDRL ของทารกมีค่าน้อยกว่าของมารดา 4 เท่า และ/หรือ ทารกไม่มีอาการผิดปกติที่เข้าได้กับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด 4.1 Confirmed case ทารกมีผลเลือด nontreponemal test ที่ 6 เดือน เป็นบวก (นับรวมกับข้อ 4)	A50.1
	4.2 Probable case ทารกมีผลเลือด nontreponemal test ที่ 6 เดือน เป็นลบ หรือไม่ทราบผล	A50.1
	2. ไม่ใช่ congenital syphilis รอดิตตาม 6 เดือน	
	มารดารักษาได้ตามมาตรฐาน และรักษาครบมากกว่า 30 วันก่อนคลอด (นับตั้งแต่เริ่มรักษาเข็มแรก) และผลตรวจ RPR/VDRL ของทารกมีค่าน้อยกว่าของมารดา 4 เท่า และ ทารกไม่มีอาการผิดปกติที่เข้าได้กับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด * หากทารกมีผลเลือด nontreponemal test ที่ 6 เดือน เป็นบวก (ย้ายกลุ่มไปเป็นข้อ 4)	Z20.2

หมายเหตุ : *การรักษาตามมาตรฐาน หมายถึง รักษาด้วย Benzathine penicillin ตามระยะของโรคตามแนวทางการรักษาของประเทศ

- กรณีที่ CSF ในทารกผิดปกติ เฉพาะ WBC และ/หรือ protein เท่านั้น โดย CSF VDRL negative และทารกไม่มีอาการผิดปกติใดๆ และผลการตรวจอื่นๆ ปกติทั้งหมด หากมารดารักษาครบให้ถือว่าไม่ใช่โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด แต่หากมารดารักษาไม่ครบ ให้ถือว่าเป็น probable case (เหมือนข้อ 4 ทั้งนี้ต้องตามผลเลือดของทารกที่อายุ 6 เดือนว่าเป็นข้อ 4.1 หรือ 4.2)
- ผลการตรวจทารกที่เข้าได้กับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด สามารถดูได้ในบทที่ 8

รหัสอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (ไม่ควรใช้เป็นรหัสหลัก)

หมวด Z กลุ่มคัดกรองโรค ผู้สัมผัสโรค การก่อกำเนิด ติดตามอาการ		
High-risk sexual behaviour	ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	Z72.5
Special screening examination for infections with a predominantly sexual mode of transmission	การตรวจคัดกรองพิเศษเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	Z11.3
Special screening examination for HIV	การตรวจคัดกรองพิเศษเกี่ยวกับเอชไอวี	Z11.4
HIV counselling	การให้คำปรึกษาเอชไอวี	Z71.7
Special screening examination for other infectious and parasitic diseases Chlamydial Rickettsial, Spirochaetal diseases	การตรวจคัดกรองโรคติดต่อ คลาไมเดีย (ที่ระบบสืบพันธุ์) ริกเก็ตเซีย สไปโรเชิต (โรคซิฟิลิส)	Z11.8

หมวด Z กลุ่มคัดกรองโรค ผู้สัมผัสโรค การก่อกำเนิด ติดตามอาการ		
Contact with and exposure to infections with a predominantly sexual mode of transmission	ผู้สัมผัสผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	Z20.2
Contact with and exposure to HIV	ผู้สัมผัสหรือถูกเชื้อเอชไอวี	Z20.6
False-positive serological test for syphilis	ผล RPR/VDRL เป็นบวกปลอม TPHA -ve	R76.2
Human immunodeficiency virus [HIV] disease	ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอาการ เป็นโรคแล้ว	B20-B24
Asymptomatic HIV infection	ติดเชื้อเอชไอวียังไม่แสดงอาการ	Z21, Z210
Inconclusive laboratory evidence of HIV	ผลตรวจเลือดพบว่าติดเชื้อเอชไอวียังสรุปผลไม่ได้	R75
General counseling and advice on contraception Family planning advice	การให้คำปรึกษาเพื่อวางแผนครอบครัว	Z30.0
Pregnancy examination and test	ตรวจการตั้งครรภ์	Z32.0
- Pregnancy, not (yet) confirmed	• ผลการตรวจ พบว่าไม่มีการตั้งครรภ์	Z32.1
- Pregnancy confirmed	• ผลการตรวจ พบว่า ตั้งครรภ์	
Problems related to unwanted pregnancy	ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	Z64.0
Examination and observation following alleged rape and seduction	ตรวจร่างกายผู้ถูกข่มขืน	Z04.4
Sexual assault by bodily force : rape (attempted)	ถูกทำร้ายทางเพศ	Y05
Single stillbirth	ทารกตายคลอด 1 ราย	Z37.1
Liveborn infants according to place of birth	ทารกแรกเกิดตามสถานที่เกิด	Z38
Follow-up examination after treatment for conditions other than malignant neoplasms Z09 การติดตามหลังการรักษา		
Follow-up examination after other treatment for other conditions	การติดตามหลังการรักษา	Z09.8
Convalescence following other treatment	การติดตามการรักษา ภายหลังอาการดีขึ้น การติดตามโรค ค้นหาโรคที่อยู่ในระยะพักตัว	Z54.8

O98 Maternal infectious and parasitic diseases classifiable elsewhere but complicating pregnancy, childbirth and the puerperium

O98.1 Syphilis complicating pregnancy, childbirth and the puerperium Conditions in A50-A53

A50.0 Early congenital syphilis, symptomatic

Any congenital syphilitic condition specified as early or manifests less than two years after birth.

Early congenital syphilis:

- cutaneous
- mucocutaneous
- visceral

Early congenital syphilitic:

- laryngitis
- oculopathy
- osteochondropathy
- pharyngitis
- pneumonia
- rhinitis

A50.1 Early congenital syphilis, latent

Congenital syphilis without clinical manifestations, with positive serological reaction and negative spinal fluid test, less than two years after birth.

A50.2 Early congenital syphilis, unspecified

Congenital syphilis NOS less than two years after birth.

A50.3 Late congenital syphilitic oculopathy

Late congenital syphilitic interstitial keratitis[†] (H19.2*)

Late congenital syphilitic oculopathy NEC[†] (H58.8*)

Excludes:

Hutchinson's triad (A50.5)

A50.4 Late congenital neurosyphilis [juvenile neurosyphilis]

Dementia paralytica juvenilis

Juvenile:

- general paresis
- tabes dorsalis
- taboparetic neurosyphilis

Late congenital syphilitic:

- encephalitis[†] (G05.0*)
- meningitis[†] (G01*)
- polyneuropathy[†] (G63.0*)

Use additional code, if desired, to identify any associated mental disorder.

Excludes:

Hutchinson's triad (A50.5)

A50.5 Other late congenital syphilis, symptomatic

Any congenital syphilitic condition specified as late or manifest two years or more after birth.

Clutton's joints[†] (M03.1^{*})

Hutchinson's:

- teeth
- triad

Late congenital:

- cardiovascular syphilis[†] (I98.0^{*})
- syphilitic
 - arthropathy[†] (M03.1^{*})
 - osteochondropathy[†] (M90.2^{*})

Syphilitic saddle nose

A50.6 Late congenital syphilis, latent

Congenital syphilis without clinical manifestations, with positive serological reaction and negative spinal fluid test, two years or more after birth.

A50.7 Late congenital syphilis, unspecified

Congenital syphilis NOS two years or more after birth.

A50.9 Congenital syphilis, unspecified

A51 Early syphilis

A51.0 Primary genital syphilis

Syphilitic chancre NOS

A51.1 Primary anal syphilis

A51.2 Primary syphilis of other sites

A51.3 Secondary syphilis of skin and mucous membranes

Condyloma latum

Syphilitic:

- alopecia[†] (L99.8^{*})
- leukoderma[†] (L99.8^{*})
- mucous patch

A51.4 Other secondary syphilis

Secondary syphilitic:

- female pelvic inflammatory disease[†] (N74.2^{*})
- iridocyclitis[†] (H22.0^{*})
- lymphadenopathy
- meningitis[†] (G01^{*})
- myositis[†] (M63.0^{*})

- oculopathy NEC[†] (H58.8*)
- periostitis[†] (M90.1*)

A51.5 Early syphilis, latent

Syphilis (acquired) without clinical manifestations, with positive serological reaction and negative spinal fluid test, less than two years after infection.

A51.9 Early syphilis, unspecified

A52

Late syphilis

A52.0[†] Cardiovascular syphilis

Cardiovascular syphilis NOS (I98.0*)

Syphilitic:

- aneurysm of aorta (I79.0*)
- aortic incompetence (I39.1*)
- aortitis (I79.1*)
- arteritis, cerebral (I68.1*)
- endocarditis NOS (I39.8*)
- myocarditis (I41.0*)
- pericarditis (I32.0*)
- pulmonary regurgitation (I39.3*)

A52.1 Symptomatic neurosyphilis

Charcot's arthropathy[†] (M14.6*)

Late syphilitic:

- acoustic neuritis[†] (H94.0*)
- encephalitis[†] (G05.0*)
- meningitis[†] (G01*)
- optic atrophy[†] (H48.0*)
- polyneuropathy[†] (G63.0*)
- retrobulbar neuritis[†] (H48.1*)

Syphilitic parkinsonism[†] (G22*)

Tabes dorsalis

A52.2 Asymptomatic neurosyphilis

A52.3 Neurosyphilis, unspecified

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Gumma (syphilitic) • Syphilis (late) • Syphiloma | } | • of central nervous system NOS |
|--|---|---------------------------------|

A52.7 Other symptomatic late syphilis

Glomerular disease in syphilis[†] (N08.0*)

Gumma (syphilitic)

Late or tertiary syphilis

- any sites, except those classified to A52.0-A52.3

Late syphilitic:

- bursitis[†] (M73.1*)
- chorioretinitis[†] (H32.0*)
- episcleritis[†] (H19.0*)
- female pelvic inflammatory disease[†] (N74.2*)
- leukoderma[†] (L99.8*)
- oculopathy NEC[†] (H58.8*)
- peritonitis[†] (K67.2*)

Syphilis [stage unspecified] of:

- bone[†] (M90.2*)
- liver[†] (K77.0*)
- lung[†] (J99.8*)
- muscle[†] (M63.0*)
- synovium[†] (M68.0*)

A52.8 Late syphilis, latent

Syphilis (acquired) without clinical manifestations, with positive serological reaction and negative spinal fluid test, two years or more after infection.

A52.9 Late syphilis, unspecified

A53 Other and unspecified syphilis

A53.0 Latent syphilis, unspecified as early or late

Latent syphilis NOS

Positive serological reaction for syphilis

A53.9 Syphilis, unspecified

Infection due to *Treponema pallidum* NOS

Syphilis (acquired) NOS

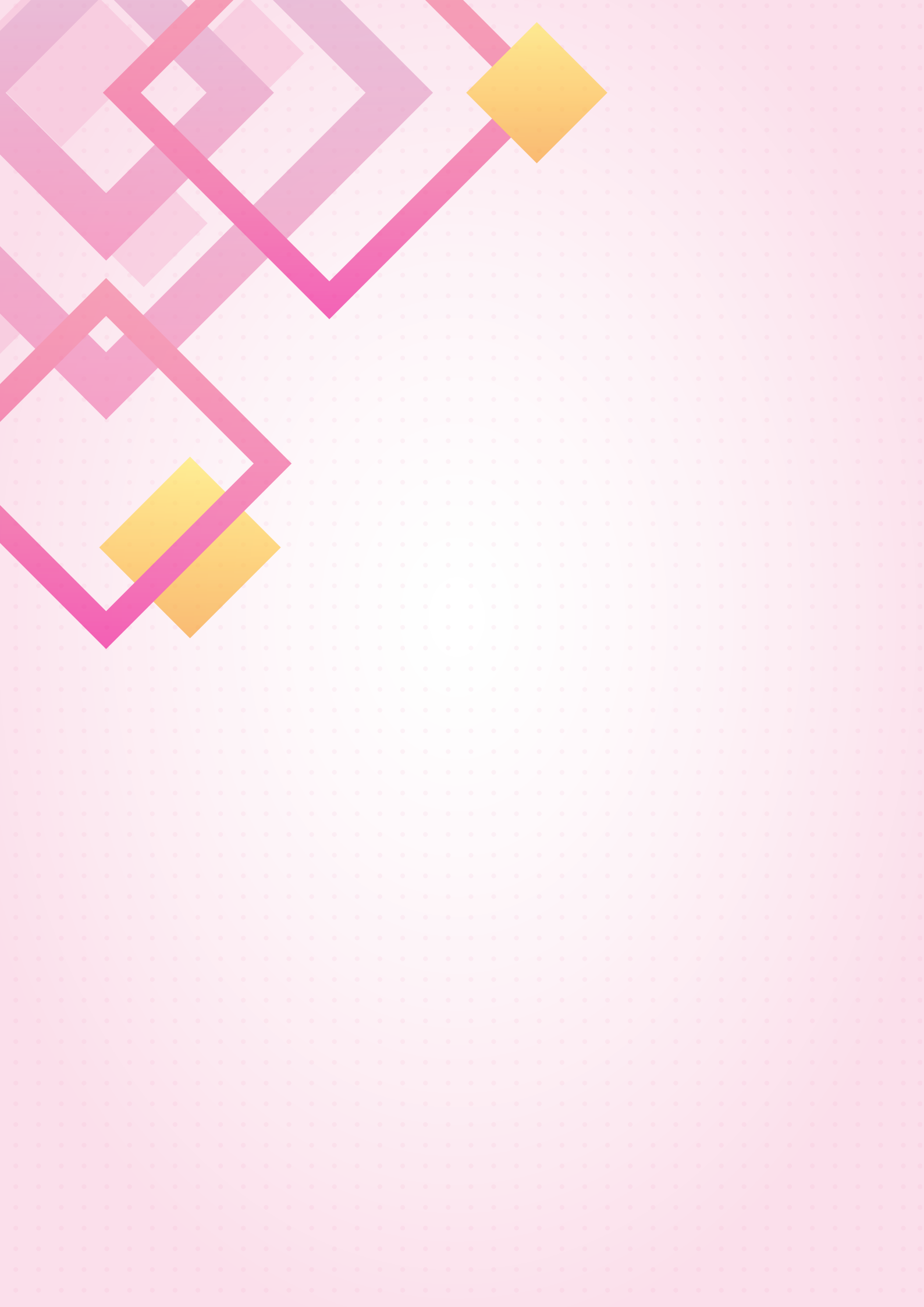
Excludes:

syphilis NOS causing death under two years of age (A50.2)

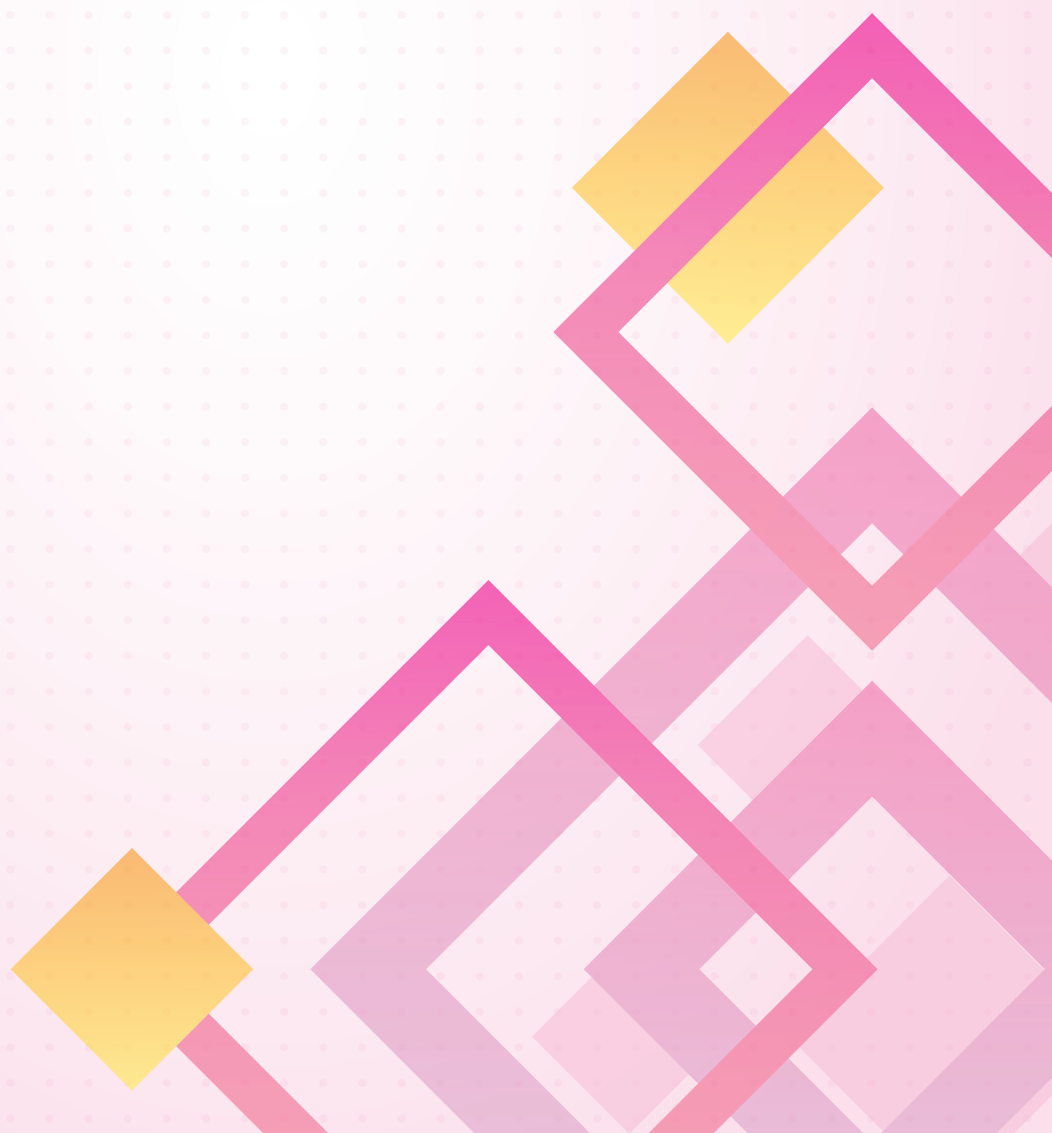
Z20	Contact with and exposure to communicable disease
Z20.2	Contact with and exposure to infections with a predominantly sexual mode of transmission
Z37	Outcome of delivery
Z37.1	Single stillbirth
Z38	Liveborn infants according to place of birth
Z38.0	Singleton, born in hospital
Z38.1	Singleton, born outside hospital
Z38.2	Singleton, unspecified as to place of birth
	Liveborn infant NOS
Z38.3	Twin, born in hospital
Z38.4	Twin, born outside hospital
Z38.5	Twin, unspecified as to place of birth
Z38.6	Other multiple, born in hospital
Z38.7	Other multiple, born outside hospital
Z38.8	Other multiple, unspecified as to place of birth

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems 2016. Vol. 1. 10th revision. 5th ed. France: WHO Press; 2015. p. 119-22,678,990-1032.

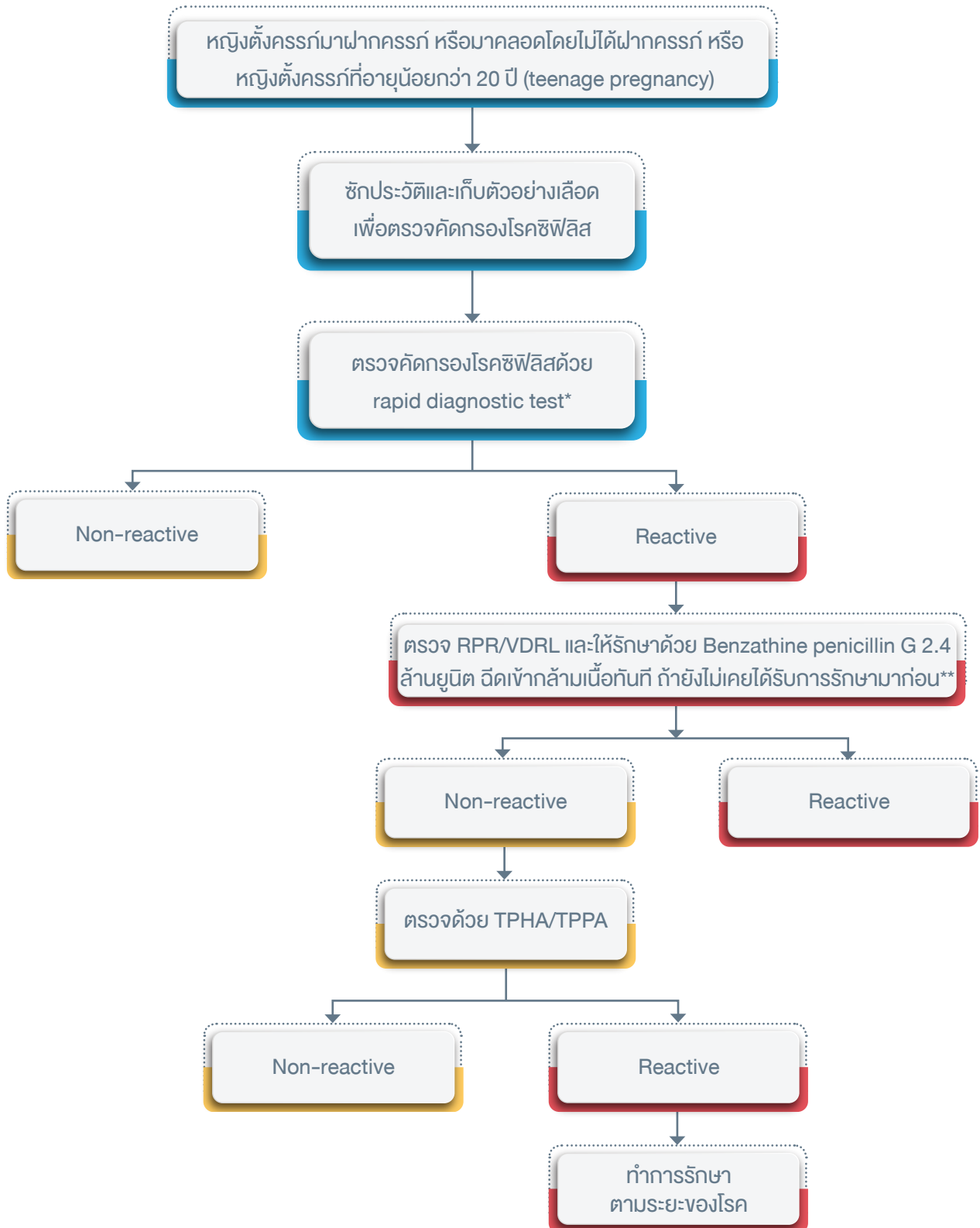


ภาคผนวก



#

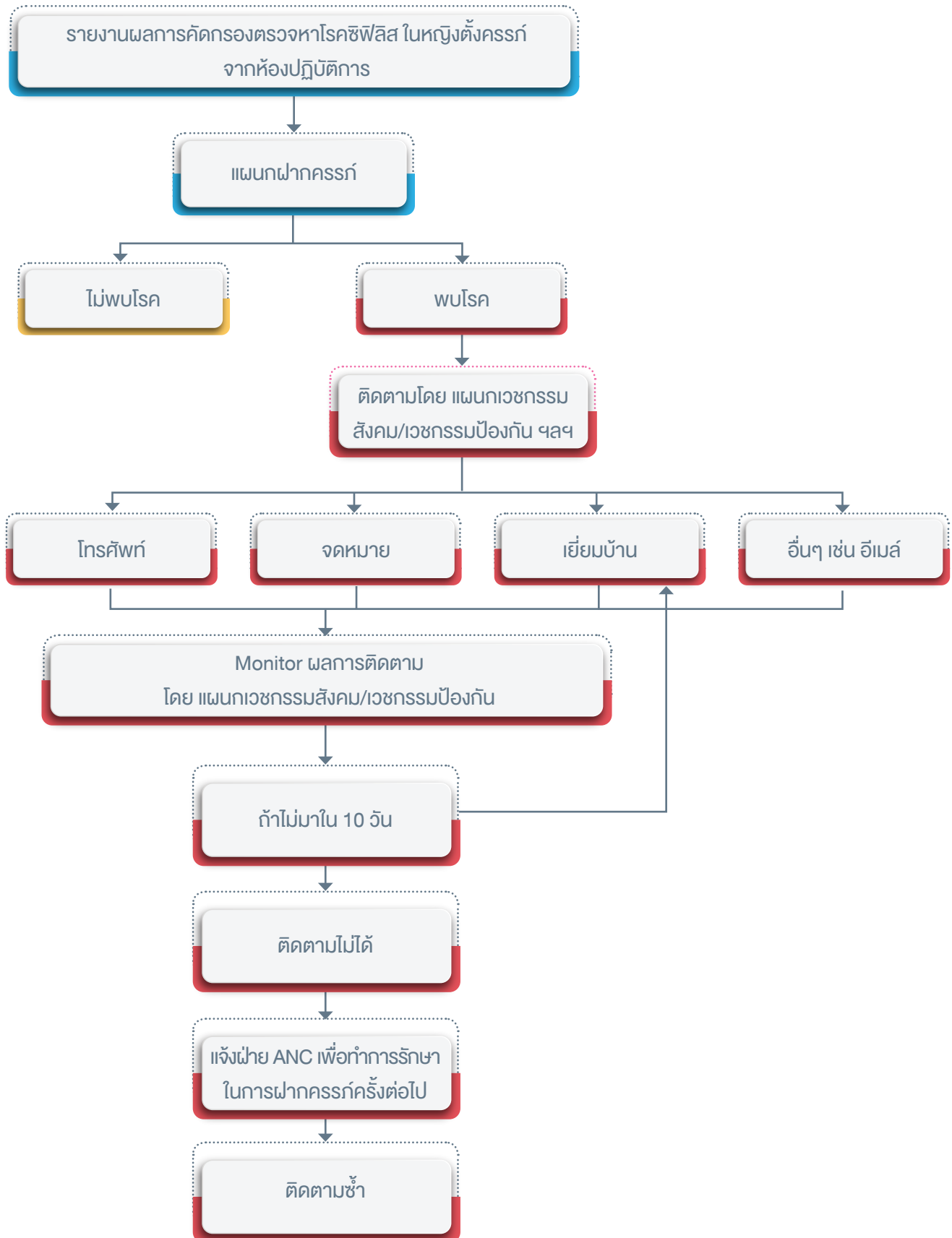
แผนภูมิที่ 1.2 การคัดกรองโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์
(ใช้ rapid diagnostic test)



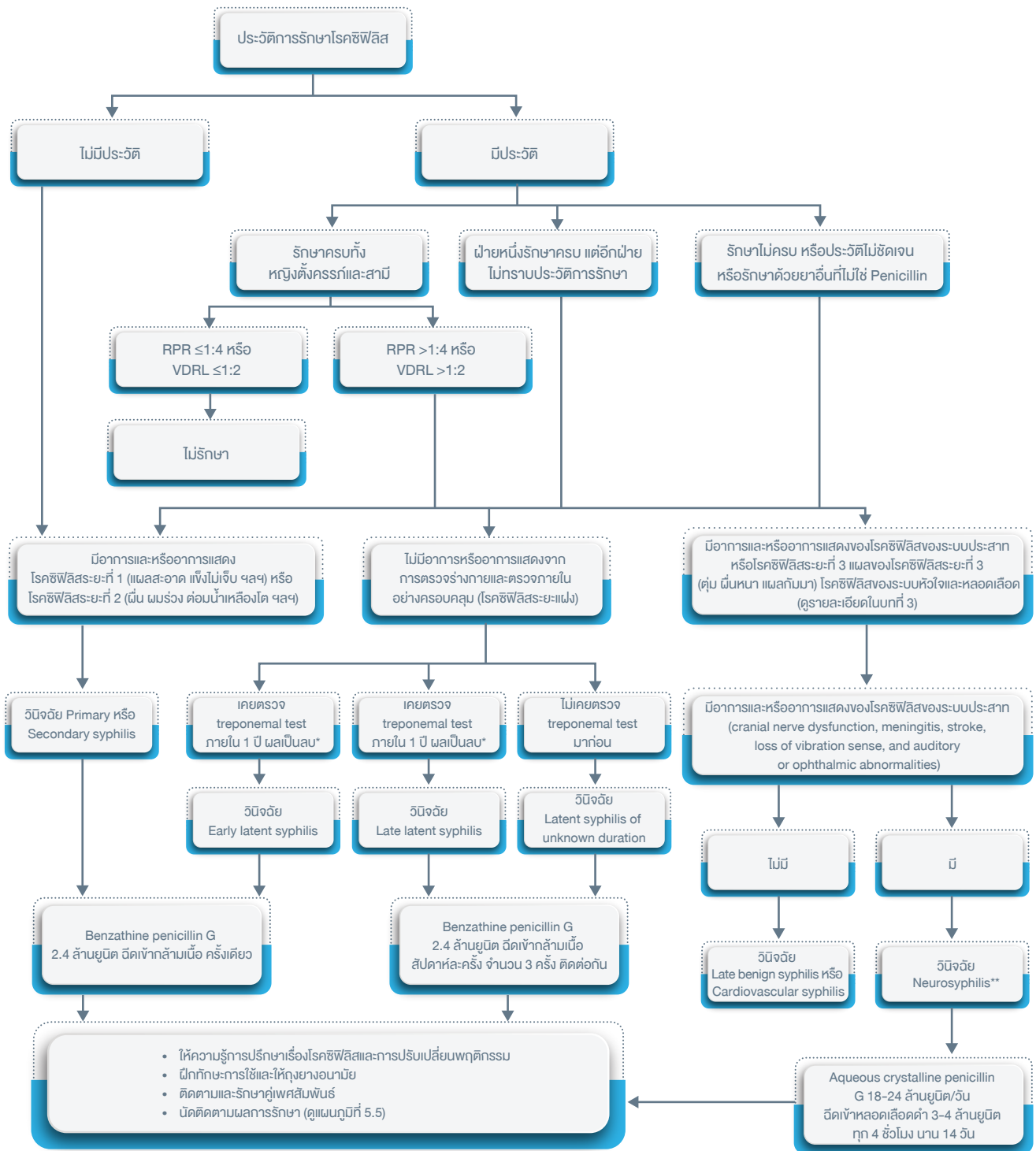
*Rapid diagnostic test ที่ใช้ จะต้องมีความสัมพันธ์ตามตารางที่ 4.5

**สามารถเริ่มการรักษาได้เลยหากไม่สามารถรอผล RPR/VDRL ได้

แผนภูมิที่ 2 การติดตามหญิงตั้งครรภ์
ที่พลีเลือดพบโรคซิฟิลิสเพื่อมารับการรักษา

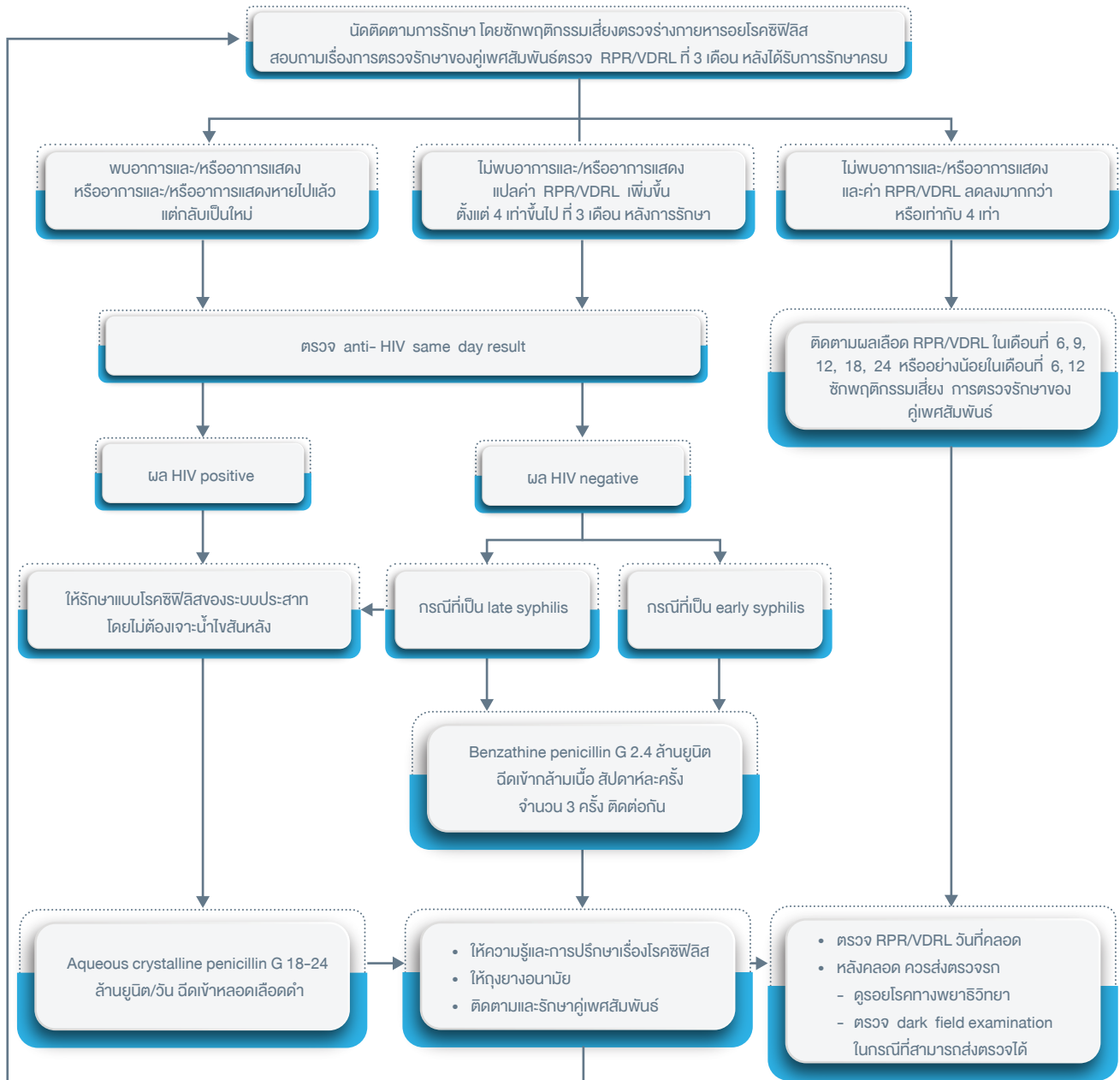


แผนภูมิที่ 3 การวินิจฉัยระยะของโรคซิฟิลิส และการดูแลรักษา



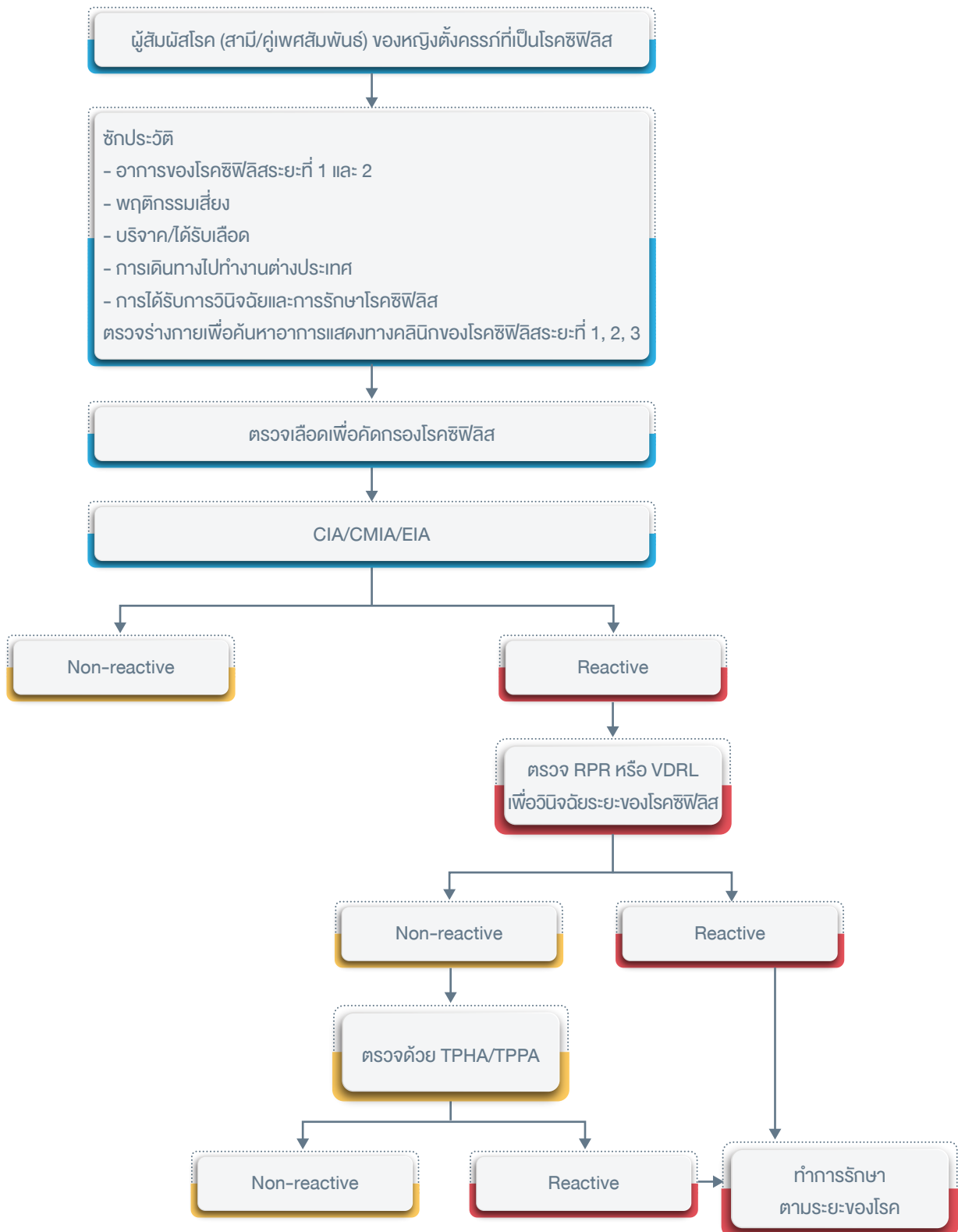
- *1. ผลเลือด RPR/VDRL มีค่าสูง ≥ 4 เท่า ของผลที่ตรวจครั้งสุดท้ายภายใน 1 ปี หรือ
 2. คู่เพศสัมพันธ์เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซิฟิลิสระยะที่ 1, 2 หรือ ระยะแฝงช่วงแรก หรือ
 3. เคยมีประวัติแผลหรือผื่นที่ชัดเจนที่เข้าได้กับโรคซิฟิลิสระยะที่ 1 หรือระยะที่ 2 ใน 1 ปี
 **การเจาะตรวจน้ำไขสันหลังในหญิงตั้งครรภ์ทำได้ยากและอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก การวินิจฉัย neurosyphilis จึงใช้อาการและอาการแสดงเป็นหลัก

แผนภูมิที่ 4 การติดตามหลังได้รับการรักษา ในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิส

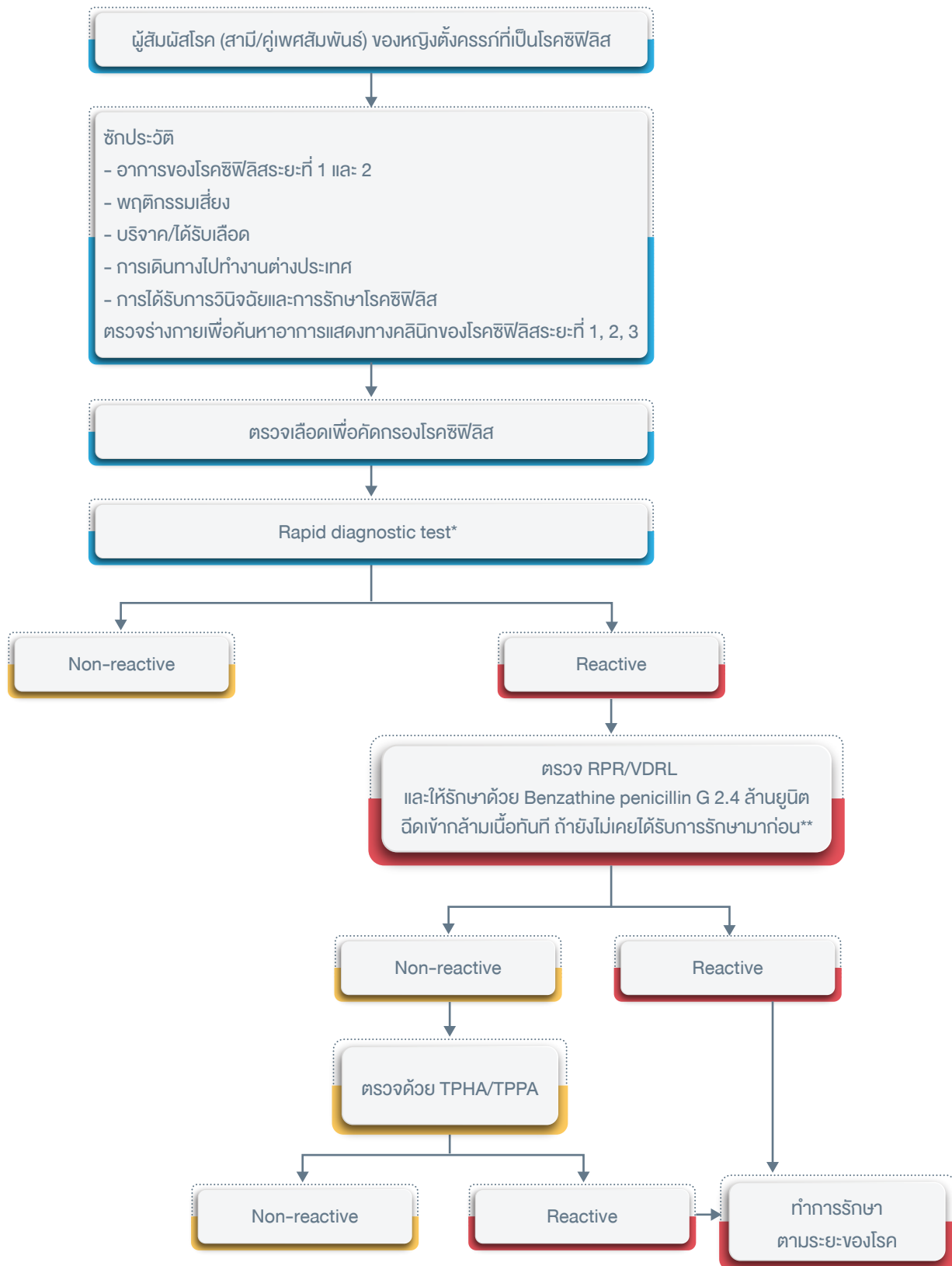


หมายเหตุ : RPR/VDRL ก่อนการรักษาที่จะนำมาใช้ในการเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นหรือลดลงนั้น ควรเป็น RPR/VDRL ของวันเดียวกับที่เริ่มรักษา

แผนภูมิที่ 5.1 การปฏิบัติต่อผู้สัมผัสโรค (สามีหรือคู่เพศสัมพันธ์)
ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิส (ใช้ automated machine)



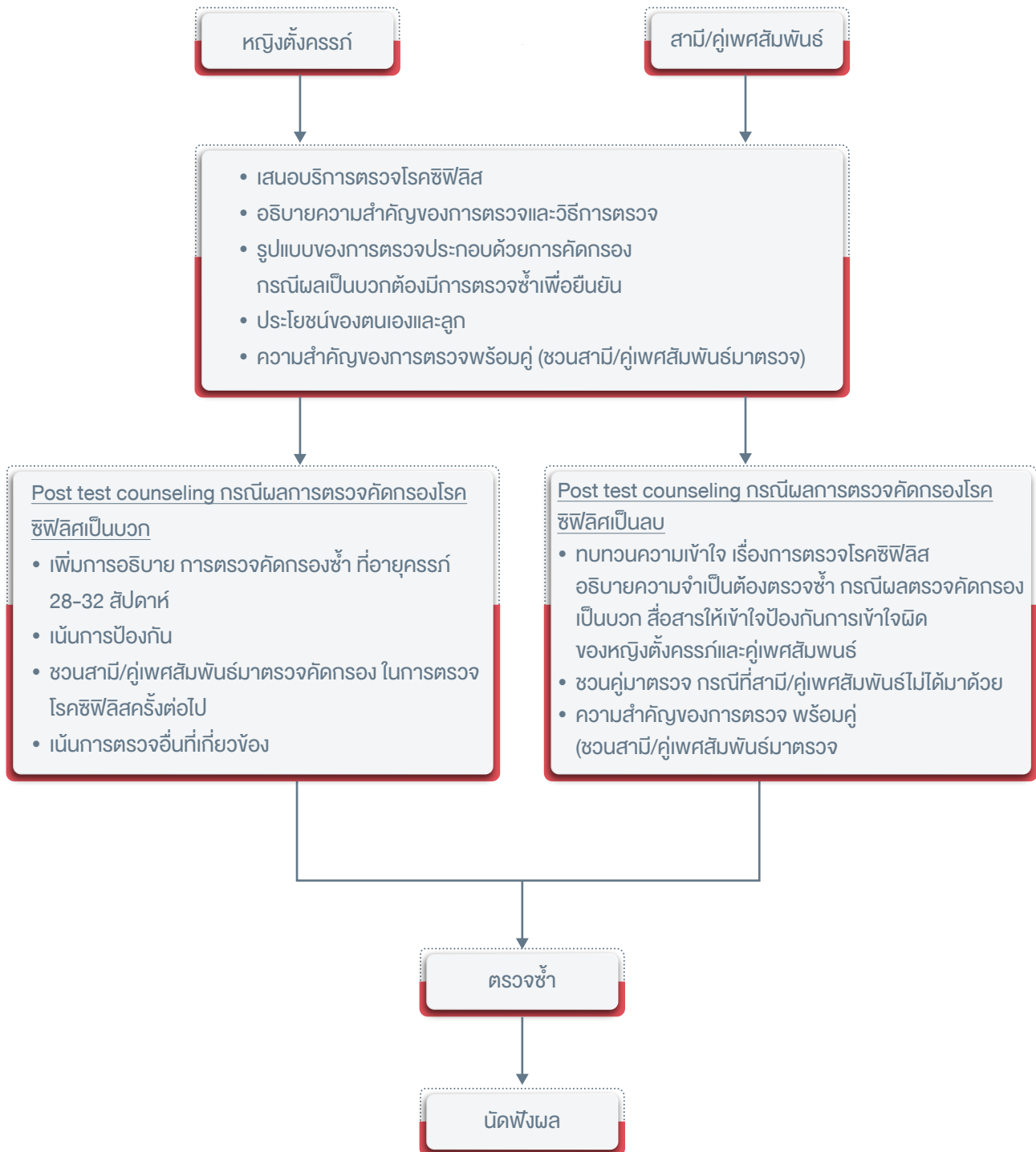
แผนภูมิที่ 5.2 การปฏิบัติต่อผู้สัมผัสโรค (สามีหรือคู่เพศสัมพันธ์)
ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิส (ใช้ rapid diagnostic test)



*Rapid diagnostic test ที่ใช้ จะต้องมีความสัมพันธ์ตามตารางที่ 4.5

**สามารถเริ่มการรักษาได้เลยหากไม่สามารถรอผล RPR/VDRL ได้

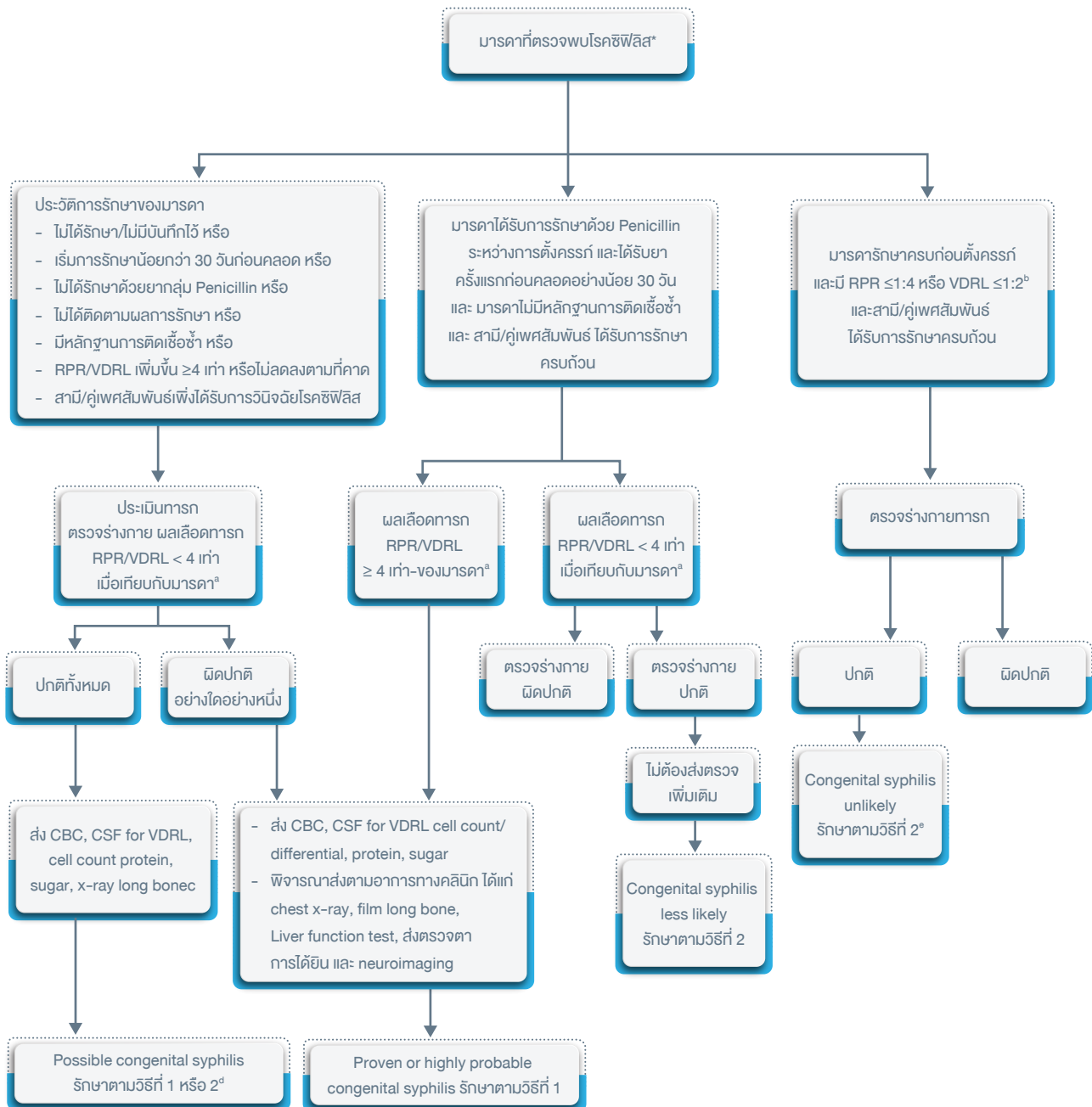
แผนภูมิที่ 6 การให้คำปรึกษาในหญิงตั้งครรภ์



แผนภูมิที่ 6 การให้คำปรึกษาในหญิงตั้งครรภ์ (ต่อ)



แผนภูมิที่ 7.1 การประเมินการกและการรักษาสำหรับโรคซิฟิลิส แต่กำเนิดในช่วงอายุ 1 เดือนแรก



a การเพิ่มขึ้นหรือลดลงของ RPR/VDRL มากกว่าหรือเท่ากับ 4 เท่า หรือ 2 dilution เช่น 1:16 เพิ่มขึ้นเป็น 1:64 หรือ 1:16 ลดเป็น 1:4 (รายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 3)

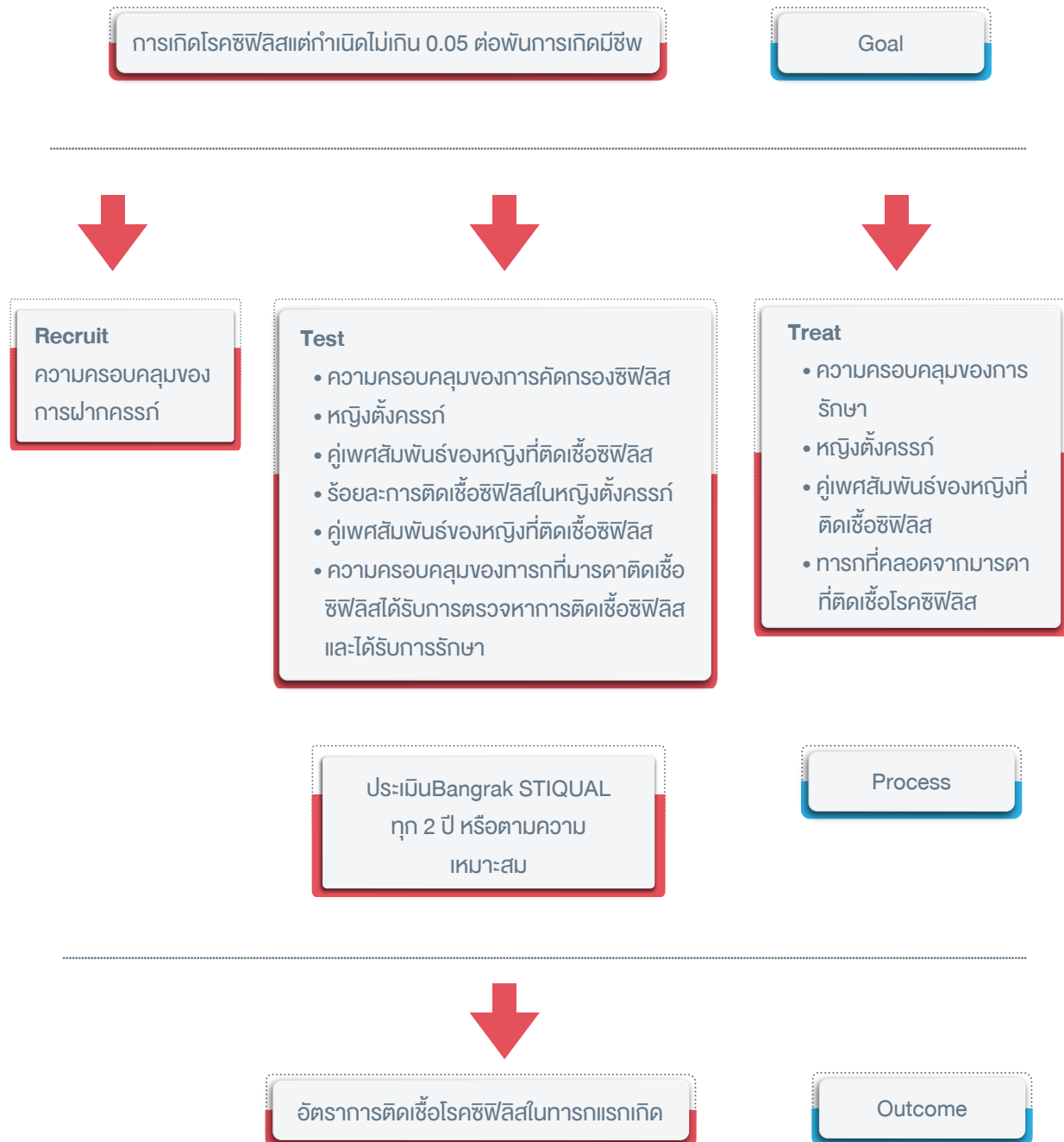
b หญิงก่อนตั้งครรภ์ที่มี VDRL ≤ 1:2, หรือ RPR 1:4 ≤ นานเกิน 1 ปี หลังการรักษา

c ตรวจ CBC และเกล็ดเลือด ตรวจน้ำไขสันหลัง ส่งนับจำนวนเซลล์ โปรตีนและ quantitative VDRL และ ภาพถ่ายรังสีกระดูก สำหรับการส่งตรวจอื่นๆ ขึ้นกับอาการ และการตรวจร่างกายการกเป็นหลัก เช่น ภาพถ่ายรังสีปอด ส่งเลือดตรวจการทำงานของตับ ส่งตรวจตา

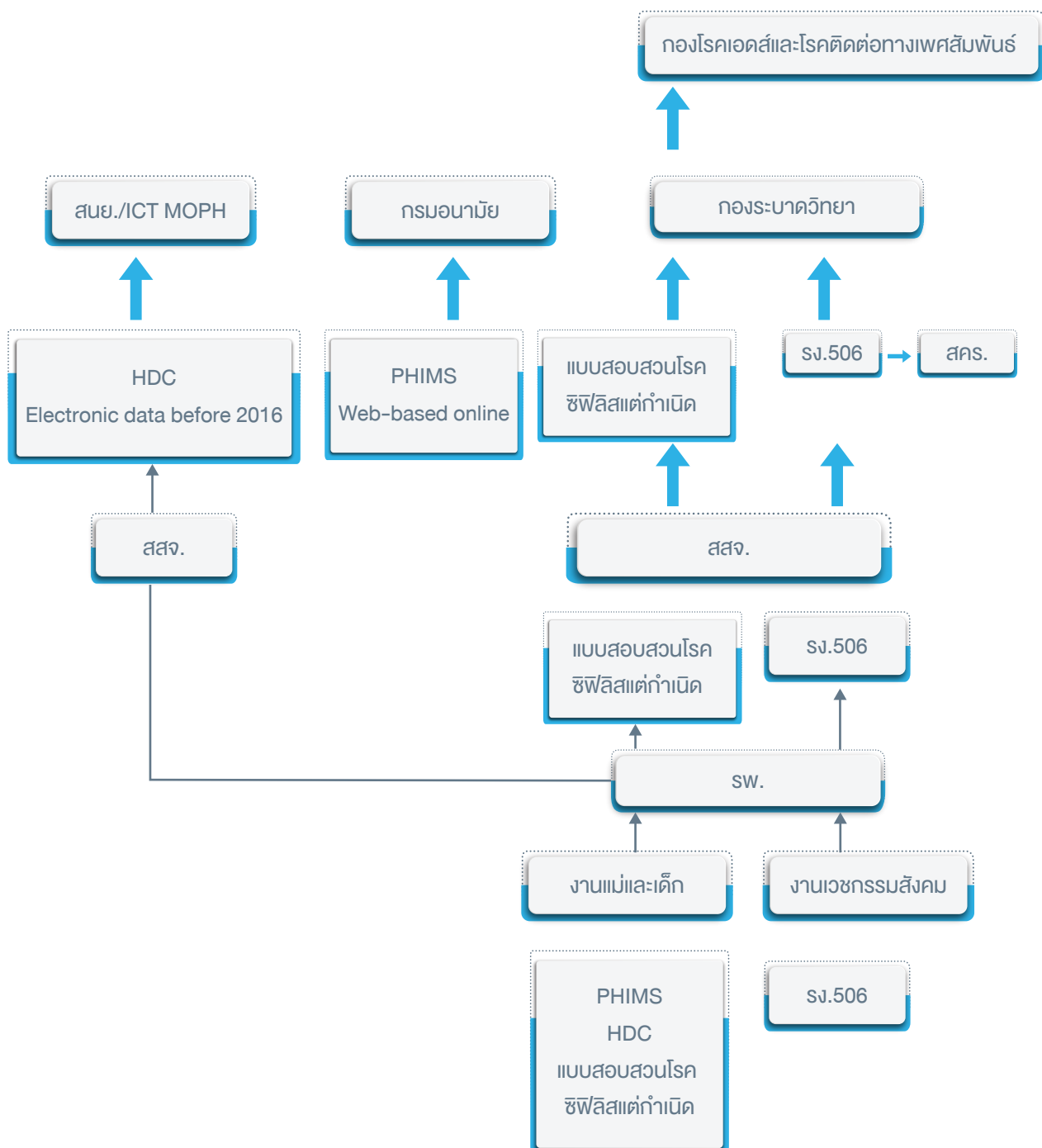
d รักษาตามวิธีการรักษาที่ 1 หรือ 2 ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้รักษาตามวิธีการรักษาที่ 1 (Aqueous penicillin G หรือ Procaine penicillin G) อย่างไรก็ตามถ้าใช้วิธีการรักษาที่ 2 (Benzathine penicillin G 1 dose) ต้องทำการประเมินอย่างครบถ้วนและมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติทั้งหมด และสามารถติดตามการรักษาได้แน่นอน ถ้าไม่ได้สามารถทำการส่งตรวจได้อย่างครบถ้วน หรือผลตรวจผิดปกติหรือไม่สามารถแปลผลน้ำไขสันหลังได้ให้ รักษาตามวิธีการรักษาที่ 1 ด้วยยา Penicillin 10 วัน

e อาจพิจารณาไม่ให้อาหารรักษาได้ ถ้าสามารถติดตามการกได้อย่างต่อเนื่อง

แผนภูมิที่ 8 กระบวนการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
กำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด



แผนภูมิที่ ๑ แหล่งข้อมูลการเฝ้าระวัง ควบคุม กำกับ ติดตาม
และประเมินผลการดำเนินงานการจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด



การฉีดยา Benzathine penicillin G

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเจนจิต ฉายะจินดา

นายแพทย์กิตติภูมิ ชินหิรัญ

โรคซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Treponema pallidum* subsp. *pallidum* ซึ่งเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สามารถทำให้เกิดโรคที่ระบบต่างๆของร่างกายได้หลายระบบ บางรายมีอาการแสดงที่ชัดเจน ในขณะที่บางรายอยู่ในระยะแฝงได้เป็นระยะเวลานาน นอกจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์แล้ว ยังสามารถติดต่อจากมารดาไปสู่ทารกได้ ทำให้เกิดการแท้ง ทารกตายคลอด และโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis)

ในปัจจุบัน โรคซิฟิลิสสามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยยาในกลุ่ม Penicillin โดยรูปแบบยาที่ใช้อย่างแพร่หลายคือ Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (ให้แบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกข้างละ 1.2 ล้านยูนิต)¹ แต่การฉีด Benzathine penicillin G ก่อนข้างมีความยากเนื่องจากยามีลักษณะหนืด และปริมาณมาก จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดบริเวณที่ฉีดได้มาก ดังนั้น อุปกรณ์ที่ใช้ และเทคนิคการฉีดยาจึงมีความสำคัญ



การฉีดยา Benzathine penicillin G

อุปกรณ์

1. ยา Benzathine penicillin G 1.2 ล้านยูนิต จำนวน 2 ขวด
2. กระบอกฉีดยาขนาด 5 มล. จำนวน 2 กระบอก
3. เข็มฉีดยาขนาด 21 ยาว 1.5 นิ้ว จำนวน 4 ชิ้น
4. Sterile water 10 มล.
5. สำลี
6. 70% Alcohol



ขั้นตอนการฉีดยา Benzathine penicillin G

1. ละลายผงยา Benzathine penicillin G 1.2 ล้านยูนิต ด้วย sterile water 4.6 มล. จะได้ยาฉีด 4-5 มล.
2. หลังผสมให้เขย่าขวดแรงๆ และขณะดูดยาเข้ากระบอกฉีดยา ให้ไล่ฟองอากาศออกให้หมด
3. ฆ่าเชื้อบริเวณผิวหนังที่จะฉีดยาด้วยสำลีชุบ 70% alcohol หลังจากนั้นรอจน alcohol แห้ง
4. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อบริเวณสะโพก (gluteus maximus) ควรใช้เข็มขนาด 21 ยาว 1.5 นิ้ว ไม่ควรใช้เข็มขนาดเล็กกว่าขนาด 21 เพื่อป้องกันเข็มอุดตัน
5. เมื่อปักเข็มแล้ว ก่อนฉีดยา ควรดึงลูกสูบหลอดฉีดยาถอยหลังค้างไว้ 2-3 วินาที เพื่อให้แน่ใจว่าไม่ได้ปักเข็มเข้าหลอดเลือด หากมีเลือดเข้ามาในหลอดฉีดยา ให้ถอนเข็มออกแล้วเปลี่ยนตำแหน่งที่ฉีดใหม่

6. ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อด้วยอัตราเร็วคงที่ เพื่อป้องกันเข็มอุดตัน
7. ผสมยาและฉีดยาเช่นเดียวกันที่กล้ามเนื้อบริเวณสะโพกอีกข้าง
8. หลังฉีดยา ให้ผู้ป่วยนอนสังเกตอาการอย่างน้อย 30 นาที และควรวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที ในช่วงที่สังเกต

อาการ

หมายเหตุ

- ปริมาณ sterile water ที่ใช้ ขึ้นกับยี่ห้อของยาที่ฉีด ควรศึกษาเอกสารกำกับยาที่แนบมากับกล่องยาก่อนทำการผสมยา
- บางการศึกษาพบว่าการประคบน้ำแข็ง 30 วินาที ก่อนฉีดยา Benzathine penicillin G² หรือการใช้ 1% Lidocaine 3.2 มล. แทน sterile water ในการผสมยา Benzathine penicillin G 1.2 ล้านยูนิต³ สามารถลดอาการปวดจากการฉีดยาได้ และสามารถใช้ในหญิงตั้งครรภ์ได้ แต่การใช้ 1% Lidocaine มีข้อควรระวัง คือ ห้ามใช้เกิน maximum dose สำหรับผู้ใหญ่ (4.5 มก./กก.)⁴ ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติแพ้ Lidocaine และต้องระมัดระวังไม่ให้ฉีดยาเข้าเส้นเลือด เนื่องจากหากยาเข้าสู่กระแสเลือดจะทำให้เกิดการชักได้



อาการไม่พึงประสงค์

- อาจเกิดการแพ้ยา
- ผื่นคัน เช่น maculopapular eruptions, exfoliative dermatitis, urticaria
- การแพ้ชนิดรุนแรง (anaphylaxis) มักเกิดอาการภายใน 5-30 นาที หลังฉีดยา ผู้ป่วยมักจะมีอาการผื่นผิวหนังชนิดลมพิษ (urticaria) และ angioedema หายใจหอบเหนื่อย หายใจเสียงหวีด เวียนศีรษะ เป็นลม ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน อจจาระร่วง ปวดท้อง ปวดศีรษะ แน่นหน้าอก⁵
- Jarisch-Herxheimer reaction
 - เป็นปฏิกิริยาที่เกิดจากการที่ร่างกายหลั่ง cytokines จากการถูกกระตุ้นโดย lipoproteins ของเชื้อ *T. pallidum* ที่ตายแล้ว ซึ่งจะเกิดภาวะนี้ภายใน 24 ชั่วโมง หลังฉีดยา Penicillin
 - ผู้ป่วยจะมีอาการ ได้แก่ vasodilation with flushing, myalgia (muscle pain), exacerbation of skin lesions and anxiety, fever, chills, rigor, hypotension, headache, tachycardia, hyperventilation และพบภาวะ leukocytosis ได้ โดยเริ่มมีอาการที่ประมาณ 4 ชั่วโมง มีอาการมากที่สุดที่ 8 ชั่วโมง และอาการหายไปเองที่ 16-24 ชั่วโมง
 - ให้รักษาตามอาการเป็นหลัก และสามารถฉีดยา Penicillin ต่อได้
 - การเกิดภาวะนี้ในหญิงตั้งครรภ์ อาจทำให้เกิด premature labor ได้⁵

1. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2015 MMWR Recomm. 2015;64(RR-03):1-137.
2. Farhadi A, Esmailzadeh M. Effect of local cold on intensity of pain due to Penicillin Benzathine intramuscular injection. International Journal of Medicine and Medical Sciences. 2011;3(11):343-5.
3. Morsy MF, Mohamed MA, Abosedira MM, Al-Harbi KM, Abdelaziz NA, Khosh-Hal AQ, et al., Lidocaine as a Diluent for Benzathine Penicillin G Reduces Injection Pain in Patients with Rheumatic Fever: a Prospective, Randomized Double-Blinded Crossover Study. Australian Journal of Basic and Applied Sciences. 2012;6(5):236-40.
4. Amir J, Ginat S, Cohen YH, Marcus TE, Keller N, Varsano I. Lidocaine as a diluent for administration of benzathine penicillin G. Pediatr Infect Dis J. 1998;17(10):890-3.
5. Tuddenham SA, Zenilman JM. Syphilis. In: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, et al., editors. Fitzpatrick's dermatology. Vol. 1. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. p. 684-709.

ตารางสรุปเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลง แนวทางการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2563

เรื่อง	แนวทางฯ พ.ศ. 2558	แนวทางฯ พ.ศ. 2563
โรคซิฟิลิสในผู้ใหญ่		
โรคซิฟิลิสในผู้ใหญ่	ซิฟิลิสระบบประสาทที่อยู่ในซิฟิลิสระยะที่ 3	แยกโรคซิฟิลิสของระบบประสาทออกจากซิฟิลิสระยะที่ 3
	- ซิฟิลิสระยะแฝงช่วงแรก (early latent syphilis) คือ ติดเชื้อภายใน 2 ปี - ซิฟิลิสระยะแฝงช่วงหลัง (late latent syphilis) คือ ติดเชื้อเกิน 2 ปี	- โรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงต้น (early latent syphilis) คือ สัมผัสเชื้อมาไม่เกิน 1 ปี - โรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงปลาย (late latent syphilis) คือ สัมผัสเชื้อมาเกิน 1 ปี
การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสของระบบประสาท		เพิ่มเนื้อหาข้อบ่งชี้ของการตรวจน้ำไขสันหลังเพื่อวินิจฉัยโรคซิฟิลิสของระบบประสาท
การวินิจฉัย รหัส ICD-10 และรหัส 506	แทรกรหัส ICD-10 และรหัส 506 อยู่ในเนื้อหา	แยกเนื้อหา ICD-10 และรหัส 506 ไปอยู่ในบทที่ 10
แนวทางการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่พบโรคซิฟิลิสและสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์		
การรักษาโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์		เน้นเรื่องการห้ามใช้ Doxycycline หรือ Tetracycline ในหญิงตั้งครรภ์
		เพิ่มหมายเหตุเรื่องการฉีด Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 2 ครั้ง ในบางการศึกษา
		เน้นย้ำเรื่องกรณีที่แพ้ Penicillin ให้ทำการ desensitization หรือส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่สามารถทำได้
การรักษา neurosyphilis	Aqueous crystalline penicillin G 12-24 ล้านหน่วย/วัน ฉีดเข้าเส้นโดยแบ่งฉีด 2-4 ล้านหน่วย ทุก 4 ชั่วโมง นาน 14 วัน	Aqueous crystalline penicillin G 18-24 ล้านยูนิต/วัน ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ โดยแบ่งฉีด 3-4 ล้านยูนิต ทุก 4 ชั่วโมงนาน 10-14 วัน
ข้อบ่งชี้ว่าการรักษาโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ล้มเหลว	มีการเพิ่มระดับ VDRL หรือ RPR titer ตั้งแต่ 4 เท่าขึ้นไป	มีการเพิ่มของค่า RPR/VDRL ตั้งแต่ 4 เท่าขึ้นไป ภายหลังการรักษาครบ
	หลังการรักษาเป็นเวลา 1 ปี ยังมีระดับ RPR/VDRL titer ลดน้อยกว่า 4 เท่า หรือมี titer ตั้งแต่ 1:8 ขึ้นไป	ค่า RPR/VDRL ลดน้อยกว่า 4 เท่า หรือยังมีค่าตั้งแต่ 1:8 ขึ้นไป ภายหลังการรักษาครบแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

เรื่อง	แนวทางฯ พ.ศ. 2558	แนวทางฯ พ.ศ. 2563
การรักษาซ้ำ เมื่อพบว่ามีข้อบ่งชี้ว่าการรักษาล้มเหลว	กรณีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย อาจเกิดจากมีซิฟิลิส ของระบบประสาทร่วมด้วย การพิจารณาตรวจน้ำไขสันหลังทำได้ยาก ให้รักษาแบบซิฟิลิสระบบประสาท	กรณีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย เมื่อพบข้อบ่งชี้ว่าการรักษาล้มเหลว ให้รักษาแบบโรคซิฟิลิสของระบบประสาท โดยไม่ต้องเจาะน้ำไขสันหลัง
การทำ desensitization	อธิบายวิธีการทำ desensitization	แนะนำสถานพยาบาลที่รับการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำ desensitization
การให้นมบุตร		ในกรณีที่มีการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในมารดาหรือทารกหรือทั้งสองคน สามารถให้นมบุตรได้ตามปกติ ยกเว้นกรณีที่มารดามีรอยโรคบริเวณเต้านมใดก็ตาม ถือเป็นข้อห้ามในการให้นมบุตร ทั้งจากการดูดเต้านมและจากการบีบเก็บน้ำนมจากเต้านม โดยควรรักษาโรคบริเวณเต้านมให้หาย จึงสามารถให้นมบุตรได้
การดำเนินการเกี่ยวกับสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์		เพิ่มเรื่องการรักษาโรคซิฟิลิสสำหรับสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์
หลักเกณฑ์ในการติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิส มารับการตรวจภายหลังการรักษา		
โรคซิฟิลิสช่วงต้น (early syphilis)	- การนัดครั้งที่ 1 นัด 7 วัน หลังจากวันที่ได้รับการรักษา - การนัดครั้งที่ 2, 3, 4 คือ 1 เดือน, 2 เดือน, 3 เดือน หลังจากวันที่ได้รับการรักษาครบ - การนัดครั้งต่อไป เดือนที่ 6 หลังจากวันที่ได้รับการรักษาครบ	ต้องนัดหมายผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่ 3, 6, 9, 12, 18 และ 24 เดือน หลังจากวันที่ได้รับการรักษาครบ ให้ความสำคัญเรื่อง - การตรวจ RPR/VDRL วันที่คลอด - หลังคลอด ควรส่งตรวจทางพยาธิวิทยา และ dark-field microscopic test
โรคซิฟิลิสระยะหลัง (late syphilis)	- การนัดครั้งที่ 1 นัด 7 วันหลังจากวันที่ได้รับการรักษา - การนัดครั้งที่ 2 นัด 14 วันหลังจากที่ได้รับการรักษา - การนัดครั้งที่ 3, 4, 5 คือ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือนหลังจากวันที่ได้รับการรักษาครบ - การนัดครั้งต่อไป นัด 6 เดือนหลังจากวันที่ได้รับการรักษาครบ - หลังจากนั้น ให้ตรวจติดตาม RPR/VDRL ในเดือนที่ 9, 12, 18, และ 24	ต้องนัดหมายผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่ 3, 6, 12, 18 และ 24 เดือน หลังจากวันที่ได้รับการรักษาครบ

เรื่อง	แนวทางฯ พ.ศ. 2558	แนวทางฯ พ.ศ. 2563
		ให้ความสำคัญเรื่อง • การตรวจ RPR/VDRL วันที่คลอด • หลังคลอด ควรส่งตรวจทางพยาธิวิทยา และ dark-field microscopic test
แนวทางการดำเนินงานต่อทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบโรคซิฟิลิส		
การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในทารก		
ประวัติและการตรวจร่างกายของมารดา	วิธีการรักษา ยาที่ใช้ในการรักษา ความเหมาะสมของการรักษา	วิธีการรักษา ยาที่ใช้ในการรักษา ความเหมาะสมของการรักษา และวันแรกที่ได้รับการรักษา
การรักษาที่ครบถ้วนของมารดา		การรักษาครบถ้วนสมบูรณ์ของมารดา คือ รักษาด้วยยากลุ่ม Penicillin และได้รับการรักษาครั้งแรกไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนคลอด มีการติดตามผลการรักษา RPR/VDRL ในมารดาลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 4 เท่า ไม่มีหลักฐานการติดเชื้อซ้ำ และสามี/คู่เพศสัมพันธ์ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคซิฟิลิสและรักษาหากพบว่าเป็นโรคซิฟิลิส หากไม่ทราบผลการตรวจโรคซิฟิลิส ขณะตั้งครรภ์หรือช่วงคลอด ไม่ควรให้มารดาและทารกกลับบ้านจนกว่าจะทราบผล
การตรวจน้ำไขสันหลังในทารก		
การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ		เน้นย้ำการตรวจ nontreponemal test จากน้ำไขสันหลังใช้ VDRL เท่านั้น
ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจน้ำไขสันหลัง		1. มารดาได้รับการรักษาไม่ครบถ้วนก่อนคลอด หรือไม่ได้รับการรักษา 2. ตรวจร่างกายทารกผิดปกติเข้าได้กับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด 3. ผล RPR/VDRL มากกว่าหรือเท่ากับมารดา 4 เท่า

เรื่อง	แนวทางฯ พ.ศ. 2558	แนวทางฯ พ.ศ. 2563
เกณฑ์การรักษาและวินิจฉัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดจากน้ำไขสันหลัง	ผู้เชี่ยวชาญบางท่านแนะนำให้ใช้ค่าปกติต่ำสุด ได้แก่ เม็ดเลือดขาวไม่เกิน 5 เซลล์/มม. ³ และโปรตีนไม่เกิน 40 มก./ดล. ในการประเมินทารกสำหรับซิฟิลิสแต่กำเนิด ร่วมกับการตรวจหาสาเหตุอื่นที่อาจทำให้น้ำไขสันหลังมีความผิดปกติ	ให้ส่งนับจำนวนเซลล์ โปรตีนและ VDRL โดยการแปลผลน้ำไขสันหลังในทารกมีความซับซ้อน เพราะค่าปกติมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุของทารกโดยกำหนดเกณฑ์ในการรักษาและรายงานโรคดังนี้ • ในเด็กอายุ ≤ 30 วัน เม็ดเลือดขาวในน้ำไขสันหลัง > 25 ตัว/มม.³ หรือ โปรตีนในน้ำไขสันหลัง > 150 มก./ดล. • ในเด็กอายุมากกว่า > 30 วัน เม็ดเลือดขาวในน้ำไขสันหลัง > 5 ตัว/มม.³ หรือ โปรตีนในน้ำไขสันหลัง > 40 มก./ดล. โดยไม่คำนึงถึง CSF serology
การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด		เพิ่มการตรวจอื่นๆทางห้องปฏิบัติการที่สามารถนำมาวินิจฉัยได้ ได้แก่ dark-field microscopic test, NAAT, immunohistochemistry (IHC)
แนวทางการรักษาโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด		จำแนกการส่งตรวจและการรักษาตามประวัติการรักษาของมารดาว่าครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่ แผนภูมิที่ 7.1
การประเมินและรักษาเด็ก ที่มีอาการสงสัยโรคซิฟิลิสภายหลังอายุ 1 เดือนแรก		
	ทารกและเด็กอายุมากกว่า 1 เดือนที่สงสัยซิฟิลิสแต่กำเนิดหรือสงสัยซิฟิลิสต่อระบบประสาท ควรได้รับการรักษาด้วย Penicillin G 10 วัน เนื่องจากการวินิจฉัย neurosyphilis ในเด็กนั้นทำได้ยาก แต่หากทารกหรือเด็กที่ได้รับการตรวจไม่พบมีอาการทางคลินิกของซิฟิลิส ผลการตรวจน้ำไขสันหลังปกติ และมีผล VDRL ในน้ำไขสันหลังเป็นลบ อาจพิจารณาให้ Benzathine penicillin G 50,000 U/kg. เข้ากล้ามเนื้อทุกสัปดาห์เป็นเวลา 3 สัปดาห์	เด็กอายุมากกว่า 1 เดือน ที่สงสัยว่าเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดหรือสงสัยว่าเป็นโรคซิฟิลิสของระบบประสาท ควรได้รับการรักษาด้วย Penicillin G 10 วัน เนื่องจากการวินิจฉัยโรคซิฟิลิสของระบบประสาทในเด็กนั้นทำได้ยาก
		ในกรณีที่มารดามีค่า nontreponemal test (RPR/VDRL) ขึ้นขณะคลอดหรือหลังคลอด และทารกแรกเกิดผลเลือดเป็นลบ แนะนำให้เจาะเลือดซ้ำอีกครั้งในอายุ 3 เดือน เพื่อป้องกันการตกหล่นในกรณีที่ขณะแรกเกิดยังอยู่ในช่วง incubation ในช่วงแรกเกิด

เรื่อง	แนวทางฯ พ.ศ. 2558	แนวทางฯ พ.ศ. 2563
การป้องกันการติดเชื้อซิฟิลิส จากการสัมผัสคัดหลั่งของทารก		
	บุคลากรการแพทย์ที่สัมผัสสารคัดหลั่งของทารกโดยตรงก่อนการรักษาหรือภายใน 24 ชม.แรกของการรักษา ให้เฝ้าติดตามความผิดปกติของผิวหนังบริเวณที่สัมผัสเป็นระยะเวลา 2-3 สัปดาห์ หลังจากสัมผัส และควรทำการตรวจหาแอนติบอดีต่อซิฟิลิสภายหลังการสัมผัส และติดตามตรวจซ้ำอีก 3 เดือนต่อมา หรือเมื่อตรวจพบมีความผิดปกติ	บุคลากรการแพทย์ที่สัมผัสสารคัดหลั่งของทารก ได้แก่ น้ำมูก (snuffles) เลือด น้ำไขสันหลัง และ mucocutaneous lesion เช่น สารคัดหลั่งจากตุ่มน้ำบริเวณมือเท้าลอก (pemphigus syphiliticus) แผลริมแข็ง (chancre) condyloma lata รอยโรคภายในช่องปากและทวารหนัก ก่อนการรักษาหรือภายใน 24 ชม.แรกของการรักษา ให้พิจารณาฉีดยา Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ และตรวจซ้ำอีก 3 เดือน ถ้ามีการสัมผัสสารคัดหลั่งของทารกโดยไม่ได้ใส่ถุงมือ ก่อนที่ทารกจะได้รับการรักษา ให้เฝ้าติดตามความผิดปกติของผิวหนังบริเวณที่สัมผัสเป็นระยะเวลา 2-3 สัปดาห์ หลังจากสัมผัส และควรทำการตรวจหาแอนติบอดีต่อโรคมะเร็งซิฟิลิสภายหลังการสัมผัส และติดตามตรวจซ้ำอีก 3 เดือนต่อมา หรือเมื่อตรวจพบมีความผิดปกติ
การนัดติดตามอาการในทารก		
	นัดตรวจติดตามอาการที่อายุ 2, 4, 6 และ 12 เดือน และทำการตรวจNon-treponemal (RPR/VDRL) titer ทุก 2-3 เดือน จนกระทั่งผลเลือดเป็นลบ หรือลดลงมากกว่า 4 เท่า	• นัดตรวจติดตามอาการที่อายุ 2, 4, 6, 9 และ 12 เดือน • ทำการตรวจ nontreponemal test (RPR/VDRL) ที่ 4 และ 6 เดือนจนกระทั่งผลเลือดเป็นลบ • ทำการตรวจ treponemal test ที่อายุ 18 เดือน
การตรวจติดตามน้ำไขสันหลัง	ในทารกที่ตรวจน้ำไขสันหลังแล้วพบความผิดปกติของเม็ดเลือดขาว และ/หรือโปรตีน หรือมี VDRL ในน้ำไขสันหลังให้ผลบวก ต้องทำการเจาะตรวจน้ำไขสันหลังทุก 6 เดือนจนผลตรวจปกติ หากผลการตรวจ VDRL ในน้ำไขสันหลังยังให้ผลบวกที่ 6 เดือนให้ทำการตรวจประเมินและให้การรักษซ้ำอีกครั้ง	ในทารกที่ตรวจน้ำไขสันหลังแล้วพบความผิดปกติของเม็ดเลือดขาว และ/หรือค่าโปรตีนผิดปกติ หรือมี VDRL ในน้ำไขสันหลังให้ผลบวก ต้องทำการเจาะตรวจน้ำไขสันหลังที่ 6 เดือนหลังการรักษา ถ้าผลการตรวจน้ำไขสันหลังยังพบความผิดปกติให้การรักษซ้ำอีกครั้ง

เรื่อง	แนวทางฯ พ.ศ. 2558	แนวทางฯ พ.ศ. 2563
การดำเนินการต่อทารกที่แพ้ยา Penicillin		
		เน้นย้ำเรื่องการแพ้ยาให้ส่งต่อกุมารแพทย์โรคภูมิแพ้ เพื่อทำการ desensitize และให้การรักษาต่อยา Penicillin
บทที่ 9 ระบบ ICD-10 และ รหัส 506 โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด และโรคซิฟิลิสในผู้ใหญ่		
หลักการ ICD-10	แทรกอยู่ในภาคผนวก 1 ความรู้เรื่องโรคซิฟิลิส	ย้ายเนื้อหา ความรู้เรื่องโรคซิฟิลิสในผู้ใหญ่ มาอยู่ในบทที่ 4 และโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด มาอยู่ในบทที่ 7
		เพิ่มตารางสรุป ICD-10 และ รหัส 506
แผนภูมิที่ 5.6 และ 5.7 การปฏิบัติต่อผู้สัมผัสโรค (สามีหรือคู่เพศสัมพันธ์) ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิส	มีทั้งการตรวจแบบ traditional algorithm และ reverse algorithm	มีเฉพาะการตรวจแบบ reverse algorithm และเพิ่มการตรวจแบบ automated machine และ rapid diagnostic test
แผนภูมิที่ 7.1 การประเมินทารกและการรักษาสำหรับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในช่วงอายุ 1 เดือนแรก	การให้การรักษากายใน 4 สัปดาห์ก่อนคลอด	- เน้นย้ำนับจากการรักษาครั้งแรก 30 วันก่อนคลอด - เพิ่มการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ควรทำ คือ การตรวจ CBC, CSF for VDRL cell count/differential, protein, sugar ในกรณีผลการประเมินทารกมีความผิดปกติ - พิจารณาส่งตามอาการทางคลินิก ได้แก่ chest x-ray, film long bone, liver function test, ตา การได้ยิน และ neuroimaging - กรณีรักษาครบถ้วนสมบูรณ์ควรตรวจร่างกายทารกให้ครบถ้วน หากผิดปกติให้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและให้การรักษา



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

แนวทาง

การกำจัดโรคซิกาแต่กำเนิด พ.ศ. 2563