

ถึงเวลาที่ประเทศไทยต้องเร่งรัด ควบคุมโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยในปัจจุบัน แม้ว่าประเทศไทยจะเคยได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกว่าสามารถยุติการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกได้สำเร็จในปี พ.ศ. 2559 แต่สถานการณ์ในปัจจุบันกลับมีแนวโน้มที่น่าเป็นห่วง ข้อมูลจากการศึกษาพบว่าอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในปี พ.ศ. 2562 สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการเพิ่มของโรคซิฟิลิสในประชากรไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่น

โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดเกิดจากการติดเชื้อ *Treponema pallidum* โดยแพร่จากมารดาสู่ทารกผ่านทางรกขณะตั้งครรภ์ ส่งผลให้ทารกมีความพิการทางร่างกายและระบบประสาท หรืออาจถึงแก่ชีวิตได้ ก่อนหน้านี้ ประเทศไทยประสบความสำเร็จเป็นอย่างสูง ทำให้โรคนี้นับเป็นโรคที่พบน้อยมาก ความสำเร็จที่ว่านี้ เริ่มมาจากนโยบายและกิจกรรมการตรวจหาการติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงมีครรภ์เมื่อเกือบ 50 ปีก่อน ซึ่งในช่วงแรกของการดำเนินการตามนโยบายดังกล่าว คนทำงานในพื้นที่ต่างก็บ่นกัน เพราะต้องยุ่งยากในการเก็บตัวอย่างเลือดจากหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ แล้วค่อยรวบรวมตัวอย่างส่งไปตรวจในห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (โรงพยาบาลทั่วไป) เพราะโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ไม่มีศักยภาพในการตรวจ และการตรวจหาการติดเชื้อซิฟิลิสในช่วงแรกๆ เป็นการตรวจ VDRL ซึ่งเป็นการตรวจคัดกรองเบื้องต้น หากมีผลเป็นบวก ทางห้องชันสูตรก็จะทำการตรวจยืนยันด้วยวิธี FTA-ABS (fluorescent treponemal antibody

absorption) หรือ TPHA (treponema pallidum hemagglutination assay) ซึ่งหากพบว่าติดเชื้อ หญิงมีครรภ์ก็จะได้รับการติดตามการรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ มาตราการดังกล่าวได้ช่วยป้องกันและควบคุมโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดได้ดี แม้ในช่วงที่กามโรคกำลังอยู่ในแนวโน้มขาขึ้น (ช่วงปี พ.ศ. 2519 – 2529) โดยมีอุบัติการณ์ของโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดต่ำมาก

ต่อมา เมื่อมีการดำเนินมาตรการรณรงค์อย่างอนามัย 100% ทั่วประเทศไทย เกิดภาวะที่กามโรคทุกชนิดลดต่ำลงแบบฮวบฮาบ จนทางกระทรวงสาธารณสุขต้องปิดคลินิกกามโรคทั่วประเทศ ก็คิดกันว่า โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดคงต้องถูกควบคุมจนไม่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขอีกต่อไป ซึ่งก็เป็นจริงในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา จนทำให้ในปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกออกหนังสือรับรองประเทศไทยสามารถยุติการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกได้สำเร็จ นับเป็นประเทศที่ 2 ของโลกที่ได้รับการยืนยันการยุติปัญหาการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก 2 โรคควบ คือโรคเอดส์ และโรคซิฟิลิส

มาบัดนี้ กามโรคหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เริ่มกลับมาฟื้นตัวอีกครั้ง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ซึ่งส่งผลให้มีการเพิ่มของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสตามมา และเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อสู่ทารก จนมีรายงานการป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน

ความจริงสถานการณ์การควบคุมและป้องกันโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดน่าจะทำได้ไม่ยากในประเทศไทย ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

1. ระบบการฝากครรภ์ที่เชื่อมโยง ครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์เกือบทุกราย มีการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสอย่างเป็นระบบ การคลอดในโรงพยาบาลก็สูงเกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ (ยกเว้นเพียงบางรายที่คลอดในระหว่างเดินทางไปสถานพยาบาล) เมื่อพบว่าติดเชื้อในระหว่างการฝากครรภ์ ก็น่าจะรักษาได้ทันจนไม่ส่งผลต่อทารก

2. มีบริการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์เป็นสิทธิประโยชน์แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกคน (อยู่ในสิทธิ P&P หรือสิทธิ promotion and prevention) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ครอบคลุมหลักประกันสุขภาพทุกกองทุน

ในช่วงแรกของประกาศ P&P มีการกำหนดว่า หญิงตั้งครรภ์ได้รับสิทธิประโยชน์การตรวจซิฟิลิสอย่างน้อย 1 ครั้ง ซึ่งไม่ถูกต้อง เพราะสถานพยาบาลจะตรวจให้เพียงครั้งเดียว จึงได้ไปเสนอให้เพิ่มเป็น 2 ครั้ง (ผ่านคณะกรรมการ P&P) โดยให้เหตุผลว่า การตรวจเพียงครั้งเดียวเมื่อตอนฝากครรภ์ครั้งแรกไม่เพียงพอ เพราะหญิงตั้งครรภ์อาจได้รับเชื้อในช่วงหลังของการตั้งครรภ์ จึงได้มีการเพิ่มการตรวจครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์

3. วิธีการตรวจคัดกรองง่ายขึ้นมาก โดยเฉพาะชุดตรวจ RPR (rapid plasma regain) หรือ TPHA เป็นชุดตรวจที่จัดหาได้ง่าย ไม่จำเป็นต้องส่งเลือดไปโรงพยาบาลขนาดใหญ่อีกต่อไป

4. การติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์สามารถรักษาได้ง่าย โดยเฉพาะซิฟิลิสในระยะต้น ใช้น้ำ benzathine penicillin ฉีดเพียงครั้งเดียว

5. ระบบการติดตามตัวผู้ป่วยก็ทำได้ง่ายโดยผ่านทางโทรศัพท์มือถือ ซึ่งประชาชนแทบทุกคนมีอยู่แล้ว

ในเมื่อการป้องกันและควบคุมโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดทำได้ง่ายและมีระบบรองรับพร้อมเช่นนี้ ทำไมจึงยังคงเพิ่มผู้ป่วยสูงขึ้นในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา คำตอบที่สำคัญน่าจะอยู่ที่การขาดความสนใจจากผู้ให้บริการฝากครรภ์ เพราะถ้าผลการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์พบว่าติดเชื้อ เจ้าหน้าที่ที่สนใจก็น่าที่จะตามตัวผู้ป่วยมารักษาได้โดยทันที ยิ่งในปัจจุบัน วิธีการตรวจคัดกรองที่ง่ายขึ้น สามารถช่วย

ให้หญิงตั้งครรภ์รับการรักษาในวันที่รับการตรวจ หรือเรียกว่า same-day treatment ส่วนอีกเหตุผลหนึ่งคือสถานการณ์ที่หญิงมีครรภ์เข้ารับบริการฝากครรภ์ล่าช้า หรือรับบริการไม่ต่อเนื่อง ทำให้ได้รับการวินิจฉัยล่าช้า

แพทย์บางคนให้ข้อมูลว่า ตัวเลขอัตราป่วยที่สูงขึ้นอาจไม่ใช่ตัวเลขที่แท้จริง เพราะแพทย์มีแนวโน้มที่จะให้การวินิจฉัยทารกที่เข้าข่ายสงสัยว่าติดเชื้อเอาไว้ก่อนจนกว่าจะพิสูจน์ว่าไม่ใช่ กรณีเช่นนี้ ก็นับเป็นความผิดพลาดที่ไม่ได้แก่การวินิจฉัยหากตรวจพบว่าทารกไม่ติดเชื้อ

จากการเพิ่มขึ้นของรายงานผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในไม่กี่ปีมานี้ ทำให้ประเทศไทยไม่สามารถรักษาสถานะของประเทศที่ประสบความสำเร็จในการยุติการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกได้อีกต่อไป ดังนั้น ในกระบวนการประเมินเพื่อต่ออายุใบรับรองจากองค์การอนามัยโลก ประเทศไทยไม่สามารถรับการยืนยันความสำเร็จนี้ โดยในวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2567 Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกส่งจดหมายถึงนายสมศักดิ์ เทพสุทิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แจ้งผลการประเมินว่า ประเทศไทยไม่สามารถยุติการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกให้ต่ำกว่าเกณฑ์ 50 ต่อเด็กคลอดมีชีวิตแสดคนได้ และแนะนำว่า หากจะขอประเมินอีกครั้ง ก็จะต้องในปี พ.ศ. 2570 และต้องส่งข้อมูลสถานการณ์โรคเป็นรายปีไปยังองค์การอนามัยโลก

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น เน้นให้เห็นว่า ประเทศไทยควรต้องเร่งรัดการดำเนินงานควบคุมโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดให้ได้ผลโดยเร็ว ในเมื่อระบบรองรับทุกอย่างมีพร้อมแล้ว ก็คงทำได้ไม่ยาก ควรที่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย (เช่น กรมอนามัย กรมควบคุมโรค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งดูแลโรงพยาบาลของรัฐในทุกจังหวัด และหน่วยงานอื่นๆ) ร่วมกันดำเนินการและประสานงาน เพื่อให้ประเทศไทยกลับมาเป็นประเทศที่ได้รับการรับรองว่าสามารถยุติการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกได้สำเร็จอีกครั้ง

นพ. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร

บรรณาธิการ