

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562
ภายใต้ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 มิติ

EPIDEMIOLOGY OF CONGENITAL SYPHILIS UNDER THE FIVE DIMENSIONS OF THE DISEASE AND HEALTH HAZARD SURVEILLANCE SYSTEM
IN THAILAND, 2019

สามารถ พันธุ์เพชร

Samart Punpetch

จิราวรรณ สว่างสุข

Jirawan Sawangsuk

นิรมล ปัญสุวรรณ

Niramom Pansuwan

รศพร กิตติเยวามาลัย

Rossaporn Kittiyaowamarn

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค

Division of AIDS and STIs,

Department of Disease Control

DOI: 10.14456/taj.2022.11

Received: 27/04/2022

Revised: 14/05/2022

Accepted: 30/05/2022

บทคัดย่อ

ประเทศไทยได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการจากองค์การอนามัยโลก ว่าสามารถยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกได้สำเร็จในปี พ.ศ. 2559 และได้ดำเนินการต่อเนื่องถึงปัจจุบันเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการติดตามและวางแผนป้องกันควบคุมโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดของประเทศไทยในอนาคต การศึกษาในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายรูปแบบการกระจายของการเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบเฝ้าระวังโรคและระบบรายงานที่เกี่ยวข้องภายใต้ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 มิติ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ อัตรา ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย เป็นต้น และประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในการแสดงผลแผนที่การกระจายโรคเชิงพื้นที่

ผลการศึกษาพบว่า อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ปี พ.ศ. 2562 (45.46 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน) สูงกว่าในปีที่ผ่านมา สอดคล้องกับแนวโน้มการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ที่สูงขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนอายุน้อยกว่า 25 ปี ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อมีอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 63.43) มีประวัติการรักษาไม่ครบตามแนวทางการรักษา (ร้อยละ 36.61) และไม่ได้รับการรักษา (ร้อยละ 30.06) ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองโรคซิฟิลิส และตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคซิฟิลิสได้รับการรักษา สามารถบรรลุตัวชี้วัดได้ตามเป้าหมาย

ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นถึงช่องว่างของการเข้ารับบริการดูแลสุขภาพในระยะการตั้งครรภ์ได้แก่ ฝากครรภ์ คุณภาพ การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรคซิฟิลิสโดยเร็ว และการรักษาผู้ติดเชื้อตามแนวทางการรักษา เพื่อการลด ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ จึงมีความจำเป็นต่อการส่งเสริมให้ความรู้แก่เยาวชนและ ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เพิ่มความเข้มแข็งระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็ก ตลอดจนการเฝ้าระวังโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ในพื้นที่ที่มีอัตราป่วยสูง

Abstract

Thailand has achieved the elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis since 2016. For monitoring and planning of prevention and control of the congenital syphilis disease in Thailand, the purpose of this study was to describe the distribution of congenital syphilis and the risk factors related.

The study was a cross-sectional study. Data were collected using secondary data under the five dimensions of Thailand's disease and health hazard surveillance system. The data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percent, median, and mean. A geographic information system was applied to display the spatial distribution of disease.

The results showed that the rate of congenital syphilis in 2019 (45.46 cases per 100,000 live births) was higher than in the previous year, corresponding to the prevalence of syphilis in pregnancy which tends to be higher, especially among youths under 25 years of age. Most of the syphilis-infected pregnant women received the first antenatal care visit at more than 12 weeks of gestation (63.43%) and had been inadequately treated (36.61%) and untreated (30.06%). According to indicators of the World Health Organization (WHO), Thailand had achieved EMTCT of syphilis in 2019, such as the rate of congenital syphilis, the proportion of syphilis screening in pregnant women, and the proportion of positive pregnant women treated.

The results also focused on the gaps in access to health care services during pregnancy, including quality antenatal care, early detection of syphilis, and timely treatment in pregnant women according to guidelines to reduce adverse pregnancy outcomes. Therefore, it is necessary to promote educating young people and those with risk behaviors, strengthen the maternal and child health service system, and surveillance for congenital syphilis in high-risk areas.

คำสำคัญ

ซิฟิลิส, ซิฟิลิสแต่กำเนิด,
ระบบเฝ้าระวังโรค

Keywords

*syphilis, congenital syphilis,
disease surveillance system*

บทนำ

เด็กถือเป็นที่ปรึกษาบุคคลที่สำคัญของประเทศชาติ ที่จะเติบโตขึ้นไปเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการพัฒนาชาติบ้านเมือง ให้มีความเจริญก้าวหน้าและมั่นคงในอนาคต จากข้อมูลสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง พบว่า จำนวนการเกิดของประชากรประเทศไทย ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 766,370 คน ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 618,193 คน ในปี พ.ศ. 2562⁽¹⁾ ดังนั้น เด็กที่เกิดมาทุกรายควรต้องมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม เพื่อจะได้เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ จึงมีความจำเป็นที่เด็กเหล่านั้นจะต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา อย่างต่อเนื่อง แต่ในปัจจุบันประเทศไทยยังคงเผชิญปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็ก เพื่อให้การเกิดทุกรายมีคุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ภายใต้นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ จึงต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีการวางแผนเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะก่อนสมรส ระยะก่อนมีบุตร ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด⁽²⁾ โดยเฉพาะการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี โรคไวรัสตับอักเสบบี และโรคซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก ตั้งแต่การคัดกรองการติดเชื้อในวัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจวางแผน การคัดกรองโรคเมื่อมาฝากครรภ์ การดูแลรักษามารดาและทารกที่ติดเชื้อ เป็นต้น⁽³⁾

ประเทศไทยได้ดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดเป็นเวลามากกว่า 30 ปี ซึ่งในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยยังได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการจากองค์การอนามัยโลก ว่าสามารถยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกได้สำเร็จ โดยมีอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 2) โดยได้ติดตามผลการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก ตั้งแต่การคัดกรอง

การติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ในสถานบริการสาธารณสุขทุกราย หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสทุกรายได้รับการรักษาตามมาตรฐาน และทารกที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษาตามมาตรฐาน เป็นต้น⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2562 กลับพบการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขที่ต้องได้รับการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเร่งด่วน

จากการทบทวนข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 มิติ ประกอบด้วย มิติด้านปัจจัยต้นเหตุ มิติด้านพฤติกรรมเสี่ยง มิติด้านการตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค มิติด้านการติดเชื้อหรือการป่วย และมิติด้านการการระบาดหรือเหตุการณ์ผิดปกติ⁽⁵⁾ พบว่าในปัจจุบันมีระบบเฝ้าระวังโรคและระบบรายงานที่เกี่ยวข้องในการติดตามผลการดำเนินงานโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด 4 ระบบ ได้แก่ รายงานระบบเฝ้าระวังโรค 506⁽⁶⁾ รายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (PHIMS)⁽⁷⁾ ระบบเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (HSS)⁽⁸⁾ และรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด⁽⁹⁾ เป็นต้น เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนป้องกันควบคุมโรค และยุติปัญหาการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกของประเทศไทยในอนาคต ดังนั้น วัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ เพื่ออธิบายรูปแบบการกระจายของการเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 จำแนกตามบุคคล เวลา สถานที่

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study)⁽¹⁰⁾ ข้อมูลการศึกษาใช้เป็นข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ซึ่งได้จากการทบทวนข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคและระบบรายงานที่เกี่ยวข้องในการติดตาม ผลการดำเนินงานโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดของประเทศไทย ในช่วงเวลา ตั้งแต่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2562 จำนวน 4 แหล่งข้อมูล ได้แก่ รายงานระบบ

เฝ้าระวังโรค 506 ระบบรายงานการป้องกันการถ่ายทอด แต่กำเนิด โดยมีรายละเอียดข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการ เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ระบบเฝ้าระวังความชุกของ เฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 มิติ และแหล่งข้อมูล การติดเชื้อเอชไอวี และรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิส (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 รายละเอียดข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 มิติ และแหล่งข้อมูล

รายละเอียดข้อมูล 5 มิติ	แหล่งข้อมูล
1. ด้านปัจจัยต้นเหตุ (Determinants)	
- อัตราการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์	- ระบบเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี
2. ด้านพฤติกรรมเสี่ยง (Behavioral risk)	
- พฤติกรรมการไม่ฝากครรภ์	- รายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด
- พฤติกรรมการฝากครรภ์ช้า (ครั้งแรกหลัง 12 สัปดาห์)	- รายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด
- พฤติกรรมการรักษาโรคก่อนคลอด	- รายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด
3. ด้านการตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program Response)	
- ร้อยละหญิงคลอดทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองโรคซิฟิลิส	- รายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
- ร้อยละหญิงคลอดทั้งหมดที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา	- รายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
4. ด้านการเจ็บป่วย (Morbidity)	
- อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดต่อเด็กเกิดมีชีวิต 100,000 คน	- รายงานระบบเฝ้าระวังโรค 506
	- รายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด
5. ด้านการการระบาดหรือเหตุการณ์ผิดปกติ (Abnormal event and outbreak)	
- อัตราป่วยเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา	- รายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

การศึกษาในครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานระบบเฝ้าระวังโรค และระบบรายงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการติดตามผลการดำเนินงานโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดของประเทศไทย ดังต่อไปนี้

1. รวบรวมข้อมูลสรุปรายงานระบบเฝ้าระวังโรค 506 รหัส 37 โรคซิฟิลิส จำแนกตามกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี จากเว็บไซต์กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2562 ตัวแปรที่เก็บ ได้แก่ เพศ อายุ สัญชาติ และจังหวัดที่รายงาน เข้าถึงเว็บไซต์ <http://doe.moph.go.th/r506>

2. รวบรวมข้อมูลสรุปรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด จำแนกเป็นผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) และผู้ป่วยสงสัย (Probable case) โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่งรายงานเข้ามาที่กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง และยืนยันการวินิจฉัยจากผู้เชี่ยวชาญกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวง

สาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2562 ตัวแปรที่เก็บ ได้แก่ อายุมารดา อาชีพมารดา สัญชาติมารดา ประวัติการฝากครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก การรักษาขณะตั้งครรภ์ และจังหวัดที่รายงาน

3. รวบรวมข้อมูลสรุปการเกิดของประชากรประเทศไทย จากเว็บไซต์สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ปี พ.ศ. 2562 ตัวแปรที่เก็บ ได้แก่ จำนวนการเกิดจำแนกตามเพศ และจังหวัดที่รายงาน เข้าถึงเว็บไซต์ <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/>

4. รวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานยุติการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก จากเว็บไซต์ระบบรายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (PHIMS) สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2562 ตัวแปรที่เก็บ ได้แก่ สัญชาติไทย จำนวนหญิงคลอดทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองโรคซิฟิลิส จำนวนหญิงคลอดทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซิฟิลิส

จำนวนหญิงคลอดทั้งหมดที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา จำนวนเด็กได้รับการรักษาซิฟิลิส และจังหวัดที่รายงาน เข้าถึงเว็บไซต์ <http://pmtct.anamai.moph.go.th/phims>

5. รวบรวมข้อมูลสรุปผลการเฝ้าระวัง การติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ จากระบบเฝ้าระวัง ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (HIV sero-surveillance system: HSS) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2562 ตัวแปรที่เก็บ ได้แก่ อายุมารดา จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส และจังหวัดที่รายงาน การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ อัตรา ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย เป็นต้น และประยุกต์ ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในการแสดงแผน ที่การกระจายโรคเชิงพื้นที่โดยใช้โปรแกรม QGIS Version 3.16⁽¹¹⁾ การศึกษาในครั้งนี้เข้าข่ายการยกเว้น การพิจารณาต้นจริยธรรมการวิจัย โดยจะนำเสนอข้อมูล ผลการศึกษาในรูปแบบข้อมูลภาพรวม

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี หมายถึง ผู้ป่วยในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี ตั้งแต่ผู้ป่วย สงสัยโรคซิฟิลิส (Probable case) เป็นต้นไป ที่เข้าได้กับ นิยามการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังและถูกรายงาน ในระบบเฝ้าระวังโรค 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค รหัสโรค 37 ด้วยรหัส ICD-10: A50.0-A50.7 และ A50.9

ผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด หมายถึง ผู้ป่วย ที่เข้าได้กับนิยามผู้ป่วยสงสัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Probable case) และผู้ป่วยยืนยันโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Confirmed case) ตามแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง และสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี (Congenital Syphilis) ในปี พ.ศ. 2562 และได้รับการ ยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว

อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดต่อประชากรเด็กเกิด มีชีพหนึ่งแสนคน

ร้อยละหญิงคลอดทั้งหมดที่ได้รับการ คัดกรองโรคซิฟิลิส หมายถึง สัดส่วนของหญิงคลอดที่ ได้รับคัดกรองซิฟิลิสในระยะตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อหญิงคลอดทั้งหมดในปี พ.ศ. 2562

ร้อยละหญิงคลอดทั้งหมดที่ติดเชื้อซิฟิลิส ได้รับการรักษา หมายถึง สัดส่วนของหญิงคลอดที่ได้รับ วินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิสและได้รับการรักษา ต่อหญิงคลอด ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิสทั้งหมดในปี พ.ศ. 2562

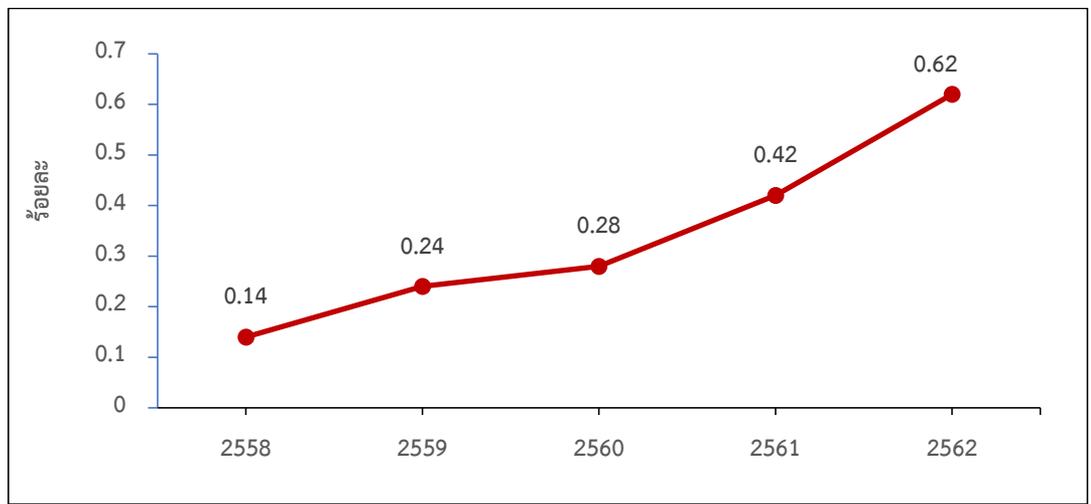
ผลการศึกษา

จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรค และระบบรายงาน ที่เกี่ยวข้องในการติดตามผลการดำเนินงานโรคซิฟิลิส แต่กำเนิด ประเทศไทย ครอบคลุม 5 มิติ มีรูปแบบการ กระจายตามลักษณะบุคคล เวลา และสถานที่ ดังนี้

1. มิติปัจจัยต้นเหตุ (Determinants)

จากข้อมูลการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อโรคซิฟิลิส ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ภายใต้ระบบเฝ้าระวังความชุกของ การติดเชื้อเอชไอวี กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 - 2562 พบว่าในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ที่มีสัญชาติไทย มีแนวโน้มการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในขณะ ตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.14 ในปี พ.ศ. 2558 เป็น ร้อยละ 0.62 ในปี พ.ศ. 2562 (รูปที่ 1) โดยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิส ในปี พ.ศ. 2562 ส่วนใหญ่มีร้อยละของการติดเชื้อซิฟิลิสสูง ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 25 ปี (ร้อยละ 0.91) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 25-34 ปี (ร้อยละ 0.41) และกลุ่มอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 0.26) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณา ร้อยละของการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ จำแนกรายจังหวัด พบว่ามีจำนวน 19 จังหวัดที่มีร้อยละ การติดเชื้อโรคซิฟิลิสในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าค่าเฉลี่ย ของประเทศ ได้แก่ ประจวบคีรีขันธ์ ระยอง ฉะเชิงเทรา กรุงเทพมหานคร พระนครศรีอยุธยา พิจิตร ตาก นนทบุรี ปทุมธานี บุรีรัมย์ เพชรบุรี ศรีสะเกษ ชัยนาท นครสวรรค์ ลพบุรี อ่างทอง อุทัยธานี สกลนคร และนครราชสีมา ตามลำดับ

รูปที่ 1 ร้อยละการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558-2562



ที่มา: ระบบเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (HSS), กองระบาดวิทยา

มิติด้านพฤติกรรมเสี่ยง

จากรายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (PHIMS) กรมอนามัยปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีจำนวนหญิงคลอดสัญชาติไทยทั้งหมด 471,489 คน เป็นหญิงคลอดที่มีประวัติการฝากครรภ์ 465,359 คน คิดเป็นร้อยละ 98.70 ของหญิงคลอดทั้งหมด และเมื่อพิจารณาร้อยละของหญิงคลอดที่มีประวัติการฝากครรภ์ รายจังหวัด พบว่ามีค่ามัธยฐานเท่ากับร้อยละ 98.95 (ค่าน้อยสุด = ร้อยละ 95.59 และค่ามากที่สุด = ร้อยละ 99.96) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณารายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญปี พ.ศ. 2562 พบว่า มารดาของผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด มีประวัติการฝากครรภ์ ร้อยละ 87.75 ซึ่งมีการฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ เพียงร้อยละ 36.57 ด้านการรักษา พบว่า มารดาของผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดส่วนใหญ่มีประวัติการรักษา

ไม่ครบตามแนวทางการรักษา ร้อยละ 36.61 รองลงมาคือ ไม่ได้รักษา ได้รับการรักษาครบ 30 วัน ก่อนคลอดตามแนวทางการรักษา และได้รับการรักษาครบก่อนคลอดแต่ไม่ได้ตามแนวทางการรักษา (ร้อยละ 30.06, ร้อยละ 16.94 และ ร้อยละ 16.39 ตามลำดับ) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของมารดา พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 20-24 ปี (ร้อยละ 35.35) รองลงมา คือ กลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 33.49) กลุ่มอายุ 25-29 ปี (ร้อยละ 17.21) กลุ่มอายุ 30-34 ปี (ร้อยละ 9.30) และกลุ่มอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 4.65) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสัญชาติไทย (ร้อยละ 95.41) ส่วนใหญ่ไม่ทราบอาชีพ (ร้อยละ 43.95) รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง/กรรมกร/พนักงาน (ร้อยละ 32.74) และประกอบอาชีพงานบ้าน/แม่บ้าน (ร้อยละ 14.80) ตามลำดับ และส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ลำดับครรภ์ที่ 1 (ร้อยละ 47.20) เป็นต้น (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปมารดาของผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ ปี พ.ศ. 2562

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อายุมารดา			ลำดับครรภ์		
น้อยกว่า 20 ปี	72	33.49	ลำดับครรภ์ที่ 1	101	47.20
20-24 ปี	76	35.35	ลำดับครรภ์ที่ 2	60	28.04
25-29 ปี	37	17.21	ตั้งแต่ลำดับครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป	53	24.76
30-34 ปี	20	9.30	ประวัติการฝากครรภ์		
ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป	10	4.65	ฝากครรภ์	179	87.75
สัญชาติ			ไม่ได้ฝากครรภ์	25	12.25
ไทย	208	95.41	อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก		
อื่น ๆ	10	4.59	น้อยกว่าเท่ากับ 12 สัปดาห์	49	36.57
อาชีพมารดา			มากกว่า 12 สัปดาห์	85	63.43
เกษตรกร	10	4.48	การรักษาโรคซิฟิลิสในขณะตั้งครรภ์		
รับจ้าง/กรรมกร/พนักงาน	73	32.74	รักษาครบ 30 วัน ก่อนคลอด		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1	0.45	ตามแนวทางการรักษา	31	16.94
งานบ้าน/แม่บ้าน	33	14.80	รักษาครบก่อนคลอดแต่ไม่ได้		
นักเรียน	8	3.59	ตามแนวทางการรักษา	30	16.39
ไม่ทราบอาชีพ	98	43.95	รักษาไม่ครบตามแนวทางการรักษา	67	36.61
			ไม่ได้รักษา	55	30.06

3. มิติด้านการตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program Response)

ผลการดำเนินงานการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 ภายใต้นโยบายการกำจัด การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี โรคไวรัสตับอักเสบบี และซิฟิลิส จากแม่สู่ลูก ภายในปี พ.ศ. 2573 (Triple Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV, Hepatitis B and Syphilis) ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (ตารางที่ 3) ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายตัวชี้วัด ผลกระทบ (Impact target) ที่องค์การอนามัยโลกกำหนด พบว่า ประเทศไทยสามารถดำเนินงานได้บรรลุตาม เป้าหมายที่กำหนด โดยมีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด เท่ากับ 45.46 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน (ตารางที่ 3) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคนจำแนกตามจังหวัด (ตารางที่ 4) พบว่ามี 18 จังหวัดที่มีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ปี พ.ศ. 2562 มากกว่าค่าเป้าหมาย (< 50 คนต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน) สำหรับผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Process/program targets) พบว่า ประเทศไทยสามารถดำเนินงานได้บรรลุตาม เป้าหมายที่กำหนดทั้งสองตัวชี้วัด โดยมีร้อยละของ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองซิฟิลิส เท่ากับ ร้อยละ 99.63 และร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ได้รับการรักษา เท่ากับ ร้อยละ 97.41 (ตารางที่ 3) เมื่อ พิจารณาเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน จำแนกตามจังหวัด (รูปที่ 2) พบว่า ทุกจังหวัดสามารถดำเนินการบรรลุตามเป้าหมาย ตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรอง ซิฟิลิสได้ แต่สำหรับตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา มีจำนวน 8 จังหวัดที่ยังดำเนินการไม่ได้ตามเป้าหมาย ที่กำหนด ได้แก่ จันทบุรี (ร้อยละ 78.57) นครนายก (ร้อยละ 80.00) ระยอง (ร้อยละ 89.18) สุรินทร์ (ร้อยละ 90.38) นครราชสีมา (ร้อยละ 90.91) ร้อยเอ็ด (ร้อยละ 92.86) นครพนม (ร้อยละ 94.12) และสมุทรปราการ (ร้อยละ 94.77) เป็นต้น นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาแนวโน้มของผลการ

ดำเนินงานตามตัวชี้วัด พบว่า ตัวชี้วัดร้อยละของหญิง ตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองซิฟิลิสมีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 99.04 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 99.63 ในปี พ.ศ. 2562 และตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษามีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 96.14 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 97.41 ในปี พ.ศ. 2562

ตารางที่ 3 เป้าหมายและผลการดำเนินงานการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
ผลกระทบ (Impact target)		
1. อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด	≤ 50 คน ต่อ เด็กเกิดมีชีพแสนคน	45.46 คน ต่อ เด็กเกิดมีชีพแสนคน*
ผลการดำเนินงาน (Process/program targets)		
2. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองซิฟิลิส	≥ ร้อยละ 95	ร้อยละ 99.63**
3. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา	≥ ร้อยละ 95	ร้อยละ 97.41**

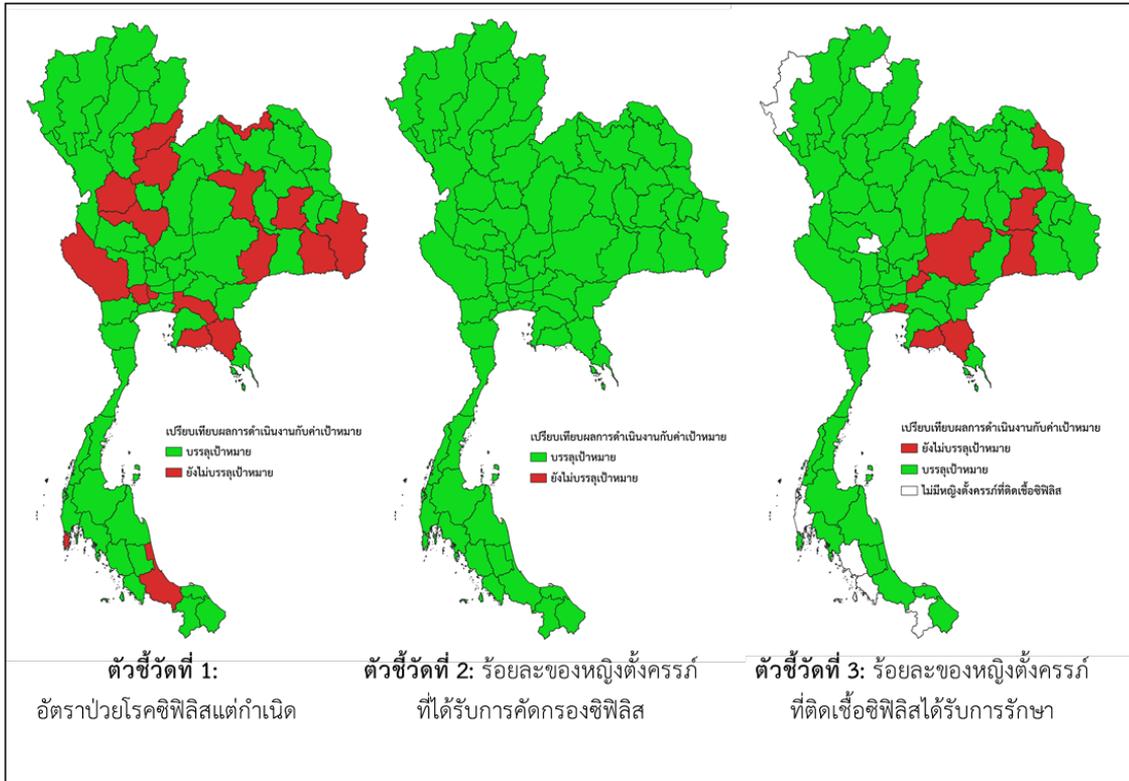
* ข้อมูลจากรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ,

** ใช้ข้อมูลหญิงคลอดทั้งหมดจากรายงาน PHIMS กรมอนามัย เป็นตัวแทนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด

ตารางที่ 4 จังหวัดที่อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดมากกว่าค่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด

ลำดับที่	จังหวัด	อัตราป่วยต่อ เด็กเกิดมีชีพแสนคน	ลำดับที่	จังหวัด	อัตราป่วยต่อ เด็กเกิดมีชีพแสนคน
1	ระยอง	174.70	1	กำแพงเพชร	66.93
2	นนทบุรี	133.17	2	อุบลราชธานี	60.46
3	ขอนแก่น	127.38	3	ฉะเชิงเทรา	59.60
4	อุดรดิษฐ์	113.16	4	นครสวรรค์	56.87
5	ศรีสะเกษ	98.98	5	ภูเก็ต	54.64
6	ร้อยเอ็ด	97.70	6	จันทบุรี	53.82
7	กาญจนบุรี	94.51	7	สงขลา	53.68
8	พิษณุโลก	70.37	8	บุรีรัมย์	50.72
9	นครปฐม	68.91	9	หนองคาย	50.59

รูปที่ 2 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 กับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก จำแนกตามจังหวัด



4. มิติด้านการเจ็บป่วย

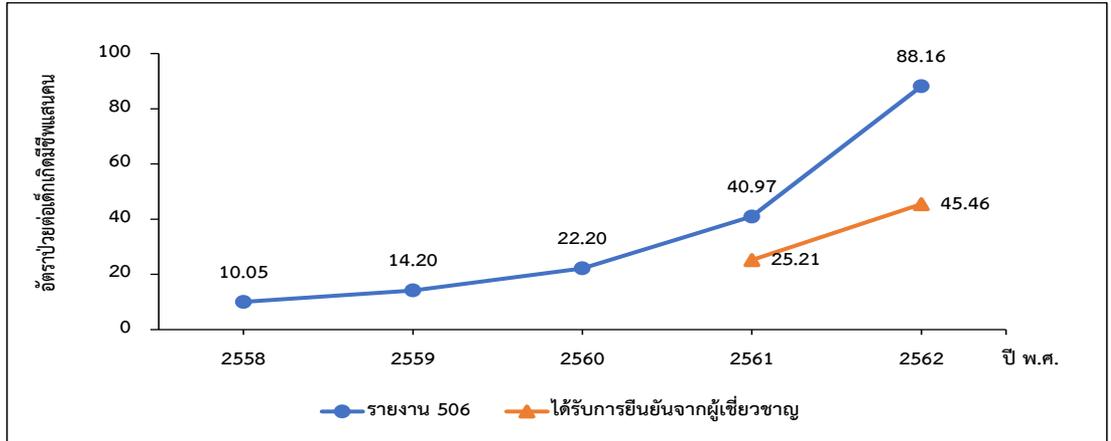
ในปี พ.ศ. 2562 มีการรายงานผู้ป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี ในระบบเฝ้าระวังโรค 506 จำนวน 545 คน คิดเป็นอัตราป่วยเฉพาะกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี เท่ากับ 88.16 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน (ดังรูปที่ 3) เมื่อพิจารณาการกระจายของผู้ป่วยจำแนกตามบุคคล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.19 มีอัตราป่วยเฉพาะเพศชาย เท่ากับ 87.82 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิตชายแสนคน และอัตราป่วยเฉพาะเพศหญิง เท่ากับ 88.52 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิตหญิงแสนคน ส่วนใหญ่มีสัญชาติไทย (ร้อยละ 96.88) ส่วนใหญ่สถานที่รักษา คือ โรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 40.37) รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 18.30) โรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 22.94) คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 12.29) และอื่นๆ (ร้อยละ 1.10) ตามลำดับ นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาอัตราป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุ

น้อยกว่า 2 ปี ปี พ.ศ. 2562 รายจังหวัด พบว่า มีจำนวน 33 จังหวัด (ร้อยละ 42.86 ของจังหวัดทั้งหมด) ที่มีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี มากกว่าค่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด (ตารางที่ 5)

เมื่อพิจารณารายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 517 ราย จากจำนวนผู้ที่เข้าได้กับนิยามโรค 606 ราย คิดเป็นความครอบคลุมของการส่งรายงานสอบสวนโรค ร้อยละ 85.31 เมื่อพิจารณารายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดทั้งหมดโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่าเป็นผู้ป่วยยืนยันโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Confirmed case) และผู้ป่วยสงสัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Probable case) ที่ต้องรายงานในรายงานระบบเฝ้าระวังโรค 506 เพียงร้อยละ 43.13 นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยจากรายงานสอบสวนโรคที่มารดามีประวัติการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในระยะตั้งครรภ์แต่ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ร้อยละ 43.33 เป็นผู้ป่วย

ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ร้อยละ 2.51 กำเนิดที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ ปี พ.ศ. 2562 และรายงานสรุปไม่ได้เนื่องจากข้อมูลไม่เพียงพอ เท่ากับ 45.46 คน ต่อเด็กเกิดมีซีพแอสคน ซึ่งมีแนวโน้ม ร้อยละ 11.03 ตามลำดับ ดังนั้น อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่ สูงขึ้นจากปีที่ผ่านมาประมาณ 2 เท่า (รูปที่ 3)

รูปที่ 3 อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2558-2562 จำแนกตามแหล่งข้อมูล



ตารางที่ 5 จังหวัดที่อัตราป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี มากกว่าค่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด

ลำดับที่	จังหวัด	อัตราป่วยต่อเด็กเกิดมีซีพแอสคน	ลำดับที่	จังหวัด	อัตราป่วยต่อเด็กเกิดมีซีพแอสคน
1	ระยอง	341.11	18	นครพนม	94.93
2	ร้อยเอ็ด	286.57	19	อุบลราชธานี	93.63
3	พิษณุโลก	249.74	20	เชียงใหม่	87.53
4	ศรีสะเกษ	247.24	21	กำแพงเพชร	84.28
5	ขอนแก่น	233.29	22	กรุงเทพมหานคร	81.68
6	จันทบุรี	186.38	23	เชียงราย	80.66
7	ชัยภูมิ	173.55	24	ปทุมธานี	80.48
8	ประจวบคีรีขันธ์	173.01	25	ราชบุรี	78.36
9	ฉะเชิงเทรา	165.77	26	ชลบุรี	74.03
10	สมุทรปราการ	165.06	27	หนองคาย	69.75
11	นครราชสีมา	154.46	28	ลพบุรี	66.59
12	กาญจนบุรี	152.17	29	นครสวรรค์	65.08
13	นนทบุรี	151.68	30	นครปฐม	63.00
14	อุดรดิตถ์	143.06	31	เพชรบูรณ์	59.24
15	สงขลา	126.68	32	สิงห์บุรี	58.58
16	บุรีรัมย์	110.00	33	เพชรบุรี	50.72
17	สระบุรี	101.24			

5. มิติด้านการการระบาดหรือเหตุการณ์ผิดปกติ

ข้อมูลการรายงานผู้ป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี จากระบบเฝ้าระวังโรค 506 พบอัตราป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 5 ปี โดยเพิ่มขึ้นจาก 10.05 คนต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 88.16 คนต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน ในปี พ.ศ. 2562 (ดังรูปที่ 3) ซึ่งอัตราป่วยในปี พ.ศ. 2562 มีค่าสูงกว่าค่ามัธยฐานอัตราป่วย 5 ปี ย้อนหลัง (14.20 คนต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน) แสดงถึงการระบาดของโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปี ในประเทศไทย ซึ่งมีจำนวน 54 จังหวัดที่มีอัตราป่วยมากกว่าค่ามัธยฐานของจังหวัด 5 ปี ย้อนหลัง และเมื่อพิจารณารายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ ปี พ.ศ. 2562 เปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2561 (ตารางที่ 6) พบว่ามีจำนวน 34 จังหวัดที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา เมื่อพิจารณาร้อยละของจังหวัดที่มีอัตราป่วยปี พ.ศ. 2562 สูงกว่าค่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด (≤ 50

คนต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน) จำนวน 18 จังหวัดพบว่าจังหวัดส่วนใหญ่มีแนวโน้มสูงขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 94.44) และมี 1 จังหวัดที่มีแนวโน้มลดลงคือจังหวัดนครสวรรค์ แต่เมื่อพิจารณาจังหวัดที่มีอัตราป่วยปี พ.ศ. 2562 น้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเป้าหมายจำนวน 59 จังหวัด พบว่า จังหวัดส่วนใหญ่มีแนวโน้มคงที่หรือเป็นจังหวัดที่ไม่มีรายงานผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่เข้าได้กับนิยามเฝ้าระวังโรค (ร้อยละ 52.54) อย่างไรก็ตาม จากรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ ปี พ.ศ. 2561-2562 พบจำนวน 17 จังหวัดที่มีอัตราป่วยไม่เกินค่าเป้าหมายแต่มีแนวโน้มอัตราป่วยปี พ.ศ. 2562 สูงขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา ได้แก่ ปทุมธานี นครราชสีมา เชียงราย กรุงเทพมหานคร นครพนม สระแก้ว ประจวบคีรีขันธ์ สระบุรี เพชรบุรี หนองบัวลำภู ตาก เชียงใหม่ ชุมพร ภาพสินธุ์ พระนครศรีอยุธยา นครศรีธรรมราช และปัตตานี เป็นต้น (ร้อยละ 28.81) 11 จังหวัด

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบเชิงพื้นที่ระหว่างอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ปี พ.ศ. 2562 กับปีที่ผ่านมา

จังหวัด	ผลเปรียบเทียบอัตราป่วยในปีที่ผ่านมา			
	แนวโน้มเพิ่มขึ้น	แนวโน้มลดลง	แนวโน้มคงที่	รวม
จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงกว่าค่าเป้าหมาย	17 จังหวัด (ร้อยละ 94.44)	1 จังหวัด (ร้อยละ 5.56)	0 จังหวัด (ร้อยละ 0.00)	18 จังหวัด (ร้อยละ 100.00)
จังหวัดที่มีอัตราป่วยน้อยกว่าเท่ากับค่าเป้าหมาย	17 จังหวัด (ร้อยละ 28.81)	11 จังหวัด (ร้อยละ 18.64)	31 จังหวัด (ร้อยละ 52.54)	59 จังหวัด (ร้อยละ 100.00)

อภิปรายผล

การถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสในขณะตั้งครรภ์สามารถก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์จากแม่สู่ลูกได้ เช่น ทารกในครรภ์เสียชีวิต ภาวะตายคลอดคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าเกณฑ์ ทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิด และซิฟิลิสแต่กำเนิด เป็นต้น⁽¹²⁾ จากการศึกษาาระบบเฝ้าระวังโรค 5 มิติที่เกี่ยวข้องโดยมีประเด็นอภิปรายดังนี้

1. มิติด้านปัจจัยต้นเหตุและมิติด้านพฤติกรรมเสี่ยง เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลต่อการเกิด

โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่สามารถป้องกันได้ในขณะตั้งครรภ์ จากข้อมูลการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เมื่อพิจารณาการกระจายของการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์จำแนกรายจังหวัด พบว่ามีประมาณหนึ่งในสี่ของจังหวัดทั้งหมดในประเทศไทยที่มีร้อยละการติดเชื้อสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านอายุ พบว่าส่วนใหญ่ติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มอายุน้อยกว่า 25 ปี สอดคล้องกับข้อมูลอายุของมารดาของผู้ป่วยโรคซิฟิลิส

แต่กำเนิด จากรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 นอกจากนี้ ยังมีแนวโน้ม การเกิดโรคในทิศทางเดียวกับข้อมูลอัตราป่วยโรคซิฟิลิส ในกลุ่มเยาวชน อายุ 15-24 ปี จากรายงานระบบ เฝ้าระวังโรค 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค⁽¹³⁾ จากข้อมูลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่มีการ ติดเชื้อโรคซิฟิลิสในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เกิดขึ้นกับกลุ่ม วัยรุ่นหรือประชากรที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับผลการ เฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มนักเรียน กองระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2562 พบว่า ในนักเรียนหญิงระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 มีอายุ เฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เท่ากับ 16.80 ปี มีประสบการณ์เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว ร้อยละ 41.11 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรัก ร้อยละ 16.48 และมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่น ร้อยละ 7.96 นอกจากนี้ พบว่ามีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ในนักเรียนหญิงระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ยังต่ำกว่า ร้อยละ 80 โดยอัตราการใช้ถุงยางอนามัย ทุกครั้งกับแฟนหรือคนรัก ร้อยละ 51.80 และอัตราการใช้ ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับชายอื่น ร้อยละ 34.38 เป็นต้น⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้ จากข้อมูลการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สำนักรอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย พบว่า วัยรุ่น ที่มีความตั้งใจตั้งครรภ์มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 48.80 ในปี พ.ศ. 2561 เป็น ร้อยละ 39.40 ในปี พ.ศ. 2562 กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์และไม่ได้ใช้วิธีการคุมกำเนิด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.70 ในปี พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 27.10 ในปี พ.ศ. 2562 และกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ที่มีการคุมกำเนิดแต่การคุมกำเนิด ล้มเหลว มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.50 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 33.50 ในปี พ.ศ. 2562 สำหรับอาชีพ ก่อนตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ส่วนใหญ่ร้อยละ 39.50 เป็นนักเรียน/นักศึกษาในระบบโรงเรียน และ ร้อยละ 25.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพ เป็นต้น⁽¹⁵⁾ ปัจจัยที่ นำไปสู่ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอาจมีหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านส่วนบุคคลของวัยรุ่น ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านโรงเรียน และปัจจัยด้านสังคม ดังนั้น

เพื่อให้การดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิส จากแม่สู่ลูกมีประสิทธิภาพได้ตามเป้าหมาย จำเป็น ต้องเร่งรัดการดำเนินงานในกลุ่มเยาวชนที่มีความ เสี่ยงต่อการเกิดโรคซิฟิลิสและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อื่น ๆ โดยสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย งดการมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึง ประสงค์และการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมไปถึง การประสานงานการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ในทุกภาคส่วนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง และมีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนา การดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น⁽¹⁶⁾

การฝากครรภ์ เป็นบริการสาธารณสุขพื้นฐาน ที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพของมารดาและทารก ในครรภ์ให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอด โดยองค์การ อนามัยโลกได้ให้คำแนะนำผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ โดยการ ฝากครรภ์ครั้งแรกควรทำในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ก่อนหรือเมื่อตั้งครรภ์ได้ 12 สัปดาห์ เพื่อดูแลหญิง ตั้งครรภ์อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง⁽¹⁷⁾ ซึ่งในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทย มีการดำเนินงานได้ตามที่ เป้าหมายองค์การอนามัยโลกกำหนด ได้แก่ ร้อยละ 98.70 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 99.63 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองซิฟิลิส อย่างน้อย 1 ครั้ง และร้อยละ 97.41 ของหญิงตั้งครรภ์ ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา⁽¹⁸⁾ สอดคล้องกับข้อมูล สรุปรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดปี พ.ศ. 2562 ที่พบว่า มารดาของผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดมีประวัติได้ รับการฝากครรภ์ประมาณร้อยละ 90 อย่างไรก็ตาม พบว่า มารดาของผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดส่วนใหญ่ มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 63.43) ส่วนใหญ่มีประวัติการรักษาก่อนคลอด ไม่ครบตามแนวทางการรักษา (ร้อยละ 36.61) รองลงมา คือ ไม่ได้รักษา (ร้อยละ 30.06) รักษาครบตามแนวทาง การรักษา (ร้อยละ 16.94) และได้รับการรักษาครบ

ก่อนคลอด แต่ไม่ได้ตามแนวทางการรักษา (ร้อยละ 16.39) ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่ามารดาที่ไม่ได้ฝากครรภ์ทุกรายมีประวัติการรักษาไม่ได้ตามแนวทางการรักษาและไม่ได้รับการรักษา ส่วนมารดาที่ได้ฝากครรภ์ มีประวัติการรักษาไม่ได้ตามแนวทางการรักษาและไม่ได้รับการรักษาประมาณ 3 ใน 4 ของมารดาที่ได้ฝากครรภ์ทั้งหมด ซึ่งมารดาส่วนใหญ่มาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ ส่งผลต่อการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสไม่เป็นไปตามแนวทางรักษาของประเทศ จึงเป็นประเด็นเร่งด่วนในการวางแผน แก้ไขปัญหาให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนเข้าสู่ระบบบริการ ดูแลรักษาโดยเร็ว เมื่อทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนหรือวัยรุ่น จากการศึกษาของทิพย์วรัศ โปธิ์ตา และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่า ปัจจัยสาเหตุของการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้า ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ การยอมรับการตั้งครรภ์จากครอบครัว และการยอมรับการตั้งครรภ์จากชุมชน ดังนั้น เพื่อการลดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ที่ส่งผลต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารก จึงมีความจำเป็นต้องสร้างกลไกการสร้างความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และสิทธิประโยชน์ เพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจในสังคม สร้างความตระหนักต่อความสำคัญของการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ โดยเน้นการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์คุณภาพ และการเลี้ยงดูบุตรให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย⁽²⁰⁾

2. มิติด้านการเจ็บป่วยและมิติด้านการระบาดหรือเหตุการณ์ผิดปกติ ถือเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพ ที่เกิดขึ้น ซึ่งจากการรายงานผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดตามนิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง⁽⁶⁾ ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีการรายงานในระบบเฝ้าระวังโรค 506 แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมากประมาณ 8 เท่า จาก อัตราป่วย 10.05 คนต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน ใน ปี พ.ศ. 2558 เป็น 88.16 คน

ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน ในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด แต่จากรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดของประเทศไทยที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ พบว่า มีร้อยละ 43.13 ของรายงานสอบสวนโรคที่ต้องรายงานในรายงานระบบเฝ้าระวังโรค 506 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดถูกส่งรายงานสอบสวนโรค ในปี พ.ศ. 2562 โดยมีประวัติมารดาติดเชื้อซิฟิลิสในระยะตั้งครรภ์แต่ทารกไม่ใช่ผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ร้อยละ 43.33 เป็นผู้ป่วยที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ร้อยละ 2.51 และ รายงานสรุปไม่ได้เนื่องจากข้อมูลไม่เพียงพอ ร้อยละ 11.03 ตามลำดับ เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีกรเชื่อมโยงข้อมูลหญิงตั้งครรภ์และทารกในระบบติดตามผลการดำเนินงานในระบบปกติของประเทศ ดังนั้นในการตรวจสอบรับรองความถูกต้องของข้อมูล (validation) ผลการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก ในส่วนเป้าหมายผลกระทบได้รวบรวมข้อมูลจากรายงานสอบสวนโรคทั่วประเทศ โดยมีความครอบคลุมของการส่งรายงานสอบสวนโรคมากกว่าร้อยละ 85 ตรวจสอบความถูกต้องของรายงานสอบสวนโรคและสรุปจำนวนผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดผ่านผู้เชี่ยวชาญ แล้วเทียบบัญญัติไตรยางศ์จำนวนผู้ป่วยคาดหวัง (Expected cases) ที่ความครอบคลุมของการส่งรายงานสอบสวนโรคร้อยละ 100 เพื่อใช้ในการรายงาน สถานการณ์โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดของประเทศไทย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 45.46 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน ซึ่งยังไม่เกินเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด แต่พบว่ามีอัตราป่วยสูงขึ้นจากปีที่ผ่านมาร้อยละ 80.33 สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในปี พ.ศ. 2562 จากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐฯ⁽²¹⁾ พบว่าอัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 โดยในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราป่วย เท่ากับ 48.50 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน โดยมีอัตราป่วยสูงขึ้นจากปีที่ผ่านมา (เพิ่มขึ้นร้อยละ 41.40) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแนวโน้มการเกิดโรคซิฟิลิส

แต่กำเนิดมีความสอดคล้องกับความชุกของการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นจึงต้องมีการเฝ้าระวังสถานการณ์การเกิดโรค โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความชุกของการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์สูง

3. มิติการตอบสนองของแผนงานควบคุมโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการจากองค์การอนามัยโลกว่าสามารถยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกได้สำเร็จตามเป้าหมาย (อัตราการถ่ายทอดเชื้อต่ำกว่าร้อยละ 2)⁽²²⁾ โดยมีนโยบายให้สถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกผ่านระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 สำหรับกรมควบคุมโรค นำโดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้จัดทำแนวทางระดับชาติเรื่องการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทยครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ. 2558 และปรับปรุงแนวทางให้เป็นปัจจุบันในปี พ.ศ. 2563⁽⁴⁾ เพื่อเป็นแนวทางในการคัดกรอง ดูแลรักษา รายงานโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ตลอดจนกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการต่าง ๆ ส่งผลให้การป้องกันควบคุมโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทยมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ⁽²⁾ โดยมีคณะทำงานผลักดันชุดสิทธิประโยชน์ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ด้านการตรวจการติดเชื้อโรคซิฟิลิสก่อนตั้งครรภ์ และการตรวจเชื้อซิฟิลิสในคู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงสิทธิประโยชน์เพื่อช่วยเหลือภาวะมีบุตรยาก เป็นหนึ่งในห้าของกลไกขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์⁽²⁰⁾ และพัฒนาระบบรายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (PHIMS) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 เพื่อใช้ในการควบคุมกำกับและติดตามการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก อีกทั้งให้ผู้บริหาร

และผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับได้ใช้ประโยชน์จากข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ⁽⁷⁾ นอกจากนี้ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรค 506 ระบบเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ และพัฒนาช่องทางการส่งรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น จากการทบทวนนโยบายและแนวทางการดำเนินงานเป็นข้อบ่งชี้ว่าประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ทำให้ความสำคัญต่อการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกตามเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด

การตอบสนองของแผนงานควบคุมโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดของประเทศไทย ภายใต้นโยบายการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี โรคไวรัสตับอักเสบบี และซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก ภายในปี พ.ศ. 2573 ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁸⁾ ในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยสามารถดำเนินงานได้บรรลุตามเป้าหมายตัวชี้วัดผลกระทบ คือ อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดไม่เกิน 50 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน อย่างไรก็ตาม จากข้อบ่งชี้การเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และยังพบว่า มีบางจังหวัด ที่มีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดปี พ.ศ. 2562 มากกว่าค่าเป้าหมาย แสดงถึงการการระบาดหรือเหตุการณ์ผิดปกติในบางพื้นที่ของประเทศไทย ดังนั้น หากไม่มีมาตรการใดเพิ่มเติม คาดว่าอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในภาพรวม มากกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดได้ สำหรับตัวชี้วัดผลกระทบดำเนินงาน พบว่าประเทศไทยสามารถดำเนินงานได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดทั้งสองตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองซิฟิลิส และตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ศนิษา ต้นประเสริฐ และคณะ⁽¹⁸⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสอย่างน้อย 1 ครั้ง และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษาได้ตามเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม แม้ว่าตัวชี้วัดหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษาจะมากกว่าเป้าหมาย แต่จากการศึกษารายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

พบว่ามารดาของผู้ป่วยซิฟิลิสแต่กำเนิดส่วนใหญ่มีประวัติการรักษาครบก่อนคลอด แต่ไม่ได้ตามแนวทางการรักษา การรักษาไม่ครบตามแนวทางการรักษา และไม่ได้รักษา ประมาณ ร้อยละ 83.06 แสดงถึงปัญหาด้านคุณภาพของการรักษา และการติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเข้ามารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น จึงต้องมีการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาโรครซิฟิลิสแต่กำเนิดให้ครบวงจร ตั้งแต่การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายมาฝากครรภ์โดยเร็ว การให้คำแนะนำในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรครซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และคู่ทุกราย การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรครซิฟิลิสซ้ำในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง และการรักษาหญิงตั้งครรภ์และคู่ที่ติดเชื้อซิฟิลิสด้วย Benzathine penicillin G ซึ่งจะช่วยในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกได้⁽²⁴⁾

สรุป

ประเทศไทยมีผลการดำเนินงานกำจัดโรครซิฟิลิสแต่กำเนิด ปี พ.ศ. 2562 ได้แก่ ตัวชี้วัดอัตราป่วยโรครซิฟิลิสแต่กำเนิด ตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองซิฟิลิส และตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษา เมื่อเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลกพบว่าผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด แต่เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานรายจังหวัดพบว่า มี 18 จังหวัดที่มีอัตราป่วยโรครซิฟิลิสแต่กำเนิดปี พ.ศ. 2562 สูงกว่าค่าเป้าหมายตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองโรครซิฟิลิส พบว่าทุกจังหวัดสามารถดำเนินการบรรลุตามเป้าหมาย แต่สำหรับตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษามีจำนวน 8 จังหวัดที่ยังดำเนินการไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด สำหรับแนวโน้มการเกิดโรครซิฟิลิสแต่กำเนิดในภาพรวมของประเทศไทย พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นจากปีที่ผ่านมาและเมื่อพิจารณาข้อมูลรายจังหวัดพบว่ามีจำนวน 34 จังหวัดที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดที่มีอัตราป่วยโรครซิฟิลิสแต่กำเนิดมากกว่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด แนวโน้ม

กาเกิดโรครซิฟิลิสแต่กำเนิดสอดคล้องกับข้อมูลเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรครซิฟิลิสแต่กำเนิดในพื้นที่ จึงต้องมีการเฝ้าระวังสถานการณ์การติดเชื้อโรครซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหรือเยาวชนอายุต่ำกว่า 25 ปี ที่มีอัตราการติดเชื้อโรครซิฟิลิสสูง

ช่องว่างของการเข้ารับบริการดูแลสุขภาพในระยะการตั้งครรภ์ที่เป็นปัญหาสำคัญที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ ได้แก่ การไม่มาฝากครรภ์ การมาฝากครรภ์ช้า การไม่มาฝากครรภ์ตามนัด การไม่ได้รับการตรวจคัดกรองโรค การไม่ได้รับการรักษาเมื่อติดเชื้อ และการได้รับการรักษาที่ไม่ครบตามแนวทาง เป็นต้น ดังนั้น เพื่อลดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ จึงควรวางแผนแก้ไขปัญหาโรครซิฟิลิส แต่ให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ สร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่เยาวชนและผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยเฉพาะการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ส่งเสริมการฝากครรภ์คุณภาพ การตรวจคัดกรองการติดเชื้อโรครซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์โดยเร็ว การรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสตามแนวทางเพิ่มความเข้มแข็งระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็ก ตลอดจนการเฝ้าระวังโรครซิฟิลิสแต่กำเนิดในพื้นที่ ที่มีอัตราป่วยสูง โดยบูรณาการการดำเนินงานในทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. เร่งรัดหน่วยงานระดับจังหวัดติดตามและกำกับกรารายงานโรครซิฟิลิสแต่กำเนิดให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ตามนิยาม และแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย

2. สร้างกลไกการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดระดับจังหวัด และเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรในระดับพื้นที่ในการตรวจสอบความถูกต้องของการรายงานโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด โดยขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด

3. สร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนบูรณาการกลไกการสร้างความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจส่งผลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ปลอดภัย สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ตลอดจนสามารถเข้าถึงอุปกรณ์การป้องกันโรค และทราบสถานที่ตรวจคัดกรองโรคและดูแลรักษา โดยผ่านการรณรงค์ประชาสัมพันธ์และขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านแกนนำเครือข่ายทุกภาคส่วนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

4. เร่งรัดและส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายมีการฝากครรภ์คุณภาพ เพื่อให้มารดาและทารกได้รับการบริการทางสุขภาพที่ครบถ้วนตามมาตรฐาน เช่น การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส การรักษาโรคซิฟิลิส เป็นต้น

5. เร่งรัดการคัดกรองโรคซิฟิลิสและติดตามการดูแลรักษาในกลุ่มสามี หรือคู่เพศสัมพันธ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคซิฟิลิส เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคซิฟิลิสซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะทำงานพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 กลุ่มโรค 5 มิติ ด้านระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ และกำหนดแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญให้ครอบคลุมทั้ง 5 มิติ เพื่อนำผลไปใช้ในการกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. The Bureau of Registration Administration. Official statistics registration systems [Internet]. 2013 [cited 2021 Nov 29]. Available from: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/stat-menu/newStat/home.php> (in Thai)
2. Bureau of Reproductive Health. The 2nd National Reproductive Health Development Policy and Strategy (2017–2026) on the Promotion of Quality Birth and Growth [Internet]. Nonthaburi: Department of Health [cited 2021 Nov 29]. Available from: https://rh.anamai.moph.go.th/th/download-03/download?id=39711&mid=31985&mkey=m_document&lang=th&-did=13759 (in Thai)
3. Teerasak Udomsri. Perinatal Transmission. Krabi Medical Journal [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov 30];2(2):59–84. Available from: <https://thaidj.org/index.php/kmj/article/view/8239/7561> (in Thai)
4. Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control. Prevention and management of mother-to-child transmission of syphilis guideline. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2021. (In Thai)
5. Division of Epidemiology, Department of Disease Control. Disease and health hazard surveillance system. [Internet]. Bangkok: HE’S company limited; 2014 [cited 2021 Nov 30]. 111 p. Available from: https://ddc.moph.go.th/doe/journal_detail.php?publish=10164 (in Thai)
6. Division of Epidemiology, Department of Disease Control. Case definition for Communicable Diseases Surveillance, Thailand, 2020. Nonthaburi: Department of Control; 2020. (In Thai)

7. Perinatal HIV Intervention Monitoring System [Internet]. Nonthaburi: Department of Health; 2011 [cited 2021 Nov 30]. Available from: <http://pmtct.anamai.moph.go.th/phims> (in Thai)
8. Division of Epidemiology, Department of Disease Control. Guidelines for the HIV sentinel surveillance (HSS) [Internet]. Nonthaburi: Division of Epidemiology; 2022 [cited 2022 Feb 1]. 304 p. Available from: <http://aidsboe.moph.go.th/app/homeup/uploads/2020-04-09785517852.rar> (in Thai)
9. Division of Epidemiology, Department of Disease Control. Guidelines for surveillance and investigation of congenital syphilis [Internet]. Nonthaburi: Division of Epidemiology; 2021 [cited 2022 Feb 1]. p. 1-22. Available from: <http://aidsboe.moph.go.th/STIs/dashboard/แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรค.pdf> (in Thai)
10. Setia MS. Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies Maninder Singh Setia. *Indian J Dermatol* 2016; 61(3): 26-64.
11. Moyroud N, Portet F. Introduction to QGIS. *QGIS and generic tools* 2018;271(1):1-17.
12. Gomez GB, Kamb ML, Newman LM, Mark J, Broutet N, Hawkes SJ. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* 2013;91(3):217-226.
13. Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control. HIV Info HUB Division [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 9]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php> (in Thai)
14. Division of Epidemiology, Department of Disease Control. AIDS Surveillance System [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 9]. Available from: http://aidsboe.moph.go.th/aids_system/index.php?link=stis (in Thai)
15. Bureau of Reproductive Health [Internet]. Nonthaburi: Department of Health; 2021. Situation analysis reports the rate of live births per 1,000 adolescents (15-19 years). 2021 [cited 2022 Feb 9]. 6 p. Available from: https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x-027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/ti-nymce/kpi64/1_14/1_14_1-1.pdf (in Thai)
16. Nittaya Pensirinapa. Teenage Pregnancy Problems and Comprehensive Sexuality Education. *Academic Journal of Community Public Health* [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 9];7(3):1-16. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/download/250888/171104/> (in Thai)
17. World Health Organization. WHO antenatal care randomized trial: manual for the implementation of the new model [Internet]. Geneva: Switzerland; 2002 [cited 2022 Feb 9]. 42 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42513>
18. World Health Organization. Regional framework for the triple elimination of mother-to-child transmission of HIV, hepatitis B and syphilis in Asia and the Pacific, 2018-2030 [Internet]. World Health Organization: Western Pacific Region; 2018 [cited 2022 Feb 1]. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789290618553>
19. Tippawan Pota, Rungrat Srisuriyawet, Pornnapa Homsin. Determinants of late start of antenatal care among pregnant teenager in community. *J Nurs Care* [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 9]. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789290618553>

- 12];37(2):180-9. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/download/200857/140433/> (in Thai)
20. Bureau of Reproductive Health. A mid-term evaluation of the Second National Reproductive Health Policy and Strategies (2017 - 2026 B.E.) [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Reproductive Health; 2020 [cited 2022 Feb 9]. p. 1-218. Available from: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/download-03> (in Thai)
21. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Atlanta Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 2021 [updated 2021 April 13; cited 2022 Feb 12]. National Overview Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2019; [about 2 screens]. Available from: <https://www.cdc.gov/std/statistics/2019/overview.htm#Syphilis>
22. Ministry of Public Health [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Information Office of The Permanent Secretary Of MOPH; 2016 [updated 2016 Dec 29; cited 2022 Feb 1]. Stop the transmission of HIV and syphilis from mother to child; [about 2 screens]. Available from: <https://www.moph.go.th/index.php/news/read/397> (in Thai)
23. Sanisa Tanprasert, Pawinee Doung-ngern, Sombat Tanprasertsuk. Assessment of the s Situation of Congenital Syphilis in Thailand in 2009. Dis Con J [Internet]. 2013 Mar 29 [cited 2022 Feb 15];39(1):58-66. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/view/154366> (in Thai)
24. Trinh T, Leal AF, Mello MB, Taylor MM, Barrow R, Wi TE et al. Syphilis management in pregnancy: a review of guideline recommendations from countries around the world. SRHM 2019;27(1):69-82.