

นิพนธ์ต้นฉบับ

# อุบัติการณ์ของโรคซิฟิลิสระบบประสาทที่ไม่มีอาการ ระหว่างปี พ.ศ. 2524-2525 ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ภิรมย์ กมลรัตน์กุล\*

สดีไส เวชชาชีวะ\*\*

บดี ธนะมณี\*

เอมอร จันทรเวคิน\*\*\*\*\*

ศรีสมบูรณ์ อ่วมกุล\*\*\*

นิภา ศาสตร์สาธิต\*\*\*\*

สุพัตรา เอาเจริญพร\*\*\*\*\*

Kamol-ratanakul P, Vejjajiva S, Auamkul S, Dhanamun B, Sastarasadhrit N, Chantravekin E, Uujalonpon S. The incidence of asymptomatic neurosyphilis during 1981-1982, at Chulalongkorn Hospital. Chula Med J 1984 Apr ; 29 (4) : 441-453

*From 1981-1982, 110 cases of latent syphilis were diagnosed at the V.D. Clinic and antinatal care clinic, Chulalongkorn Hospital. Lumbar punctures were performed to examine the cerebrospinal fluids. The incidences of asymptomatic neurosyphilis were 28.3% at the V.D. clinic and 10% at antinatal care clinic, most having abnormalities in the total protein content.*

- \* ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
\*\* ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
\*\*\* ภาควิชาสูติศาสตร์และสูติศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
\*\*\*\* ภาควิชาเทคนิคการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
\*\*\*\*\* ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
\*\*\*\*\* ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต 5 เชียงใหม่ กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย

คนไขซิฟิลิสที่ไม่ได้รับการรักษา อาจจะพบความผิดปกติของน้ำไขสันหลังได้ตั้งแต่ในระยะที่ 1 หรือ ระยะที่ 2 ของโรค ประมาณ 22 ถึง 30% ภายใน 18 เดือนหลังได้รับเชื้อ<sup>(1)</sup> และในผู้ป่วยเหล่านี้ จะมีอยู่จำนวนหนึ่งที่เชื้อจะลุกลามไปก่อให้เกิดพยาธิสภาพที่ระบบประสาทได้ โดยก่อนที่ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการและอาการแสดงของซิฟิลิสระบบประสาท (Symptomatic neurosyphilis) จะมีช่วงระยะเวลาที่มีความผิดปกติของน้ำไขสันหลัง ซึ่งบ่งว่าเริ่มมีการลุกลามของโรคไปที่ระบบประสาทแล้ว แต่ยังไม่ถึงขั้นที่จะแสดงอาการ ที่เรียกว่า ระยะซิฟิลิสของระบบประสาทที่ไม่มีอาการ (asymptomatic neurosyphilis) อยู่ระยะหนึ่ง (3-30 ปีหลังได้รับเชื้อ) ดังนั้นถ้าสามารถค้นหาผู้ป่วยในระยะนี้ได้ และรีบให้การรักษาให้หายขาดเสียแต่เนิ่น ๆ จะสามารถหยุดยั้งการดำเนินของโรคไม่ให้ลุกลามไปก่อให้เกิดพยาธิสภาพของระบบประสาทต่อไปได้<sup>(2,3)</sup>

การศึกษาหาอุบัติการณ์ของโรคซิฟิลิสระบบประสาทที่ไม่มีอาการนั้น Cook (1948)<sup>(4)</sup> พบ 11.5% (48 รายจาก 417 ราย) ในกลุ่มประชากรทั่วไปที่ประเทศสวีเดน ในขณะที่ Thomson (1955)<sup>(5)</sup> พบ 11.9% (12.8% ในกลุ่มเพศชาย และ 6% ในกลุ่มเพศหญิง) ในกลุ่มคนไขซิฟิลิสระยะแฝงที่ยังไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาที่ไม่เพียงพอจำนวน 1,821 รายที่ฮ่องกง และ Traviesa และคณะ (1978)<sup>(6)</sup> พบ 3 รายจากคนไขซิฟิลิสระยะแฝง จำนวน 30 ราย (10%)

สำหรับในสหรัฐอเมริกาที่นั้น Jones และคณะ (1979)<sup>(7)</sup> พบอุบัติการณ์ของซิฟิลิสระบบประสาทที่ไม่มีอาการ 19% (3 ใน 16 ราย) ในกลุ่มสตรีที่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิสระยะแฝง

สำหรับในประเทศไทยนั้น ผู้วิจัยเองได้เคยศึกษาไว้ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่าง พ.ศ. 2520 ถึง พ.ศ. 2524<sup>(8)</sup> แต่ในครั้งนั้นได้ทำการศึกษาเฉพาะคนไข้ที่วิติคลินิกเท่านั้น ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อหาอุบัติการณ์ของโรคซิฟิลิสระบบประสาทที่ไม่มีอาการในกลุ่มคนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิสระยะแฝง ทั้งที่วิติคลินิก และคลินิกฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2524-2525 เพื่อดูแนวโน้มของโรคนี้และอาจเป็นแนวทางในการปฏิบัติรักษาคนไข้ประเภทนี้ได้ถูกต้องต่อไป

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

ประชากรที่นำมาศึกษา ประกอบไปด้วยคนไข้จากคลินิก 2 แห่งของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2524-2525 คือ

ก. วิติคลินิก เปิดให้บริการตรวจรักษาคนไข้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตั้งแต่วันจันทร์-ศุกร์ เวลา 9.00 ถึง 12.00 น. โดยคนไข้ที่มาใช้บริการส่วนมากเป็นคนไข้ที่มาเองมีเล็กน้อยที่ถูกส่งต่อ (refer) มาหรือมาตามใบส่งผลโรค (contact slip) จำนวนคนไข้มีประมาณวันละ 10-20 ราย เป็นชายมากกว่าหญิง

ข. คลินิกฝากครรภ์ เปิดรับบริการฝากครรภ์ในวันราชการตั้งแต่เวลา 9.00 น.-12.00 น. เช่นกัน จำนวนสตรีที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกประมาณวันละ 30-50 ราย

คนไข้ที่มาตรวจที่วีดีคลินิกครั้งแรกทุกรายไม่ว่าจะเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดใดก็ตาม จะได้รับการเจาะเลือดเพื่อทดสอบทางน้ำเหลือง โดยใช้การทดสอบ VDRL (Venereal Disease Research laboratory) เพื่อค้นหา (Case finding) โรคซิฟิลิสระยะแฝง ถ้า VDRL-test ให้ผลบวก จะใช้การทดสอบที่มีความจำเพาะ (specificity) สูง คือ TPHA (Treponema Pallidum Haemagglutination) หรือ FTA-ABS (Fluorescent Treponema Antibody Absorbed) เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคนี้ต่อไป<sup>(9)</sup> ดังนั้น ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซิฟิลิสระยะแฝง ถ้าผล VDRL-test ให้ผลบวกร่วมกับ TPHA หรือ FTA-ABS แต่ตรวจร่างกายรวมทั้งตรวจทางระบบประสาทแล้วปกติ จากการศึกษานี้ พบผู้ป่วยซิฟิลิสระยะแฝงที่วีดีคลินิก 60 ราย เป็นชาย 50 ราย และเป็นหญิง 10 ราย

สำหรับสตรีมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ครั้งแรก ทุกรายก็จะได้รับการเจาะเลือดเพื่อการค้นหาและยืนยันโรคซิฟิลิสระยะแฝงเช่นเดียวกับที่วีดีคลินิก จากการศึกษาพบผู้ป่วยซิฟิลิสระยะแฝงที่คลินิกฝากครรภ์ 50 ราย ดังนั้น มีผู้ป่วยที่นำมาศึกษาทั้งสิ้น 110 ราย

คนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิสระยะแฝงแล้ว จะให้พบกับนักสังคมสงเคราะห์

เพื่อสัมภาษณ์ถึงข้อมูลทั่ว ๆ ไปทางด้านประชากรศาสตร์ และข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องจากนั้นจะส่งพบแพทย์เพื่ออธิบายถึงเหตุผลในการเจาะหลังและรายละเอียดของโครงการวิจัย พร้อมทั้งถามถึงความสมัครใจของคนไข้ เมื่อคนไวยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ก็ จะทำการนัดคนไข้มาเจาะหลังต่อไป

ก่อนเจาะหลัง แพทย์จะตรวจดู eye ground ของคนไข้ว่ามี papilledema ซึ่งบ่งว่ามีการเพิ่มความดันในสมองหรือไม่ เมื่อเจาะหลังได้น้ำไขสันหลังมาแล้ว จะส่งไปตรวจนับจำนวนเม็ดเลือดทันที ส่วนที่เหลือจะส่งหาปริมาณโปรตีนและส่งทดสอบทางน้ำเหลือง 3 อย่างด้วยกัน คือ FTA, FTA-ABS และ FTA-ABS-IgM โดยผู้แปลผลในแต่ละการทดสอบจะใช้คน ๆ เดียว เพื่อหลีกเลี่ยงความผันแปรเนื่องจากผู้วัดผล (Inter-observer variation)

การเจาะหลังในสตรีมีครรภ์ ได้ใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ โดยใช้เข็มขนาดเล็ก (เบอร์ 25) และใช้วิธี paramedian approach

คนไข้ที่ได้รับการเจาะหลังแล้ว จะให้นอนราบพักอยู่ที่คลินิกประมาณ 4-5 ชั่วโมง จากนั้นจึงจะให้ไปพักที่บ้านอีกประมาณ 8-12 ชั่วโมง

คนไข้จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิสระบบประสาทที่ไม่มีอาการ ถ้าตรวจพบว่ามีความผิดปกติของน้ำไขสันหลังไปจากค่าปกติ-อย่างใดอย่างหนึ่ง (หรือหลายอย่าง) ดังต่อไปนี้

- 1) จำนวนเม็ดเลือดขาว lymphocyte

มากกว่า 5 เซลล์/มม.<sup>3</sup>

2) ปริมาณโปรตีน มากกว่า 50 มก./100 มล. (10)

3) ผลการทดสอบทางน้ำเหลือง (serology) ให้ผลบวก

รายละเอียดของแผนการวิจัยได้แสดงไว้ในแผนภูมิที่ 1

## ผล

คนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิส ระยะแฝงที่มารวที่วีสติคลินิก จำนวน 60 ราย และที่คลินิกฝากครรภ์ จำนวน 50 ราย ในช่วงระยะเวลา 1 ปี (พ.ศ. 2524-2525) มีลักษณะทั่วไปทางด้านประชากรศาสตร์ ดังต่อไปนี้

ก. ที่อยู่ (ดูรูปที่ 1) คนไข้ส่วนใหญ่มาจากกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียงโดยเฉพาะจังหวัดสมุทรปราการ

ข. การศึกษา (ดูรูปที่ 2) จะพบว่าครึ่งหนึ่งของคนไข้ จบการศึกษาเพียงประถมศึกษาตอนต้น

ค. อาชีพ (ดูตารางที่ 1) กว่า 50% ของคนไข้ที่วีสติคลินิกประกอบอาชีพรับจ้างในขณะที่คนไข้ที่คลินิกฝากครรภ์ ซึ่งเป็นหญิงทั้งหมดนั้น มีอาชีพแม่บ้าน

ง. อายุและเพศ คนไข้ที่คลินิกฝากครรภ์ทั้ง 50 คน เป็นหญิงในวัยเจริญพันธุ์ ส่วนคนไข้ที่วีสติคลินิก จำนวน 60 คน เป็นชาย 50 คน (83.3%) และเป็นหญิง 10 คน (16.7%) คนไข้ส่วนมากมีอายุระหว่าง 21-30 ปี อุบัติการณ์ของโรคตามกลุ่มอายุต่าง ๆ

ที่วีสติคลินิกได้แสดงไว้ในตารางที่ 2

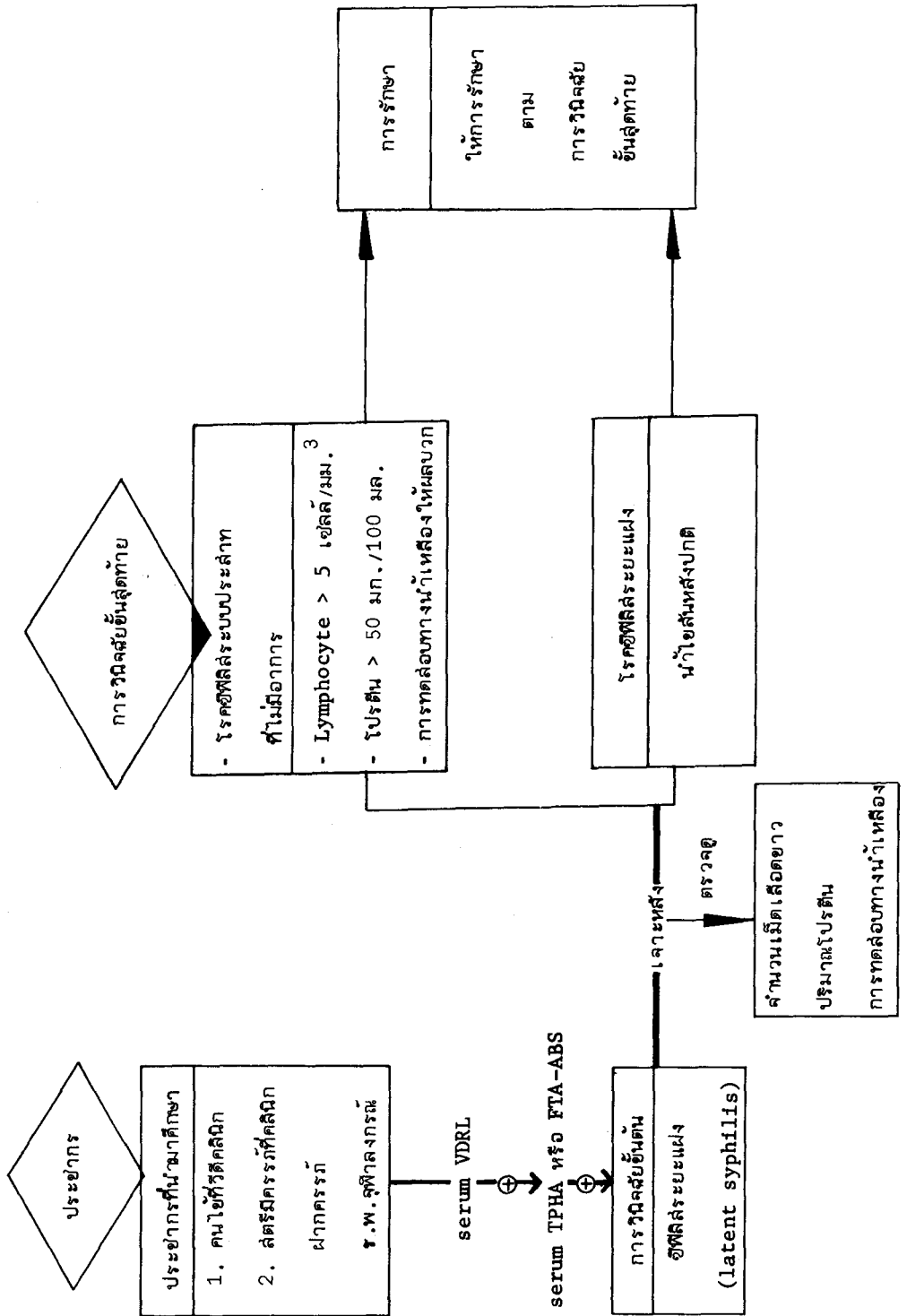
อุบัติการณ์ของซิฟิลิสระบบประสาทที่ไม่มีอาการที่วีสติคลินิก เท่ากับ 58.3% ของคนไข้ทั้งหมด ซึ่งเท่ากับ 66% ในกลุ่มคนไข้ชาย และ 20% ในกลุ่มคนไข้หญิง (ดูตารางที่ 2) ดังนั้นอุบัติการณ์ของโรคระหว่างเพศชายต่อเพศหญิง จึงเท่ากับ 3.3 : 1

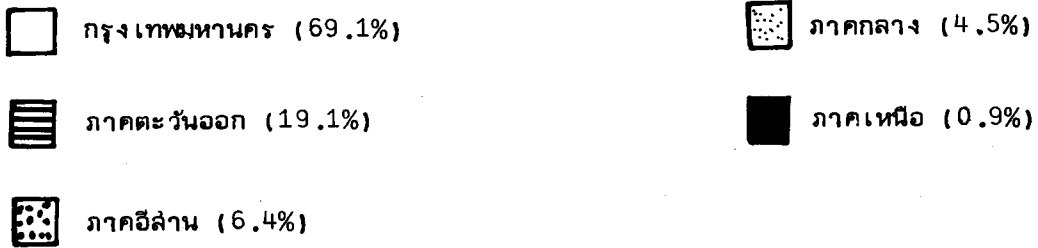
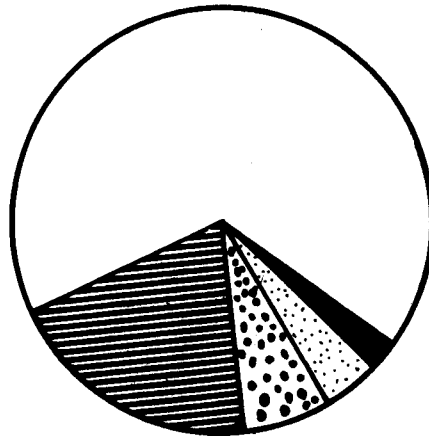
อายุเฉลี่ยของคนไข้จากวีสติคลินิกเท่ากับ 31.9 ( $\pm 10.4$ ) ปี ส่วนอายุเฉลี่ยของคนไข้ที่ตรวจพบว่ามีน้ำไขสันหลังปกติเท่ากับ 32.9 ( $\pm 8.7$ ) ปี และของคนที่น้ำไขสันหลังผิดปกติเท่ากับ 31.9 ( $\pm 11.7$ ) ปี ซึ่งจากการคำนวณ พบว่าไม่มีความต่างกันในแง่ของอายุเฉลี่ย ระหว่างคนที่น้ำไขสันหลังปกติและผิดปกติ ( $P > 0.05$ ) นอกจากนี้ยังพบว่าอุบัติการณ์ของโรคนี้ในกลุ่มคนที่อายุต่ำกว่า 40 ปี และสูงกว่า 40 ปี ก็ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P > 0.05$ )

สำหรับอุบัติการณ์ซิฟิลิสระบบประสาท ไม่มีอาการของคนไข้ที่คลินิกฝากครรภ์เท่ากับ 32% (ดูตารางที่ 3) ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่าอุบัติการณ์ของโรคนี้ ที่วีสติคลินิกมากกว่าที่คลินิกฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $X_1^2 = 6.58$  ;  $P < 0.05$ )

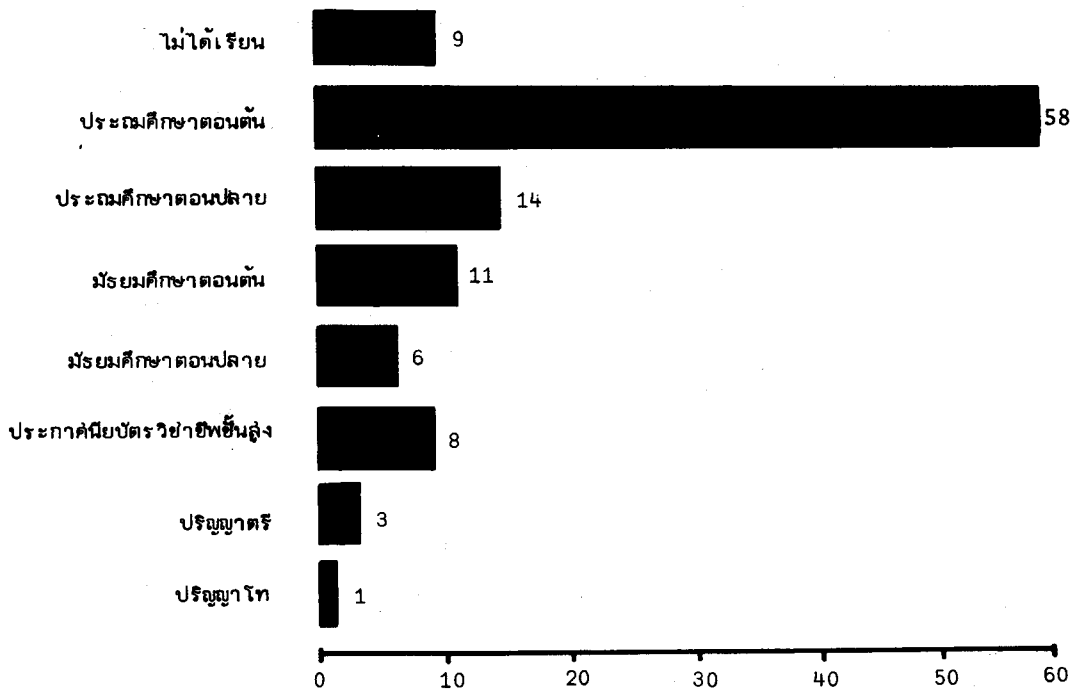
เมื่อคิดรวมทั้ง 2 คลินิก อุบัติการณ์ของโรคนี้จะเท่ากับ 46.4% ซึ่งเท่ากับ 66% ในกลุ่มคนไข้ชาย และ 30% ในกลุ่มคนไข้หญิง (ตารางที่ 3) ซึ่งคนไข้ส่วนมาก (60.8%) มีความผิดปกติของ FTA รองลงมาคือพบความผิดปกติของปริมาณโปรตีน (19.6%) และผิดปกติทั้งปริมาณโปรตีนและ FTA ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

แผนภูมิที่ 1  
 รูปแบบการวิจัย





รูปที่ 1 แสดงที่อยู่ของคนใช้โซเชียลมีเดีย



รูปที่ 2 แสดงระดับการศึกษาของคนใช้โซเชียลมีเดีย

**Table 1** Occupation of patients diagnosed as latent syphilis attended at V.D. and A.N.C. clinic

Occupation	V.D. clinic		A.N.C. clinic		Total	
	No. of cases	Percent	No. of cases	Percent	No. of cases	Percent
Employee	32	53.3	12	24.0	44	40.0
Home work	4	6.7	32	64.0	36	32.7
Officer	9	15.0	2	4.0	11	10.0
Agriculturist	7	11.6	0	0	7	6.4
Merchant	4	6.7	1	2.0	5	4.6
Dress maker	0	0	3	6.0	3	2.7
Priest	2	3.3	0	0	2	1.8
Student	1	1.7	0	0	1	0.9
Unemployment	1	1.7	0	0	1	0.9
Total	60	100.0	50	100.0	110	100.0

คนไทยที่ได้รับการเจาะหลังทั้งหมด 110 ราย พบว่าส่วนมาก (81.8%) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนอะไรหลังการเจาะหลัง มีเพียง 2 ราย (1.8%) ที่ปวดศีรษะมากจนต้องรับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล โดยการ

ให้พักและให้ยาแก้อาการ ส่วนอีก 10 ราย (9.1%) มีอาการปวดศีรษะปานกลาง ซึ่งบรรเทาได้โดยการกินยาแก้ปวด และอีก 8 ราย (7.8%) มีอาการปวดศีรษะเล็กน้อย ซึ่งหายได้เองโดยไม่จำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวด

**Table 2** Age and sex of patients diagnosed as latent syphilis attended at V.D. clinic

Age Group (year)	Male			Female			Total		
	No. of examine	Abnormal C.S.F.		No. of examine	Abnormal C.S.F.		No. of examine	Abnormal C.S.F.	
		No.	%		No.	%		No.	%
< 20	1	1	100.0	0	0	0	1	1	100.0
21 - 30	29	20	68.9	6	1	16.6	35	21	60.0
31 - 40	10	3	30.0	2	1	50.0	12	4	33.3
> 40	10	9	90.0	2	0	0	12	9	75.0
Total	50	33	66.0	10	2	20.0	60	35	58.3

**Table 3** The incidence of asymptomatic neurosyphilis at V.D. and A.N.C. clinic, Chulalongkorn Hospital

	V.D. clinic			A.N.C. clinic	Total		
	Male	Female	Total		Male	Female	Total
Total examined	50	10	60	50	50	60	110
No. of abnormal C.S.F.	33	2	35	16	33	18	51
% of abnormal C.S.F.	66.0	20.0	58.3*	32.0**	66.0	30.0	46.4

\* If we include only cases of FTA - reactive that confirmed by FTA - ABS, the incidence will drop to 28.3%

\*\* If we include only cases of FTA - reactive that confirmed by FTA - ABS, the incidence will drop to 10%



**Table 4** Results of cerebrospinal fluid examination

Categorization of abnormal C.S.F.	V.D. clinic	A.N.C. clinic	Total	
			No.	%
1. Increased cell count alone	0	2	2	3.9
2. Increased protein content alone	9	1	10	19.6
3. FTA - reactive alone	19*	12***	31	60.8
4. Increased cells and protein	2	0	2	3.9
5. FTA - reactive with increased cells	1	1	2	3.9
6. FTA - reactive with increased protein	4**	0	4	7.9
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>16</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>

\* FTA - ABS - reactive : 1 case out of 19 cases

\*\* FTA - ABS - reactive : 1 case

\*\*\* FTA - ABS - reactive : 1 case

### วิจารณ์ผล

การที่พบว่าคนไข้วัยส่วนมากมาจาก - กรุงเทพมหานคร และสมุทรปราการ คงไม่สามารถสรุปได้ว่า คนใน 2 จังหวัดนี้เป็นโรคนี้มากกว่าจังหวัดอื่น ๆ แต่คงเนื่องมาจากความสะดวกในแง่ความใกล้ชิดของสถานบริการมากกว่า และจากการที่พบว่าโรคนี้ส่วนมากพบในคนที่มีการศึกษาน้อย ก็อาจเป็นผลเนื่องมาจากโรคนี้เป็นโรคที่ป้องกันได้ (preventable disease) จึงอาจมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาของคนไข้วัย

ในแง่ที่เกี่ยวกับอายุของคนไข้วัยนั้น จากผลของการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าซิฟิลิสมีแนวโน้ม

จะเกิดในคนที่มีอายุน้อยทั้งหญิงและชาย ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะเจตคติในเรื่องเพศที่เปลี่ยนไป โดยประชาชนมีเพศสัมพันธ์กันตั้งแต่อายุยังน้อย ความสับสนทางเพศและการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพและสะดวก ตลอดจนปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมและการใช้ยาที่ไม่มีผลในการฆ่าเชื้อซิฟิลิสในการรักษาโรคหนองใน<sup>(11)</sup>

การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสระบบประสาทที่ไม่มีอาการยังมีปัญหาอยู่มากในปัจจุบัน ทั้งนี้ เพราะไม่สามารถหาตัววัดที่ดีและเหมาะสมสำหรับโรคนี้ได้ ทำให้อุบัติการณ์ของโรคนี้ที่รายงานไว้ในวารสารต่าง ๆ มีความแตกต่างกันไปได้มาก เพราะ diagnostic cri-

teria ที่แต่ละคนเลือกใช้มีได้ต่าง ๆ กัน ทำให้การประมาณอุบัติการณ์ของโรคนี้เป็นไปด้วยความยากลำบากและเกิดปัญหาในการนำมาเปรียบเทียบกันได้ เช่น

การตรวจน้ำไขสันหลังพบ lymphocyte มากกว่า 5 เซลล์/มม.<sup>3</sup> หรือพบปริมาณโปรตีนมากกว่า 50 มก./100 มล. เป็นสิ่งที่แสดงถึงการอักเสบ แต่ไม่ใช่ข้อบ่งชี้ที่แน่นอนในการจะบอกถึงการลุกลามของซิฟิลิสไปยังระบบประสาท<sup>(1,12)</sup> ซึ่งไม่เหมาะที่จะใช้เพื่อการวินิจฉัยแต่เป็นข้อบ่งชี้ที่ดีที่จะบอกถึงผลการรักษา และการทดสอบทางน้ำเหลืองโดยใช้ FTA นั้น เหมาะสำหรับการค้นหาโรค เพราะมีความไวสูง<sup>(13,14)</sup> แต่ให้ผล false positive ได้มาก ซึ่งเกิดเนื่องจากการซึมผ่าน (transudate) ของ Troponema pallidumspecific IgG จากเลือดของคนไข้วานเข้ามา<sup>(15)</sup> ซึ่งมีความจำเพาะต่ำ ส่วน FTA-ABS เป็นการทดสอบที่มีความจำเพาะสูง<sup>(13,16,17)</sup> ซึ่งเหมาะสำหรับใช้ในการยืนยันโรคนี้ ส่วน FTA-ABS-IgM เป็นการบ่งถึงภาวะ active ของโรค ดังนั้น ถ้าการวินิจฉัยโรคนี้ในแง่ serology จำกััดเฉพาะรายที่มี FTA ให้ผลบวกพร้อมกับ FTA-ABS เท่านั้น จึงจะถือว่าเป็นโรคนี้ อุบัติการณ์ของโรคนี้ที่วัดคลินิกจะลดจาก 58.3% เหลือเพียง 28.3% ส่วนที่คลินิกฝากครรภ์จะเปลี่ยนจาก 32% เหลือเพียง 10% และอุบัติการณ์รวมของทั้ง 2 คลินิกจะลดจาก 46.4% เหลือเพียง 20.9% เท่านั้น โดยความผิดพลาดที่พบมากที่สุด คือ ปริมาณโปรตีน ความผิดปกติของจำนวนเซลล์ และ sero-

logy ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม อุบัติการณ์ดังกล่าวยังนับว่าสูง เมื่อเปรียบเทียบกับรายงานอื่น คือ Cook (1948)<sup>(4)</sup> พบ 11.5% ที่ตรินิแดดในขณะ Thomason (1955)<sup>(5)</sup> พบ 11.9% ที่ฮ่องกง และ Traviesa (1978)<sup>(6)</sup> พบ 10% แต่อุบัติการณ์นี้ใกล้เคียงกับผู้วิจัยเองได้เคยทำการศึกษาไว้ที่วัดคลินิก เมื่อปี 2520 -2524<sup>(8)</sup> ซึ่งพบ 23% ส่วนอุบัติการณ์ของโรคนี้ที่คลินิกฝากครรภ์เท่ากับ 10% ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานจากต่างประเทศเหล่านี้ แต่ต่างกับที่ Jones และคณะ (1979)<sup>(7)</sup> ได้รายงานไว้ว่าพบ 19% ในกลุ่มสตรีมีครรภ์ที่มีเลือดบวก แต่การวินิจฉัยของ Jones ขึ้นกับผลการทดสอบทางน้ำเหลือง (VDRL-reactive ร่วมกับ FTA-ABS) เพียงอย่างเดียว โดยไม่ได้ศึกษาถึงจำนวนเซลล์และปริมาณโปรตีนเอาไว้ด้วย

จากการศึกษาที่พบว่าอุบัติการณ์ของโรคนี้ในกลุ่มคนที่อายุต่ำกว่า 40 ปี และสูงกว่า 40 ปีไม่ต่างกัน ก็อาจเป็นที่ยืนยันความเชื่อที่ว่า late syphilis จะพบเฉพาะผู้ที่มีอายุมาก ๆ เท่านั้นคงจะไม่เป็นจริงในปัจจุบันดังเหตุผล ที่ได้กล่าวไว้แล้ว ดังนั้นการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นซิฟิลิสระยะแฝงยังไม่สามารถกระทำได้ ถ้าไม่ได้แยกว่าผู้ป่วยเป็นซิฟิลิสของระบบประสาทที่ไม่มีอาการ โดยการเจาะหลังเพื่อนำน้ำไขสันหลังมาศึกษาเสียก่อน<sup>(18)</sup> และจากการที่พบว่าอุบัติการณ์ของโรคนี้ที่วัดคลินิกมากกว่าที่คลินิกฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก็คงเนื่องมาจากคนไข้วานที่วัดคลินิกมีความเสี่ยงต่อโรคซิฟิลิสมากกว่าและนานกว่าคนไข้จากคลินิกฝากครรภ์

จากการศึกษานี้ พบว่าคนไข้อย่างน้อย (89%) ไม่มีอาการปวดศีรษะ หรือปวดเพียงเล็กน้อย ภายหลังจากเจาะหลัง ซึ่งอุบัติการณ์นี้ยังมากกว่าที่รายงานโดย Schofield (1957) (19) ซึ่งพบเพียง 6.5% อย่างไรก็ตามจากการศึกษาี้พอจะสรุปได้ว่าการเจาะหลังคนไข้อยู่ที่ระดับเยื่อหุ้มสมองเพื่อค้นหาโรคซิฟิลิสของระบบประสาทที่ไม่มีอาการนั้น สามารถทำได้ตี๊กผู้ป่วยนอก โดยไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล แต่สำหรับสตรีมีครรภ์นั้นสมควรใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ เช่น ใช้ผู้เจาะที่มีความชำนาญและใช้เข็มขนาดเล็กมาก ๆ เป็นต้น

## สรุป

จากการศึกษาี้ พบว่าอุบัติการณ์ของโรคซิฟิลิสระบบประสาทที่ไม่มีอาการในกลุ่มคนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิสระบบเยื่อหุ้มสมองที่วิศัลยแพทย์ และคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีอัตราที่สูงมาก ดังนั้นการวินิจฉัย

ว่าผู้ป่วยเป็น ซิฟิลิสระบบเยื่อหุ้มสมองไม่สามารถกระทำได้ ถ้าไม่ได้ตรวจน้ำไขสันหลัง เพื่อค้นหาโรคซิฟิลิสระบบประสาทที่ไม่มีอาการเสียก่อน ดังนั้นผู้ป่วยซิฟิลิสระบบเยื่อหุ้มสมอง ถ้าเป็นไปได้สมควรได้รับการเจาะหลังตรวจดูน้ำไขสันหลัง เพื่อให้ได้การวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์แห่งภาควิชา - เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ลุนด์ยี่ เลิมสิริวัฒน์ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง สัมพงษ์ จินายน และแพทย์หญิง กัญญา ปาณิกบุตร ที่กรุณาให้คำแนะนำและช่วยเหลือต่าง ๆ ตลอดการศึกษา นี้ อาจารย์นายแพทย์ เอกชัย เจริญอาไพ และ นายแพทย์ ภิเศก ทองสวัสดิ์ ที่ช่วยเจาะหลังคนไข้ และคณะกรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ ที่อนุมัติทุนวิจัยรชดาภิเศกสมโภช คณะแพทยศาสตร์ เพื่อสนับสนุนโครงการวิจัยนี้

## อ้างอิง

1. WHO Scientific Group. Treponemal infections. WHO Tech Rep Ser 1982 Oct ; 674 : 7-14
2. King A, Nicol C. Syphilis. Venereal Disease. London: Bailliere, 1979 : 1-160
3. Mills CH. Routine examination of the cerebrospinal fluid in syphilis. Br Med J 1927 Mar ; 2 : 527-532
4. Cook MJ. Neurosyphilis in the tropics. J Vener Dis Inform 1948 Jul ; 29 : 204-207
5. Thomson GM. Asymptomatic neurosyphilis in Hong Kong. Br J Vener Dis 1955 Sep ; 31(3) : 184-186

6. Traviesa DC, Prystowsky SD, Nelson BJ. Cerebrospinal fluid findings in asymptomatic patients with reactive serum fluorescent treponemal antibody absorption tests. *Ann Neurol* 1978 Dec ; 4(6) : 524-530
7. Jones JE, Harris RE. Diagnostic evaluation of syphilis during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1979 Nov ; 54(5) : 611-613
8. ภิรมย์ กมลรัตนกุล. Asymptomatic neurosyphilis : preliminary report. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 2524 มีนาคม ; 25(2) : 859-865
9. สดใส เวชชาชีวะ, ฤทัย สกุลแรมรุ่ง, เสาวลักษณ์ ชูศิลป์, ขจร ประณีต. ก้าวใหม่ของการทดสอบน้ำเหลืองเพื่อวินิจฉัยโรคซิฟิลิส. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 2515 มกราคม ; 17(1) : 1-5
10. เอมอร สันทรเวศิน, ภิรมย์ กมลรัตนกุล. ค่าอ้างอิงของโปรตีนในน้ำไขสันหลัง. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 2527 มิถุนายน ; 28(6) : 611-614
11. Curtis AC, Philpott OS. Prenatal syphilis. *Med Clin North Am* 1964 May ; 48(3) : 707
12. Dattner B. Significance of spinal fluid findings in neurosyphilis. *Am J Med* 1948 Nov ; 5(5) : 709-711
13. Escobar MR, Dalton HP, Allison MJ. Fluorescent antibody tests for syphilis using cerebrospinal fluid. *Am J Clin Pathol* 1970 Jun ; 53(6) : 886-890
14. Harris A, Bossak HM, Deacon WE, Bunch WL. Comparison of the fluorescent treponema antibody tests with other tests for syphilis on cerebrospinal fluid. *Br J Vener Dis* 1960 Sep ; 36(3) : 178-180
15. Fiumara NJ. Diagnosis of neurosyphilis, *JAMA* 1965 Jun 21 ; 192(12) : 1111
16. Goldman JN, Lantz MA. FTA-ABS and VDRL slide test reactivity in a population of nuns. *JAMA* 1971 Jul 5 ; 217(1) : 53-55
17. Luger A, Schmidt BL, Steyrer K, Schonwald E. Diagnosis

- of neurosyphilis by examination of the cerebrospinal fluid. Br Vener Dis 1981 Aug ; 57(4) : 232-237
18. U.S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service. Syphilis : a synopsis. Washington D.C. : U.S. Government Printing Office, 1967. 44-79
19. Schofield CBS. Lumbar puncture headache in relation to sex, age, and cerebrospinal fluid findings. Br J Vener Dis 1957 Mar ; 33(1) : 30-33

จุฬาลงกรณ์เวชสารได้รับต้นฉบับเมื่อวันที่ 30 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2527