



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

แนวทางการดูแลรักษา

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2567

STI Management Guidelines 2024



กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข



DDC 67009

แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2567 ได้ผ่านการตรวจประเมินและรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์ เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค ณ วันที่ 18 กันยายน 2567



แนวทางการดูแลรักษา

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2567

STI Management Guidelines 2024



กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Citation: กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2567.
พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2567

Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control,
Ministry of Public Health, Thailand. STI Management Guidelines 2024.
1st edition. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing House; 2024.

แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2567

STI Management Guidelines 2024

ISBN (E-Book): 978-616-11-5272-7

บรรณาธิการ แพทย์หญิงรศพร กิตติเยวมาลย์
นายแพทย์กิตติภูมิ ชินหิรัญ
นายแพทย์ศุภโชค คงเทียน

กองบรรณาธิการ นายเอกชัย แดงสอาด
นางสาวศรินทร มงคลรัตน์
นางสาวลวิตรา พิธาวุฒิกร
นางสาวปวรรณรัช พันธุ์บุตร
นางสาวเบญญาภา พลอยยงค์

เผยแพร่โดย ศูนย์การแพทย์บางรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ออกแบบโดย ห้างหุ้นส่วนจำกัด สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์

แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2567 ฉบับนี้ ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสาธารณสุขผู้เกี่ยวข้องในการตัดสินใจเลือกวิธีการตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ฉบับนี้ อาศัยหลักฐานทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้ในปัจจุบันเป็นส่วนประกอบ และได้มีวัตถุประสงค์ เพื่อบังคับให้ปฏิบัติหรือยกเลิกการปฏิบัติวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยใด ๆ และได้มี วัตถุประสงค์ใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินการทางกฎหมาย การปฏิบัติในการดูแล รักษาผู้ติดเชื้อ อาจมีการปรับเปลี่ยนตามบริบท ทรัพยากร ข้อจำกัดของสถานที่ ให้บริการ สภาพของผู้ติดเชื้อ รวมทั้งความต้องการของผู้ติดเชื้อและผู้เกี่ยวข้อง ในการดูแลรักษา หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย

การใช้ยาตามแนวทางเวชปฏิบัตินี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานภายใต้การดูแลและควบคุมของแพทย์ในสถานพยาบาล ไม่แนะนำให้ประชาชนใช้ในการซื้อยาสำหรับการรักษาตนเอง การใช้ยาดังกล่าวโดยไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้องและแม่นยำอาจส่งผลให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดอันตรายจากการใช้ยาหรือเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ การใช้ยาอย่างไม่ถูกต้องยังสามารถนำไปสู่การดื้อยาต้านจุลชีพ ทำให้การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้โรคแพร่ระบาดอย่างไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสาธารณสุขอย่างรุนแรงและสร้างความเสียหายต่อเศรษฐกิจของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ

แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2567

นพ.นิติ เหนาดนุรักษ์	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค	ที่ปรึกษา
พญ.ชีวันนธ์ เลิศพิริยสุวัฒน์	ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ที่ปรึกษา
พญ.รศพร กิตติเยวามาลย์	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ประธาน
นพ.กิตติภูมิ ชินหิรัญ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	รองประธาน
รศ. พญ.จรัสศรี พียาพรรณ	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	คณะทำงาน
รศ. พญ.เจนจิต ฉายะจินดา	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	คณะทำงาน
ผศ. นพ.ชานนท์ เนื่องตัน	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	คณะทำงาน
รศ. นพ.รุจิภาส สิริจุฑาทร	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	คณะทำงาน
รศ. ดร.รัตนา ลาวัง	คณะเทคนิคการแพทย์มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะทำงาน
รศ. นพ.สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คณะทำงาน
ผศ. นพ.โอภาส พุทธเจริญ	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คณะทำงาน
ดร. พญ.นิตยา ภาณุภาค	สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี	คณะทำงาน
นพ.นิพัฒน์ ธีรตกุลพิศาล	สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี	คณะทำงาน
พญ.นิอร บุญเผื่อน	สถาบันโรคผิวหนัง	คณะทำงาน
ผศ. นพ.ชายหาญ รุ่งศิริแสงรัตน์	สถาบันราชประชาสมาสัย	คณะทำงาน
นพ.อนุพงศ์ ชิตวรการ	สมาคมแพทย์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งประเทศไทย	คณะทำงาน

พญ.พัชรา ศิริวงศ์รังสรรค์	สมาคมแพทย์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งประเทศไทย	คณะกรรมการ
พญ.ฉันทนันท์ กังวาลพรโรจน์	นักวิชาการอิสระ	คณะกรรมการ
นพ.วิษณุ แสงสุวรรณ	นักวิชาการอิสระ	คณะกรรมการ
ภญ.จันทนา ชูเกียรติศิริ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	คณะกรรมการ
นพ.ณัฐพล งามจิระธรรม	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	คณะกรรมการ
นพ.สุภโชค คงเทียน	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	คณะกรรมการ
นางสาวนันทิพัฒน์ ทัดศรีพิรุต	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์	คณะกรรมการ
นายวงศธร โอชะคลัง	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น	คณะกรรมการ
นางมาฆมาส สุวิชาเชิดชู	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา	คณะกรรมการ
นางสาวนาลิษา อร่ามวงศ์วิทย์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา	คณะกรรมการ
นายวิเชียร สุขย่อย	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	คณะกรรมการ
นางสาวศรินทร์ มงคลรัตน์	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	คณะกรรมการและเลขานุการ
นางสาวเบญญาภา พลายงค์	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	คณะกรรมการและเลขานุการ
นางสาวปวรรณรัช พันธุ์บุตร	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	คณะกรรมการและเลขานุการ
นางสาวลวิตรา พิธาวุฒิกร	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	คณะกรรมการและเลขานุการ
นายเอกชัย แดงสอาด	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	คณะกรรมการและเลขานุการ



คำนำ

แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2567 เล่มนี้ ได้ดำเนินการ ปรับปรุงแก้ไขจากแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558 โดยพัฒนาปรับปรุงเนื้อหาให้มีความทันสมัยเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ในเรื่องของการตรวจวินิจฉัยที่สอดคล้องกับเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการที่มีอยู่ และให้การรักษาผู้รับบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อเป็นองค์ประกอบในการดูแลและรักษาแก่ผู้รับบริการให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น แนวทางการดูแลและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เล่มนี้ ได้รับการพัฒนาและปรับปรุงเนื้อหาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีประสบการณ์จากสหสาขาวิชาชีพ โดยอ้างอิงจากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือ มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขใช้เป็นแนวทางประกอบการตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้อย่างมีคุณภาพ ส่งผลให้เกิดการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอชไอวี

ณ โอกาสนี้ ขอขอบคุณคณะทำงานและที่ปรึกษาทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการปรับปรุงแก้ไขแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2567 จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

นิยามศัพท์และคำย่อ

CIA	Chemiluminescent assay
CLIA	Chemiluminescent Immunoassay
CT	<i>Chlamydia Trachomatis</i>
DFA	Direct immunofluorescence assay
DNA	Deoxyribonucleic acid
EIA	Enzyme Immunoassay
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
FTA-ABS	Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption test
GNID	Gram-negative intracellular diplococci
HIV	Human immunodeficiency virus
HPV	Human papillomavirus
HSV	Herpes simplex virus
IHC	Immunohistochemistry test
LGV	Lymphogranuloma venereum
MSM	Men who have sex with men
NG	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
POCT	Point of care test
PMN	Polymorphonuclear cell
RPR	Rapid Plasma Reagin test
TPHA	<i>Treponema pallidum</i> hemagglutination assay
TPPA	<i>Treponema pallidum</i> particle agglutination assay
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory



สารบัญ

บทที่ 1	สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	1
บทที่ 2	แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยอาการทางโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Syndromic approach for STI)	9
บทที่ 3	แนวทางการดูแลรักษาผู้มารับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	21
3.1	โรคหนองใน (Gonorrhea)	35
3.2	โรคหนองในเทียม Nongonococcal Infection : (Nongonococcal Urethritis/ Nongonococcal Cervicitis)	51
3.3	โรคพยาธิช่องคลอด (Trichomoniasis)	65
3.4	โรคแบคทีเรียลิวาจิโนซิส/ช่องคลอดอักเสบจากแบคทีเรีย (Bacterial Vaginosis)	71
3.5	โรคเชื้อราในช่องคลอด (Vulvovaginal Candidiasis)	77
3.6	อวัยวะสืบพันธุ์อักเสบ/ปีกมดลูกอักเสบ (Pelvic Inflammatory Disease)	83
3.7	โรคซิฟิลิส (Syphilis)	91
3.8	โรคเริมที่อวัยวะเพศและทวารหนัก (Anogenital Herpes)	115
3.9	โรคแผลริมอ่อน (Chancroid)	125
3.10	ทามโรคหนองต่อมและท่อน้ำเหลือง (Lymphogranuloma Venereum : LGV)	131
3.11	โรคหูดอวัยวะเพศและทวารหนัก (หูดหงอนไก่) (Anogenital Warts)	137
3.12	โรคหูดข้าวสุก (Molluscum Contagiosum)	147
3.13	โรคหิด (Scabies)	155
3.14	โรคไลน (Pediculosis Pubis)	163
ภาคผนวก		169
	ข้อแนะนำเกี่ยวกับยารักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	171
	ข้อควรรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัย	185

สารบัญตาราง

ตาราง 3.1.1	ยาที่แนะนำในการรักษาโรคหนองในที่อวัยวะเพศ คอ และทวารหนัก	38
ตาราง 3.1.2	ยาที่แนะนำในการรักษาโรคหนองในที่เยื่อぶตาผู้ใหญ่	41
ตาราง 3.1.3	ยาที่แนะนำในการรักษาโรคหนองในชนิดมีภาวะแทรกซ้อนแพร่กระจาย (disseminated gonococcal infection)	42
ตาราง 3.1.4	ยาที่แนะนำในการรักษาหูดหงอนไก่และหูดในระยะให้มันบุตร	43
ตาราง 3.1.5	ยาที่แนะนำในการรักษาการติดเชื้อในเด็กที่อวัยวะเพศ ทวารหนัก และช่องคอ	43
ตาราง 3.1.6	ยาที่แนะนำในการรักษาโรคหนองในที่เยื่อぶตาในเด็กที่ไม่ใช่ทารกแรกเกิด	44
ตาราง 3.1.7	ยาที่แนะนำในการรักษาโรคหนองในที่เยื่อぶตาในทารกแรกเกิด	45
ตาราง 3.2.1	เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษาโรคหนองในเทียม	53
ตาราง 3.2.2	ยาที่แนะนำในการรักษาโรคหนองในเทียมที่ช่องคอ อวัยวะเพศ และทวารหนัก	55
ตาราง 3.2.3	ยาที่แนะนำในการรักษาในกรณีที่การรักษาหลักไม่ได้ผล (persistent infection)	56
ตาราง 3.2.4	ยาที่แนะนำในการรักษาหูดหงอนไก่ และหูดในระยะให้มันบุตร	58
ตาราง 3.2.5	ยาที่แนะนำในการรักษาการติดเชื้อ <i>Chlamydia trachomatis</i> ในเด็กที่ช่องคลอด อวัยวะเพศ และทวารหนัก	59
ตาราง 3.2.6	ยาที่แนะนำในการรักษาการติดเชื้อในเยื่อぶตาทารก (Neonatal Nongonococcal Conjunctivitis)	60
ตาราง 3.2.7	ยาที่แนะนำในการรักษาการติดเชื้อปอดอักเสบในทารกแรกเกิด (Neonatal Chlamydial Pneumonia)	60
ตาราง 3.3.1	ยาที่แนะนำในการโรคพยาธิช่องคลอด	68
ตาราง 3.4.1	ยาที่แนะนำในการรักษาโรคแบคทีเรียลวกจิโนซิส	74
ตาราง 3.5.1	ยาที่แนะนำในการรักษาโรคเชื้อราในช่องคลอด	79
ตาราง 3.6.1	เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา	85



สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง 3.7.1	สรุปอาการหรืออาการแสดง และผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการของโรคซิฟิลิสแต่ละระยะ	100
ตาราง 3.7.2	การแปลผลเลือดหาการติดเชื้อโรคซิฟิลิส (ตรวจตาม reverse algorithm)	101
ตาราง 3.7.3	การแปลผลการตรวจน้ำไขสันหลังในการวินิจฉัยโรคซิฟิลิสของระบบประสาท	103
ตาราง 3.7.4	สรุปการรักษาโรคซิฟิลิสระยะต่าง ๆ	107
ตาราง 3.7.5	สรุปการนัดผู้ป่วยโรคซิฟิลิสเพื่อดู RPR/VDRL titer	112
ตาราง 3.10.1	ยาที่แนะนำในการรักษาภาวะโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง	134



สารบัญแผนผัง

แผนผัง 2.1	ผู้ป่วยชาย/หญิงที่มีอาการที่ท่อน้ำปัสสาวะ	13
แผนผัง 2.2	ผู้ป่วยหญิงที่มีอาการระคายเคืองผิดปกติ	14
แผนผัง 2.3	ผู้ป่วยชาย/หญิงที่มีอาการทางทวารหนัก	15
แผนผัง 2.4	แผลอวัยวะเพศและทวารหนัก (Anogenital ulcer)	16
แผนผัง 2.5	ตุ่ม ก้อน ตึงเนื้อบริเวณอวัยวะเพศ/ทวารหนัก	17
แผนผัง 2.6	ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบโตในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs related lymphadenopathy)	18
แผนผัง 3.7.1	ลำดับขั้นตอนการตรวจโรคซิฟิลิสแบบดั้งเดิม (Traditional Algorithm)	97
แผนผัง 3.7.2	ลำดับขั้นตอนการตรวจโรคซิฟิลิสแบบย้อนทาง (Reverse Algorithm)	98
แผนผัง 3.7.3	ลำดับขั้นตอนการตรวจโรคซิฟิลิสแบบ Rapid diagnostic test	99



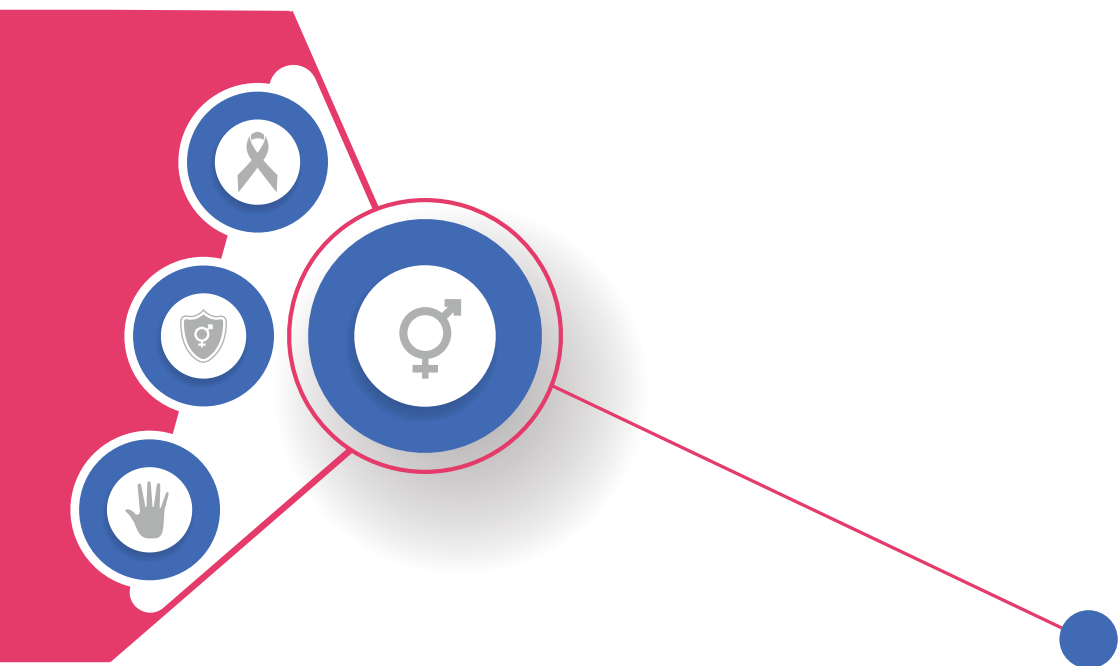
สารบัญรูป

รูป 3.7.1	แผล chancre บริเวณอวัยวะเพศชาย	93
รูป 3.7.2	แผล chancre บริเวณทวารหนัก	93
รูป 3.7.3	Condylomata lata บริเวณทวารหนัก	94
รูป 3.7.4	Condylomata lata บริเวณอวัยวะเพศชาย	94
รูป 3.8.1	ตุ่มน้ำโรครีมบริเวณอวัยวะเพศชาย	117
รูป 3.8.2	แผลโรครีมบริเวณอวัยวะเพศชาย	118
รูป 3.9.1	แผลริมอ่อนบริเวณอวัยวะเพศชาย	127
รูป 3.10.1	ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบโตในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	133
รูป 3.11.1	หูดหงอนไก่บริเวณอวัยวะเพศชาย	139
รูป 3.11.2	หูดหงอนไก่บริเวณทวารหนัก	140
รูป 3.12.1	ตุ่มโรคหูดข้าวสุก	149
รูป 3.13.1	ตุ่มโรคหิด	158
รูป 3.14.1	รอยโรคไลน	165

บทที่ 1

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

นายแพทย์กิตติภูมิ ชินศิริชัย
นางสาวศรินทร มงคลรัตน์



ตอนที่ 1

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์



นายแพทย์กิตติภูมิ ชินศิริชัย , นางสาวศรินทร มงคลรัตน์

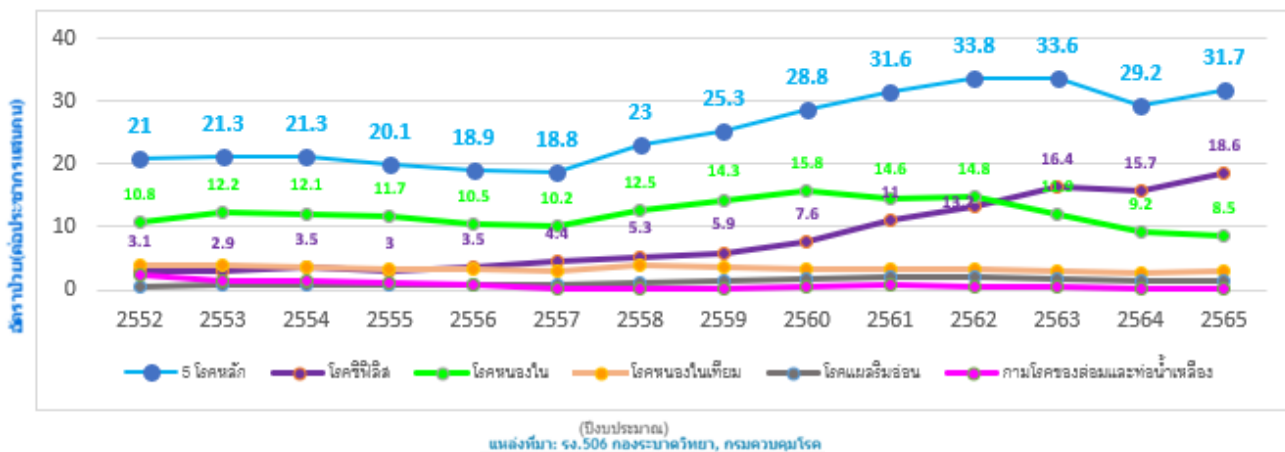
หลักการและเหตุผล

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted infections; STIs) ยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพและเศรษฐกิจของผู้ติดเชื้อ ซึ่งผลกระทบทางด้านสุขภาพนั้น ส่งผลต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อ ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกวิธี รวมทั้งส่งผลกระทบโดยรวม ทั้งด้านสังคม และเศรษฐกิจของประเทศชาติ จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก จะพบจำนวนผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ใน พ.ศ. 2563 จากทุกภูมิภาคทั่วโลกทั้งสิ้น จำนวน 374 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อพยาธิช่องคลอดจำนวน 156 ล้านคน โรค Chlamydia 129 ล้านคน โรคหนองใน 82 ล้านคน และโรคซิฟิลิส 7.1 ล้านคน¹ จากข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาพบว่า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในภาพรวมของประเทศ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากอัตราป่วย 28.8 ต่อแสนประชากร ในปี 2560 เป็น 31.7 ต่อแสนประชากรในปี 2565 พบว่า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบบ่อยมากที่สุดได้แก่ โรคซิฟิลิส โรคหนองใน และโรคหนองในเทียม ตามลำดับ (แผนภูมิเส้น 1.1)² พบว่า กลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปีป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุด³

แผนภูมิเส้น

1.1

อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ของประเทศไทย, 2552 - 2565, ตามประเภทของโรค*



ผลกระทบที่ตามมาจากการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/เชื้อเอชไอวี ประกอบไปด้วย ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ต่อครอบครัว และประเทศชาติ ซึ่งผลกระทบ ต่อตัวผู้ติดเชื้อ จะมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยทางด้านร่างกาย จะทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร ด้านจิตใจ ทำให้ เกิดความเครียด วิตกกังวล มีอาการซึมเศร้าและหมดหวังในชีวิต ด้านสังคม ส่งผลให้ เกิดการกลั่นแกล้ง การเข้าสังคม กลัวการถูกต่อต้านหรือปฏิเสธจากสังคม ด้านจิตวิญญาณ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ ด้อยค่าและรู้สึกชีวิตไม่มีเป้าหมาย ทั้งนี้การติดเชื้อโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์/เชื้อเอชไอวี ยังมีผลกระทบต่อครอบครัว ซึ่งจะทำให้ครอบครัว มีค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น ครอบครัวอาจต้องสูญเสียรายได้จากการทำงาน ส่งผลทำให้เกิดปัญหาต่อครอบครัว จากผลกระทบต่อตัวบุคคลและครอบครัว นั้น ย่อมส่งผลกระทบโดยรวมต่อประเทศชาติ รัฐบาลจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/เอดส์ และภาระค่าใช้จ่ายในการ ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เพิ่มขึ้น

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกเหนือจากการวินิจฉัย ที่ถูกต้องแล้ว การรักษาที่มีประสิทธิภาพ ถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐานถือเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง การปฏิบัติโดยการอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ (evidence-based medicine) เป็นประเด็นสำคัญยิ่งในการบริการสุขภาพของหลาย ๆ ประเทศ ในทศวรรษที่ผ่านมา เนื่องจากมีความต้องการในการควบคุมคุณภาพการบริการ การลดต้นทุนในการบริการ และการบริการที่ให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยการปฏิบัติ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์นั้น มีเครื่องมือที่สำคัญคือ แนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guideline) แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ จัดทำครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2531 และมีการปรับปรุงครั้งสุดท้ายเมื่อปี พ.ศ. 2558 ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2567 ให้มีความทันสมัยยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2567 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นแนวทางประกอบการดูแลรักษาผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

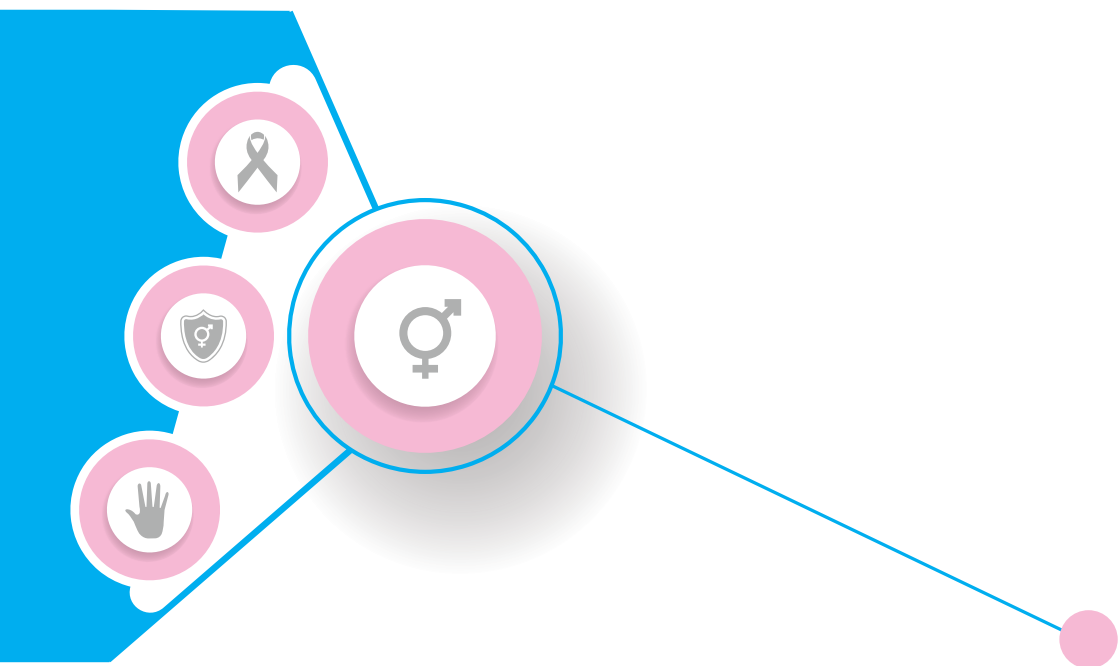
1. World Health Organization (WHO). Sexually transmitted infections (STIs) [Internet]. 2023. [cited 2023 Nov 22]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
2. HIV INFO HUB ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย. อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลักของประเทศไทย, 2552-2565, ตามประเภทของโรค [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 22 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>
3. กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคเอดส์วันโรค ไวรัสตับอักเสบ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ภาพรวมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 7 โรค ประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 22 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://aidsboe.moph.go.th/aids_system/index.php?link=stis



บทที่ 2

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ ทางโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Syndromic approach for STIs)

นายแพทย์สุภโชค คงเทียน
นายแพทย์กิตติภูมิ ชินหิรัญ



ตอนที่ 2

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ ทางโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Syndromic approach for STI)



นายแพทย์สุโข คงเทียน , นายแพทย์กิตติภูมิ ชินหิรัญ

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สามารถมีอาการแสดงได้แตกต่างกัน โดยขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง คือ เพศ ชนิดของเชื้อ ช่องทางการติดต่อ และอวัยวะที่รับเชื้อ เนื่องจากเชื้อโรคที่สามารถตรวจวินิจฉัยได้จากการตรวจเลือด อาทิ เอชไอวี เชื้อโรคซิฟิลิส เชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี นั้น ผู้ให้บริการทางการแพทย์สามารถทำการส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยได้โดยง่าย แต่ในเชื้อกลุ่มที่มีการติดต่อทางสารคัดหลั่ง ได้แก่ โรคหนองใน โรคหนองในเทียม และโรคพยาธิช่องคลอด นั้น มีขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยที่ยุ่งยาก และหลายขั้นตอนกว่า ดังนั้นเนื้อหาในบทนี้ จึงจัดทำขึ้นเพื่อช่วยบุคลากรทางการแพทย์ สามารถให้การวินิจฉัยโรคตามความสามารถของห้องปฏิบัติการที่มีอยู่ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัย และให้การรักษาโรคกลุ่มนี้ได้อย่างถูกต้องมากขึ้น ซึ่งจะทำให้บรรลุเป้าหมายในการลดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของทางองค์การอนามัยโลก (WHO) และของประเทศต่อไปได้

อาการสำคัญสำหรับเชื้อโรคหนองใน โรคหนองในเทียม และโรคพยาธิช่องคลอด คือ การมีสารคัดหลั่งจากอวัยวะที่มีการติดเชื้อ ในผู้ป่วยชายที่ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ มักจะมีอาการปัสสาวะขัด มีหนองไหลจากท่อปัสสาวะ ในขณะที่ผู้ป่วยหญิง การติดเชื้อที่ท่อปัสสาวะมักจะมีอาการที่น้อยกว่าผู้ป่วยชาย ทำให้ส่วนมากมักจะมาด้วยอาการระคายเคือง อย่างไรก็ตาม อาการระคายเคือง ไม่ใช่อาการที่แสดงออกถึงการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพียงอย่างเดียว ยังมีสาเหตุอื่นอีก เช่น เชื้อราช่องคลอด และโรคแบคทีเรียลิวาจิโนซิส สำหรับการติดเชื้อที่ช่องคอ และทวารหนัก ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่ทวารหนักบางส่วน จะมีอาการปวดแสบอุจจาระ ลำบาก หรือสังเกตเห็นมูกเคลือบมาที่ภายนอกของอุจจาระ

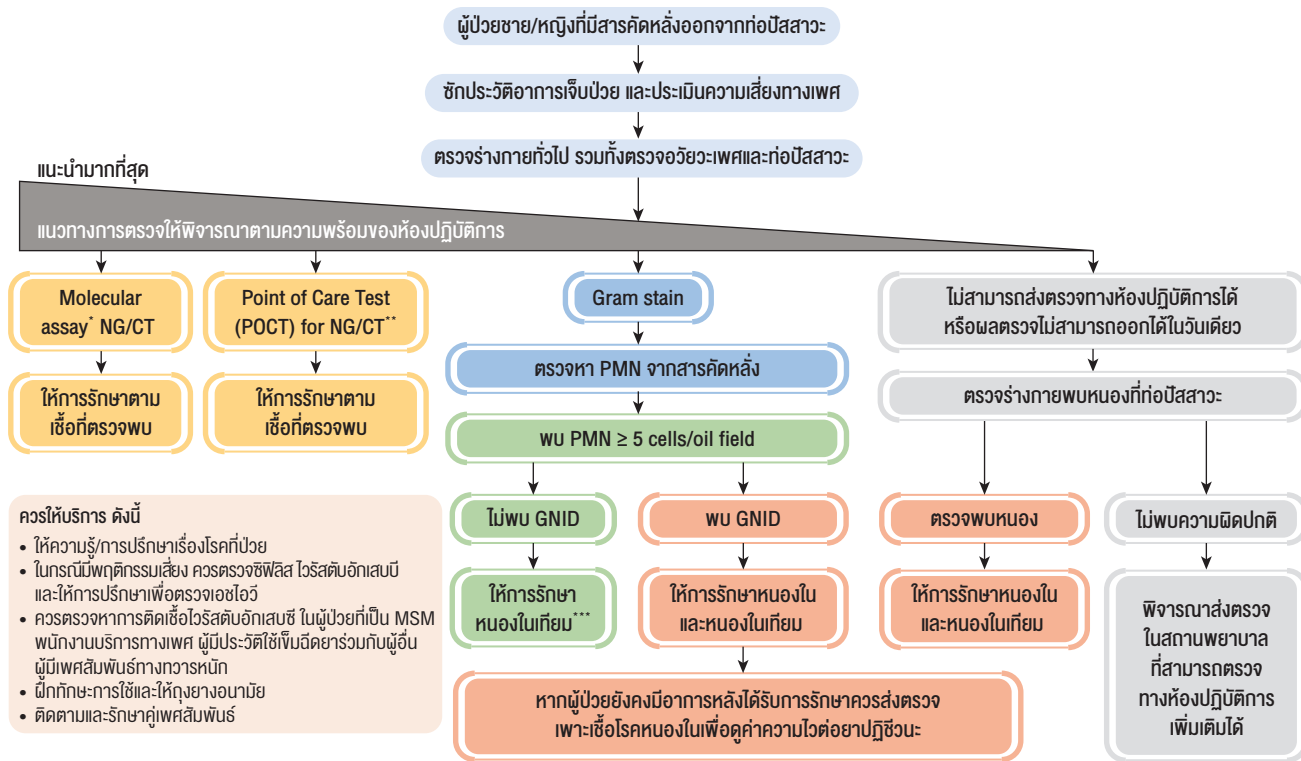
ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO) ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการแสดงของท่อปัสสาวะอักเสบ (urethritis) อาการระดูขาว (vaginal discharge) และ อาการแสดงอักเสบของทวารหนัก (proctitis) ควรได้รับการซักประวัติประเมินความเสี่ยงทางเพศ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการวินิจฉัย (ตามศักยภาพของสถานพยาบาล) และควรได้รับการรักษาทันทีในวันที่มาตรวจ (same day treatment)

ขั้นตอนการตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้น สามารถประยุกต์ให้เข้ากับความพร้อมของสถานบริการ (setting-based) หากสถานบริการนั้น ๆ มีความพร้อมทางห้องปฏิบัติการสูง ก็ควรส่งตรวจ quality-assured molecular assays แต่หากมีข้อจำกัดในการส่งตรวจ (low-resource setting) หรือสามารถส่งตรวจได้ แต่ไม่สามารถแสดงผลตรวจได้ภายในวันที่ผู้ป่วยมารับการรักษา ผู้ให้บริการทางการแพทย์ควรให้การรักษาที่ครอบคลุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ภายในวันนั้น เพื่อจุดประสงค์ในการลดการแพร่กระจายของเชื้อ

แผนผัง

2.1

ผู้ป่วยชาย/หญิงที่มีสารคัดหลั่งออกจากท่อปัสสาวะ

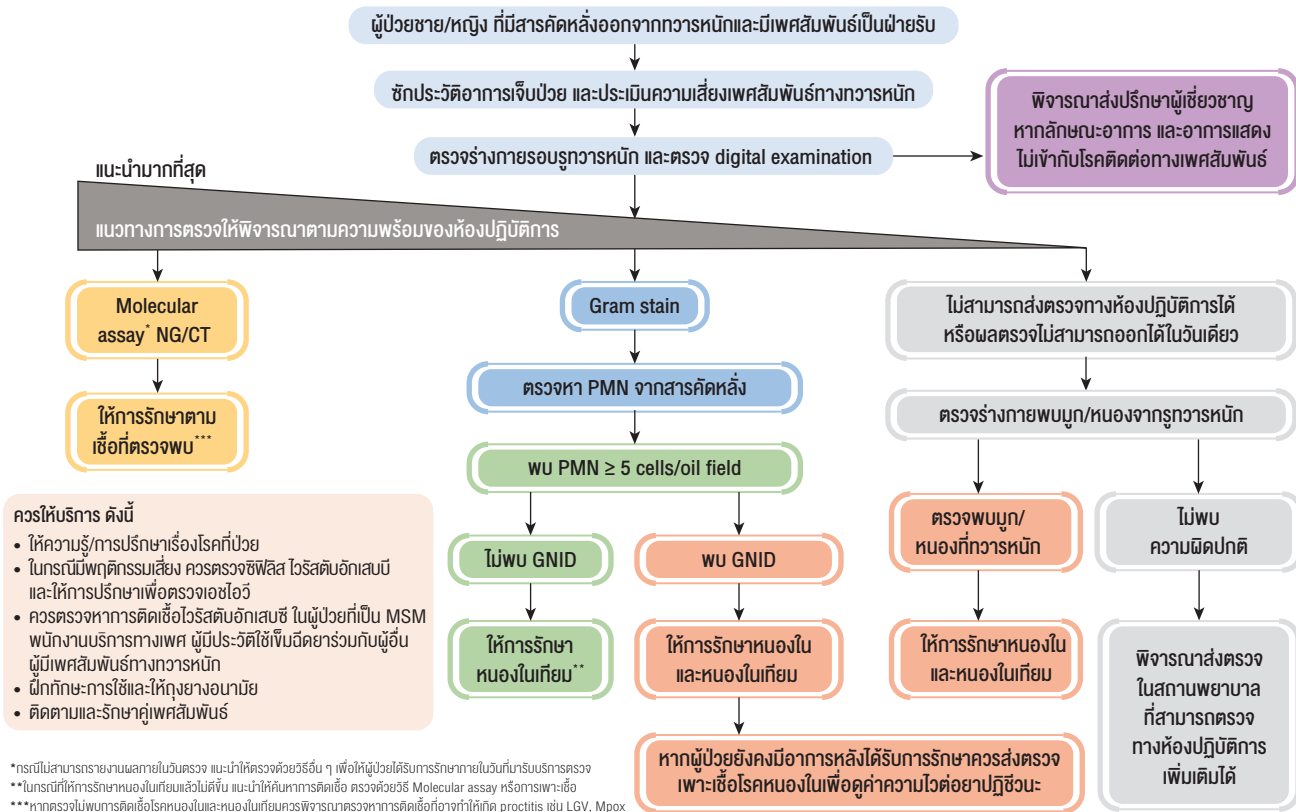


*กรณีไม่สามารถรายงานผลภายในวันตรวจ แนะนำให้ตรวจด้วยวิธีจุดตรวจ Point of Care Test (POCT) หรือ วิธีอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาภายในวันเข้ารับบริการตรวจ

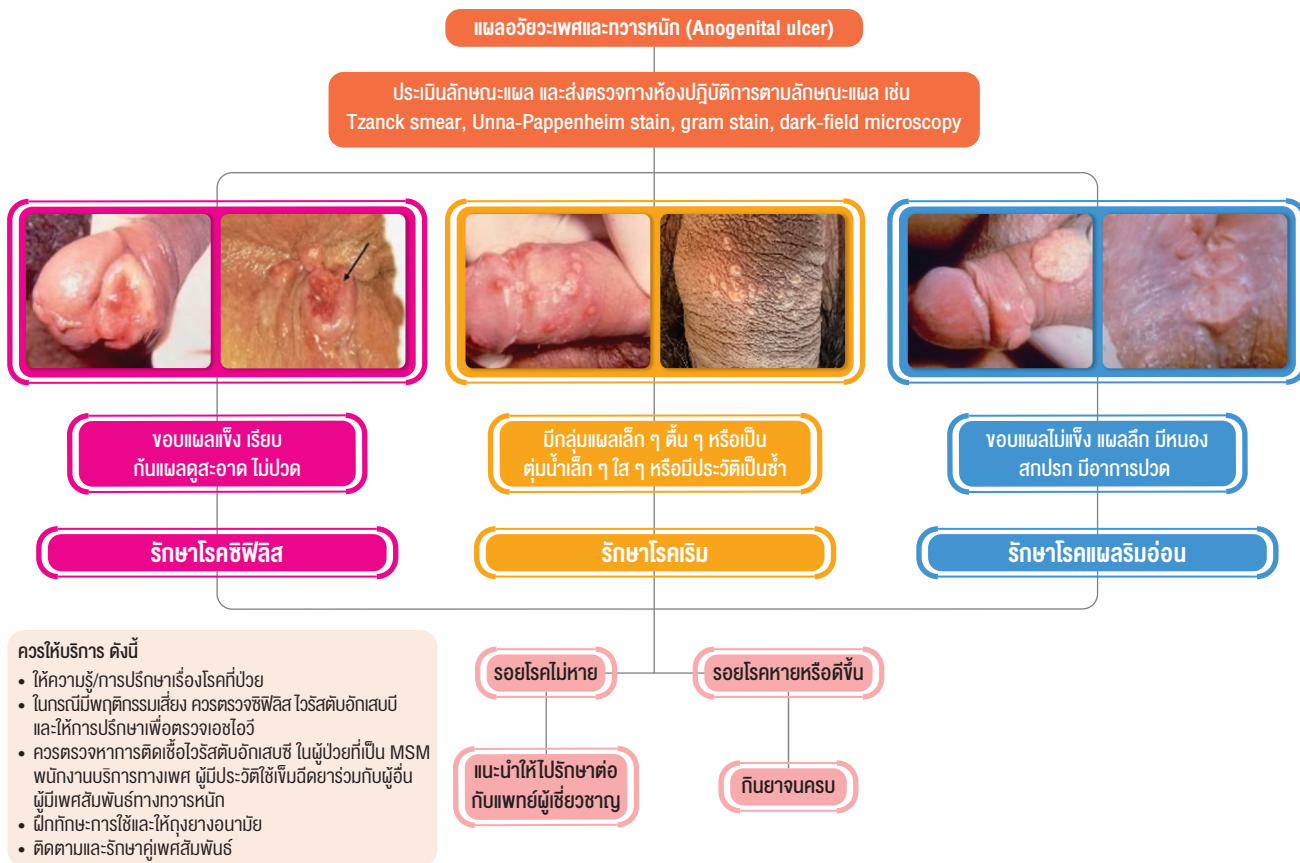
**กรณีที่ใช้ตรวจ POCT for CT อย่างเดียวแนะนำให้ตรวจ Gram stain เพื่อหาการติดเชื้อโรคหนองในร่วมด้วย

***ในกรณีที่ให้การรักษาโรคหนองในเทียมแล้วไม่ดีขึ้น แนะนำให้ทำการคัดเชื้อตรวจด้วยวิธี Molecular assay, POCT หรือการเพาะเชื้อ

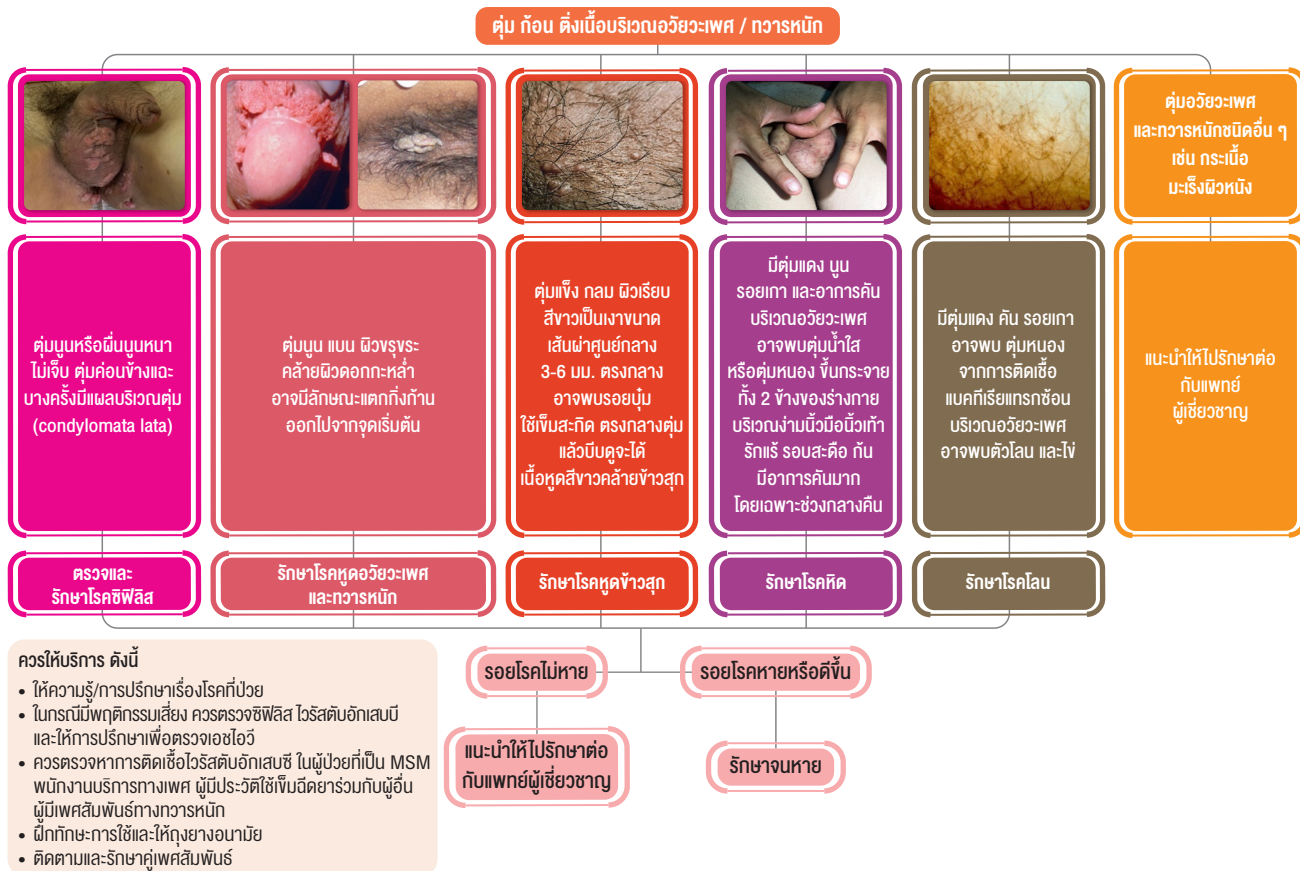
แผนผัง 2.3 ผู้ป่วยชาย/หญิงที่มีสารคัดหลั่งออกจากทวารหนัก



แผนผัง 2.4 แผลอวัยวะเพศและทวารหนัก (Anogenital ulcer)

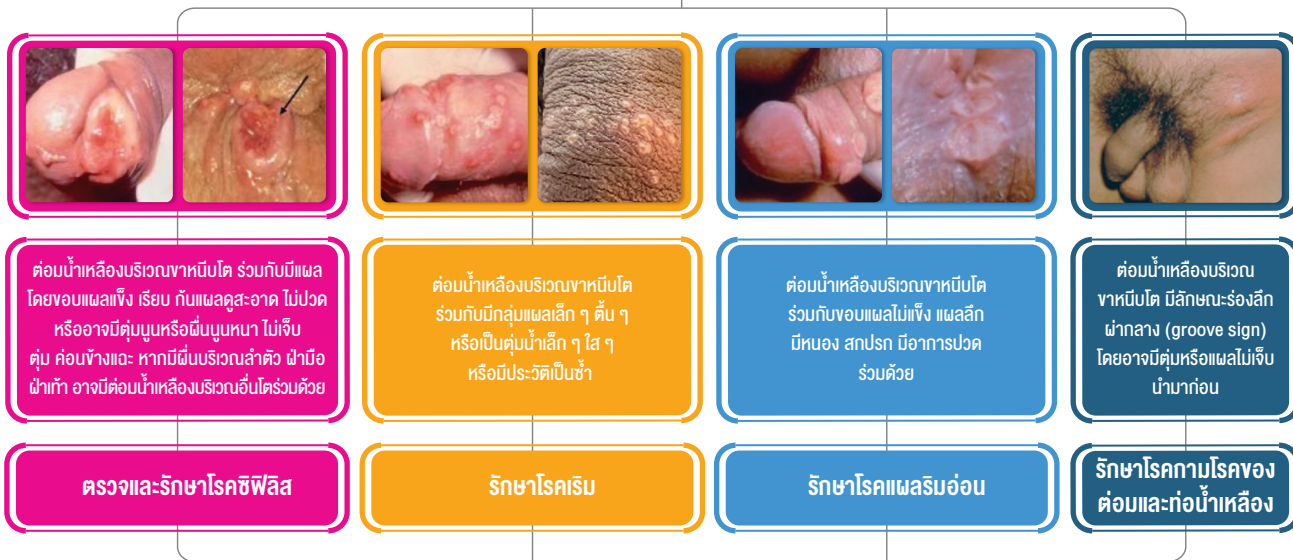


แผนผัง 2.5 ตุ่ม ก้อน ตึงเนื้อบริเวณอวัยวะเพศ/ทวารหนัก



แผนผัง 2.6 ต่อม้ำเหลืองบริเวณขาหนีบโตในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs related lymphadenopathy)

ต่อม้ำเหลืองบริเวณขาหนีบโตในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs related lymphadenopathy)



ควรให้บริการ ดังนี้

- ให้ความรู้/การปรึกษาเรื่องโรคที่ป่วย
- ในกรณีมีพฤติกรรมเสี่ยง ควรตรวจซีฟัส ไรส์สตีบอักเสบบี และให้การปรึกษาเพื่อตรวจเอชไอวี
- ควรตรวจหาการติดเชื้อไวรัสสตีบอักเสบบี ในผู้ป่วยที่เป็น MSM พนักงานบริการทางเพศ ผู้มีประวัติใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ผู้มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก
- ฝึกทักษะการใช้และให้ถุงยางอนามัย
- ติดตามและรักษาผู้สัมผัส

รอยโรคไม่หาย

แนะนำให้ไปปรึกษาต่อ
กับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

รอยโรคหายหรือดีขึ้น

รักษายจนหาย

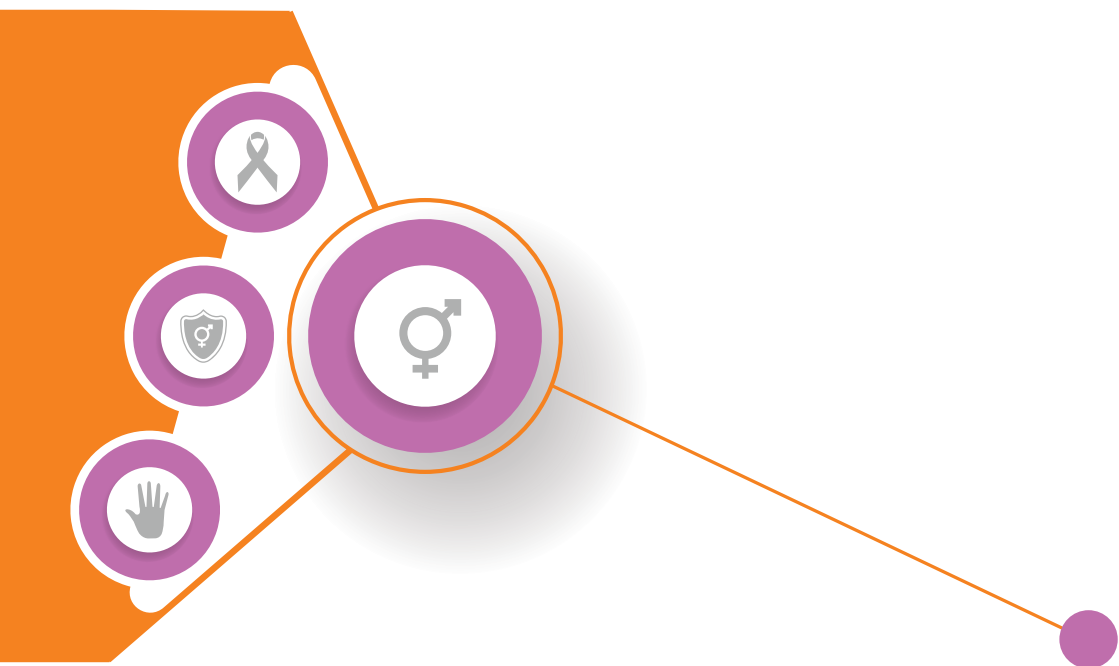
เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การรักษาภาวะระดูขาวผิดปกติในสตรีวัยเจริญพันธุ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www.rtcog.or.th/files/1674637509_f13d9710df315d2f0d2b.pdf

บทที่ 3

แนวทางการดูแลรักษาผู้มารับบริการ ตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

นายแพทย์กิตติภูมิ ชินสิริบุญ และคณะ



ตอนที่ 3

แนวทางการดูแลรักษาผู้มารับบริการ ตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์



นายแพทย์กิตติภูมิ ชินหิรัญ และคณะ

การดูแลรักษาผู้มารับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น สิ่งสำคัญนอกเหนือจากการให้การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องและการรักษาที่มีประสิทธิภาพแล้ว จะต้องคำนึงถึงแนวทางอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับเปลี่ยนหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้มารับบริการ ผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อ และผู้สัมผัสโรค รวมถึงการค้นหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นที่ยังไม่มีอาการ เช่น การติดเชื้อเอชไอวี โรคหนองใน โรคซิฟิลิส การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี

แนวทางในการดูแลรักษาผู้มารับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์¹

1. การซักประวัติ

ควรซักประวัติ

- ปัญหาที่มารับการตรวจ (อาการสำคัญ) และอาการร่วม
- อาการผิดปกติ
 - ◆ อาการผิดปกติทางท่อปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะแสบขัด มีมูกหรือหนองไหลจากท่อปัสสาวะ
 - ◆ อาการผิดปกติทางช่องคลอดหรือช่องคลอดเทียม เช่น การมีระดูขาวที่ผิดปกติ อาจมีสีเปลี่ยนไปจากเดิม ขาวปนเทา เหลืองหรือเขียวปนเทา คัน และมีกลิ่นที่ผิดปกติ
 - ◆ อาการผิดปกติทางทวารหนัก เช่น มีอาการแสบคัน มีมูกหรือหนองไหลจากทวารหนัก ปวดเบ่งมีเลือดออก

- ♦ อาการผิดปกติทางช่องคอ เช่น อาการปวดช่องคอ มีมูกหรือหนองจากช่องคอ
- ♦ อาการผิดปกติของผิวหนังที่อวัยวะเพศและส่วนอื่น ๆ เช่น ตุ่ม ผื่นและแผล

๐ ประวัติทางเพศ

- ♦ เพศของผู้มารับบริการและคู่เพศสัมพันธ์
- ♦ ช่องทางที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์
- ♦ ประวัติผ่าตัดบริเวณอวัยวะเพศ การฝังมุก ฉีดสารเพิ่มขนาด ใช้อุปกรณ์เสริมทางเพศ
- ♦ ประวัติเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีต

หมายเหตุ

สำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men : MSM) ควรซักประวัติความเสี่ยงเพิ่มเติมว่าผู้มารับบริการเป็นฝ่ายสอดใส่ (insertive) หรือฝ่ายที่ได้รับการสอดใส่ (receptive) หรือเป็นทั้งสองฝ่าย (insertive and receptive) โดยฝ่ายที่ได้รับการสอดใส่มีโอกาสติดเชื้อมากกว่าฝ่ายสอดใส่ และใช้ช่องทางช่องใดบ้างในการมีเพศสัมพันธ์ เช่น ปาก ทวารหนัก ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในทุกช่องทางหรือไม่ หากมีเพศสัมพันธ์กับเพศหญิงด้วย ควรถามว่า นอกจากมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดแล้ว มีเพศสัมพันธ์ทางปากหรือทางทวารหนักด้วยหรือไม่ และใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในทุกช่องทางหรือไม่

๐ ประวัติพฤติกรรมเสี่ยง มีความสำคัญ โดยเฉพาะในกรณีและผู้มารับบริการไม่มีอาการหรือมีอาการแสดงไม่ชัดเจน โดยควรซักประวัติ ดังนี้

- ♦ เพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายเมื่อใด กับใคร เช่น คู่ประจำ คู่ชั่วคราว ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการ
- ♦ จำนวนคู่เพศสัมพันธ์
- ♦ ประวัติการใช้ถุงยางอนามัย หรือถุงยางอนามัยแตก รั่ว หลุด (ช่องทางใดช่องทางหนึ่งหรือทุกช่องทาง ที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์)
- ♦ ประวัติให้บริการทางเพศเพื่อแลกสิ่งตอบแทน
- ♦ ประวัติการสัก

- ♦ ประวัติการเคยเป็นผู้ต้องขัง
- ♦ ประวัติการใช้สารเสพติด วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ♦ ประวัติการใส่ยา PrEP
- ประวัติอื่น ๆ
 - ♦ ประวัติโรคประจำตัว
 - ♦ ประวัติการแพ้ยา
 - ♦ ประวัติการรักษาก่อนมาพบแพทย์รวมถึงรักษาโรคอื่น ๆ
 - ♦ ประวัติการใส่ยาปฏิชีวนะก่อนมาพบแพทย์

2. เสนอบริการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี

ในรูปแบบที่บุคลากรสุขภาพเป็นผู้เสนอบริการ (provider – initiated HIV testing and counseling: PITC) โดยต้องผ่านกระบวนการให้บริการปรึกษาก่อน และหลังการตรวจเลือด เนื่องจากผู้มารับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และควรเสนอบริการทุก 3-6 เดือน หากผู้มารับบริการยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง

ถ้าผู้มารับบริการไม่เคยตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี และเคยมีพฤติกรรมเสี่ยง ในช่วงที่เกินระยะที่ยังตรวจไม่พบการติดเชื้อ (window period) แล้วควรให้ การปรึกษาเพื่อรับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจในการมารับ บริการครั้งนี้อย่างไรก็ตาม การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีนั้น ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ของผู้มารับบริการ

3. ตรวจคัดกรองหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่น

แนะนำผู้มารับบริการตรวจคัดกรองหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่น เช่น โรคซิฟิลิส โรคหนองใน โรคหนองในเทียม ตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (เฉพาะผู้มารับบริการที่ไม่เคยรับการตรวจหรือยังไม่มีภูมิคุ้มกัน) การติดเชื้อไวรัส ตับอักเสบบี และควรตรวจเลือดเพื่อคัดกรองโรคซิฟิลิสทุก 3-6 เดือน หากผู้มารับบริการ ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง

4. การตรวจร่างกายและการเก็บสิ่งส่งตรวจ¹

ตรวจร่างกาย ประกอบด้วย

- **การตรวจร่างกายทั่วไป** เพื่อหาอาการแสดงของโรคซิฟิลิสระยะที่ 2 เช่น มีผื่นนูนบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า ผื่นร่วงเป็นหย่อม ๆ และอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี ควรตรวจทุกระบบ โดยเฉพาะผิวหนัง ผื่น ขนคิ้ว เยื่อบุตา ช่องปาก กระพุ้งแก้ม ลิ้นและใต้ลิ้น ต่อมทอนซิลและฟาริงซ์ (pharynx) คลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณหน้าหู หลังหู ไตขากรรไกร ด้านข้างคอ เนื้อไพบูลารัว ท้ายทอย รักแร้ และข้อศอก
- **การตรวจบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนัก** ดูแผล ผื่น ตุ่มบริเวณรอบ ๆ อวัยวะเพศ ทวารหนัก คลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบทั้งสองข้าง

สำหรับผู้มารับบริการชาย

- **ตรวจดูอวัยวะเพศภายนอก** หัวหน่าว เพื่อหาแผล หูดอวัยวะเพศ (หูดหงอนไก่) หูดข้าวสุก ตุ่มหิด โលน ไซโลน แผลริม แผลริมแข็ง (chancre) และรอยโรคต่าง ๆ คลำที่ขาหนีบทั้งสองข้าง เพื่อตรวจว่ามีต่อมน้ำเหลืองโตหรือไม่
- **ตรวจดูท่อน้ำปัสสาวะ** ว่ามีหนองหรือไม่ ถ้ามีหนอง ให้เก็บหนองย้อมสีแกรม กรณีที่ไม่มีย้อมสีหรือไม่เห็นหนอง ให้รีดท่อน้ำปัสสาวะ 3-4 ครั้ง หากมีหนอง ให้เก็บหนองส่งตรวจ หากไม่เห็นหนองให้ใช้ inoculating loop ปราบจากเชื้อ หรือ Dacron/rayon swab สอดเข้าท่อน้ำปัสสาวะ ลึก 2 เซนติเมตร เพื่อเก็บสิ่งส่งตรวจ ส่งเพาะเชื้อโรคหนองใน และย้อมสีแกรมตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อตรวจนับเม็ดเลือดขาวชนิด polymorphonuclear cell (PMN) และหา Gram-negative intracellular diplococci (GNID) หากผู้มารับบริการมีหูดอวัยวะเพศ (หูดหงอนไก่) ที่บริเวณรูเปิดหรือภายในท่อน้ำปัสสาวะ ห้ามเก็บสิ่งส่งตรวจในท่อน้ำปัสสาวะ เพราะจะทำให้หูดลุกลามเข้าไปข้างใน ยากต่อการรักษา ในกรณีที่นัดตรวจซ้ำ ควรแนะนำให้ผู้มารับบริการกลั่นปัสสาวะมาก่อนอย่างน้อย 1 ชั่วโมง

- เก็บปัสสาวะช่วงต้นของการถ่ายปัสสาวะ (first void urine) ส่งตรวจ nucleic acid amplification test (NAATs) หากการติดเชื้อโรคหนองใน และเชื้อ *Chlamydia trachomatis*

สำหรับผู้มารับบริการหญิง

- ตรวจดูอวัยวะเพศภายนอก หัวหน่าว เพื่อหาแผล หูดอวัยวะเพศ (หูดหงอนไก่) หูดข้าวสุก ตุ่มหิด โលน ไซโลน แผลริม แผลริมแข็ง (chancre) และรอยโรคต่าง ๆ คลำที่ขาหนีบทั้งสองข้าง เพื่อตรวจว่ามีต่อมน้ำเหลืองโตหรือไม่
- ตรวจภายใน ด้วย speculum เพื่อดูการอักเสบ แผลหรือหนองบริเวณผนังช่องคลอดหรือปากมดลูก และลักษณะตกขาว
- ใช้ inoculating loop ปราศจากเชื้อ หรือ Dacron/rayon swab เก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอด ป้ายบนสไลด์ ตรวจสด (wet smear) เพื่อหาเชื้อรา พยาธิช่องคลอด และ clue cells
- ใช้ inoculating loop ปราศจากเชื้อ หรือ Dacron/rayon swab เก็บสิ่งส่งตรวจจากปากมดลูก ส่งเพาะเชื้อโรคหนองใน และย้อมสีแกรมตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อตรวจนับเม็ดเลือดขาวชนิด PMN และหา GNID และใช้ Dacron/rayon swab ขึ้นใหม่ เก็บสิ่งส่งตรวจจากปากมดลูก ส่งตรวจ NAATs หากการติดเชื้อโรคหนองใน และเชื้อ *Chlamydia trachomatis*
- ตรวจมะเร็งปากมดลูกทางเซลล์วิทยา (PAP smear หรือ liquid-based cytology) ตรวจ HPV DNA testing ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข
- ในกรณีที่มีอาการทางท่อปัสสาวะ ให้รีดท่อปัสสาวะจากผนังช่องคลอด ด้านบนแล้วใช้ inoculating loop ปราศจากเชื้ออันใหม่ หรือ Dacron/rayon swab เก็บสิ่งส่งตรวจจากท่อปัสสาวะ ส่งเพาะเชื้อโรคหนองใน และย้อมสีแกรมตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อตรวจนับเม็ดเลือดขาวชนิด PMN และหา GNID

- เก็บปัสสาวะช่วงต้นของการถ่ายปัสสาวะ (first void urine) ส่งตรวจ NAATs หากการติดเชื้อโรคหนองใน และเชื้อ *Chlamydia trachomatis* ถ้าไม่สามารถเก็บสิ่งส่งตรวจจากปากมดลูก

สำหรับผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ทางปาก

- ตรวจสอบริมฝีปากด้านใน บนและล่าง กระพุ้งแก้ม ลิ้น ใต้ลิ้นและเพดานปาก (ใช้ไม้กดลิ้นหรือมือช่วย) ต่อมทอนซิล (tonsils) และฟาริงซ์ (pharynx) เพื่อหา ผื่น แผล ตุ่ม ตึงเนื้อ หนอง การอักเสบ ผื่นของโรคซิฟิลิสระยะที่ 2 (mucous patch) เชื้อราซึ่งสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (oral thrush) ผื่นขำ ๆ ลิ้นซึ่งพบในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (oral hairy leukoplakia) หูดหงอนไก่ (wart) ตุ่ม ผื่นนูนสีม่วง ซึ่งพบในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (Kaposi's sarcoma)
- ใช้ Dacron/rayon swab เก็บสิ่งส่งตรวจจากต่อมทอนซิลทั้งสองข้าง และฟาริงซ์ (pharynx) เพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อโรคหนองใน และส่งตรวจ NAATs หากการติดเชื้อโรคหนองใน และเชื้อ *Chlamydia trachomatis*

สำหรับผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก

- ตรวจผิวหนัง รอบบริเวณทวารหนัก ร่องก้น เพื่อหาแผล หูดวัยวะเพศ (หูดหงอนไก่) หูดข้าวสุก ตุ่มหิด แผลริม แผลริมแข็ง (chancre) และรอยโรคต่าง ๆ
- ใช้ Dacron/rayon swab เก็บสิ่งส่งตรวจในช่องทวารหนัก ส่งเพาะเชื้อโรคหนองใน และย้อมสีแกรม ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ เพื่อตรวจนับเม็ดเลือดขาวชนิด PMN และหา GNID และใช้ Dacron/rayon swab ขึ้นใหม่ เก็บสิ่งส่งตรวจจากทวารหนักอีกครั้ง ส่งตรวจ NAATs หากการติดเชื้อโรคหนองใน และเชื้อ *Chlamydia trachomatis*
- พิจารณาตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนัก (anal PAP smear) โดยใช้ cytobrush/Dacron swab ป้าย 1 ครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี

- หากผู้รับบริการมีอาการที่สงสัยมะเร็งเรื้องทวารหนัก ควรตรวจทวารหนักโดยใช้นิ้ว (digital rectal examination) แล้วจึงใส่ anoscope เพื่อตรวจดูรอยโรครอบ ๆ ผนังช่องทวารหนัก (rectum) และ anal canal

สำหรับช่องคลอดและท่อน้ำเชื้อดัดแปลง

(ผู้รับบริการที่ได้รับการผ่าตัดดัดแปลงเพศ)

- **ตรวจดูอวัยวะเพศภายนอก** หัวหน้า เพื่อดูแผล หูดอวัยวะเพศ (หูดหงอนไก่) หูดข้าวสุก ตุ่มหิด โលน ไซโลน แผลริม แผลริมแข็ง (chancre) และรอยโรคต่าง ๆ คลำที่ขาหนีบทั้งสองข้าง เพื่อตรวจว่ามีต่อมน้ำเหลืองโตหรือไม่
- **ตรวจภายในด้วย speculum หรือ plastic anoscope** เพื่อดูตุ่ม หูด ตึงเนื้อ ผื่น การอักเสบ แผลหรือหนองบริเวณผนังช่องคลอดดัดแปลง
- ใช้ inoculating loop ปราศจากเชื้อ หรือ Dacron/rayon swab เก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดดัดแปลง ส่งเพาะเชื้อโรคหนองใน และย้อมสีแกรม ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ เพื่อหา GNID และใช้ Dacron/rayon swab ขึ้นใหม่ เก็บสิ่งส่งตรวจจากปากมดลูกดัดแปลง ส่งตรวจ NAATs หากการติดเชื้อโรคหนองใน และ *Chlamydia trachomatis*
- **ตรวจมะเร็งปากมดลูกทางเซลล์วิทยา (PAP smear หรือ liquid-based cytology)** ตรวจ HPV DNA testing (การตรวจ PAP smear ในช่องคลอดดัดแปลงนั้น ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน แต่ยังคงแนะนำการคัดกรองด้วย PAP smear และการตรวจหาเชื้อ HPV เนื่องจากมีโอกาสเกิดมะเร็งช่องคลอดดัดแปลงได้จากผิวหนังองคชาตเดิมหรืออวัยวะสืบพันธุ์อื่น แต่พึงระลึกไว้เสมอว่า การตรวจด้วย PAP smear ในช่องคลอดดัดแปลงนั้น มีโอกาสพบความผิดปกติได้น้อย)
- ในกรณีที่มามีอาการทางท่อน้ำเชื้อ ให้รีดท่อน้ำเชื้อจากผนังช่องคลอดด้านบนแล้วใช้ inoculating loop ปราศจากเชื้ออันใหม่ หรือ Dacron/rayon swab เก็บสิ่งส่งตรวจจากท่อน้ำเชื้อ ส่งเพาะเชื้อโรคหนองใน และย้อมสีแกรม ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อตรวจนับเม็ดเลือดขาวชนิด PMN และหา GNID

- เก็บปัสสาวะช่วงต้นของการถ่ายปัสสาวะ (first void urine) ส่งตรวจ NAATs หากการติดเชื้อโรคหนองใน และ *Chlamydia trachomatis*

5. รักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วนตามโรคที่ตรวจพบ

เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ควรพิจารณาให้การรักษาทตามแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค (คู่มือที่ 3.1-3.14)

6. ให้ความรู้ ให้การปรึกษา แนะนำแนวทางในการติดตามการรักษา ความจำเป็นในการตรวจรักษาผู้สัมผัสโรค และการป้องกันโรคเพื่อไม่ให้ติดเชื้อซ้ำ

ประกอบด้วย

- ภาวะอันตรายของโรคที่กำลังป่วยอยู่ และโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจตามมา รวมทั้งโอกาสที่จะติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่น
- ช่องทางการติดต่อของโรคและการถ่ายทอดเชื้อไปสู่คู่เพศสัมพันธ์และทารกในครรภ์
- ความจำเป็นของการรักษาอย่างครบถ้วน รวมถึงการรักษาคู่เพศสัมพันธ์
- การงดสำราญความใคร่ด้วยตนเองและการงดมีเพศสัมพันธ์ระหว่างการรักษา (เพราะจะทำให้เกิดการอักเสบ) หากงดไม่ได้ควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง และทุกช่องทางที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (เนื่องจากจะทำให้ระดับยาที่ใช้รักษาในเลือดลดลง และอาจเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาบางชนิดได้)
- ให้คำปรึกษาในการตรวจรักษาคู่เพศสัมพันธ์ รวมถึงการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้สัมผัสโรคในช่วงที่ให้คำปรึกษา
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและความจำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยมีคู่เพศสัมพันธ์คนเดียวงดเว้นการเปลี่ยนคู่เพศสัมพันธ์ ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ในทุกช่องทางที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าคู่เพศสัมพันธ์จะเป็นผู้ให้บริการทางเพศหรือไม่ก็ตาม

- ประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีและเสนอการใชยาป้องกันเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (HIV pre-exposure prophylaxis : PrEP) ในผู้ที่มิชอบใช้ คือ ผู้ที่มีผลการตรวจเอชไอวีเป็นลบ และมีข้อใดข้อหนึ่งใน 6 เดือนสุดท้าย²
 - ◆ มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ยังกตไวรัสไม่สำเร็จ
 - ◆ มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ที่ไม่ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวี
 - ◆ มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคหนองใน โรคซิฟิลิส
 - ◆ ใช้สารเสพติดก่อนหรือระหว่างมีเพศสัมพันธ์
 - ◆ ใช้เข็มฉีดยาร่วมกันกับผู้อื่น
 - ◆ เคยได้รับยาป้องกันหลังสัมผัสเชื้อเอชไอวี (HIV post-exposure prophylaxis : HIV nPEP)
 - ◆ ต้องการรับ PrEP

7. นัดหมายให้มาติดตามผลการตรวจ/รักษา

- ผู้ที่ตรวจพบว่าป่วย/ติดเชื้อ ควรนัดหมายเพื่อติดตามผลการตรวจรักษาทุกราย สอบถามเรื่องการรักษาคู่เพศสัมพันธ์ ประเมินความเสี่ยง ให้การปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนัดตรวจเลือดครั้งต่อไปเนื่องจากอาจอยู่ในระยะที่ยังตรวจไม่พบการติดเชื้อ (window period)
- ผู้มารับบริการที่ผลการตรวจไม่พบความผิดปกติ ควรนัดมาฟังผลการตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษอื่น ๆ ประเมินความเสี่ยง ให้การปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนัดตรวจเลือดครั้งต่อไปเนื่องจากอาจอยู่ในระยะที่ยังตรวจไม่พบการติดเชื้อ (window period)

8. นัดหมายและติดตามผู้สัมผัสโรคมารับการรักษา

นัดหมายผู้สัมผัสโรค ได้แก่ สามเษหรือภรรยา คู่เพศสัมพันธ์ประจำ/ชั่วคราวที่สามารถติดตามได้ แม้ไม่มีอาการ ให้มารับการตรวจคัดกรอง และดูแลรักษา ในกรณีผู้สัมผัสโรคไม่สามารถมารับการตรวจรักษาได้ อาจพิจารณาให้ยารักษาไปพร้อมกัน

9. จัดทำรายงาน 506

การรายงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือกามโรค คือ การรายงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ตรวจพบ โดยการบันทึกข้อมูลเข้าไปใน Electronic file R506 เพื่อรายงานให้แก่กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังโรค ซึ่งประกอบด้วย โรคซิฟิลิส โรคหนองใน โรคหนองในเทียม โรคแผลริมอ่อน กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง (ฝีมะม่วง) โรคเริ่มที่อวัยวะเพศ โรคหูดอวัยวะเพศและทวารหนัก โรคไวรัสตับอักเสบบีและซีชนิด บี ซี และดี³ โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเขียนรายงาน ซึ่งชื่อและนามสกุลของผู้ป่วยจะเป็นความลับ ผู้ที่ทราบมีเพียงเจ้าหน้าที่ที่ทำรายงานเท่านั้น

เอกสารอ้างอิง

1. รสพร กิตติเยวมาลย์, กิตติภูมิ ชินหิรัญ, ญัฐพล งามจิรธรรม, ฉันทนันท์ กังวาลพรโรจน์ บรรณาธิการ. แนวทางการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2564.
2. มณฑินี วสันตอุโปภาคาร, ศุภณัฐ ฐิติภัทรกร, ชมนาดา มโนไพบุลย์ บรรณาธิการ. แนวทางการจัดบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2564.
3. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดต่อที่ต้องรายงาน ฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ฉบับปรับปรุงวันที่ 1 ก.พ. 66 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 22 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/3181820230207100710.pdf>

โรคหนองใน Gonorrhea

3.1 โรคหนองใน (Gonorrhea)



แพทย์หญิงรสพร กิตติยาภรณ์ นายแพทย์ศุภโชค คงเกียน
และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชายหาญ รุ่งศิริแสงรัตน์

1. ลักษณะทางคลินิก¹

อาการ :

ผู้ป่วยชาย จะมีปัสสาวะแสบขัด มีหนองไหลจากท่อปัสสาวะ
ผู้ป่วยหญิง ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ หากมีอาการจะมีระดูขาวผิดปกติ ไม่คัน¹
การติดเชื้อที่ช่องคอและทวารหนักส่วนใหญ่ไม่มีอาการ²

อาการแสดง :

ผู้ป่วยชายมักตรวจพบหนองที่บริเวณปากท่อปัสสาวะ ในบางรายตรวจพบ
อาการแทรกซ้อน เช่น ลูกอัณฑะอักเสบหรือเป็นฝีที่บริเวณอวัยวะเพศ
(Tyson's gland abscess) เมื่อรีดหนองจากโคนม้ายปลายท่อปัสสาวะ จะตรวจพบ
หนองที่ปากท่อปัสสาวะ

ผู้ป่วยหญิงมักตรวจพบปากมดลูกอักเสบ มีหนองที่ปากมดลูก
ผู้ที่ติดเชื้อในช่องคอหรือทวารหนักส่วนใหญ่ไม่มีอาการ ถ้ามีอาการอาจจะพบ
หนองที่ช่องคอ หรือพบหนองที่ทวารหนัก

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา³

การเลือกตรวจทางห้องปฏิบัติการขึ้นกับความพร้อมของสถานบริการ (บทที่ 2
ผัง 2.1 และ 2.2)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น : Gram stain พบ Gram-negative
intracellular diplococci, Point of care test

การตรวจเพื่อยืนยันผล : เพาะเชื้อ (culture), Nucleic acid amplification tests
(NAATs)⁴ ให้ผลบวกต่อ *Neisseria gonorrhoeae*

หมายเหตุ

1) แนะนำให้ใช้ Gram stain เพื่อตรวจหาการติดเชื้อจากสารคัดหลั่งทาง
ท่อปัสสาวะ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการในช่องทางอื่น เช่น ระดูขาวผิดปกติ มีหนองไหล
ออกจากทวารหนัก หรือพบหนองที่ต่อมทอนซิล การใช้ Gram stain ในการตรวจ
วินิจฉัยจากช่องทางอื่นควรพิจารณาประวัติเสี่ยงเป็นสำคัญ

- 2) Point of care test สามารถหาการติดเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae* โดยสามารถตรวจจากปัสสาวะในผู้ชายและระดูขาวสำหรับผู้หญิง⁵
- 3) ถ้าผู้ป่วยยังคงมีอาการหลังจากรักษาแล้วแนะนำให้เก็บเพาะเชื้อเพื่อทดสอบความไวต่อสารต้านจุลชีพของเชื้อแบคทีเรีย (Antimicrobial susceptibility testing : AST) ร่วมด้วย

3. การรักษา

แบ่งการรักษาได้เป็น 2 ภาวะ

3.1 โรคหนองในชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน (Uncomplicated gonorrhea)

3.1.1 โรคหนองในที่อวัยวะเพศ คอ และทวารหนัก

ตาราง 3.1.1 ยาที่แนะนำในการรักษาโรคหนองในที่อวัยวะเพศ คอ และทวารหนัก

ยาที่แนะนำในการรักษา	Ceftriaxone 1 g ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว	- แนะนำให้การรักษาโรคหนองในเทียมร่วมด้วย กรณีที่ไม่สามารถตรวจหาเชื้อโรคหนองในเทียมได้ ⁶
ยาทางเลือก	Cefixime 800 mg และ Azithromycin 2 g*	- กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย Cefixime 800 mg และ Azithromycin 2 g ไม่จำเป็นต้องเพิ่มยารักษาโรคหนองในเทียม (syndromic treatment) เพิ่มเติม
กรณีแพ้ยาในกลุ่ม Cephalosporins	Gentamicin 160 – 240 mg (3-5 mg/kg) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำครั้งเดียวร่วมกับ Azithromycin 2 g รับประทานครั้งเดียว	- แนวทางการใช้ยารับประทานเป็นยาทางเลือกเหมาะสำหรับคนไข้หรือสถานพยาบาลที่มีข้อจำกัดในการฉีดยา เช่น ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ยาเข้าทางกล้ามเนื้อได้เป็นต้น ไม่แนะนำให้ซื้อยารับประทานเองเนื่องจากอาจเกิดภาวะดื้อยา
	Spectinomycin 2 g ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว	

งดมีเพศสัมพันธ์จนกระทั่งได้ยารักษาจนครบและอาการหายเป็นปกติ หรืออย่างน้อย 7 วันหลังเริ่มการรักษา และจนกระทั่งคู่นอนได้รับการรักษาแล้ว

หมายเหตุ

- 1) อาการติดเชื้อโรคหนองในควรหายเกือบสนิทภายใน 24 ชั่วโมง หากไม่ดีขึ้นภายใน 7 วัน แนะนำให้ผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ เพื่อพิจารณาตรวจหาว่าเป็นเชื้อโรคหนองในดื้อยา หรือมีการติดเชื้อร่วม (co-infection) ต่อไป
- 2) การใช้ Gentamicin มีหลักฐานไม่เพียงพอที่จะยืนยันประสิทธิภาพในการรักษาหนองในที่ทวารหนัก⁷
- 3) ในกรณีที่ใช้ Gentamicin ในการรักษาควรระวังผลข้างเคียงต่อไตประสาทและไต⁸⁻⁹ ในกรณีที่คนไข้ผู้ใหญ่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 40 ก.ก. ควรพิจารณาให้ Gentamicin 160 mg

3.1.2 การรักษาในกรณี treatment failure

ในกรณีการรักษาด้วยยาในกลุ่มแนะนำข้างต้น (Ceftriaxone 1 g) ไม่ได้ผล โดยผู้ป่วยยังคงมีอาการหลังทำการรักษา 7 วัน และซักประวัติ ไม่พบความเสี่ยงการติดเชื้อซ้ำ (re-infection) ควรตรวจหลังการรักษา (Test of cure) ดังนี้

- เพาะเชื้อ (culture)
- ทดสอบความไวของเชื้อโรคหนองในต่อสารต้านจุลชีพ (Antimicrobial susceptibility testing for *N. gonorrhoeae*) เพื่อหาความไวของเชื้อต่อยา Ceftriaxone, Cefixime, Azithromycin¹¹

ยาที่แนะนำในกรณี treatment failure ของ Ceftriaxone

- Spectinomycin 2 g ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว (ถ้าไม่ใช่ oropharyngeal infection) ร่วมกับ azithromycin 2 g กินครั้งเดียว
- Gentamicin 160 - 240 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ครั้งเดียวร่วมกับ Azithromycin 2 g กินครั้งเดียว

หมายเหตุ

- 1) การใช้ Gentamicin มีหลักฐานไม่เพียงพอที่จะยืนยันประสิทธิภาพในการรักษาหนองในที่ทวารหนักและช่องคอ
- 2) ยา Spectinomycin ขณะนี้ยังไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย

3.1.3 การแจ้งกรณีพบ treatment failure (treatment failure notification)

การแจ้งกรณีพบ treatment failure จะช่วยให้สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อหนองในได้อย่างได้เบื่องต้น สามารถแจ้งข่าวการพบ treatment failure เพื่อส่งต่อผู้ป่วยหรือปรึกษาการรักษาผ่านทาง

- ศูนย์การแพทย์บางรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

3.1.4 โรคหนองในที่เยื่อぶตาผู้ใหญ่

ลักษณะทางคลินิก

อาการ :

ผู้ป่วยจะมีอาการตาแดงมาก เปลือกตาบวม ปวดตา ตามัวลง มีขี้ตา ลักษณะเหมือนหนองไหลออกจากตาตลอดเวลา สามารถเกิดอาการได้ทั้งสองตา หรือมีอาการเพียงตาข้างเดียวได้

อาการแสดง :

เยื่อぶตาแดงและบวมน้ำอย่างรุนแรง ในผู้ป่วยบางรายอาจพบว่ามีเลือดออกใต้เยื่อぶตาขาว (subconjunctival hemorrhage) ร่วมด้วยได้ มีเปลือกตาบวมแดงอย่างชัดเจน มีขี้ตาเขียวเหลืองหรือขี้ตาเป็นหนองจำนวนมากและไหลออกมาตลอดเวลา กดเจ็บที่ดวงตา (tenderness of the globe) ส่วนใหญ่พบว่ามีการต่อน้ำเหลืองที่หน้าไบพูโตขึ้น กดเจ็บ ร่วมด้วย¹⁰

เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น : โดยเก็บสิ่งส่งตรวจจากสารคัดหลั่งจากเยื่อぶตา หรือขี้ตา ส่งตรวจ Gram stain พบ Gram-negative intracellular diplococci

การตรวจเพื่อยืนยันผล : เพาะเชื้อ Culture, Nucleic acid amplification tests (NAATs) ให้ผลบวกต่อ *Neisseria gonorrhoeae* ควรทำเมื่อการตรวจด้วย Gram stain ไม่พบเชื้อหนองใน หรือให้การรักษาแล้วอาการทางคลินิกยังไม่ดีขึ้น

การรักษา

ตาราง 3.1.2 ยาที่แนะนำในการรักษาโรคหนองในที่เยื่อตาผู้ใหญ่

ยาที่แนะนำในการรักษา	หมายเหตุ
Ceftriaxone 1 g ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ครั้งเดียว ¹⁰	ให้การรักษาโรคหนองในเทียมร่วมด้วย กรณีที่ไม่สามารถตรวจหาเชื้อโรคหนองในเทียมได้ ⁶

หมายเหตุ

เยื่อตาอักเสบจากการติดเชื้อโรคหนองใน ส่วนใหญ่จะมีขี้ตาคล้ายหนองไหลออกมาตลอดเวลา จึงแนะนำให้ทำการล้างตาด้วยน้ำเกลือปลอดเชื้อ (sterile NSS) บ่อย ๆ เมื่อมีขี้ตาจำนวนมากในตา เพื่อเป็นการลดจำนวนเชื้อโรคหนองในที่อยู่บนผิวตา และลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่กระจกตา แนะนำให้ส่งผู้ป่วยปรึกษาจักษุแพทย์ทุกราย เมื่อประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่เยื่อตาแล้วยังมีการติดเชื้อลุกลามไปที่ส่วนอื่น ๆ ของดวงตาและเบ้าตา เช่น กระจกตาอักเสบ (Keratitis) เบ้าตาอักเสบ (Orbital cellulitis)¹⁰

3.2 โรคหนองในชนิดมีภาวะแทรกซ้อน (Complicated gonorrhea)

3.2.1 โรคหนองในชนิดมีภาวะแทรกซ้อนแพร่กระจาย (Disseminated gonococcal infection)

ผู้ป่วยมักจะแสดงอาการ มี petechiae หรือ pustule ที่ผิวหนัง มีอาการปวดข้อแบบ asymmetrical polyarthritits, septic oligoarthritis^{12,13} หรืออาจพบลักษณะ tenosynovitis ซึ่งควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกราย

ตาราง 3.1.3 ยาที่แนะนำในการรักษาโรคหนองในชนิดมีภาวะแทรกซ้อนแพร่กระจาย (Disseminated gonococcal infection)

ชนิดของการแพร่กระจาย	การรักษา ¹⁴	หมายเหตุ
กรณี arthritis-dermatitis syndrome	Ceftriaxone 1-2 g ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง เมื่ออาการดีขึ้นแล้วเปลี่ยนเป็นยารับประทาน (Cefixime 400 mg วันละ 2 ครั้ง) รวมระยะเวลาในการรักษาอย่างน้อย 7 วัน	ให้การรักษาโรคหนองในเทียมร่วมด้วยกรณี ที่ไม่สามารถตรวจหาเชื้อโรคหนองในเทียมได้ ⁵
	Cefotaxime 1 g ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง เมื่ออาการดีขึ้นแล้วเปลี่ยนเป็นยารับประทาน (cefixime 400 mg วันละ 2 ครั้ง) รวมระยะเวลาในการรักษาอย่างน้อย 7 วัน	
กรณี meningitis	Ceftriaxone 1-2 g ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง นาน 10-14 วัน	ให้การรักษาโรคหนองในเทียมร่วมด้วยกรณี ที่ไม่สามารถตรวจหาเชื้อโรคหนองในเทียมได้ ⁵
กรณี endocarditis	Ceftriaxone 1-2 g ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง อย่างน้อย 28 วัน	

4. การรักษาคู่เพศสัมพันธ์

คู่เพศสัมพันธ์ที่มีเพศสัมพันธ์ภายใน 60 วันก่อนที่ผู้ป่วยมีอาการ **แนะนำให้ได้รับการตรวจและรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วย¹⁴** หรือถ้ามาทำการรักษาไม่ได้ แนะนำให้ฝากยากับผู้ป่วยไปให้คู่เพศสัมพันธ์ (Expedited partner therapy) ดังนี้

- Cefixime 800 mg และ Azithromycin 2 g รับประทานครั้งเดียว

5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร/เด็ก

5.1 หญิงตั้งครรภ์และหญิงในระยะให้นมบุตร

ตาราง 3.1.4 ยาที่แนะนำในการรักษาหญิงตั้งครรภ์และหญิงในระยะให้นมบุตร

ยาที่แนะนำในการรักษา	Ceftriaxone 1 g ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว (Pregnancy Category B)
----------------------	--

5.2 การติดเชื้อในเด็กที่ไม่ใช่ทารกแรกเกิด

5.2.1 โรคหนองในที่อวัยวะเพศ ทวารหนัก และช่องคอในเด็ก¹⁵

ตาราง 3.1.5 ยาที่แนะนำในการรักษาการติดเชื้อในเด็กที่อวัยวะเพศ ทวารหนัก และช่องคอ

น้ำหนักตัวของเด็ก	การรักษา
น้อยกว่า 45 กิโลกรัม	Ceftriaxone 50 mg/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม (สูงสุดไม่เกิน 250 mg) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือทางหลอดเลือดดำครั้งเดียว
มากกว่า 45 กิโลกรัม	Ceftriaxone 500 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือ ทางหลอดเลือดดำครั้งเดียว

หมายเหตุ

ภาวะการติดเชื้อโรคหนองในที่อวัยวะเพศในเด็กควรคำนึง ถึงการถูกล่วงละเมิดทางเพศ จึงต้องมีการประเมินและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อสืบสวน รักษา และปกป้องเด็กอย่างเหมาะสม หากเป็นกรณีถูกล่วงละเมิดทางเพศต้องดำเนินการทางนิติเวชต่อไปด้วย¹⁵

5.2.2 โรคหนองในที่เยื่อぶตาในเด็ก¹⁴ (Conjunctivitis)

ลักษณะทางคลินิก

อาการและอาการแสดง :

มีลักษณะทางคลินิกเช่นเดียวกับโรคหนองในที่เยื่อぶตาผู้ใหญ่

เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา

ใช้เกณฑ์เช่นเดียวกับโรคหนองในที่เยื่อぶตาผู้ใหญ่

การรักษา

ตาราง 3.1.6 ยาที่แนะนำในการรักษาโรคหนองในที่เยื่อぶตาในเด็กที่ไม่ใช่การกแรกเกิด

น้ำหนักตัวของเด็ก	การรักษา
น้อยกว่า 45 กิโลกรัม	Ceftriaxone 50 mg/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม (สูงสุดไม่เกิน 1 g) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือทางหลอดเลือดดำครั้งเดียว
มากกว่า 45 กิโลกรัม	Ceftriaxone 1 g ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือทางหลอดเลือดดำครั้งเดียว

หมายเหตุ

โรคหนองในที่เยื่อぶตาเด็ก อาจติดต่อโดยการใช้สิ่งของร่วมกัน¹⁷ หรืออาจเป็นกรณีล่วงละเมิดทางเพศ ควรประเมินและให้การรักษาเด็กและครอบครัวอย่างระมัดระวัง

5.2.3 โรคหนองในชนิดมีภาวะแทรกซ้อนแพร่กระจาย (Disseminated gonococcal infection)

ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

5.3 การติดเชื้อในทารกแรกเกิด

5.3.1 โรคหนองในที่เยื่อぶตาในทารกแรกเกิด (Neonatal conjunctivitis)

ลักษณะทางคลินิก

อาการ :

ทารกจะมีการตาแดงมาก เปลือกตาบวม มีขี้ตาลักษณะเหมือนหนองไหลออกจากตาตลอดเวลา อาการมักเกิดขึ้นทั้งสองตา และมักเกิดขึ้นภายในช่วงเวลา 24-48 ชั่วโมงหลังคลอด

อาการแสดง :

ทารกจะมีเยื่อぶตาแดงและบวมน้ำอย่างรุนแรง เปลือกตาบวมแดง มีขี้ตาเขียวเหลืองหรือขี้ตาเป็นหนองจำนวนมากและไหลออกมาตลอดเวลาทำให้ขี้ตาแห้งติดเปลือกตาทำให้เปิดเปลือกตาของทารกได้ลำบาก

เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา :

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น : โดยเก็บสิ่งส่งตรวจจากสารคัดหลั่งจากเยื่อぶตา หรือขี้ตา ส่งตรวจ Gram stain พบ Gram-negative intracellular diplococci

การตรวจเพื่อยืนยันผล : เพาะเชื้อ (culture), Nucleic acid amplification tests (NAATs) ให้ผลบวกต่อ *Neisseria gonorrhoeae* ควรทำเมื่อการตรวจด้วย Gram stain ไม่พบเชื้อหนองใน หรือให้การรักษาแล้วอาการทางคลินิกยังไม่ดีขึ้น

การรักษา

ตาราง 3.1.7 ยาที่แนะนำในการรักษาโรคหนองในที่เยื่อぶตาในทารกแรกเกิด¹⁵

การรักษา	ข้อควรระวัง
Ceftriaxone 25-50 mg/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม (ไม่เกิน 250 mg) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือให้ยาทางหลอดเลือดดำครั้งเดียว	ให้รักษาโรคหนองในเทียมร่วมด้วย โดยพิจารณาใช้ยา Azithromycin
หรือ Cefotaxime 100 mg/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือให้ยาทางหลอดเลือดดำ ครั้งเดียว (เลือกใช้เมื่อมีข้อบ่งชี้ว่าไม่สามารถให้ยา Ceftriaxone ได้)	

- ควรรับทารกและเด็ก ไว้รักษาในโรงพยาบาล
- ต้องสืบสวนว่า มีการติดเชื้อแบบแพร่กระจายหรือไม่ต้องส่ง blood culture และตรวจ CSF และส่งเพาะเชื้อด้วยเสมอ
- ควรระวังการให้ยา Ceftriaxone ในทารกแรกเกิดที่มีภาวะ Hyperbilirubinemia โดยเฉพาะในทารกคลอดก่อนกำหนด¹⁵
- เยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อโรคหนองใน ส่วนใหญ่จะมีขี้ตาคล้ายหนองไหลออกมาตลอดเวลา จึงแนะนำให้ทำการล้างตาด้วยน้ำเกลือปลอดเชื้อ (sterile NSS) บ่อย ๆ เมื่อมีขี้ตาจำนวนมากในตา เพื่อเป็นการลดจำนวนเชื้อโรคหนองในที่อยู่บนผิวตา และลดความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อที่กระจกตา¹⁰
- เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย systemic antibiotics แล้ว ไม่จำเป็นต้องให้ topical antibiotic^{14,15}
- แนะนำให้ส่งผู้ป่วยปรึกษาจักษุแพทย์ทุกราย เพื่อประเมินการรักษา และเฝ้าระวัง การเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของดวงตานอกเหนือจากการติดเชื้อที่เยื่อบุตา
- ในทารกแรกเกิดที่ไม่มีอาการเยื่อบุตาอักเสบแต่กำเนิดจากมารดาที่มีอาการติดเชื้อโรคหนองใน แนะนำให้รักษาทารกแรกเกิดด้วยยาปฏิชีวนะแบบเดียวกับทารกแรกเกิดที่มีอาการเยื่อบุตาอักเสบจากหนองใน¹⁴
- ทารกที่มีการติดเชื้อแพร่กระจาย เช่น ติดเชื้อในกระแสเลือด ข้อมืออักเสบ ให้ดูแลรักษาในหัตถ์ข้อถัดไป
- มารดา บิดา/คู่เพศสัมพันธ์ของมารดา ควรได้รับการตรวจและรักษาโรคหนองใน

5.3.2 โรคหนองในชนิดมีภาวะแทรกซ้อนหรือแพร่กระจายในเด็ก และทารกแรกเกิด (Disseminated gonococcal infection)

ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ให้การรักษาเหมือนผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา

แนะนำผู้ป่วยที่มีเพศสัมพันธ์ 7 วัน หลังให้การรักษา และจนกระทั่งคู่นอนได้รับการรักษาแล้ว

หากอาการไม่ดีขึ้น แนะนำให้ทำการตรวจ Gram stain, culture และ Antibiotic susceptibility testing เพื่อค้นหาภาวะหนองในดื้อยาหลังจากที่รับการรักษามาแล้ว 7 วัน

แนะนำให้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น โรคซิฟิลิส โรคไวรัสตับอักเสบบี ในผู้มารับบริการทุกราย และควรตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ป่วยที่เป็น MSM พนักงานบริการทางเพศ ผู้มีประวัติใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ผู้มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก

เอกสารอ้างอิง

1. Reddy BSN, Khandpur S, Sethi S, Unemo M. Gonococcal infections. In: Gupta S, Kumar B, editors. Sexually transmitted infections. 2^{ed}. India: Elsevier; 2012. p. 473-93.
2. Schachter J, Moncada J, Liska S, Shayevich C, Klausner JD. Nucleic acid amplification tests in the diagnosis of chlamydial and gonococcal infections of the oropharynx and rectum in men who have sex with men. Sex Transm Dis 2008;35:637-42.
3. รสพร กิตติเยวามาลย์, กิตติภูมิ ชินหิรัญ, ญัฐพล งามจิรธรรม, ฉันทนันท์ กังวาลพรโรจน์ บรรณาธิการ. แนวทางการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
4. Muralidhar S. Molecular methods in the laboratory diagnosis of sexually transmitted infections. Indian J Sex Transm Dis AIDS 2015;36(1):9-17.
5. World Health Organization. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2021.
6. Lyss SB, Kamb ML, Peterman TA, Moran JS, Newman DR, Bolan G, et al. Chlamydia trachomatis among patients infected with and treated for *Neisseria gonorrhoeae* in sexually transmitted disease clinics in the United States. Ann Intern Med 2003;139(3):178-85.
7. Dowell D, Kirkcaldy RD. Effectiveness of gentamicin for gonorrhoea treatment: systematic review and meta-analysis. Sex Transm Infect 2012;88(8):589-94.

เอกสารอ้างอิง

8. Prayle A, Watson A, Fortnum H, Smyth A. Side effects of aminoglycosides on the kidney, ear and balance in cystic fibrosis. *Thorax* 2010;65(7):654-58.
9. Hayward RS, Harding J, Molloy R, Land L, Longcroft-Neal K, Moore D, et al. Adverse effects of a single dose of gentamicin in adults: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol* 2018;84(2):223-38
10. Rungsirisangratana C. Gonococcal conjunctivitis in adolescents and adults *Thai AIDS Journal* 2019;31(1):1-8.
11. Wi T, Lahra MM, Ndowa F, Bala M, Dillon JR, Ramon-Pardo P, et al. Antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae*: Global surveillance and a call for international collaborative action. *PLoS Med* 2017;14(7):e1002344.
12. Bleich AT, Sheffield JS, Wendel GD Jr, Sigman A, Cunningham FG. Disseminated gonococcal infection in women. *Obstet Gynecol* 2012;119:597-602.
13. Birrell JM, Gunathilake M, Singleton S, Williams S, Krause V. Characteristics and impact of disseminated gonococcal infection in the “Top End” of Australia. *Am J Trop Med Hyg* 2019;101:753-60. PMID:31392956 <https://doi.org/10.4269/ajtmh.19-0288>
14. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep* 2021; 70(RR-03):71-80.
15. Goodyear-Smith F. What is the evidence for non-sexual transmission of gonorrhoea in children after the neonatal period? A systematic review. *J Forensic Leg Med*. 2007;14(8):489-502.

โรคหนองในเทียม

Nongonococcal Infection :
Nongonococcal Urethritis/
Nongonococcal Cervicitis

3.2 โรคหนองในเทียม (Nongonococcal Infection : Nongonococcal Urethritis/Nongonococcal Cervicitis)



แพทย์หญิงรสพร กิตติยาวมาลย์

นายแพทย์ศุภโชค คงเกียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชายหาญ รุ่งศิริแสงรัตน์

1. ลักษณะทางคลินิก^{1,2}

อาการ :

ผู้ป่วยชาย จะมีอาการปัสสาวะแสบขัด อาจมีมูกใสหรือมูกขุ่น คันที่ท่อปัสสาวะ
ผู้ป่วยหญิง จะมีอาการปัสสาวะแสบขัด การติดเชื้อที่ปากมดลูกในผู้ป่วยหญิง
ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ ส่วนน้อยอาจมีระดูขาว การติดเชื้อที่ช่องคอและทวารหนัก
ส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการ

อาการแสดง :

อาการแสดงที่พบขึ้นกับตำแหน่งของการติดเชื้อ การติดเชื้อที่ท่อปัสสาวะ
จะตรวจพบมูกใสที่ท่อปัสสาวะ ในผู้ป่วยหญิงอาจตรวจพบปากมดลูกอักเสบ ผู้ป่วย
ที่ติดเชื้อทางทวารหนักบางรายอาจตรวจพบการอักเสบที่ทวารหนักได้

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น เพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคหนองในเทียม

- การตรวจ Gram stain

ตาราง 3.2.1 เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษาโรคหนองในเทียม^{2,3}

Urethral gram stain	Cervical gram stain	Vaginal wet smear ⁴ (Optional)
WU PMN $\geq$ 5 cells/oil field	WU PMN $\geq$ 30 cells/oil field (1000x)	Wet smear PMN $\geq$ 30 cells/hpf (400x)
ไม่พบ Gram-negative intracellular diplococci	ไม่พบ Gram-negative intracellular diplococci	การทำ Vaginal wet smear ช่วยวินิจฉัยโรคอื่น ๆ เช่น โรคเชื้อราในช่องคลอด โรคแบคทีเรียลวาจิโนซิส (bacterial vaginosis) และโรคพยาธิในช่องคลอดได้

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อใช้ในการวินิจฉัยการติดเชื้อซึ่งจะสามารถระบุเชื้อที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการ

- Point of care test ปัจจุบันมีชุดตรวจเพื่อหาการติดเชื้อ *Chlamydia trachomatis* โดยสามารถตรวจจากปัสสาวะในผู้ชายและระดูขาวสำหรับผู้หญิง กรณีที่ไม่มี Point of care test ให้พิจารณาจากประวัติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การตรวจร่างกาย ร่วมกับการตรวจ Gram stain
- Molecular assays สามารถตรวจได้ในทุกช่องทางของการมีเพศสัมพันธ์ โดยเก็บสิ่งส่งตรวจจาก ปัสสาวะส่วนต้น ท่อปัสสาวะ ปากมดลูก ช่องคอ หรือช่องทวารหนัก ให้ผลบวก *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*²

หมายเหตุ

- 1) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคหนองในเทียมส่วนใหญ่ไม่มีอาการ แนะนำให้เลือกการคัดกรองด้วยวิธีดังกล่าวข้างต้นตามบริบทของสถานพยาบาล
- 2) การใช้ NAATs เพื่อตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อโรคหนองในเทียม แนะนำใช้สำหรับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อ *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* ในกรณีที่ผู้ป่วยยังคงมีอาการปัสสาวะขัดเรื้อรัง หรือระดูขาวผิดปกติ หลังได้รับการตรวจและรักษา *Chlamydia trachomatis* จึงพิจารณาตรวจ NAATs เพื่อหาการติดเชื้อ *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis* (พบในผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิง) ต่อไป
- 3) ผู้ป่วยที่มีอาการท่อปัสสาวะอักเสบเรื้อรังแต่ตรวจไม่พบการติดเชื้อหรือการอักเสบ ไม่แนะนำให้รักษาด้วยยาปฏิชีวนะ¹
- 4) *Ureaplasma urealyticum* ยังไม่มีข้อมูลแน่ชัดว่าเป็นเชื้อก่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรักษาเชื้อนี้ ให้พิจารณาตามอาการ ความเสี่ยงของผู้ป่วย และปริมาณแบคทีเรียที่ตรวจพบ

5) เชื้อก่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดการทางท่อน้ำปัสสาวะ ได้แก่ *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis* ดังนั้นในกรณีที่เลือกใช้ Multiplex molecular assay พบเชื้ออื่นที่ไม่ใช่เชื่อดังกล่าวข้างต้น จึงควรระมัดระวังในการแปลผลการติดเชื้อให้คำนึงถึง อาการ อาการแสดง และประวัติเสี่ยงของผู้ป่วย

3. การรักษา

3.1 โรคหนองในเทียมที่อวัยวะเพศ หรือการติดเชื้อ *Chlamydia trachomatis*

เลือกการรักษาอย่างหนึ่งและร่วมกับการติดตามและรักษาคู่นอนเพศสัมพันธ์ แม้ไม่มีอาการ¹

ตาราง 3.2.2 โรคหนองในเทียมที่อวัยวะเพศ หรือการติดเชื้อ *Chlamydia trachomatis*^{1,4,5}

ยาที่แนะนำในการรักษา	Doxycycline 100 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน
ยาทางเลือก	Azithromycin 1 g รับประทานครั้งเดียว ขณะท้องว่าง* หรือก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง (*หมายถึง ไม่รับประทานสิ่งใดเลยนาน 2 ชั่วโมง ยกเว้นน้ำเปล่า)

งดมีเพศสัมพันธ์จนกระทั่งได้ยารักษาจนครบและอาการหายเป็นปกติหรืออย่างน้อย 7 วัน หลังเริ่มการรักษา และจนกระทั่งคู่นอนเพศสัมพันธ์ได้รับการรักษาแล้ว^{1,5}

กรณีที่ตรวจ NAATs พบการติดเชื้อคลาเมียเดียวที่ช่องคอและทวารหนัก ให้การรักษาเช่นเดียวกับการติดเชื้อที่อวัยวะเพศ

3.2 การรักษาในกรณีที่มีการรักษาหลักไม่ได้ผล (Persistent urethritis)¹

เนื่องจากการรักษาในแนวทางหลัก มุ่งเน้นในการรักษาเชื้อ *Chlamydia trachomatis* ซึ่งเป็นเชื้อที่พบได้มากที่สุดของกลุ่ม โรคหนองในเทียม หากอาการยังไม่หาย และไม่สามารถตรวจหาการติดเชื้อเพิ่มเติมได้ (Molecular assay) ให้พิจารณาการรักษา ดังต่อไปนี้

- หากเริ่มการรักษาด้วยยาสูตร Azithromycin ควรปรับไปใช้สูตร Doxycycline 7 วัน
- หากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย Doxycycline ตามสูตรข้างต้นแล้ว หลังรับประทาน Doxycycline 100 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน ให้ตามด้วย Azithromycin 1 g วันแรก และ 500 mg ตามมาอีก 3 วัน รับประทานวันละครั้ง ถ้าไม่ดีขึ้นให้ใช้ Moxifloxacin 400 mg รับประทานวันละ 1 ครั้ง นาน 7 วัน ตามลำดับ

ตาราง 3.2.3 ยาที่แนะนำในการรักษาในกรณีที่ทราบสาเหตุการติดเชื้อการ (Persistent urethritis)

เชื้อที่สงสัยหรือตรวจพบ	การรักษา
<i>Mycoplasma genitalium</i>	หลังรับประทาน Doxycycline 100 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน ให้ตามด้วย Azithromycin 1 g วันแรก และ 500 mg ตามมาอีก 3 วัน รับประทาน วันละครั้ง หรือ Moxifloxacin 400 mg รับประทาน วันละ 1 ครั้ง นาน 7 วัน ¹
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Metronidazole 2 g รับประทานครั้งเดียว ก่อนนอน ^{1,5}
	Metronidazole 400-500 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน แนะนำให้ใช้ในผู้หญิง ^{1,5}
	Tinidazole 2 g รับประทานครั้งเดียว ก่อนนอน ¹

3.3 การติดเชื้อคลาไมเดียที่เยื่อตาในผู้ใหญ่ (Adult chlamydial conjunctivitis)⁶

ลักษณะทางคลินิก

อาการ :

ผู้ป่วยจะมีการตาแดงเล็กน้อย คันตา ระคายเคืองตา อาจมีอาการตาและ
เล็กน้อยหรือมีขี้ตาสีขาวปนเหลืองเล็กน้อย ส่วนใหญ่มักมีอาการในตาเพียงข้างเดียว
แต่บางครั้งสามารถพบว่ามีอาการได้ทั้งสองข้าง

อาการแสดง :

เยื่อตาแดงเล็กน้อยและพบว่ามี follicular reaction ที่บริเวณเยื่อตา
ของหนังตาล่างในผู้ป่วยทุกราย (เป็นอาการแสดงที่สำคัญ) และเกือบทุกราย
จะสามารถคลำได้ต่อมน้ำเหลืองที่หน้าหูโตกว่าปกติและกดเจ็บ

เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ :

Giemsa stain โดยเก็บสิ่งส่งตรวจจากสารคัดหลั่งจากเยื่อตา หรือขี้ตา
ตรวจพบ **Basophilic intracytoplasmic inclusion body (Halberstädter
-Prowazek bodies)**

Molecular assays หรือ NAATs โดยเก็บสิ่งส่งตรวจจากสารคัดหลั่ง
จากเยื่อตา หรือขี้ตา ให้ผลบวก *Chlamydia trachomatis* แนะนำให้ตรวจ
เมื่อตรวจด้วย Giemsa stain ไม่พบ หรือให้การรักษาลแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น

การรักษา

แนะนำให้เลือกใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Doxycycline 100 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร
นาน 10 วัน
- Azithromycin 1 gm รับประทานครั้งเดียว⁷

4. การรักษาคู่เพศสัมพันธ์

คู่เพศสัมพันธ์ที่มีเพศสัมพันธ์ภายใน 60 วัน ก่อนที่ผู้ป่วยมีอาการ ควรแนะนำให้มาตรวจและทำการรักษา¹ ในกรณีที่วินิจฉัยจากอาการ หรือ Gram stain ที่ให้ผลตรวจไม่เฉพาะเจาะจง ให้วินิจฉัยว่าเป็นปากมดลูกอักเสบ หรือท่อปัสสาวะอักเสบ ที่ควรรักษาคู่ด้วยเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ สำหรับคู่เพศสัมพันธ์ที่ไม่สามารถมารับการตรวจได้ ให้พิจารณาฝากยารักษาไปกับผู้มารับบริการ

5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร/เด็ก

5.1 หญิงตั้งครรภ์ และหญิงในระยะให้นมบุตร

ห้ามใช้ **Doxycycline** (Pregnancy Category D) ให้อีกอย่างใดอย่างหนึ่ง¹ ได้แก่

ตาราง 3.2.4 ยาที่แนะนำในการรักษาหญิงตั้งครรภ์ และหญิงในระยะให้นมบุตร¹

ยาที่แนะนำในการรักษา	Azithromycin 1 g รับประทานครั้งเดียว (Pregnancy Category B)
ยาทางเลือก	Amoxicillin 500 mg รับประทานวันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน (Pregnancy Category B)

5.2 การติดเชื้อ *Chlamydia trachomatis* ในเด็ก

5.2.1 การติดเชื้อที่ช่องคลอด อวัยวะเพศ และทวารหนัก ให้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง¹ ได้แก่

ตาราง 3.2.5 ยาที่แนะนำในการรักษาการติดเชื้อ *Chlamydia trachomatis* ในเด็กที่ช่องคลอด อวัยวะเพศ และทวารหนัก¹

น้ำหนัก	อายุ	การรักษา
น้อยกว่า 45 kg	น้อยกว่า 8 ปี	Erythromycin base 50 mg/น้ำหนักตัว 1 kg/วัน แบ่งรับประทาน วันละ 4 ครั้ง แต่ไม่เกิน 500 mg ต่อมื้อ หลังอาหาร นาน 14 วัน
มากกว่า หรือ เท่ากับ 45 kg	น้อยกว่า 8 ปี	Azithromycin 1 g รับประทานครั้งเดียว ขณะท้องว่าง
	มากกว่า หรือ เท่ากับ 8 ปี	Doxycycline 100 mg รับประทาน วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน Azithromycin 1 g รับประทานครั้งเดียว ขณะท้องว่าง

5.2.2 การติดเชื้อคลามัยเดียในเยื่อตาทารก (Neonatal chlamydial conjunctivitis)¹

ลักษณะทางคลินิก

อาการ :

ทารกจะมีการเปลือกตาบวมแดงเล็กน้อย ตาแดงเล็กน้อย มีขี้ตาสีขาวปนเหลืองเล็กน้อย ส่วนใหญ่มักมีอาการทั้งสองตา

อาการแสดง :

เยื่อตาแดง มีการบวมน้ำเล็กน้อย มักพบว่ามี true membrane หรือ pseudomembrane ที่เยื่อตา แต่ไม่พบว่ามี follicular reaction และคลำไม่ได้ ต่อม้ำเหลืองที่หน้าหูโต

เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา

ใช้เกณฑ์เช่นเดียวกับการติดเชื้อโรคหนองในเทียมเยื่อตาในผู้ใหญ่

การรักษา

ตาราง 3.2.6 ยาที่แนะนำในการรักษาการติดเชื้อในเยื่อตาทารก
(Neonatal chlamydial conjunctivitis)¹

ยาที่แนะนำในการรักษา	Erythromycin base 50 mg/น้ำหนักตัว 1 kg/วัน แบ่งรับประทานวันละ 4 ครั้ง นาน 14 วัน
----------------------	--

หมายเหตุ

- 1) ให้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานเท่านั้น โดยไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะชนิดทาเฉพาะที่ เพราะไม่เพียงพอต่อการรักษา และไม่จำเป็นต้องให้ร่วมกับยาชนิดรับประทาน^{1,8}
- 2) Erythromycin มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคหนองในเทียมที่เยื่อตาของทารกประมาณ 80% จึงแนะนำให้ติดตามการรักษาทุกราย เนื่องจากทารกอาจจำเป็นต้องได้รับการรักษาอีกครั้ง
- 3) การใช้ยา Erythromycin ในทารกที่มีอายุต่ำกว่า 6 สัปดาห์พบว่ามียารายงานการเกิด Infantile Hypertrophic Pyloric Stenosis (IHPS) ในระหว่างการใช้ยา ดังนั้นในทารกที่ได้รับยา ควรเฝ้าสังเกตอาการของ IHPS ทุกราย⁹
- 4) มารดา บิดา หรือคู่เพศสัมพันธ์ของมารดา ควรได้รับการประเมินการติดเชื้อและรักษา^{1,5}
- 5) ควรเฝ้าระวังการติดเชื้อโรคหนองในเทียมที่ปอดร่วมด้วย⁸

5.2.3 การติดเชื้อปอดอักเสบในทารกแรกเกิด (Neonatal chlamydial pneumonia)

ให้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานทานอย่างใดอย่างหนึ่ง

ตาราง 3.2.7 ยาที่แนะนำในการรักษาการติดเชื้อปอดอักเสบในทารกแรกเกิด
(Neonatal chlamydial pneumonia)¹

ยาที่แนะนำในการรักษา	Erythromycin base 50 mg/น้ำหนักตัว 1 kg/วัน แบ่งรับประทานวันละ 4 ครั้ง นาน 14 วัน
ยาทางเลือก	Azithromycin suspension 20 mg/น้ำหนักตัว 1 kg รับประทานวันละ 1 ครั้ง นาน 3 วัน

หมายเหตุ

- 1) Erythromycin มีประสิทธิภาพในการรักษาปอดอักเสบจากเชื้อ *Chlamydia trachomatis* ของทารกประมาณ 80% จึงแนะนำให้ติดตามการรักษาทุกราย เนื่องจากทารกอาจจำเป็นต้องได้รับการรักษาอีกครั้ง
- 2) ประสิทธิภาพของ Azithromycin ในการรักษาปอดอักเสบในทารกแรกเกิดยังมีค่อนข้างจำกัด

5.2.4 ทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อขณะคลอด

ไม่แนะนำให้ใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ควรติดตามอาการของทารกและรักษาเมื่อพบว่ามีความติดเชื้อ

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ให้การรักษาเหมือนผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา

แนะนำผู้ป่วยงดมีเพศสัมพันธ์ขณะได้รับการรักษาและจนกระทั่งคู่นอนได้รับการรักษาแล้ว

หลังจากที่ได้รับการรักษาโรคหนองในเทียมแล้ว หากอาการไม่ดีขึ้น แนะนำให้มาตรวจค้นหาการติดเชื้อ ตรวจด้วยวิธี Molecular assay⁵

แนะนำให้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น โรคซิฟิลิส โรคไวรัสตับอักเสบบี ในผู้มารับบริการทุกราย และควรตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ป่วยที่เป็น MSM พนักงานบริการทางเพศ ผู้มีประวัติใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ผู้มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep 2021; 70(RR-04):65-71,80-2.
2. รสพร กิตติเยวามาลย์, กิตติภูมิ ชินหิรัญ, ญัฐพล งามจิรธรรม, ชันยนันท์ กังวาลพรโรจน์ บรรณาธิการ. แนวทางการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
3. Ray K. Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections. In: Gupta S, Kumar B, editors. Sexually transmitted infections. 2nd ed. Delhi: Mosby; 2012. p. 288-312.
4. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การรักษาภาวะระดูขาวผิดปกติในสตรีวัยเจริญพันธุ์. [อินเทอร์เน็ต] 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www.rtcog.or.th/files/1674637509_f13d9710df315d2f0d2b.pdf
5. World Health Organization. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2021.
6. Katusic D, Petricek I, Mandic Z, Petric I, Salopek-Rabatic J, Kruzic V, et al. Azithromycin vs doxycycline in the treatment of inclusion conjunctivitis. Am J Ophthalmol 2003;135(4):447-51.
7. Singal N, Rootman DS. Chlamydial infections. In: Krachmer JH, Mannis MJ, Holland EJ, editors. Cornea. 3rd ed. China: Mosby; 2011. p. 545-52.

เอกสารอ้างอิง

8. Rungsirisangratana C. Gonococcal conjunctivitis in adolescents and adults: Thai AIDS Journal 2019;31(1):1-8.
9. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187.

โรคพยาธิช่องคลอด

Trichomoniasis

3.3 โรคพยาธิช่องคลอด (Trichomoniasis)



รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา
และ นายแพทย์ศุภโชค คงเทียน

1. ลักษณะทางคลินิก¹

อาการ :

ผู้ป่วยหญิงมีอาการระคายเคืองผิดปกติ สีเหลืองออกเขียว มีกลิ่น อาจมีอาการแสบ
ระคายเคืองบริเวณอวัยวะเพศ ผู้ชายจะมีปัสสาวะแสบขัด

อาการแสดง :

ผู้ป่วยหญิงมักตรวจพบปากมดลูกอักเสบ มีหนองที่ปากมดลูก ผู้ป่วยชายมักตรวจ
พบหนองที่บริเวณท่อปัสสาวะ ในบางรายมีอาการแทรกซ้อน เช่น เป็นฝีที่อวัยวะเพศ
หรืออัมพาตอักเสบ

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา

มีประวัติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ร่วมกับ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น² : ทำ wet smear พบ *Trichomonas vaginalis*

การตรวจเพื่อยืนยันผล² : Culture พบ *Trichomonas vaginalis*, PCR พบ *Trichomonas vaginalis*

3. การรักษา

ให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่^{1,3}

ตาราง 3.3.1 ยาที่แนะนำในการรักษาโรคพยาธิช่องคลอด

ยาที่ใช้	ยาแนะนำ - Metronidazole 2 g รับประทานครั้งเดียว - Metronidazole 400-500 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง 5-7 วัน
	ยาทางเลือก - Tinidazole 2 g รับประทานครั้งเดียว* - หากยังมีอาการและตรวจพบเชื้อให้ Metronidazole 400-500 mg รับประทานวันละ 2 ครั้งอีก 7 วัน ในกรณีที่สูตรการรักษาครั้งแรกเป็น Metronidazole 2 g รับประทานครั้งเดียว - หากยังมีอาการและตรวจพบเชื้อให้ Metronidazole 2 g รับประทานวันละครั้ง 5-7 วัน หรือ Metronidazole 800 mg รับประทานวันละ 3 ครั้ง 7 วัน
การงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์	แนะนำผู้ป่วยงดมีเพศสัมพันธ์ระหว่างได้รับการรักษาและจนกระทั่งคู่เพศสัมพันธ์ได้รับการรักษาแล้ว
การรักษาคู่เพศสัมพันธ์	คู่เพศสัมพันธ์ควรได้รับการแนะนำให้มาตรวจรักษาและให้การรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วย
การติดตามผลการรักษา	7 วัน และ 3 เดือน หลังจากวันที่ได้รับการรักษา เพื่อทำ wet smear ซ้ำ

*ไม่แนะนำในหญิงตั้งครรภ์หรือกำลังให้นมบุตร

หมายเหตุ

แนะนำให้ผู้ติดเชื้อไม่ให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ระหว่างการรักษารวมถึง 24 ชั่วโมง หลังรับประทานยา metronidazole และ 72 ชั่วโมง หลังรับประทานยา tinidazole เนื่องจากอาจทำให้เกิดอาการ disulfiram-like reaction⁴ (มีอาการหน้าร้อนวูบวาบ ปวดศีรษะ หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก เป็นต้น)

4. การรักษาคู่เพศสัมพันธ์

คู่เพศสัมพันธ์ควรได้รับการแนะนำให้มาตรวจรักษาและให้การรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วย¹

5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร

5.1 หญิงตั้งครรภ์ทุกไตรมาส ให้ใช้ Metronidazole¹ (Pregnancy Category B)

5.2 หญิงให้นมบุตร ให้ยา Metronidazole 2 g และแนะนำให้เลื่อนการให้นมบุตรหลังรับประทานยา นาน 12-24 ชั่วโมง¹

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษาพบว่า การให้ยา metronidazole 2 g รับประทานครั้งเดียว ได้ผลน้อยกว่าการให้ยา 500 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง นาน 7 วัน¹

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา

แนะนำผู้ป่วยงมีเพศสัมพันธ์ระหว่างได้รับการรักษาและจนกระทั่งคู่เพศสัมพันธ์ได้รับการรักษาแล้ว

ครั้งที่ 1 7 วัน หลังจากวันที่รับการรักษา เพื่อทำ wet smear ซ้ำ

ครั้งที่ 2 3 เดือน หลังจากวันที่รับการรักษา พร้อมทั้งตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ²

แนะนำให้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น โรคซิฟิลิส โรคไวรัสตับอักเสบบี ในผู้มารับบริการทุกราย และควรตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ป่วยที่เป็น MSM พนักงานบริการทางเพศ ผู้มีประวัติใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ผู้มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep 2021; 70(RR-03):87-91.
2. รสพร กิตติเยาวมาลย์, กิตติภูมิ ชินหิรัญ, ญัฐพล งามจิรธรรม, ชันยนันท์ กังวาลพรโรจน์ บรรณาธิการ. แนวทางการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
3. World Health Organization. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2021.
4. Karamanakis PN, Pappas P, Boumba VA, Thomas C, Malamas M, Vougiouklakis T, et al. Pharmaceutical agents known to produce disulfiram-like reaction: Effects on hepatic ethanol metabolism and brain monoamines. Int J Toxicol 2007;26(5):423-32.

โรคแบคทีเรียลวานิจโนซิส

Bacterial Vaginosis

3.4 โรคแบคทีเรียลิวาจิโนซิส (Bacterial Vaginosis)



รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา
และ นายแพทย์ศุภโชค คงเทียน

1. ลักษณะทางคลินิก¹

อาการ :

มีระดูขาวผิดปกติ ในผู้ป่วยบางคนอาจไม่มีอาการ

อาการแสดง :

เมื่อตรวจมักพบระดูขาวผิดปกติ สีขาวเทา มีกลิ่นคาวปลา

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา

โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย 3 ใน 4 ข้อ ดังนี้¹⁻⁴

- 1) ระดูขาวในช่องคลอด มีค่าความเป็นกรดต่าง (pH) > 4.5
- 2) ระดูขาวมีกลิ่นคาวปลา (fishy-amine smell) เมื่อผสมกับ 10% KOH (Potassium hydroxide) ในการทดสอบ whiff
- 3) พบ clue cells (เมื่อนำระดูขาวมาตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์จะพบเชื้อ coccobacilli จำนวนมากเกาะติดกับผนังเซลล์เยื่อ)
- 4) ระดูขาวมีลักษณะเป็นเนื้อเดียวกันเป็นแผ่นบางเคลือบอยู่ที่ผนังช่องคลอด

หมายเหตุ

การใช้ clue cells เพียงอย่างเดียวเพื่อวินิจฉัย bacterial vaginosis โดยเฉพาะกรณีที่ระดูขาวมีเลือดหรือน้ำคร่ำปน จากการศึกษาในประเทศไทยแสดงว่า เมื่อพบ clue cells อย่างน้อยร้อยละ 20 จะมีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัย bacterial vaginosis ร้อยละ 87.1 และ 55.8 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับ การวินิจฉัยโดย Nugent scoring system⁴

3. การรักษา

ให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

ตาราง 3.4.1 ยาที่แนะนำในการรักษาโรคแบคทีเรียลิวาจิโนซิส

ยาที่แนะนำในการรักษา	Metronidazole 400-500 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน ^{1,2}
	Metronidazole 400 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน ⁴
	Metronidazole 750 mg เหน็บช่องคลอด 7 วัน ⁴
ยาทางเลือก	Tinidazole 2 gm รับประทานวันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน นาน 2 วัน ^{1,2,4}
	Tinidazole 1 gm รับประทานวันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน นาน 5 วัน ^{1,2}
	Clindamycin 300 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน ^{1,2,4}

หมายเหตุ

แนะนำให้ผู้ติดเชื้อไม่ให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ระหว่างการรักษารวมถึง 24 ชั่วโมง หลังรับประทานยา Metronidazole และ 72 ชั่วโมง หลังรับประทานยา tinidazole เนื่องจากอาจทำให้เกิดอาการ disulfiram-like reaction⁵ (มีอาการหน้าร้อนวูบวาบ ปวดศีรษะ หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก เป็นต้น)

กรณีแพ้ยา Metronidazole/Tinidazole

- ให้ใช้ Clindamycin แทน^{1,2}
- หากไม่แพ้ยา แต่ทนผลข้างเคียงจากยาชนิดรับประทานไม่ได้ ให้ใช้ Metronidazole ชนิดเหน็บช่องคลอดแทน

4. การรักษาคู่เพศสัมพันธ์

คู่เพศสัมพันธ์ ควรได้รับการประเมินการติดเชื้อที่ท่อน้ำเชื้อที่ไม่แสดงอาการ เช่น โรคหนองในเทียม¹⁻⁴

5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร

ให้การรักษาเหมือนบุคคลทั่วไป จากการศึกษาพบว่า Metronidazole ไม่ก่อให้เกิดพิษกับทารกในครรภ์^{1,2} (Pregnancy Category B)³ ควรระมัดระวังในการให้ Tinidazole ในผู้ป่วยตั้งครรภ์ เนื่องจากยังไม่มีผลการศึกษาชัดเจน¹ (Pregnancy Category C) และแนะนำให้เลื่อนการให้นมบุตรหลังรับประทานยา นาน 12-24 ชั่วโมง

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ให้รักษาเหมือนผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวี^{1,2}

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา

นัด 7 วัน หลังวันที่รับการรักษา ในรายที่ยังมีอาการเพื่อรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ²

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep 2021; 70(RR-03):83-7.
2. World Health Organization. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2021.
3. รสพร กิตติยาวมาลย์, กิตติภูมิ ชินหิรัญ, ญัฐพล งามจิระธรรม, ฉันทนันท์ กังวาลพรโรจน์, บรรณาธิการ. แนวทางการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์; 2564.
4. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การรักษาภาวะระดูขาวผิดปกติในสตรีวัยเจริญพันธุ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www.rtcog.or.th/files/1674637509_f13d9710df315d2f0d2b.pdf
5. Karamanakis PN, Pappas P, Boumba VA, Thomas C, Malamas M, Vougiouklakis T, et al. Pharmaceutical agents known to produce disulfiram-like reaction: Effects on hepatic ethanol metabolism and brain monoamines. Int J Toxicol 2007;26 (5): 423-32.

โรคเชื้อราในช่องคลอด

Vulvovaginal Candidiasis

3.5 โรคเชื้อราในช่องคลอด (Vulvovaginal Candidiasis)



รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา
นายแพทย์ศุภโชค คงเทียน

1. ลักษณะทางคลินิก¹

อาการ :

มีระดูขาวผิดปกติ คันและแสบช่องคลอด อาจมีปัสสาวะแสบขัด

อาการแสดง :

เมื่อตรวจมักพบมีระดูขาวผิดปกติ ลักษณะคล้ายตะกอนนม ช่องคลอดแดงอักเสบ บวม หรือมีรอยแตก

2. เทคนิควิธีการวินิจฉัยเพื่อการรักษา

ตรวจจะดูขาวจากช่องคลอดจะพบค่าความเป็นกรดต่าง (pH) < 4.5 เมื่อนำมา เจือจางด้วยน้ำเกลือหรือ 10% KOH ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ จะพบ mycelium หรือ pseudohyphae และ/หรือ budding yeast^{2,3}

3. การรักษา

ตาราง 3.5.1 ยาที่แนะนำในการรักษาโรคเชื้อราในช่องคลอด^{1,3,4}

โรคเชื้อราในช่องคลอดชนิดเฉียบพลัน (Acute vulvovaginal candidiasis)

ยาที่ใช้

- Clotrimazole 500 mg เหน็บช่องคลอดครั้งเดียว
- Clotrimazole 200 mg เหน็บช่องคลอด 3 วัน
- Clotrimazole 100 mg เหน็บช่องคลอด 6-7 วัน
- Miconazole 200 mg เหน็บช่องคลอด 3 วัน
- Fluconazole 150-200 mg รับประทานครั้งเดียว*
- Itraconazole 200 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง 1 วัน*

โรคเชื้อราในช่องคลอดชนิดเรื้อรัง (Recurrent vulvovaginal candidiasis)

ยาที่ใช้

- Clotrimazole 100 mg เหน็บช่องคลอด 14 วัน
จากนั้น Clotrimazole 500 mg สัปดาห์ละครั้งเป็นเวลา 6 เดือน
- Fluconazole 100-200 mg รับประทานทุก 3 วัน 3 ครั้ง ตามด้วย
Fluconazole 100-200 mg รับประทานทุกสัปดาห์เป็นเวลา 6 เดือน*
- Fluconazole 100-200 mg รับประทานทุก 3 วัน 3 ครั้ง ตามด้วย
Fluconazole 100-200 mg รับประทานทุกสัปดาห์
นัดติดตามที่ 2 เดือน หากอาการปกติและตรวจไม่พบเชื้อราให้
Fluconazole 100-200 mg รับประทานทุก 2 สัปดาห์
นัดติดตามที่ 2 เดือน หากอาการปกติและตรวจไม่พบเชื้อราให้
Fluconazole 100-200 mg รับประทานทุกเดือน นัดติดตาม
ทุก 2 เดือน อีกสองครั้ง หากอาการดีขึ้นและตรวจไม่พบเชื้อรา
สามารถหยุดยาได้*

*ไม่แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์หรือกำลังให้นมบุตร

หมายเหตุ

การศึกษาของ รศ.พญ.เจนจิต และคณะ ปี 2565 พบว่าการใช้ Gentian violet
ทาช่องคลอดร่วมด้วยทำให้อาการหายเร็วขึ้น⁵

กรณีแพ้ยา

ยาเฉพาะที่ไม่พบผลข้างเคียงต่อร่างกาย แต่อาจมีอาการแพ้ร้อนเฉพาะที่
ยารับประทานกลุ่ม Azoles อาจมีอาการคลื่นไส้ ปวดท้อง ปวดศีรษะ พบน้อยมาก
ที่จะทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของเอนไซม์ตับ ควรระวังการให้ยากกลุ่ม Azoles ร่วมกับ
ยาชนิดอื่น เช่น Simvastatin, Antiretroviral drug, Warfarin

4. การรักษาคู่เพศสัมพันธ์

คู่เพศสัมพันธ์ควรมารับการตรวจ หากมีอาการคันอวัยวะเพศ หรือมีอาการอักเสบแดงของปลายองคชาต¹ โดยให้ยาทาฆ่าเชื้อรา เพื่อการรักษาและบรรเทาอาการ

5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร

หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร ห้ามใช้ยารับประทาน ให้ใช้ยาเหน็บหรือยาทา^{1,3} Clotrimazole 500 mg เหน็บช่องคลอด ครั้งเดียว หรือ Clotrimazole 200 mg เหน็บช่องคลอด วันละครั้ง นาน 3 วัน^{3,6} หากอาการยังไม่ดีขึ้นหลังรักษา ระยะสั้น ให้ใช้ Clotrimazole 100 mg เหน็บช่องคลอด วันละครั้ง นาน 7-14 วัน (Pregnancy Category B)

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ให้รักษาเหมือนผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวี หากอาการยังไม่ดีขึ้นหลังจากการรักษา ระยะสั้น ให้เพิ่มระยะเวลาการรักษาให้นานขึ้นเป็น 7-14 วัน¹

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา

นัด 7 วัน หลังวันที่รับการรักษาในรายที่ยังมีอาการ เพื่อรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ³

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep 2021; 70(RR-03):91-4.
2. รสพร กิตติเยวมาลย์, กิตติภูมิ ชินหิรัญ, ญัฐพล งามจิรธรรม, ฉันทนันท์ กังวาลพรโรจน์ บรรณาธิการ. แนวทางการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ไซน์; 2564.
3. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การรักษาภาวะระดูขาวผิดปกติในสตรีวัยเจริญพันธุ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www.rtcog.or.th/files/1674637509_f13d9710df315d2f0d2b.pdf
4. World Health Organization. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2021.
5. Chayachinda C, Thamkhantho M, Ngamsakulrungraj P, Leeyaphan C, Tulyaprawat O. Effect of intravaginal gentian violet for acute vaginal candidiasis treated with a single dose oral fluconazole: a randomised controlled trial. J Obstet Gynaecol 2022;42:2190-6
6. Greenbaltt HK, Greenbaltt DJ, Liver injury associated with ketoconazole: Review of the published evidence. J Clin Pharmacol 2014;54(12):1321-9.

อู้งเชิงกรานอักเสบ

Pelvic Inflammatory Disease

3.6 อังซิงกรานอักเสบ (Pelvic Inflammatory Disease)



รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเจนจิต วยะจินดา
นายแพทย์ศุภโชค คงเทียน

1. ลักษณะทางคลินิก¹

อาการ :

มีไข้ ปวดท้องน้อย อาจมีระดูขาวผิดปกติ หรือเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

อาการแสดง :

เมื่อตรวจภายในจะมีอาการ เจ็บเมื่อโยกบริเวณปากมดลูก หรือกดเจ็บบริเวณมดลูก หรือกดเจ็บปีกมดลูก อาจตรวจพบระดูขาวมีมูกปนหนอง

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา¹

การวินิจฉัยประกอบไปด้วย เกณฑ์การวินิจฉัยขั้นต่ำ (minimal criteria) อย่างน้อย 1 ข้อ และเกณฑ์การวินิจฉัยเพิ่มเติม (additional criteria) อย่างน้อย 1 ข้อ

ตาราง 3.6.1 เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษาอังซิงกรานอักเสบ (Pelvic Inflammatory Disease)¹

เกณฑ์การวินิจฉัยขั้นต่ำ	เกณฑ์การวินิจฉัยเพิ่มเติม
- เจ็บเมื่อโยกบริเวณปากมดลูกจากการตรวจภายใน - มีกดเจ็บบริเวณมดลูกจากการตรวจภายใน - มีกดเจ็บที่ปีกมดลูกจากการตรวจภายใน	- มีไข้โดยการวัดอุณหภูมิทางปากมากกว่า 38.3 °C - มีมูกปนหนองออกจากช่องคลอดหรือปากมดลูก - ตรวจ wet smear จากมูกช่องคลอด พบเม็ดเลือดขาวมากกว่าเซลล์เยื่อบุสควมัส - ตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อ <i>Neisseria gonorrhoeae</i> หรือ <i>Chlamydia trachomatis</i> ที่ปากมดลูก - ผลเลือดมี Erythrocyte sedimentation rate (ESR) หรือ C-reactive protein สูงขึ้น

ข้อบ่งชี้ในการรักษาแบบผู้ป่วยใน ร่วมกับปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่¹

- ผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรคอื่น ๆ ออกไปได้ เช่น ไข้ตั้งอักษะ
- ผู้ป่วยที่มีก้อนหนองบริเวณท่อนำไข่และรังไข่
- ผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์ร่วมด้วย
- ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มีไข้สูง มีอาการคลื่นไส้อาเจียน
- ผู้ป่วยไม่สามารถทนรับการรักษาหรือติดตามการรักษาโดยสูตรยาแบบผู้ป่วยนอกได้
- ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาชนิดรับประทาน

3. การรักษา¹

ผู้ป่วยอุ้งเชิงกรานอักเสบ รักษาแบบผู้ป่วยนอก (Out Patient Department; OPD) ในกรณีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นอุ้งเชิงกรานอักเสบ แบบไม่มีเยื่อช่องท้องอักเสบ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยการให้ยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อพร้อมกับยารับประทานอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

ยาที่แนะนำในการรักษา	Ceftriaxone 1 g ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว ร่วมกับ Doxycycline 100 mg รับประทาน วันละ 2 ครั้งหลังอาหาร นาน 14 วัน และร่วมกับ Metronidazole 500 mg รับประทาน วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน หรือ Metronidazole 400 mg รับประทานวันละ 3 ครั้ง นาน 14 วัน
ยาที่แนะนำในการรักษา	Cefoxitin 2 g ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว ร่วมกับ Doxycycline 100 mg รับประทาน วันละ 2 ครั้งหลังอาหาร นาน 14 วัน และร่วมกับ Metronidazole 500 mg รับประทาน วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน หรือ Metronidazole 400 mg รับประทานวันละ 3 ครั้ง นาน 14 วัน
ยาที่แนะนำในการรักษา	Other parenteral third-generation cephalosporin (e.g. Ceftizoxime or Cefotaxime) ร่วมกับ Doxycycline 100 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน และร่วมกับ Metronidazole 500 mg รับประทาน วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน หรือ Metronidazole 400 mg รับประทานวันละ 3 ครั้ง นาน 14 วัน

หมายเหตุ

แนะนำให้ผู้ป่วยงดดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างการรักษา รวมถึง 24 ชั่วโมง หลังรับประทานยา Metronidazole เนื่องจากอาจทำให้เกิดอาการ disulfiram-like reaction¹ (มีอาการหน้าร้อนวูบวาบ ปวดศีรษะ หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก เป็นต้น)

กรณีแพ้ยา Penicillin/Cephalosporin

- 1) หากแพ้ยาในกลุ่ม Penicillin สามารถใช้ยาในกลุ่ม Cephalosporin ได้ เนื่องจากโอกาสแพ้ข้ามกลุ่มของยาอยู่ที่ 1.0 %³
- 2) หากแพ้ยาในกลุ่ม Cephalosporin เนื่องจาก *Neisseria gonorrhoeae* ดื้อต่อยาในกลุ่ม Quinolone¹ กรณีที่ผู้ป่วยแพ้ Cephalosporin พิจารณาว่ามีโอกาสเป็น gonorrhea น้อย และสามารถติดตามการรักษาได้ให้ใช้ Levofloxacin 500 mg รับประทานวันละ 1 ครั้ง นาน 14 วัน และควรส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหาเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae*^{1,2}
 - หากผลเพาะเชื้อขึ้นเป็น *Neisseria gonorrhoeae* ให้รักษาตามผล Antimicrobial susceptibility testing

4. การรักษาคู่เพศสัมพันธ์¹

คู่เพศสัมพันธ์ที่มีเพศสัมพันธ์ภายใน 60 วันก่อนที่ผู้ป่วยมีอาการ ควรได้รับการตรวจและให้การรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วยคู่อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดนานเกิน 60 วัน คู่เพศสัมพันธ์คนล่าสุดควรได้รับการรักษา เพราะผู้ชายที่ติดเชื้อโรคหนองใน และโรคหนองในเทียมมักไม่แสดงอาการ จนการมีเพศสัมพันธ์จนกว่าจะหายขาด

5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร¹

เนื่องจากผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์มีโอกาสที่จะคลอดก่อนกำหนดหรือมีภาวะแทรกซ้อนสูง ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ทุกคนควรนอนโรงพยาบาล และให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ

หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยากกลุ่ม Fluoroquinolone (Ofloxacin, Levofloxacin) (Pregnancy Category C) และยากกลุ่ม Tetracycline (Doxycycline) (Pregnancy Category D)

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี¹

มีโอกาสดูดเชื้อ *Mycoplasma hominis* และ *Streptococcus* มากกว่า ผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างไรก็ตามเชื้อทั้งสองยังไม่ได้รับการยอมรับว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรให้พักรักษาในโรงพยาบาล และรับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา¹

นัดติดตามหลังรักษา 72 ชั่วโมง ดูการลดลงของไข้ อาการปวดท้อง ตรวจร่างกาย และตรวจภายใน หากไม่ดีขึ้น จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ปรีกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ

แนะนำให้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น โรคซิฟิลิส โรคไวรัสตับอักเสบบี ในผู้มารับบริการทุกราย และควรตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ป่วยที่เป็น MSM พนักงานบริการทางเพศ ผู้มีประวัติใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ผู้มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep 2021; 70(RR-03):94-8.
2. รสพร กิตติเยาวมาลย์, กิตติภูมิ ชินหิรัญ, ญัฐพล งามจิรธรรม, ชันยนันท์ กังวาลพรโรจน์ บรรณาธิการ. แนวทางการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
3. Campagna JD, Bond MC, Schabelman E, Hayes BD. The use of cephalosporins in penicillin -allergic patients: A literature review. J Emerg Med 2012; 42(5):612-20.

โรคซิฟิลิส

Syphilis

3.7 โรคซิฟิลิส (Syphilis)



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์โอกาส พุทธเจริญ
รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจรัสศรี พียาพรรณ
และ แพทย์หญิงนิอร บุญเพื่อน และ นายแพทย์กิตติภูมิ ชินศิริณ

1. ลักษณะทางคลินิก¹⁻⁴

แบ่งออกเป็น

- โรคซิฟิลิสระยะที่ 1 ผู้ป่วยมีแผลที่อวัยวะเพศ หรือที่ทวารหนัก ลักษณะเป็นแผลสะอาดขอบแข็งไม่เจ็บ เรียกว่า chancre อาจมีต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบโต



รูป 3.7.1 แผล chancre บริเวณอวัยวะเพศชาย

ที่มา: ศูนย์การแพทย์บางรัก



รูป 3.7.2 แผล chancre บริเวณทวารหนัก

ที่มา: ศูนย์การแพทย์บางรัก

- โรคซิฟิลิสระยะที่ 2 ผู้ป่วยมีผื่นตามลำตัว ผื่นตามฝ่ามือฝ่าเท้า อาจมีผื่น condylomata lata ผื่นในช่องปาก (mucous patch) ผนังรุ่ม ต่อมมน้ำเหลืองที่ขาหนีบและที่ตำแหน่งอื่น ๆ ได้



รูป 3.7.3 condylomata lata บริเวณทวารหนัก

ที่มา: ศูนย์การแพทย์บางรัก



รูป 3.7.4 condylomata lata บริเวณอวัยวะเพศชาย

ที่มา: ศูนย์การแพทย์บางรัก

หมายเหตุ

ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอชไอวี อาจพบอาการของโรคซิฟิลิสระยะที่ 1 และโรคซิฟิลิสระยะที่ 2 ในเวลาเดียวกันได้ (primary and secondary syphilis overlap)

- โรคซิฟิลิสระยะแฝง เป็นระยะที่ไม่ปรากฏอาการ แบ่งเป็น
 - ◆ โรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงต้น (early latent syphilis) คือ สัมผัสเชื้อมาไม่เกิน 1 ปี
 - ◆ โรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงปลาย (late latent syphilis) คือ สัมผัสเชื้อมาเกิน 1 ปี
 - ◆ โรคซิฟิลิสระยะแฝงไม่ทราบระยะเวลา ที่เป็น (latent syphilis of unknown duration)
- โรคซิฟิลิสระยะที่ 3 ประกอบด้วย
 - ◆ ผลของโรคซิฟิลิสระยะที่ 3 (late benign syphilis)
 - ◆ โรคซิฟิลิสระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular syphilis)
- โรคซิฟิลิสของระบบประสาท (neurosyphilis): เกิดได้ในทุกระยะของโรคซิฟิลิส อาจมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้ (asymptomatic neurosyphilis) ในช่วงแรกมักจะทำให้เกิดอาการทางเยื่อหุ้มสมองและเส้นเลือด (meningovascular) เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis) หรือมีอาการเหมือนผู้ป่วยเส้นเลือดสมองตีบ (stroke) นอกจากนี้ยังอาจพบความผิดปกติทางตา เช่น uveitis และความผิดปกติทางหู เช่น sensorineural hearing loss

2. บทบาทในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา⁵

2.1 การตรวจหาตัวเชื้อโรคซิฟิลิส หรือชิ้นส่วนทางพันธุกรรมเชื้อโรคซิฟิลิสโดยตรง (Direct tests)

ประกอบด้วย

2.1.1 Dark-field microscopic test

2.1.2 Direct immunofluorescence assay (DFA)

2.1.3 Immunohistochemistry test (IHC)

2.1.4 Nucleic acid amplification tests (NAATs)

การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสทำได้โดยการตรวจหาเชื้อ *Treponema pallidum* จากแผล chancre ในโรคซิฟิลิสระยะที่ 1 หรือจากผื่น condylomata lata ในโรคซิฟิลิสระยะที่ 2 โดยใช้การส่องดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ Dark-field microscopy หรือ Direct immunofluorescence assay (DFA) ซึ่งการตรวจพบเชื้อ *T. pallidum* จากกล้องจุลทรรศน์นี้ ถือว่าเป็น definitive diagnosis หรืออาจใช้วิธีการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อด้วยวิธี Nucleic acid amplification tests (NAATs)

2.2 การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา (Indirect tests)

ประกอบด้วย

2.2.1 Nontreponemal test (NTT) ได้แก่

- Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)
- Rapid Plasma Reagin test (RPR)

2.2.2 Treponemal test (TT) ได้แก่

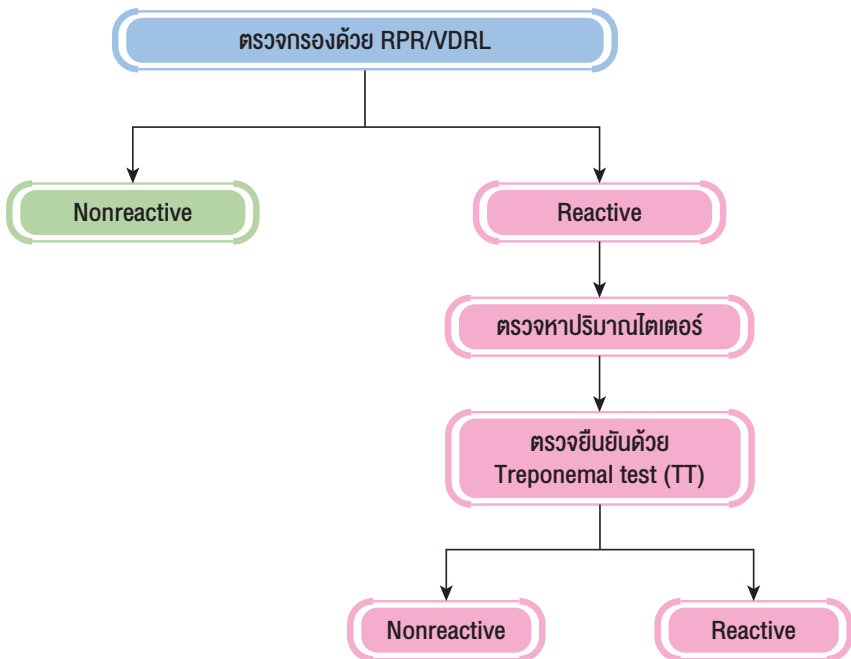
- Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption test (FTA-ABS)
- *Treponema pallidum* hemagglutination test (TPHA)
- *Treponema pallidum* particle agglutination test (TPPA)
- Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA)
- Enzyme Immunoassay (EIA)
- Chemiluminescent Immunoassay (CIA)
- Chemiluminescent Microparticle Immunoassay (CMIA)
- Immunochromatography test (Rapid diagnostic test)
- IgG immunoblot test for *T. pallidum* (Western blot)

หากผู้ป่วยไม่มีอาการหรืออาการแสดงของโรคซิฟิลิส แต่ซักประวัติพบว่ามีความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ สามารถตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยโรคซิฟิลิส โดยส่งตรวจแบบ Treponemal test หาก Treponemal test ให้ผลบวกให้วินิจฉัยเป็นโรคซิฟิลิส

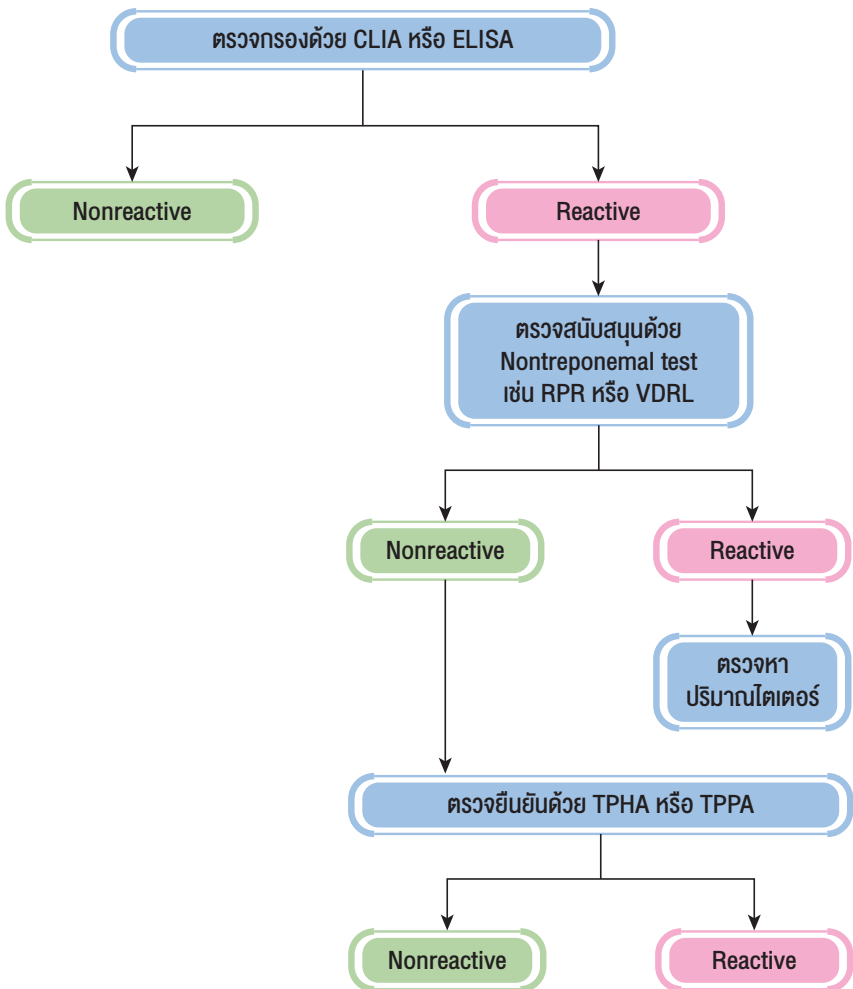
(presumptive diagnosis) หรืออาจเคยติดเชื้อมาก่อน ซึ่งต้องอาศัยประวัติร่วมด้วย ส่วน Nontreponemal tests ที่ให้ผลบวก ยังไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นโรคซิฟิลิส ต้องยืนยันด้วย Treponemal test เสมอ

การตรวจคัดกรองหรือการตรวจวินิจฉัยโรคซิฟิลิสด้วยการตรวจหาแอนติบอดี จำเป็นต้องใช้วิธีการตรวจทั้ง Nontreponemal test (NTT) และ Treponemal test (TT) ปัจจุบัน ทำได้ 2 แบบ คือ ลำดับขั้นตอนการตรวจแบบดั้งเดิม (Traditional algorithm) และลำดับขั้นตอนการตรวจแบบย้อนกลับ (Reverse algorithm)

แผนผัง 3.7.1 ลำดับขั้นตอนการตรวจโรคซิฟิลิสแบบดั้งเดิม (Traditional Algorithm)

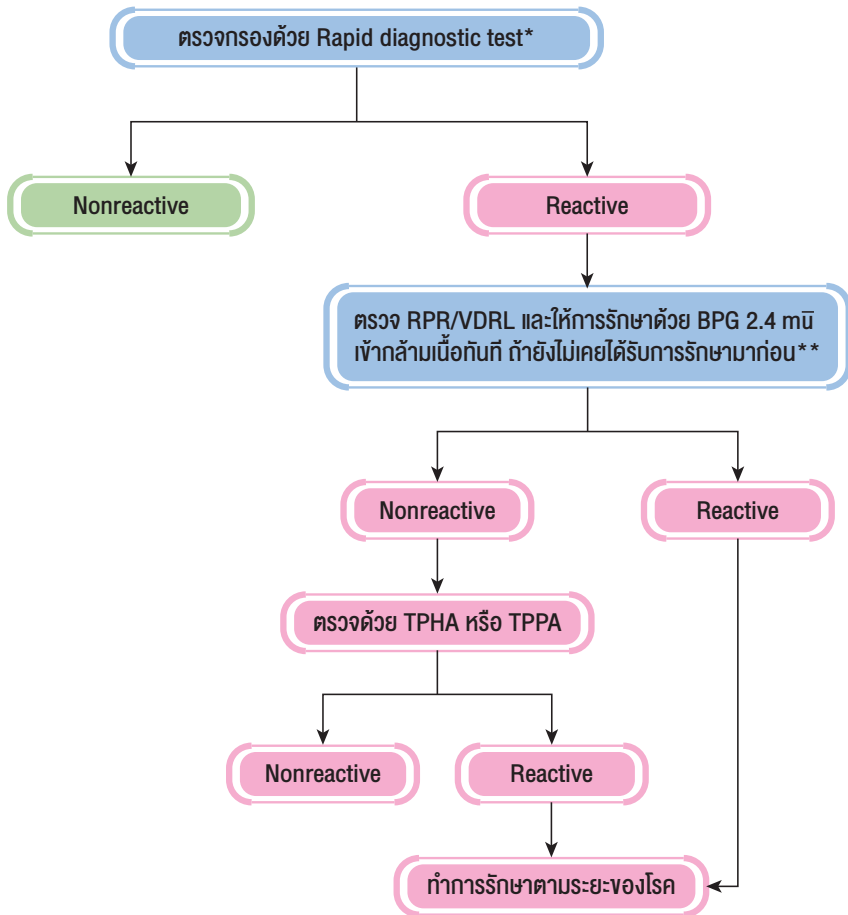


แผนผัง 3.7.2 ลำดับขั้นตอนการตรวจโรคซิฟิลิสแบบย้อนทาง (Reverse Algorithm)



แผนผัง 3.7.3 ลำดับขั้นตอนการตรวจโรคซิฟิลิสแบบ Rapid diagnostic test

แนะนำให้เลือกใช้เฉพาะในห้องปฏิบัติการที่มีทรัพยากรจำกัด (low resource setting) หรือจุดบริการนอกสถานที่ หรือใช้ในการตรวจที่ต้องการผลด่วน เช่น ใช้ตรวจคลอดฉุกเฉิน ตรวจหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์หลัง 32 สัปดาห์ ตรวจกลุ่มเสี่ยงที่จะไม่กลับมาฟังผลตรวจและเข้ารับการรักษา



*ชุดตรวจ Rapid diagnostic test ที่ใช้ ให้พิจารณาเลือกตามคู่มือการตรวจวินิจฉัย และติดตามการรักษาโรคซิฟิลิสทางห้องปฏิบัติการ⁶

**สามารถเริ่มการรักษาได้เลยหากไม่สามารถรอผล RPR/VDRL ได้

ตาราง 3.7.1 สรุปอาการหรืออาการแสดง และผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการของโรคซิฟิลิสแต่ละระยะ

ระยะโรค	อาการทางคลินิก	การทดสอบทางห้องปฏิบัติการ		
		Dark-field Microscopy (Definitive diagnosis)	Nontreponemal test	Treponemal test (Presumptive diagnosis)
ระยะที่ 1	ตรวจพบ chancre	specimen จากแผล chancre	อาจ reactive หรือ nonreactive	อาจ reactive หรือ nonreactive
ระยะที่ 2	ตรวจพบผื่น body rash, palmoplantar rash, condylomata lata, mucous patch, alopecia ฯลฯ	specimen จาก condylomata lata	Reactive	Reactive
ระยะแฝง*	ตรวจไม่พบรอยโรค	-	อาจ reactive หรือ nonreactive	reactive

* ระยะแฝงช่วงต้น (early latent syphilis) = สัมผัสเชื้อมาไม่เกิน 1 ปี
ระยะแฝงช่วงปลาย (late latent syphilis) = สัมผัสเชื้อมาเกิน 1 ปี

ตาราง 3.7.2 การแปลผลเลือดหาการติดเชื้อโรคซิฟิลิส
(ตรวจตาม reverse algorithm)⁵

CLIA/CIA/ EIA/ELISA	RPR/ VDRL	TPHA/ TPPA	การแปลผล	หมายเหตุ
ผลบวก	ผลบวก	N/A	เป็นโรคซิฟิลิส	- เป็นระยะที่ 1 หากตรวจพบแผล chancre - เป็นระยะที่ 2 หากตรวจพบผื่นตามร่างกาย ผื่นที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ผื่น condylomata lata, mucous patch หรือ alopecia ฯลฯ - เป็นระยะแฝง หากตรวจไม่พบอาการทางคลินิก
ผลบวก	ผลลบ	ผลบวก	เป็นโรคซิฟิลิส หรือเคยเป็นโรคซิฟิลิส	พบในผู้ป่วยโรคซิฟิลิส ดังภาวะต่อไปนี้ 1. ซิฟิลิสระยะแฝงช่วงปลาย 2. ซิฟิลิสที่ได้รับการรักษาแล้ว* 3. ปรากฏการณ์ Prozone ซึ่งมักพบในโรคซิฟิลิสระยะที่ 2
ผลบวก	ผลลบ	ผลลบ	ไม่เป็นโรคซิฟิลิส (Biological false positive CIA/CLIA/EIA/ELISA)	
ผลลบ	N/A	N/A	ไม่เป็นโรคซิฟิลิส	

N/A = Not Applicable

หมายเหตุ

ในผู้ป่วยโรคซิฟิลิสที่ได้รับการรักษาแล้ว (treated syphilis) ระดับ VDRL/RPR มักจะลดลงเรื่อย ๆ จนเป็นลบ (nonreactive) หรืออาจพบในระดับต่ำ (serofast) ได้ ส่วนใน Treponemal test ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีผลตรวจเลือดเป็นบวกไปตลอดชีวิต (remainder of lives) แม้ว่าได้รับการรักษาแล้วก็ตาม ดังนั้น การแยกว่าผู้ป่วยเป็นโรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงปลาย หรือโรคซิฟิลิสที่ได้รับการรักษาแล้ว ต้องอาศัยประวัติในอดีตว่าเคยได้รับการรักษามาก่อนหรือไม่

การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสของระบบประสาท^๑

ทำได้โดยอาศัยอาการ อาการแสดง ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ยืนยันของการมีการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในเลือด เช่น RPR, VDRL, FTA-ABS, TPPA, EIA ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการระบบประสาทที่ทำได้บ่อย ได้แก่ การตรวจน้ำไขสันหลัง ยกเว้นในภาวะ asymptomatic neurosyphilis ที่ไม่พบความผิดปกติทางคลินิก แต่มีความผิดปกติของน้ำไขสันหลัง

ข้อบ่งชี้ของการตรวจน้ำไขสันหลังเพื่อวินิจฉัยโรคซิฟิลิสของระบบประสาท

1. ผู้ป่วยที่มีอาการโรคซิฟิลิสของระบบประสาท
2. ผู้ป่วย tertiary syphilis
3. ผู้ป่วยที่ล้มเหลวจากการรักษา (treatment failure หรือ inadequate treatment response)

ตาราง 3.7.3 การแปลผลการตรวจน้ำไขสันหลังในการวินิจฉัยโรคซิฟิลิสของระบบประสาท

ประเภทของการตรวจ	การแปลผล
CSF-VDRL	- ถือเป็นการตรวจที่เป็น gold standard ในการวินิจฉัยโรคซิฟิลิสของระบบประสาท - มีความไวต่ำ แต่ความจำเพาะค่อนข้างสูง ดังนั้นหากการตรวจเป็นลบ คนไข้อย่างอาจเป็นโรคซิฟิลิสของระบบประสาทได้ - อาจมีผลลบลงในคนที่ เป็น late neurosyphilis - อาจมีผลบวกหลงได้ ถ้ามีการปนเปื้อนของเลือดในน้ำไขสันหลัง หากในเลือดมีค่าระดับ VDRL สูง
CSF-RPR	ไม่มีบทบาทในการวินิจฉัยโรคซิฟิลิสของระบบประสาท
CSF-FTA-ABS	- มีความไวสูง แต่ความจำเพาะต่ำ - อาจเกิดผลบวกหลงเนื่องจากการข้ามผ่าน blood brain barrier ของ IgG antitreponemal antibody ได้ - ในทางคลินิกอาจใช้ negative predictive value ในการช่วยแยกโรคซิฟิลิส หากผล CSF-FTA-ABS เป็น nonreactive
จำนวนของเม็ดเลือดขาว	หากจำนวนเม็ดเลือดขาวในน้ำไขสันหลังมากกว่า 5 เซลล์/ไมโครลิตร ถือว่ามีความผิดปกติ
ระดับของโปรตีน	- ค่าของโปรตีนในน้ำไขสันหลังมากกว่า 45 มิลลิกรัม/เดซิลิตร - ควรแปลผลค่าของโปรตีนในน้ำไขสันหลังร่วมกับจำนวนเม็ดเลือดขาว

CSF = Cerebrospinal fluid

VDRL = Venereal Disease Research Laboratory

RPR = Rapid Plasma Reagin

FTA-ABS = Fluorescent Treponemal Antibody Absorption

3. การรักษา⁷⁻⁹

ผู้เชี่ยวชาญได้มีการแบ่งระยะของโรคซิฟิลิสเพื่อประโยชน์ในการกำหนดระยะเวลาการรักษา¹⁰ ดังนี้

- 1) โรคซิฟิลิสระยะต้น (Early syphilis) ได้แก่
 - (1) โรคซิฟิลิสระยะที่ 1 (Primary syphilis)
 - (2) โรคซิฟิลิสระยะที่ 2 (Secondary syphilis)
 - (3) โรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงต้น (Early latent syphilis)
- 2) โรคซิฟิลิสระยะปลาย (Late syphilis) ได้แก่
 - (1) โรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงปลาย (Late latent syphilis)
 - (2) โรคซิฟิลิสระยะแฝงไม่ทราบระยะเวลาที่เป็น (Latent syphilis of unknown duration)
 - (3) โรคซิฟิลิสระยะที่ 3 (Tertiary syphilis)
 - ◆ แผลของโรคซิฟิลิสระยะที่ 3 (Late benign syphilis)
 - ◆ โรคซิฟิลิสระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular syphilis)
- 3) โรคซิฟิลิสของระบบประสาท (Neurosyphilis)

การรักษาโรคซิฟิลิส

- 1) โรคซิฟิลิสระยะต้น (Early syphilis) ได้แก่ โรคซิฟิลิสระยะที่ 1 (primary syphilis) โรคซิฟิลิสระยะที่ 2 (secondary syphilis) และโรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงต้น (early latent syphilis)
 - ◆ ฉีด Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ ครั้งเดียว (ให้แบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกข้างละ 1.2 ล้านยูนิต)⁸⁻⁹
 - ◆ ติดตามและรักษาผู้ป่วยเพศสัมพันธ์ทุกรายในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา รวมทั้งระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ แม้ไม่มีอาการและผลเลือดปกติ

กรณีแพ้ยา Penicillin ให้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Doxycycline 100 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน⁸⁻¹⁰
- Tetracycline 500 mg รับประทานวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน^{8,10}
- Azithromycin 2 gm รับประทานครั้งเดียว^{7,9}

- Ceftriaxone 1-2 gm ฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือเข้ากล้ามเนื้อ วันละ 1 ครั้ง นาน 10-14 วัน^{7,9}
- Erythromycin 500 mg รับประทานวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน^{8,9}
- 2) **โรคซิฟิลิสระยะปลาย (Late syphilis)** ได้แก่ โรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงปลาย (late latent syphilis) โรคซิฟิลิสระยะแฝงไม่ทราบระยะเวลาที่เป็น (latent syphilis of unknown duration) โรคซิฟิลิสระยะที่ 3 (tertiary syphilis) ซึ่งประกอบด้วย ผลของโรคซิฟิลิสระยะที่ 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)⁷⁻⁹
 - ◆ ให้การรักษาคู่เพศสัมพันธ์หากมีผลเลือดผิดปกติ

หมายเหตุ

- ในกรณีที่ไม่สามารถมารับการฉีดยาได้ตามกำหนด ต้องพยายามให้การฉีดยาเพิ่มต่อไปไม่ห่างจากเข็มที่ฉีดก่อนหน้านี้เกิน 14 วัน แต่ถ้าทำตามไม่ได้ ให้เริ่มการรักษาใหม่⁸
- ควรมีการตรวจ RPR/VDRL ในวันแรกที่ได้รับการรักษาและวันที่ได้รับการรักษาใหม่

กรณีแพ้ยา Penicillin ให้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Doxycycline 100 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 28 วัน⁷⁻⁹
- Tetracycline 500 mg รับประทานวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 28 วัน^{7,9}

หมายเหตุ

- หากไม่มีประวัติแพ้ยา Penicillin ไม่จำเป็นต้องส่งทดสอบการแพ้ยา
- กรณีที่มีประวัติสงสัยแพ้ยา Penicillin แต่จำเป็นต้องใช้ยา Penicillin ควรส่งทดสอบการแพ้ยา แต่ไม่แนะนำให้ทำการทดสอบการแพ้ยาด้วยการใช้ตัวยาน Benzathine penicillin G มาใช้ในการทดสอบ skin testing

3) โรคซิฟิลิสของระบบประสาท (Neurosyphilis)

- ฉีด Aqueous crystalline penicillin G 18-24 ล้านยูนิต/วัน เข้าหลอดเลือดดำ โดยแบ่งฉีด 3-4 ล้านยูนิต ทุก 4 ชั่วโมง นาน 10-14 วัน^{7,9}

4) โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Congenital syphilis)

- ฉีด Aqueous crystalline penicillin G 50,000 ยูนิต/น้ำหนักตัว 1 kg/ครั้ง ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง ในช่วงที่ทารกอายุ 1-7 วัน และทุก 8 ชั่วโมง ในช่วงที่ทารกอายุมากกว่า 7 วัน รวมทั้งสิ้น 10 วัน^{7,9}

ตาราง 3.7.4 สรุปการรักษาโรคซิฟิลิสระยะต่าง ๆ

ระยะของโรคซิฟิลิส	การรักษา	
	First line option	Alternative option (แพ้ Penicillin หรือ กรณียกเว้น Benzathine penicillin)
โรคซิฟิลิสระยะต้น (Early syphilis)		
1. โรคซิฟิลิสระยะที่ 1 (primary syphilis) 2. โรคซิฟิลิสระยะที่ 2 (secondary syphilis) 3. โรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงต้น (early latent syphilis)	Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ครั้งเดียว (ให้แบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สะโพกข้างละ 1.2 ล้านยูนิต) (Pregnancy Category B)	Doxycycline 100 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน (ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์) (Pregnancy Category D)
		Tetracycline 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน (ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์) (Pregnancy Category D)
		Azithromycin 2 gm กินครั้งเดียว (Pregnancy Category B)
		Ceftriaxone 1-2 gm ฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ วันละ 1 ครั้ง นาน 10-14 วัน (Pregnancy Category B)
		Erythromycin 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน (Pregnancy Category B)
		*ในหญิงตั้งครรภ์ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกาแนะนำให้ทำ Penicillin desensitization ก่อน แล้วรักษาด้วย Penicillin G

ระยะของโรคซิฟิลิส	การรักษา	
	First line option	Alternative option (แพ้ Penicillin หรือ กรณีไม่มี Benzathine penicillin)
โรคซิฟิลิสระยะปลาย (Late syphilis)		
1. โรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงปลาย (late latent syphilis)	Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ติดต่อกัน (Pregnancy Category B)	Doxycycline 100 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 28 วัน (ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์) (Pregnancy Category D)
2. โรคซิฟิลิสระยะแฝงไม่ทราบระยะเวลาที่เป็น (latent syphilis of unknown duration)		Tetracycline 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 28 วัน (ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์) (Pregnancy Category D)
3. โรคซิฟิลิสระยะที่ 3 (tertiary syphilis)		*ในหญิงตั้งครรภ์ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกาแนะนำให้ทำ Penicillin desensitization ก่อน แล้วรักษาด้วย Penicillin G
• แผลของโรคซิฟิลิสระยะที่ 3 (late benign syphilis) • โรคซิฟิลิสระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular 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 ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ หรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ วันละ 1 ครั้ง นาน 10-14 วัน (Pregnancy Category B)
โรคซิฟิลิสในผู้ป่วยที่ต้องพิจารณาเป็นพิเศษ		
โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis)	Aqueous crystalline penicillin G 50,000 ยูนิต/น้ำหนักตัว 1 kg/ครั้ง ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง ในช่วงที่การกอายุ 1-7 วัน และ ทุก 8 ชั่วโมง ในช่วงที่การกอายุ มากกว่า 7 วัน รวมทั้งสิ้น 10 วัน	

หมายเหตุ: ผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้รักษาเหมือนผู้ที่ไม่มีติดเชื้อเอชไอวี

4. การรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ^{7,9}

- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซิฟิลิสระยะที่ 1, 2 และระยะแฝงระยะต้น (Early latent syphilis)
 - ◆ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซิฟิลิสระยะที่ 1 ให้ติดตามผู้ป่วยที่มีอาการ
 - ◆ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซิฟิลิสระยะที่ 2 ให้ติดตามผู้ป่วยที่มีอาการ
 - ◆ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงต้น (Early latent syphilis) ให้ติดตามผู้ป่วยทุกรายในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
- ◆ ผู้ป่วยที่มีอาการในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา ให้มารับการตรวจรักษา และต้องได้รับยาเพื่อป้องกันหรือรักษาทุกราย แม้ผลตรวจเลือดของผู้ป่วยจะปกติ
- ◆ ผู้ป่วยที่มีอาการในระยะมากกว่า 3 เดือนที่ผ่านมา ให้มารับการตรวจรักษา โดยให้การรักษาทันที หากผลตรวจเลือดไม่สามารถออกผลได้ในวันที่มาตรวจ แต่หากผลตรวจสามารถออกผลได้ในวันที่มาตรวจ หากผลเลือดปกติ ไม่จำเป็นต้องให้การรักษ แต่หากผลเลือดผิดปกติ ให้ประเมินอาการ ผลตรวจเลือด และให้การรักษตามระยะของโรค
- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงปลาย (Late latent syphilis) ให้ชักประวัติ ผลเลือด และประวัติการรักษา เพื่อประเมินระยะของโรค การเป็นโรคในระยะนี้มักจะถ่ายทอดเชื้อไปยังคนอื่นได้น้อย จึงแนะนำให้ผู้ป่วยมารับการตรวจเลือดก่อน หากผลปกติ ไม่จำเป็นต้องให้การรักษ ให้ติดตามผลเลือดต่อไป

5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร

- ให้ตรวจคัดกรองตามคำแนะนำของสูติแพทย์
- ให้การรักษาตามระยะของโรคซิฟิลิสเหมือนผู้ป่วยทั่วไป แต่ควรให้การรักษาด้วย Penicillin (Pregnancy Category B) เนื่องจากยาสามารถผ่านรกไปยังทารกในครรภ์ได้ หากผู้ป่วยมีประวัติแพ้ Penicillin ให้ทำ Penicillin desensitized ก่อนแล้วรักษาด้วย Penicillin
- บางการศึกษาแนะนำให้เพิ่มการฉีดยา 1 dose ในโรคซิฟิลิสระยะต้น โดยฉีด Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 2 ครั้ง⁷
- ห้ามใช้ Doxycycline (Pregnancy Category D) หรือ Tetracycline (Pregnancy Category D) ในหญิงตั้งครรภ์
- ยา Erythromycin stearate (Pregnancy Category B) ไม่สามารถผ่านรกไปที่ทารกในระดับที่เพียงพอที่จะป้องกันโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในทารก ส่วนยา Ceftriaxone (Pregnancy Category B) ขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลว่าสามารถป้องกันการเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดได้
- ในกรณีที่สงสัยภาวะของโรคซิฟิลิสของระบบประสาทในหญิงตั้งครรภ์ ไม่แนะนำให้เจาะน้ำไขสันหลัง (lumbar puncture) เนื่องจากอาจเกิดอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์ได้⁷
- มารดาสามารถให้นมบุตรได้ตามปกติ ยกเว้นกรณีที่มารดามีรอยโรคบริเวณเต้านมใดใดก็ตาม ถือเป็นข้อห้ามในการให้นมบุตร ทั้งจากการดูดจากเต้านม และจากการบีบเก็บน้ำนมจากเต้านม โดยควรรักษารอยโรคบริเวณเต้านมให้หาย จึงสามารถให้นมบุตรได้⁹

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ให้รักษาเหมือนผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี⁷

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา

หลังการรักษาของโรคซิฟิลิสระยะต้น (โรคซิฟิลิสระยะที่ 1 โรคซิฟิลิสระยะที่ 2 และโรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงต้น) ระดับของ VDRL/RPR titer ควรลดลงจากเดิม 4 เท่า หรือมากกว่า ภายใน 6-12 เดือน⁷ (เช่น จาก VDRL titer 1:32 ลดลงเป็น 1:8) แต่ในโรคซิฟิลิสระยะแฝงช่วงปลาย อาจต้องใช้เวลา 12-24 เดือน ส่วน treponemal test เช่น CIA, TPHA, FTA-ABS มักให้ผลบวก (reactive) ไปตลอดชีวิตหลังการรักษา จึงไม่ใช่ treponemal test มาติดตามผลการรักษา

ผู้ป่วยที่ระดับของ VDRL/RPR titer ไม่ลดลงตามเกณฑ์ในระยะเวลาที่กำหนด หรือมีระดับสูงขึ้นจากเดิม 4 เท่า และยังคงมีระดับสูงคงเดิมหรือเพิ่มขึ้น เมื่อตรวจซ้ำที่ระยะเวลามากกว่า 2 สัปดาห์ โดยไม่ได้มีประวัติพฤติกรรมเสี่ยงที่สงสัยการติดเชื้อซ้ำ อาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยมีการรักษาล้มเหลว (treatment failure) ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และน้ำไขสันหลัง ผู้เชี่ยวชาญบางท่านได้แนะนำให้ทำการรักษาซ้ำ (retreatment)^{7,9} ดังนี้

- หากผู้ป่วยได้รับการรักษาในครั้งแรกด้วย Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว ให้รักษาซ้ำด้วย Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิตหน่วย ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ติดต่อกัน หากผลการตรวจน้ำไขสันหลังปกติ แต่หากการตรวจน้ำไขสันหลังพบความผิดปกติ ให้รักษาด้วย Aqueous crystalline penicillin G 18-24 ล้านยูนิต/วัน ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ โดยแบ่งฉีด 3-4 ล้านยูนิต ทุก 4 ชั่วโมง นาน 10-14 วัน
- หากผู้ป่วยได้รับการรักษาในครั้งแรกด้วย Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิตหน่วย ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ติดต่อกัน ให้รักษาซ้ำด้วย Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิตหน่วย ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ติดต่อกัน หากผลการตรวจน้ำไขสันหลังปกติ แต่หากการตรวจน้ำไขสันหลังพบความผิดปกติ ให้รักษาด้วย Aqueous crystalline penicillin G 18-24 ล้านยูนิต/วัน ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ โดยแบ่งฉีด 3-4 ล้านยูนิต ทุก 4 ชั่วโมง นาน 10-14 วัน

- หากผู้ป่วยมีประวัติพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งต่อการติดเชื้อซ้ำ ให้รักษาซ้ำด้วย Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว
- ควรมีการตรวจ RPR/VDRL ในวันที่ได้รับการรักษาใหม่

การนัดผู้ป่วย¹⁰

- กรณีเป็นโรคซิฟิลิสระยะที่ 1 หรือ 2 ควรนัดที่ 1 เดือน หลังจากวันที่ได้รับการรักษา เพื่อติดตามผลการรักษา ได้แก่ ดูลักษณะทางคลินิก รอยโรค สอบถามเรื่องการรักษาคู่เพศสัมพันธ์ ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ให้การปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และฟังผลการตรวจอื่น ๆ
- นัดตรวจเลือด เพื่อติดตามระดับ RPR/VDRL ตามตารางที่ 3.7.4

ตาราง 3.7.5 สรุปการนัดผู้ป่วยโรคซิฟิลิสเพื่อดู RPR/VDRL titer⁷

Stage	HIV status	Follow-up (months)	Fourfold decline
Primary, Secondary syphilis	Non-HIV	6, 12	6 to 12 months
	HIV	3, 6, 9, 12, 24	
Early latent, late latent, latent of unknown duration	Non-HIV	6, 12, 24	12 to 24 months
	HIV	6, 12, 18, 24	

หมายเหตุ หากนัดติดตาม RPR/VDRL titer พบว่าระดับน้อยกว่า 1:8 หรือไม่เกิน 1 ระดับจากเดิม โดยไม่มีประวัติส่งต่อการติดเชื้อซ้ำ อาจเกิดจากภาวะ serofast แนะนำให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

แนะนำให้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น โรคไวรัสตับอักเสบบี ในผู้มารับบริการทุกราย และควรตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ป่วยที่เป็น MSM พนักงานบริการทางเพศ ผู้มีประวัติใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ผู้มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก

เอกสารอ้างอิง

1. 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.
2. Stary G, Stary A. Sexually transmitted infections. In: Bologna J, Schaffer J, Cerroni L, editors. Dermatology. Vol. 2. 4th ed. China: Elsevier; 2018. p. 1447-69.
3. 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.
4. Sparling PF, Swartz MN, Musher DM, Healy BP. Clinical Manifestations of Syphilis. 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. 661-84.
5. ชनिया ลีปิยะสกุลชัย. เทคนิคการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อช่วยวินิจฉัยโรคซิฟิลิส. ใน: ญัฐพล งามจิระธรรม, ศักดิ์ชัย เดชตรัยรัตน์, บรรณาธิการ. คู่มือการตรวจวินิจฉัยและติดตามการรักษาโรคซิฟิลิสทางห้องปฏิบัติการ. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564. หน้า 51-91.
6. เจนจิต ฉายะจินดา, โอภาส พุทธเจริญ, เกรียงศักดิ์ ไชยวงศ์, ปิยะ วงศ์จำปา. แนวทางการตรวจโรคซิฟิลิสในผู้ใหญ่. ใน: ญัฐพล งามจิระธรรม, ศักดิ์ชัย เดชตรัยรัตน์, บรรณาธิการ. คู่มือการตรวจวินิจฉัยและติดตามการรักษาโรคซิฟิลิสทางห้องปฏิบัติการ. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564. หน้า 95-131.

เอกสารอ้างอิง

7. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep 2021;70(4):39-60.
8. World Health Organization. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2021.
9. กิตติภูมิ ชินหิรัญ, เจนจิต ฉายะจินดา, สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา, โอภาส พุทธเจริญ. แนวทางการดูแลรักษาโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์. ใน: รสพร กิตติเยาวมาลย์, กิตติภูมิ ชินหิรัญ, ฉันทน์นันทน์ กังวาลพรโรจน์, บรรณาธิการ. แนวทางการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์; 2564. หน้า 31-50.
10. นิสิต คงเกริกเกียรติ, นพดล ไพบูลย์สิน. ซิฟิลิส Syphilis. ใน: นิสิต คงเกริกเกียรติ, รสพร กิตติเยาวมาลย์, เอกชัย แดงสอาด, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2558. หน้า 14-21.

โรคเริ่มที่อวัยวะเพศ และทวารหนัก

Anogenital Herpes

3.8 โรคเริมที่อวัยวะเพศและทวารหนัก (Anogenital Herpes)



รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจรัสศรี พียาพรรณ
และ นายแพทย์กิตติภูมิ ชินศิริณ

1. ลักษณะทางคลินิก^{1,2}

อาการ :

มีตุ่มน้ำใส หรือถ้าตุ่มน้ำแตกเป็นแผล จะมีแผลตื้น ๆ เป็นกลุ่ม ร่วมกับการเจ็บปวดแสบ และคัน ในผู้ชายมักพบที่บริเวณองคชาตและปลายองคชาต มีปัสสาวะแสบขัดได้ ในผู้หญิงมักพบที่ปากช่องคลอด ก้น และช่องคลอด อาจมีระดูขาวผิดปกติได้

อาการแสดง :

พบตุ่มน้ำใสเป็นกลุ่ม หรือถ้าตุ่มน้ำแตกเป็นแผลจะมี แผลตื้น ๆ เป็นกลุ่มที่อวัยวะเพศ ทวารหนัก



รูป 3.8.1 ตุ่มน้ำโรคมเริมบริเวณอวัยวะเพศชาย

ที่มา: ศูนย์การแพทย์บางรัก



รูป 3.8.2 แผลโรคมะเร็งบริเวณอวัยวะเพศชาย

ที่มา: ศูนย์การแพทย์บางรัก

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา¹⁻²

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการทำ Tzanck test พบ multinucleated giant cell หรืออาจจุลทรรศน์ตรวจ HSV antigen หรือ NAATs ได้

3. การรักษา

3.1 ผู้ติดเชื้อครั้งแรก (First clinical episode)

การรักษาให้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Acyclovir 400 mg รับประทานวันละ 3 ครั้ง นาน 7-10 วัน³⁻⁵
- Acyclovir 200 mg รับประทานวันละ 5 ครั้ง นาน 7-10 วัน³⁻⁵
- Valacyclovir 1 gm รับประทานวันละ 2 ครั้ง นาน 7-10 วัน³
- Valacyclovir 500 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง นาน 7-10 วัน⁴⁻⁵
- Famciclovir 250 mg รับประทานวันละ 3 ครั้ง นาน 7-10 วัน³⁻⁵

หมายเหตุ

- 1) หากทานยาครบ 10 วัน แล้วแผลไม่หาย ให้พิจารณาหาสาเหตุอื่น เช่น การติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน
- 2) การให้ Acyclovir 200 mg รับประทานวันละ 5 ครั้ง นาน 7-10 วัน มีประสิทธิภาพในการรักษา แต่ไม่ค่อยแนะนำ เนื่องจากผู้ป่วยต้องรับประทานหลายครั้ง อาจมีผลต่อความสม่ำเสมอครบถ้วนในการรับประทานยา³
- 3) การทำความสะอาดแผลด้วยน้ำเกลือและป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียติดซ้ำเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาร่วมกับยารับประทาน
- 4) แนวทางการรักษาข้างต้น มีประสิทธิภาพในการรักษาเท่าเทียมกัน แต่ยา Valacyclovir, Famciclovir สามารถดูดซึมได้ดีกว่า จึงอาจพิจารณาใช้ในผู้ที่มีปัญหาเรื่องการดูดซึมยา

กรณีอาการรุนแรงมากขึ้นหรือมีการติดเชื้อที่ระบบอื่น เช่น ระบบประสาท อาจจำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาลแล้วให้การรักษาด้วย

- Acyclovir 5-10 mg/น้ำหนักตัว 1 kg ฉีดเข้าหลอดเลือด ทุก 8 ชั่วโมง นาน 7 วัน หรือจนกว่าอาการดีขึ้น หลังจากนั้นให้รับประทานยาต่อจนครบระยะเวลารักษา รวมอย่างน้อย 10 วัน^{3,5}

3.2 ผู้ป่วยเกิดโรคซ้ำ (Recurrence)

กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือเป็นแต่ครั้งอาการยาวนาน ให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Acyclovir 800 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง นาน 5 วัน^{3,4}
- Acyclovir 800 mg รับประทานวันละ 3 ครั้ง นาน 2 วัน^{3,5}
- Acyclovir 400 mg รับประทานวันละ 3 ครั้ง นาน 5 วัน^{3,5}
- Valacyclovir 1 gm รับประทานวันละ 1 ครั้ง นาน 5 วัน³
- Valacyclovir 500 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง นาน 3-5 วัน^{3,5}
- Famciclovir 1 gm รับประทานวันละ 2 ครั้ง นาน 1 วัน^{3,5}
- Famciclovir 500 mg รับประทานวันละ 1 ครั้ง นาน 1 วัน ตามด้วย 250 mg วันละ 2 ครั้ง นาน 2 วัน³
- Famciclovir 125 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง นาน 5 วัน^{3,5}

หมายเหตุ

- 1) การให้ Acyclovir 400 mg รับประทานวันละ 3 ครั้ง นาน 5 วัน มีประสิทธิภาพในการรักษา แต่ไม่ค่อยแนะนำ เนื่องจากผู้ป่วยต้องรับประทานยาหลายครั้ง อาจมีผลต่อความสม่ำเสมอครบถ้วนในการรับประทานยา³
- 2) การทำความสะอาดแผลด้วยน้ำเกลือและป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียที่เรียกว่าเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาร่วมกับยารับประทาน

3.3 ผู้ป่วยที่เป็นโรคซ้ำบ่อย ๆ (6 ครั้ง หรือมากกว่าต่อปี) หรือผู้ป่วยที่เริ่มมีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก

ให้พิจารณาใช้ยาสำหรับป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (suppressive treatment) โดยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Acyclovir 400 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง³⁻⁵
- Valacyclovir 1 gm รับประทานวันละ 1 ครั้ง^{3,5}
- Valacyclovir 500 mg รับประทานวันละ 1 ครั้ง³⁻⁵
- Famciclovir 250 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง³⁻⁴

หมายเหตุ

- 1) ในผู้ที่มีการตั้งแต่ 10 ครั้งต่อปี การให้ Valacyclovir 500 mg รับประทานวันละ 1 ครั้ง มีประสิทธิภาพน้อยกว่าการให้ Valacyclovir 1 g รับประทานวันละ 1 ครั้ง หรือ Acyclovir 400 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง^{3,5}
- 2) หลังจากรับประทานอย่างต่อเนื่องนาน 1 ปี ควรได้รับการประเมิน/การปรึกษากับแพทย์ผู้รักษา เพื่อประเมินผลการรักษาหรือหยุดยา⁵⁻⁷

3.4 ผู้ป่วยที่เป็นเรื้อรังหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา (Recalcitrant herpes) หรือเป็นเริ่มชนิดรุนแรง (Hypertrophic herpes simplex infection)^{5,6,8}

หากให้การรักษามาตรฐานแล้วไม่ตอบสนองต่อการรักษาให้การรักษาตามลำดับ ดังนี้

- 1) พิจารณาส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อยืนยันการวินิจฉัย เช่น skin biopsy, NAATs, viral culture

- 2) พิจารณาเพิ่มปริมาณยา โดยดูการทำงานของไตร่วมด้วย
 - Acyclovir 400-800 mg รับประทานวันละ 5 ครั้ง จนรอยโรคหายแล้ว พิจารณาปรับลดปริมาณยา
 - Acyclovir 10 mg/น้ำหนักตัว 1 kg ฉีด เข้าหลอดเลือดทุก 8 ชั่วโมง จนรอยโรคหายแล้วพิจารณาปรับลดปริมาณยา
- 3) หากไม่ได้ผล พิจารณาเปลี่ยนยาเป็นกลุ่มที่ดูดซึมได้ดี เช่น
 - Famciclovir 200-500 mg รับประทานวันละ 3 ครั้ง จนรอยโรคหายแล้ว พิจารณาปรับลดปริมาณยา
 - Valacyclovir 500-1,000 mg รับประทานวันละ 1-3 ครั้งจนรอยโรคหายแล้วพิจารณาปรับลดปริมาณยา
- 4) หากไม่ได้ผล ให้ยา Imiquimod cream 5% ทาก่อนนอน วันเว้นวัน หรือ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ร่วมกับยาข้างต้น⁸
- 5) หากไม่ได้ผล พิจารณาเปลี่ยนกลุ่มยา เช่น
 - Foscarnet (1% cream, 50% solution) ทาวันละ 2 ครั้ง นานอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์ หรือ
 - Cidofovir (1%-3% ointment, 1%-3% cream, 0.3%-1.0% gel) ทาวันละ 3-4 ครั้ง นานอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์ หรือ
 - Foscarnet 40 mg/น้ำหนักตัว 1 kg ฉีดเข้าหลอดเลือดทุก 8 ชั่วโมง นานอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์ หรือ
 - Cidofovir 3-5 mg/น้ำหนักตัว 1 kg ฉีดเข้าหลอดเลือดทุก 8 ชั่วโมง นานอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์ หรือ
 - Vidarabine 10-20 mg/น้ำหนักตัว 1 kg/วัน ฉีดเข้าหลอดเลือด นานอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์
- 6) การรักษาอื่น ๆ อีก เช่น surgical excision, cryosurgery, oral thalidomide ซึ่งควรให้ร่วมกับยารับประทานเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ

4. การรักษาคู่เพศสัมพันธ์

คู่เพศสัมพันธ์ควรได้รับการแนะนำให้มาตรวจรักษาและให้การรักษาเมื่อมีอาการ และรักษาตามอาการ

5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร

หญิงตั้งครรภ์ ควรให้แพทย์พิจารณาเป็นราย ๆ ไป และในกรณีใกล้คลอด ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

การให้ยาสำหรับป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (suppressive treatment) ในหญิงตั้งครรภ์ โดยเริ่มให้ยาที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ สามารถลดจำนวนการผ่าคลอดได้ แต่ผลการป้องกันการติดเชื้อในทารกยังไม่ชัดเจน³ โดยให้ยาดังนี้

Acyclovir 400 mg รับประทานวันละ 3 ครั้ง (Pregnancy Category B) หรือ Valacyclovir 500 mg รับประทานวันละ 3 ครั้ง (Pregnancy Category B)

หมายเหตุ

ควรให้ NSS หรือ 3% boric acid ประคบแผลนาน 15 นาที วันละ 4 ครั้ง เพื่อลดอาการแสบ ระคายเคือง และทำให้แผลหายเร็วขึ้น⁵⁻⁶

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย อาการอาจรุนแรงกลายเป็นโรคเรื้อรังแบบรุนแรง ซึ่งจะหายช้า การรักษาอาจต้องเพิ่มขนาดของยาหรือเปลี่ยนกลุ่มยา และระยะเวลาการรักษาอาจต้องให้นานจนแผลหาย^{3,7}

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา⁷

นัด 7 วัน หลังจากวันที่รับการรักษา เพื่อติดตามดูอาการและรอยโรค

แนะนำให้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น โรคซิฟิลิส โรคไวรัสตับอักเสบบี ในผู้มารับบริการทุกราย และควรตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ป่วยที่เป็น MSM พนักงานบริการทางเพศ ผู้มีประวัติใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ผู้มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก

เอกสารอ้างอิง

1. Cohen JL. Herpes Simplex. 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. 3021-34.
2. Corey L, Wald A. Genital Herpes. 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. 399-438.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep 2021;70(4):29-36.
4. World Health Organization. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2021.
5. Patel R, Kennedy OJ, Clarke E, Geretti A, Nilsen A, Lautenschlager S, et al. 2017 European guidelines for the management of genital herpes. International Journal of STD & AIDS 2017;28(14):1366-79.
6. Wauters O, Lebas E, Nikkels AF. Chronic mucocutaneous herpes simplex virus and varicella zoster virus infections. J Am Acad Dermatol 2012;66:e217-27.
7. นิสิต คงกริกเกียรติ, นพดล ไพบุลย์สิน. เริ่มที่อวัยวะเพศและทวารหนัก Anogenital Herpes. ใน: นิสิต คงกริกเกียรติ, รสพร กิตติเยวามาลย์, เอกชัย แดงสอาด, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษา โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2558. หน้า 44-7.
8. Leeyaphan C, Nanchaipruek Y, Phinyo P. Therapeutic outcomes and prognostic factors in patients with hypertrophic herpes simplex infection treated with imiquimod: A systematic review and meta-analysis of individual patient data from case reports and case series. J Dermatol. 2022;49:879-86.

โรคแผลริมอ่อน

Chancroid

3.9 โรคแผลริมอ่อน (Chancroid)



รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจรัสศรี พียาพรรณ
และ นายแพทย์กิตติภูมิ ชินศิริณ

1. ลักษณะทางคลินิก^{1,2}

อาการ :

ตุ่มนูนแดงและเจ็บ หลังจากนั้นแตกเป็นแผล ก้นแผลมีหนอง ขอบแผลนูนไม่แข็ง รอบ ๆ แผลจะอักเสบแดง มีอาการเจ็บมาก แผลเล็ก ๆ จะรวมกันเป็นแผลใหญ่ ต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบจะโต กดเจ็บ บางคนแตกเป็นหนอง

อาการแสดง :

มีแผลเจ็บบริเวณอวัยวะเพศ ในเพศชายมักพบที่บริเวณหนังหุ้มปลายองคชาต ในเพศหญิงมักพบที่ปากช่องคลอด แคมเล็ก รอยต่อแคมเล็ก ส่วนบริเวณช่องคลอด ปากมดลูก ก็สามารถพบได้



รูป 3.9.1 แผลริมอ่อนบริเวณอวัยวะเพศชาย

ที่มา: ศูนย์การแพทย์บางรัก

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา¹⁻²

เมื่อนำหนองที่กั้นแผลไปย้อม Unna-pappenheim หรือ Gram stain พบ Gram-negative short rod bacilli เรียงตัว เห็นเป็นลักษณะ school of fish หรือ railroad track³⁻⁴ หรืออาจส่งตรวจ Nucleic acid amplification tests (NAATs)⁵⁻⁶ แต่อย่างไรก็ตามก็ตามการตรวจพบเชื้อแบคทีเรียอาจไม่สูงมาก

การวินิจฉัยสามารถทำได้หากผู้ป่วยมีครบทั้ง 4 เกณฑ์การวินิจฉัย ดังนี้⁵

- 1) แผลมีอาการเจ็บ จำนวนหนึ่งแผลหรือมากกว่าหนึ่งแผล
- 2) ต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบโต
- 3) ตรวจไม่พบเชื้อ *T. pallidum* โดยการตรวจ dark-field microscopy หรือการตรวจ serology สำหรับโรคซิฟิลิส
- 4) ตรวจไม่พบเชื้อไวรัสเริม โดยการตรวจ HSV antigen หรือการเพาะเชื้อจากแผล

3. การรักษา

ให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Ceftriaxone 250 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว⁵⁻⁶
- Azithromycin 1 g รับประทานครั้งเดียว⁵⁻⁶
- Ciprofloxacin 500 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 3 วัน⁵⁻⁶
- Erythromycin 500 mg รับประทานวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน⁵⁻⁶

หมายเหตุ

1) กรณีที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบอักเสบและมีหนองชัดเจน ควรเจาะดูดหนองออก โดยใช้เข็มเจาะผ่านผิวหนังปกติ ไม่ควรใช้วิธีผ่าหนองออกเหมือนฝีทั่วไป เพราะจะทำให้รอยแผลที่เกิดจากการผ่าหายช้า และอาจเกิดรูเปิดของหนอง (sinus tract) ได้⁶

2) Azithromycin 1 g รับประทานครั้งเดียว ขณะท้องว่าง* และก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง หรือหลังอาหาร 2 ชั่วโมง

(*หมายถึง ไม่รับประทานสิ่งใดเลย ยกเว้นน้ำเปล่า นาน 2 ชั่วโมง)⁵

4. การรักษาคู่เพศสัมพันธ์

คู่เพศสัมพันธ์ในช่วง 10 วัน ก่อนผู้ป่วยมีอาการ ควรแนะนำให้มาตรวจและทำการรักษาแม้ไม่มีอาการ⁵⁻⁶ ในกรณีที่ไม่สามารถมารับการตรวจได้ ให้ฝากยารักษาไปกับ ผู้มารับบริการ

5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระหว่างให้นมบุตร/เด็ก

- ในกรณีหญิงตั้งครรภ์ให้ใช้ Ceftriaxone (Pregnancy Category B) หรือ Erythromycin stearate⁵ (Pregnancy Category B)
- หญิงตั้งครรภ์/หญิงให้นมบุตร และเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี⁵ ไม่ควรใช้ Ciprofloxacin⁵⁻⁶ (Pregnancy Category C)

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย สามารถใช้ยาได้เหมือนผู้ที่ไม่ได้ติดเชื้อ แต่แผลอาจหายช้าและต้องใช้เวลารักษานานขึ้น หากแผลไม่หาย หลังได้ยาครบ 7 วัน ให้พบผู้เชี่ยวชาญ

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจหลังการรักษา

นัด 7 วัน หลังจากวันที่รับการรักษา เพื่อติดตามดูอาการและรอยโรค⁵⁻⁶

แนะนำให้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น โรคซิฟิลิส โรคไวรัสตับอักเสบบี ในผู้มารับบริการทุกราย และควรตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ป่วยที่เป็น MSM พนักงานบริการทางเพศ ผู้มีประวัติใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ผู้มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก

เอกสารอ้างอิง

1. Lautenschlager L, Brockmeyer NH. Chancroid. 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. 3186-92.
2. Spinola SM. Chancroid and Haemophilus ducreyi. 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. 689-99.
3. Shimizu H. Sexually transmitted infections. In: Shimizu H, editor. Shimizu's dermatology. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.; 2017. p. 605-12.
4. Stary G, Stary A. Sexually transmitted infections. In: Bologna J, Schaffer J, Cerroni L, editors. Dermatology. Vol. 2. 4th ed. China: Elsevier; 2018. p. 1447-69.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep 2021;70(4):29-36.
6. Lautenschlager S, Kemp M, Christensen JJ, Mayans MV, Moi H. 2017 European guideline for the management of chancroid. Int J STD AIDS 2017;28(4):324-9.

กามโรคของต่อม และท่อน้ำเหลือง

Lymphogranuloma
Venereum (LGV)

3.10 กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง Lymphogranuloma Venereum (LGV)



รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจรัสศรี พียาพรรณ
และนายแพทย์กิตติภูมิ ชินศิริณ

1. ลักษณะทางคลินิก^{1,2}

อาการ :

พบแผลไม่เจ็บที่อวัยวะเพศ ร่วมกับต่อมน้ำเหลืองโต โดยผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักจะพบมีอาการเจ็บ ปวดเบ่งที่ทวารหนักหรืออาจมีหนองไหลจากทวารหนักได้

อาการแสดง :

มีแผลไม่เจ็บที่อวัยวะเพศ หรือมีแผลในทวารหนักร่วมกับหนองจากทวารหนัก ต่อมน้ำเหลืองโต กดเจ็บที่ขาหนีบ (พบลักษณะที่เรียกว่า groove sign) อาจจะมีไข้ อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้



รูป 3.10.1 ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบโตในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ที่มา: ศูนย์การแพทย์บางรัก

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา¹⁻²

วินิจฉัยจากอาการและอาการแสดงที่เข้าได้กับอาการโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง ร่วมกับมีประวัติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ส่วนการตรวจยืนยันสามารถทำได้โดยการส่งตรวจ Nucleic acid amplification tests (NAATs) หาเชื้อ *Chlamydia trachomatis* serovars L1, L2, L3¹⁻⁴

3. การรักษา**ตาราง 3.10.1 ยาที่แนะนำในการรักษาโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง**

ยาที่แนะนำในการรักษา	Doxycycline 100 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 21 วัน ³⁻⁴
ยาทางเลือก	- Azithromycin 1 g รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หลังอาหาร นาน 3 สัปดาห์³⁻⁴ - Erythromycin 500 mg รับประทานวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 21 วัน³⁻⁴

หมายเหตุ

กรณีที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบอักเสบและมีหนองชัดเจน ควรเจาะดูดหนองออกโดยใช้เข็มเจาะผ่านผิวหนังปกติ ไม่ควรใช้วิธีผ่าหนองออกเหมือนฝีทั่วไป เพราะจะทำให้รอยแผลที่เกิดจากการผ่าหายช้า และอาจเกิดรูเปิดของหนอง (sinus tract) ได้³

4. การรักษาคู่เพศสัมพันธ์

เพศสัมพันธ์ที่มีเพศสัมพันธ์ภายใน 90 วัน ก่อนที่ผู้ป่วยมีอาการ ควรได้รับการตรวจและให้การรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วย⁴

5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร/เด็ก

5.1 หญิงตั้งครรภ์และหญิงในระยะให้นมบุตร ไม่ควรใช้ Doxycycline (Pregnancy Category X) ให้ใช้ Azithromycin (Pregnancy Category B) หรือ Erythromycin stearate³ (Pregnancy Category B)

5.2 การติดเชื้อในเด็ก ใช้ Erythromycin 7.5-12.5 mg ต่อน้ำหนักตัว 1 kg ต่อครั้ง รับประทานวันละ 4 ครั้ง นาน 14 วัน⁵

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ให้การรักษเหมือนผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี แต่ระยะเวลาการรักษายาวนานขึ้น จนอาการหายเป็นปกติ³⁻⁴

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา³

นัด 3 สัปดาห์ หลังจากวันที่รับการรักษาเพื่อดูอาการ

แนะนำให้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น โรคซิฟิลิส โรคไวรัสตับอักเสบบี ในผู้มารับบริการทุกราย และควรตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ป่วยที่เป็น MSM พนักงานบริการทางเพศ ผู้มีประวัติใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ผู้มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก

เอกสารอ้างอิง

1. Brockmeyer NH, Lautenschlager S. Lymphogranuloma Venereum. 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. 3193-201.
2. Stamm WE. Lymphogranuloma Venereum. 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. 595-605.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep 2021;70(4):29-36.
4. Vries HJC, Barbeyrac B, Vrieze NHN, Viset JD, White JA, Vall-Mayans M, et al. 2019 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum. JEADV 2019;33:1821-8.
5. Reddy BSN, Khandpur S, Sethi S, Unemo M, Lymphogranuloma venereum (LGV). In: Gupta S, Kumar B, editors. Sexually transmitted infections. 2nd ed. Delhi: Mosby; 2012. p. 506-21.

โรคหูดอวัยวะเพศ และทวารหนัก (หูดหงอนไก่)

Anogenital Warts
(Condyloma acuminata)

3.11 โรคหูดอวัยวะเพศและกวารหนัก (หูดหงอนไก่) Anogenital Warts (Condyloma acuminata)



รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจรัสศรี พียาพรรณ
นายแพทย์นิพัฒน์ ธีรกุลพิศาล
แพทย์หญิงนิอร บุญผ่อง
นายแพทย์กิตติภูมิ ชินศิริณ

1. ลักษณะทางคลินิก^{1,3}

อาการ :

อาการของหูดขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาด ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ บางรายมีอาการคัน เจ็บ ระดูขาว หรือมีเลือดออก

อาการแสดง :

เป็นก้อนหรือติ่งเนื้อ ลักษณะผิวอาจเรียบหรือขรุขระ สีอาจจะมีสีชมพู สีน้ำตาล สีเนื้อ พบบริเวณอวัยวะเพศ ทวารหนัก ปาก และช่องคอ



รูป 3.11.1 หูดหงอนไก่บริเวณอวัยวะเพศชาย

ที่มา: ศูนย์การแพทย์บางรัก



รูป 3.11.2 หูดหงอนไก่บริเวณทวารหนัก

ที่มา: ศูนย์การแพทย์บางรัก

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา²

ส่วนใหญ่สามารถวินิจฉัยได้ด้วยตาเปล่า แต่บางรายที่ไม่แน่ใจ อาจจะตัดชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยาเมื่อไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือแย่งลง หูดมีสีเข้ม มีแผล มีเลือดออก

3. การรักษา

การเลือกวิธีรักษาหูด ขึ้นอยู่กับขนาด จำนวน บริเวณที่เกิด ค่ารักษาพยาบาล ความพร้อมของสถานบริการ ความชำนาญของผู้ให้การรักษา ความพึงพอใจ และความสะดวกของผู้ป่วย ไม่มีวิธีการรักษาวิธีใดที่ดีที่สุด หรือสามารถรักษาหายภายในครั้งเดียว แพทย์ควรเปลี่ยนวิธีการรักษา เมื่อเกิดผลข้างเคียงรุนแรง หรือหูดไม่ตอบสนองต่อการรักษา (ส่วนใหญ่ตอบสนองต่อการรักษาภายใน 3 เดือน)²

แบ่งการรักษาได้เป็น 2 ภาวะ

- แบ่งตามขนาด
- แบ่งตามตำแหน่ง

3.1 แบ่งตามขนาด

3.1.1 หูดขนาดเล็ก

ให้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง^{2,4} ได้แก่

1) Tincture podophyllin 25%

วิธีทายา

- ทายาที่หูด
- ทาวาสลีนเพื่อป้องกันการระคายเคืองเนื้อเยื่อที่อยู่รอบ ๆ หูด
- ทายาที่หูดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทิ้งไว้ให้แห้งโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าทาในช่องคลอด หรือบริเวณทวารหนัก
- แนะนำให้ผู้ป่วยใช้น้ำและสบู่ล้างยาออกหลังจากทาประมาณ 4 ชั่วโมง
- ห้ามทายานี้เกินกว่า 10 ตารางเซนติเมตร หรือ 0.5 มิลลิลิตร ต่อครั้ง (อาจทำให้เกิดพิษจากยาได้ หลังการรักษา)²
- อาจเกิดอาการเจ็บปวด ระคายเคือง

ข้อห้าม

ห้ามใช้น้ำทาหูดที่ปากมดลูกหรือภายในทวารหนัก เนื่องจากอาจทำให้เกิด anal/cervical dysplasia ได้⁵

2) Trichloroacetic acid (TCA) 80-100%

วิธีทายา

ทาหูดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เช่นเดียวกับ Tincture podophyllin 25% โดยทาวาสลีนเพื่อป้องกันเนื้อเยื่อที่อยู่รอบ ๆ หูด²

ข้อห้าม

ห้ามใช้น้ำทาหูดที่ท่อปัสสาวะ²

หมายเหตุ

หากมีอาการปวดแสบหลังทายามาก หรือใช้ยาปริมาณมากเกินไป ให้โปะด้วย 5% Sodium bicarbonate (เช่น baking soda) หรือล้างด้วยสบู่เหลว²

3) Imiquimod 5%**วิธีทายา**

ทาตอนนอน วันเว้นวัน หรือสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ทาจนหายดี หรือไม่เกิน 16 สัปดาห์ (ทายาแล้วทิ้งไว้ 6-10 ชั่วโมง แล้วล้างออกด้วยน้ำและสบู่)² หลังการใช้อาจเกิดการอักเสบแดง ระคายเคือง แฉกกระด้าง เป็นแผลและตุ่ม สีผิวบริเวณที่ทายาอาจจางลง

ข้อห้าม

- 1) ห้ามใช้นี้ทาจุดที่ท้อปัสสาวะ
- 2) ห้ามใช้นี้ทาจุดที่ปากมดลูก ภายในช่องคลอด²
- 3) ห้ามใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี

3.1.2 หูดขนาดใหญ่หรือหูดที่รักษาด้วยวิธีข้างต้นไม่ได้ผล

ให้รักษาด้วยวิธีดังต่อไปนี้^{2,4} ได้แก่

- 1) จี้ด้วยความเย็น (cryotherapy) โดยใช้ liquid nitrogen ด้วยวิธีใช้ไม้พันสำลี หรือ cryospray
- 2) ผ่าตัด
- 3) จี้ด้วยไฟฟ้า (electrosurgery)
- 4) จี้ด้วยแสงเลเซอร์

3.2 แบ่งตามตำแหน่ง

3.2.1 หูดภายในช่องคลอด ปากมดลูก และบริเวณทวารหนัก²

- 1) TCA 80-100%
- 2) การจี้ด้วยความเย็น (cryotherapy)
- 3) ผ่าตัด

3.2.2 หูดที่ปากท่อน้ำนม

- 1) Tincture Podophyllin 25%²
- 2) การจี้ด้วยความเย็น (cryotherapy)²
- 3) ผ่าตัด²

หมายเหตุ

- 1) ผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรคเพศหญิงควรตรวจมะเร็งปากมดลูกตามแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประเทศไทย
- 2) ผู้ป่วยที่มีหูดที่ปากมดลูก ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและหากพบหูดลักษณะ exophytic warts บริเวณปากมดลูก ควรทำ biopsy เพื่อประเมินว่าไม่มีภาวะ High - grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) ก่อนการรักษา²
- 3) พิจารณาตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนักในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ใช้ทวารหนักรับการสอดใส่อวัยวะเพศ (receptive role)
- 4) หูดที่อวัยวะเพศในเด็ก พบไม่บ่อย ในรายที่พบอาจเกิดจากสาเหตุการล่วงละเมิดทางเพศ (sexual abuse) จำเป็นต้องมีการซักประวัติ และตรวจร่างกายเพิ่มเติม
- 5) ปัจจุบันมีวัคซีนที่สามารถป้องกันการติดเชื้อ HPV ได้บางสายพันธุ์ แต่ไม่ใช่การรักษา

ปัจจุบัน ในประเทศไทย มีวัคซีน 3 ชนิด⁶ ได้แก่

- วัคซีนชนิด 2 สายพันธุ์ (bivalent HPV vaccine) ประกอบด้วยสายพันธุ์ที่ 16 และ 18
- วัคซีนชนิด 4 สายพันธุ์ (quadrivalent HPV vaccine) ประกอบด้วยสายพันธุ์ที่ 6, 11, 16 และ 18
- วัคซีนชนิด 9 สายพันธุ์ (nonavalent HPV vaccine) ประกอบด้วยสายพันธุ์ที่ 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 และ 58

วัคซีนทั้ง 3 ชนิด สามารถป้องกันเชื้อ HPV สายพันธุ์ที่ 16 และ 18 ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกได้ประมาณ 70%⁷ สำหรับวัคซีนชนิด 4 และ 9 สายพันธุ์ สามารถป้องกันเชื้อ HPV สายพันธุ์ที่ 6 และ 11 ได้ด้วย ซึ่งเชื้อ HPV 2 สายพันธุ์นี้เป็นสาเหตุของโรคหูดหงอนไก่ประมาณ 90%² การฉีดวัคซีนจะต้องฉีด 3 เข็ม (กลุ่มที่เริ่มฉีดวัคซีนเข็มแรกก่อนอายุครบ 15 ปี และไม่ได้มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องสามารถฉีดวัคซีนเพียง 2 เข็มได้)⁶ และควรฉีดก่อนมีเพศสัมพันธ์ สามารถฉีดได้ตั้งแต่อายุ 9 ปี⁶ ทั้งเพศหญิงและชาย ในผู้หญิงที่ได้รับการฉีดวัคซีนดังกล่าว ยังมีความจำเป็นจะต้องมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามปกติ ห้ามฉีดวัคซีนในหญิงตั้งครรภ์⁶

4. การรักษาผู้เพศสัมพันธ์

1. ให้ตรวจคู่เพศสัมพันธ์และผู้สัมผัสโรคทุกราย รักษาเฉพาะรายที่มีอาการ²
2. ผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรคที่เป็นเพศหญิง ควรตรวจมะเร็งปากมดลูก ตามแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกประเทศไทย (ไม่จำเป็นต้องถี่กว่าปกติ)²

5. หญิงตั้งครรภ์

หูดอาจมีขนาดใหญ่โตเร็วกว่าคนทั่วไป การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีนัก กลับเป็นซ้ำบ่อยกว่าคนทั่วไป

การรักษา แนะนำให้ใช้ Trichloroacetic acid (TCA) 80-100% (Pregnancy Category C)

- ห้ามใช้ Tincture podophyllin 25% (Pregnancy Category X) และ Imiquimod 5% (Pregnancy Category C) เนื่องจากอาจมีอันตรายต่อทารกในครรภ์ได้²

การผ่าตัดจะทำในกรณีที่หูดนั้นขัดขวางการคลอด หรือคาดว่าจะทำให้มีเลือดออกมากถ้าคลอดตามปกติ การผ่าตัดไม่มีหลักฐานว่าสามารถป้องกันโรคหูดในระบบทางเดินหายใจของเด็กได้²

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ให้การรักษาเหมือนผู้ป่วยทั่วไป ในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง หูดอาจมีจำนวนมากและ/หรือขนาดใหญ่ ตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีขึ้น และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำบ่อย (recurrent) ในกรณีดังกล่าวให้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ²

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา

กรณีที่ใช้ Tincture podophyllin หรือ Trichloroacetic acid (TCA) ให้นัดหายาทุก 1 สัปดาห์ จนกว่าจะหาย

แนะนำให้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น โรคซิฟิลิส โรคไวรัสตับอักเสบบี ในผู้มารับบริการทุกราย และควรตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ป่วยที่เป็น MSM พนักงานบริการทางเพศ ผู้มีประวัติใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ผู้มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก

เอกสารอ้างอิง

1. Winer RL, Koutsky LA. Genital Human Papillomavirus Infection. 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. 489-508.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep 2021;70(4):100-13.
3. Sterling JC. Human Papillomavirus Infections. 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. 3095-106.
4. Gilson R, Nugent D, Werner N, Ballesteros J, Ross J. 2019 IUSTI-Europe guideline for the management of anogenital warts. JEADV 2020;34:1644-53.
5. Gordon PH. Condyloma Acuminatam. In: Gordon PH, Nivatvongs S, editors. Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum, and Anus. 3rd ed. Boca Raton: CRC Press; 2007. p. 261-73.
6. คณะอนุกรรมการมะเร็งวิทยานรีเวช พ.ศ. 2562-2564, คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การป้องกันมะเร็งปากมดลูกปฐมภูมิ. การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 36 และการประชุมสามัญประจำปี พ.ศ. 2564 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 14-17 ธันวาคม 2564; การประชุมแบบเสมือนจริง (Virtual Conference), ประเทศไทย: 2564. น. 140-51.
7. Basu P, Malvi SG, Joshi S, Bhatla N, Muwonge R, Lucas E. Vaccine efficacy against persistent human papillomavirus (HPV) 16/18 infection at 10 years after one, two, and three doses of quadrivalent HPV vaccine in girls in India: a multicentre, prospective, cohort study. Lancet Oncol 2021;22:1518-29.

โรคหูดข้าวสุก

Molluscum
Contagiosum

3.12 โรคหูดข้าวสุก (Molluscum Contagiosum)



แพทย์หญิงนิอร บุญผ่อง
และ นายแพทย์กิตติภูมิ ชินศิริกุล

เกิดจากการติดเชื้อไวรัสชนิด Molluscum contagiosum virus (MCV) หูดข้าวสุก พบได้บ่อยในเด็ก ผู้ใหญ่ในวัยเจริญพันธุ์และผู้ป่วยที่มีระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง สามารถติดต่อทางการสัมผัสโดยตรงกับบริเวณรอยโรค โดยอาจเกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์หรือไม่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ก็ได้ สามารถติดต่อทางการใช้สิ่งของร่วมกันกับผู้ป่วย เช่น ฟองน้ำถูตัวเวลาอาบน้ำ ผ้าเช็ดตัว หรือติดต่อจากการใช้สระว่ายน้ำ¹

1. ลักษณะทางคลินิก

อาการ :

ตุ่มนูนในผู้ใหญ่มักพบกระจายที่ต้นขา ขาหนีบ บริเวณอวัยวะเพศ และท้องน้อย ในเด็กมักพบที่บริเวณลำตัว แขนขา ซอกพับ อวัยวะเพศ และใบหน้า¹⁻²

อาการแสดง :

ตุ่มสีชมพูหรือสีเดียวกับผิวหนัง ตูมๆ ผิวเรียบ มีรอยบุ๋มตรงกลางตุ่ม ขนาด 2-5 มิลลิเมตร มีเพียงตุ่มเดียว หลายตุ่ม หรือเรียงตัวเป็นแนวเส้น (Koebner phenomenon)¹⁻² ในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องขนาดหูดข้าวสุกมักจะใหญ่มากกว่า 1 เซนติเมตร (giant molluscum contagiosum) และมีจำนวนมากกว่า 100 เม็ด กระจายได้ทั่วตัว หรือมีหูดบริเวณใบหน้า¹⁻³



รูป 3.12.1 ตุ่มโรคหูดข้าวสุก

ที่มา: ศูนย์การแพทย์บางรัก

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา

อาการและอาการแสดงที่เข้าได้กับหูดข้าวสุก ต้องวินิจฉัยแยกโรคกับ histoplasmosis และ cryptococcosis การตรวจทางห้องปฏิบัติการสามารถช่วยยืนยันการวินิจฉัยโดยการนำเนื้อหูดสีเขาวมาย้อม Giemsa ส่องดูด้วยกล้องจุลทรรศน์พบ molluscum bodies มีลักษณะ large intracytoplasmic eosinophil inclusion bodies^{1,4} หรือใช้ 10% potassium hydroxide solution (KOH) เพื่อดู molluscum bodies ได้

3. การรักษา

หูดข้าวสุกสามารถหายได้เอง ส่วนใหญ่สามารถหายได้เองในเวลา 6-9 เดือน แต่ในบางรายที่ไม่ได้รับการรักษา เป็นนานถึง 3-4 ปี การรักษาทำเพื่อป้องกันการแพร่กระจายสู่ผู้อื่นและตนเอง (autoinoculation) ทั้งนี้การตัดสินใจว่าจะรักษาหรือไม่ขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย¹

ควรให้คำแนะนำให้หลีกเลี่ยงการสัมผัสแกะเกาบริเวณรอยโรค อาจจะใช้ผ้าพันแผลหรือเสื้อผ้าปกคลุมบริเวณรอยโรคเพื่อป้องกันการสัมผัส ไม่ใช่เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว ร่วมกันกับผู้อื่น งดยาในสระว่ายน้ำจนกว่าจะหายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น^{1,4}

3.1 การทำหัตถการ

- Curettage¹⁻³ จัดเป็น mechanical removal ได้ผลดี มีหลายเทคนิค เช่น
 - ◆ ใช้ curette ขนาดเล็กขูดออก
 - ◆ ใช้เข็มฉีดยา sterile สะกิดบริเวณตุ่ม แล้วใช้ไม้กดสิว (comedone extractor) กดออก หรือบีบเนื้อหูดสีขาวที่อยู่ภายในออกให้หมด
 - ◆ ใช้ arterial clampหนีบออก
 - ◆ ใช้ใบมีดของ punch biopsy จับวางในแนวเอียงประมาณ 30 องศา แล้วฟานหูดข้าวสุกออก

- จี้ด้วยไฟฟ้า^{1-2,4}
- Cryotherapy/liquid nitrogen¹⁻⁴ ได้ผลดี สามารถใช้ได้ทั้งแบบไม้พ่นสำหรับจี้ใน liquid nitrogen แล้วนำมาแต้มที่รอยโรค หรือแบบสเปรย์นาน 10-20 วินาที ทำ 1-2 รอบ สามารถทำซ้ำได้ทุก 2 สัปดาห์¹
- Pulsed-dye laser^{1,3-4}

3.2 การรักษาด้วยยา

- ยาทาภายนอก
 - ◆ Tincture Podophyllin 10-25%^{2,3} ทา 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ เมื่อทาครบ 4 ชั่วโมง แล้วล้างออก
 - ◆ Imiquimod cream¹⁻⁴ ทา 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เมื่อทาครบ 6-10 ชั่วโมง แล้วล้างออก
 - ◆ Tretinoin 0.1% cream¹⁻⁴ ทาวันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน
- ยารับประทาน เช่น Cimetidine^{1,4} ขนาด 25-40 มก./กก./วัน ออกฤทธิ์กระตุ้นการตอบสนองของภูมิคุ้มกันชนิดล่าช้า (delayed type hypersensitivity) ใช้ในกรณีที่รอยโรคกระจายมาก หรือผู้ป่วยไม่ร่วมมือกับการรักษาด้วยการทำหัตถการ
- การรักษาอื่น ๆ เช่น intralesional Candida antigen, topical Cidofovir

4. การรักษาผู้ป่วยสัมผัส

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ร่วมด้วย ไม่จำเป็นต้องตามคู่เพศสัมพันธ์มารักษา ถ้าคู่เพศสัมพันธ์ไม่มีหูดข้าวสุก⁶

5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร/เด็ก

ในหญิงตั้งครรภ์ห้ามใช้ Tincture podophyllin (Pregnancy Category X), Tretinoin 0.1% (Pregnancy Category C) และ Imiquimod cream (Pregnancy Category C) สำหรับหญิงในระยะให้นมบุตรไม่แนะนำให้ใช้ Tincture podophyllin และ Imiquimod เนื่องจากยังไม่มีรายงานในเรื่องความปลอดภัย^{2,4,7-9}

ในเด็กการตัดสินใจว่าจะรักษาหรือไม่ ขึ้นกับผู้ปกครองและผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาข้อดีและข้อเสีย หัตถการที่จะทำให้เกิดความเจ็บปวดในเด็กควรพิจารณาใช้ยาชาเฉพาะที่ผิวหนังก่อนทำหัตถการ^{1,5} ที่นิยมเลือกใช้ คือ curettage และการรับประทานยา cimetidine

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ให้การรักษาเหมือนผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี¹ แต่ต้องระวังการติดเชื้อเอชไอวีจากเลือดผู้ป่วย ถ้าไม่หายให้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา

นัด 1-2 สัปดาห์ เพื่อประเมินอาการหลังการรักษา หรืออาจขึ้นกับวิธีที่ใช้ในการรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. Meza-Romero R, Navarrete-Dechent C, Downey C. Molluscum contagiosum: an update and review of new perspectives in etiology, diagnosis, and treatment. Clin Cosmet Investig Dermatol 2019;12:373-81.
2. Douglas JM, Jr. Molluscum contagiosum. In Holmes KK, Sparling PF, Stamm BW, Piot P, Wasserheit JN, Corey L, et al, editors. Sexually transmitted diseases. 4th ed. New York: McGraw Hill; 2008. p. 546-50.
3. Dhar JK. Molluscum. In: Gupta S, Kumar B, editors. Sexually transmitted infections. 2nd ed. Delhi: Mosby; 2012. p. 374-9.
4. Haddock ES, Friedlander SF. Poxvirus infections. In: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, et al, editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2019. p. 3086-90.
5. British Association for Sexual Health and HIV. UK national guideline for the management of Genital Molluscum in adults [Internet]. 2021. [cited 2024 Jan 18]. Available from: <https://www.bashhguidelines.org/media/1285/draft-bashh-molluscum-guideline-2021.pdf>
6. Drug.com [Internet]. Podocon-25 Prescribing Information [update 2023 Nov 14; cited 2024 Jan 18]. Available from: <http://www.drugs.com/pro/podocon-25.html>
7. Drug.com [Internet]. Tretinoin topical Pregnancy and Breastfeeding Warnings [update 2023 Aug 03; cited 2024 Jan 18]. Available from: <http://www.drugs.com/pregnancy/tretinoin-topical.html>

เอกสารอ้างอิง

8. Drug.com [Internet]. Imiquimod topical Pregnancy and Breastfeeding Warnings [update 2023 May 19; cited 2024 Jan 18]. Available from: <https://www.drugs.com/pregnancy/imiquimod-topical.html>

โรคหิด

Scabies

3.13 โรคหิด (Scabies)



แพทย์หญิงนิอร บุญเรือน

โรคหิดเกิดจากการติดเชื้อ *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* ติดต่อดี้ง่าย
ทางการสัมผัส¹⁻⁴

1. ลักษณะทางคลินิก

อาการ :

อาการคันเป็นอาการสำคัญที่สุดของโรคหิด มักเป็นแบบคันทั่วตัวและคันมาก
โดยเฉพาะเวลากลางคืน อาจมีประวัติของอาการคันในสมาชิกในครอบครัวหรือคน
ใกล้ชิด¹

อาการแสดง :

พบรอยโรคได้หลายลักษณะ ได้แก่ papule, vesicle และ nodule พบได้บ่อย
ที่ข้อมือ ง่ามนิ้วมือและเท้า รักแร้ ซอกพับ สะดือ และอวัยวะเพศ ลักษณะจำเพาะ
ของโรค คือ รอยอุโมงค์เรียกว่า burrow ซึ่งเกิดจากการไชของเชื้อหิดเป็นทางสั้น ๆ
มีลักษณะคดเคี้ยว แต่รอยโรคที่พบส่วนใหญ่มักเป็นรอยเกา มีการอักเสบของผิวหนัง
ตุ่มแดง (scabietic nodules) ที่บริเวณอวัยวะเพศชาย ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย
ได้แก่ การติดเชื้อแบคทีเรีย¹⁻³

Crusted scabies เป็นการติดเชื้อหิดที่พบได้ใน immunocompromised host
โดยเฉพาะผู้ป่วยโรค acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) ผู้ที่ติดเชื้อ
Human T-lymphotropic virus type 1 (HTLV-1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือด
ผู้ป่วยโรคเรื้อน ผู้ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ และผู้ป่วย
ติดเตียง ในกลุ่มนี้ผื่นจะหนา (hyperkeratosis) ปกคลุมด้วยขุยและสะเก็ดสีเหลือง
น้ำตาล พบผื่นได้ทั่วทั้งตัว พบได้บ่อยที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ใต้เล็บ^{2,3}



รูป 3.13.1 ตุ่มโรคหิด

ที่มา: ศูนย์การแพทย์บางรัก

2. บทบาทในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา

การวินิจฉัยโรคหิด สามารถยืนยันได้จากการตรวจหาเชื้อหิดทางห้องปฏิบัติการ โดยการทำ oil preparation ควรเลือกรอยโรคโดยเฉพาะจากบริเวณ burrow หยด mineral oil และนำด้านที่ไม่คมของใบมีดมาขูดที่อุโมงค์แล้วป้ายบนกระจก สไลด์และส่องกล้องจุลทรรศน์ จะทำให้มีโอกาสดูตัวหิด ไข่ เปลือกไข่ หรืออุจจาระ (scybala) ได้มากขึ้น แต่วิธีนี้มีความไวต่ำและใช้เวลาในการตรวจ หรือ burrow ink test ทำโดยหยดหมึกลงไปบริเวณที่สงสัยว่ามีอุโมงค์ ผลบวกคือพบหมึกที่ซึมเข้าไป ในอุโมงค์เห็นเป็นเส้นเหมือนเส้นด้ายบนผิว วิธีอื่น ๆ เช่น การส่องกล้องสำหรับตรวจ ผิวหนัง (dermoscopy) สามารถทำได้ พบลักษณะ triangle sign เกิดจากส่วนหัว ของตัวหิด และ the delta wing jet with contrail sign เกิดจากส่วนหัวของตัวหิด และเส้นทางของอุโมงค์หิด²⁻³ อย่างไรก็ดี การตรวจหาเชื้อหิดนั้นต้องอาศัยความชำนาญ ของผู้ตรวจ ดังนั้น ในรายที่มีประวัติและอาการแสดงเข้าได้กับโรคหิด ถึงแม้ว่าจะ ตรวจไม่พบหิด อาจให้การรักษาไปก่อนแล้วรอดติดตามอาการ หากผู้ป่วยตอบสนอง ต่อการรักษาดีถือเป็นการยืนยันการวินิจฉัย¹

3. การรักษา

ยาทารักษาคิด ให้ผู้ป่วยทายาให้ทั่วทุกส่วนของร่างกาย ตั้งแต่คอลงมาจนถึงปลายเท้าให้ทั่ว ไม่เว้นบริเวณใดไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เป็นซอกอับ หากมีรอยโรคที่ใบหน้าและศีรษะ สามารถทายา ได้ โดยสามารถเลือกใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Permethrin 5% cream เป็นยาหลักที่เลือกใช้เป็นตัวแรกในการรักษา เนื่องจากได้ผลดีและยังไม่พบการดื้อยา วิธีใช้ ทาทั่วตัวทิ้งไว้ 8-14 ชั่วโมง แล้วล้างออก แล้วทาซ้ำอีก 1 สัปดาห์^{2,3}
- Benzyl benzoate 10-25% emulsion ทาทั่วตัวทิ้งไว้ 8-14 ชั่วโมง แล้วล้างออก ให้ทาซ้ำอีกครั้งใน 1 สัปดาห์ต่อมา ยานี้ทำให้เกิดอาการระคายเคือง แสบผิว สามารถเกิดผื่นผิวหนังอักเสบจากการระคายเคืองได้ จึงไม่ควรใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี
- Ivermectin 200 µg/kg. รับประทานครั้งเดียว และรับประทานซ้ำในขนาดเดียวกัน ภายใน 2 สัปดาห์^{2,3}

หมายเหตุ

1) ควรทำความสะอาดเครื่องนุ่งห่มและเครื่องนอนด้วยน้ำร้อนหรืออบด้วยความร้อนที่อุณหภูมิ 50-60 องศาเซลเซียสขึ้นไป หากไม่สามารถซักได้ก็ควรเก็บในถุงพลาสติกปิดมิดชิดอย่างน้อย 72 ชั่วโมง³

2) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการคันมาก อาจให้รับประทาน antihistamine ร่วมด้วย ถ้ายังมีตุ่มคันเหลืออยู่และตรวจไม่พบเชื้อให้ใช้ยาทาสเตียรอยด์ที่มีฤทธิ์อ่อน² ทาวันละ 2 ครั้ง จนกว่าจะหาย หรือฉีดยาสเตียรอยด์บริเวณรอยโรคได้

3) Crusted scabies แนะนำให้รักษาด้วยยาทาและยารับประทานพร้อมกัน โดยให้ 5% Permethrin cream ทาทั่วตัวทิ้งไว้ 8-14 ชั่วโมง แล้วล้างออก ติดกัน 7 วัน จากนั้นทำซ้ำ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ จนกระทั่งหายสนิท ร่วมกับรับประทาน Ivermectin 200 µg/kg. ในวันที่ 1, 2, 8, 9 และ 15 ในรายที่รุนแรงมากสามารถให้ยา Ivermectin รับประทานเพิ่มในวันที่ 22 และ 29³

4. การรักษาคู่เพศสัมพันธ์

ให้รักษาคู่เพศสัมพันธ์ สมาชิกทุกคนในบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด แม้ไม่มีอาการ¹⁻³ โดยให้การรักษาร่วมกัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำจากคนที่ไม่ได้รับการรักษา

5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร/เด็ก

5.1 หญิงตั้งครรภ์/ให้นมบุตร

- Permethrin 5% cream¹⁻³ (Pregnancy Category B) ทาทั่วตัว ทั้งไว้ 2 ชั่วโมงเท่านั้น แล้วล้างออก แล้วทำซ้ำอีกครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์²
- Sulfur ointment 5-10%² (Pregnancy Category C) คำแนะนำวิธี การทามีความหลากหลาย ทาทั่วตัวทั้งไว้ 8 ชั่วโมง แล้วล้างออก ใช้ต่อเนื่อง นาน 3-7 วัน หรือทาทั้งไว้ทั้งวันทั้งคืน 24 ชม. แล้วล้างออก ทาใหม่ ติดต่อกัน 3 วัน⁴ ให้ทาซ้ำอีกครั้งใน 1 สัปดาห์ต่อมา ข้อดี คือ ราคาถูก ข้อเสีย คือ มีกลิ่นเหม็น และมีสีเหลือง

5.2 เด็ก

- Permethrin 5% cream^{2,3}
 - ◆ เด็กอายุ 2 ปีขึ้นไป เป็นยาหลักที่เลือกใช้เป็นตัวแรกในการรักษา ทาทั่วตัวทั้งไว้ 8-14 ชั่วโมง แล้วล้างออก แล้วทาซ้ำอีก 1 สัปดาห์^{2,3}
 - ◆ เด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี ทาทั่วตัวทั้งไว้ 2 ชั่วโมงเท่านั้น แล้วล้างออก แล้วทำซ้ำอีกครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์²
 - ◆ ไม่ควรใช้ในเด็กทารกอายุน้อยกว่า 2 เดือน ควรพิจารณาเลือกใช้ 5-10% Sulfur ointment
 - ◆ 5-10% Sulfur ointment² วิธีใช้เหมือนกันกับหญิงตั้งครรภ์ สามารถ ใช้ได้ปลอดภัยในเด็ก^{2,3,5}

หมายเหตุ

ห้ามใช้ Ivermectin ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กน้ำหนักน้อยกว่า 15 กิโลกรัม เนื่องจากในเด็กเล็ก blood brain barrier ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์^{2,3}

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ให้การรักษามือเหมือนผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี³ ยกเว้นถ้ามีอาการและมีรอยโรคมาก ให้การรักษาแบบ crusted scabies

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา

นัดดูอาการโดยอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ที่ทำการตรวจรักษา โดยทั่วไปผื่นและอาการคันมักจะดีขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ ในบางรายยังคงมีอาการคันอยู่ได้นานถึง 4 สัปดาห์ แม้ว่ารักษาหายแล้ว แต่ถ้ายังมีผื่นใหม่เกิดขึ้น พิจารณาตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการซ้ำ หากยังพบหลักฐานของการติดเชื้อให้พิจารณาเรื่องการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เช่น วิธีหรือจำนวนครั้งของการทายา ความร่วมมือในการรักษาของสมาชิกในบ้าน การติดเชื้อซ้ำ หรืออื่น ๆ ที่อาจเป็นปัจจัยให้ผลการรักษาไม่สำเร็จ³

เอกสารอ้างอิง

1. Chosidow O. Clinical practices. Scabies. N Eng J Med 2006;354(16): 1718-27.
2. Wheat CM, Burkhart CN, Burkhart CG, Cohen BA. Scabies, other mites, and pediculosis. In: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, et al, editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2019. p. 3274-8.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep 2021;70:126-8.
4. Sharquie KE, Al-Rawi JR, Noaimi AA, Al-Hassany HM. Treatment of scabies using 8% and 10% topical sulfur ointment in different regimens of application. J Drugs Dermatol. 2012;11(3):357-64.
5. Singalavanija S, Limpongsanurak W, Soponsakunkul S. A comparative study between 10 per cent sulfur ointment and 0.3 per cent gamma benzene hexachloride gel in the treatment of scabies in children. J Med Assoc Thai 2003;86 Suppl 3:S531-6.

โรคไลน

Pediculosis Pubis

3.14 โรคไลน (Pediculosis Pubis)



แพทย์หญิงนิอร บุญผ่อง

โรคไลน เกิดจากการติดเชื้อ *Phthirus pubis* ที่เส้นขนบริเวณลำตัว โลนมีขนาด 0.8-1.2 มิลลิเมตร ลำตัวสั้นและกว้าง มีลักษณะคล้ายปู ติดต่อทางการสัมผัสโดยตรง หรือเสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว เครื่องนอนที่มีตัวโลนอยู่

1. ลักษณะทางคลินิก

อาการ :

คันที่บริเวณหัวหน่าว อาจพบไข่โลน ตัวโลนที่ขนบริเวณอวัยวะเพศ¹

อาการแสดง :

ส่วนใหญ่มักเป็นรอยเกา พบไข่โลน ตัวโลนเกาะที่ขนบริเวณอวัยวะเพศ¹ อาจพบลักษณะที่เรียกว่า maculae cerulea² พบรอยโรคสีน้ำเงินเทา ขอบไม่เรียบ เกิดจากเลือดออกใต้ผิวหนัง ขนาดประมาณ 1 เซนติเมตร ที่บริเวณหน้าท้องด้านล่าง และต้นขา



รูป 3.14.1 รอยโรคไลน

ที่มา: ศูนย์การแพทย์บางรัก

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา

ตรวจพบไข่โลนหรือตัวโลนที่ขนบริเวณอวัยวะเพศ¹

3. การรักษา

3.1 โลนที่อวัยวะเพศ โดยใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Permethrin 1% lotion ทาบริเวณเส้นขนทิ้งไว้ 10 นาที แล้วล้างออก^{2,3}
- Malathion 0.5% lotion ทาบริเวณเส้นขนทิ้งไว้ 8-12 ชั่วโมง แล้วล้างออก²⁻³
- Ivermectin 250 µg/กก. รับประทานครั้งเดียว และรับประทานซ้ำใน 7-14 วัน³

3.2 โลนที่ขนตา (Phthiriasis palprebrarum)

- Ivermectin 200 µg/กก. รับประทานครั้งเดียว และรับประทานซ้ำใน 7-14 วัน⁴
- ทาขนตาด้วยปิโตรเลียมเจลลี่หรือขี้ผึ้งป้ายตา วันละ 2 ครั้ง นาน 10 วัน³

หมายเหตุ

ผู้ป่วยที่ตรวจพบว่ามีโลน ควรตรวจร่างกายให้ทั่วตัว นอกจากเส้นขนบริเวณหัวหน่าว ยังสามารถพบได้ที่บริเวณอื่น ๆ เช่น หนวด เครา รักแร้ ขนตา ขนรอบทวารหนัก และหนังศีรษะได้^{2,5} การกำจัดขนช่วยลดอุบัติการณ์การติดเชื้อแต่ไม่ใช่วิธีทำให้หายขาดเนื่องจากโลนสามารถย้ายไปอาศัยบริเวณอื่นที่มีขน^{2,3}

4. การรักษาคู่เพศสัมพันธ์

คู่เพศสัมพันธ์ที่มีเพศสัมพันธ์ภายใน 30 วัน ก่อนที่ผู้ป่วยมีอาการ ควรได้รับการตรวจและให้การรักษาร่วมกัน และควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์จนกว่ารักษาหายสนิท³

5. ▶ เหนียงดั่งครรภ์/เหนียงในระยะให้นมบุตร³

Permethrin 1% lotion (Pregnancy Category B) ทาบริเวณเส้นขน
ทิ้งไว้ 10 นาที แล้วล้างออก^{2,3}

6. ▶ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ให้การรักษาเหมือนผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี³

7. ▶ การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา

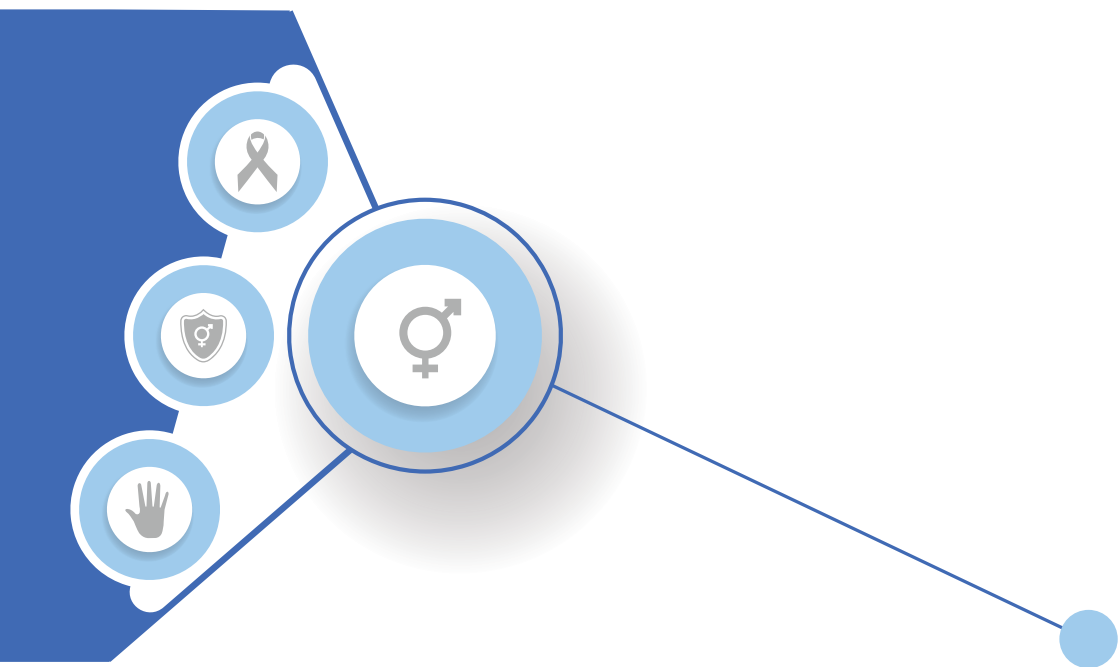
นัด 1 สัปดาห์ ถ้ายาไม่สามารถฆ่าโลนได้ทั้งหมด ไข่จะฟักเป็นตัวอ่อนภายใน
1 สัปดาห์¹ ควรทายาอีกครั้ง 1 สัปดาห์ หลังการทายาครั้งแรก

แนะนำให้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น โรคซิฟิลิส โรคไวรัสตับอักเสบบี
ในผู้มารับบริการทุกราย และควรตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
ในผู้ป่วยที่เป็น MSM พนักงานบริการทางเพศ ผู้มีประวัติใช้เข็ม
ฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ผู้มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก

เอกสารอ้างอิง

1. Leone P, Gopalkrishnan TV, Usha V. Scabies and pediculosis pubis. In: Gupta S, Kumar B, editors. Sexually transmitted infections. 2nd ed. Delhi: Mosby; 2012. p. 622-8.
2. Wheat CM, Burkhart CN, Burkhart CG, Cohen BA. Scabies, other mites, and pediculosis. In: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, et al, editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2019. p. 3283-4.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep 2021;70:126-8.
4. Burkhart CG, Burkhart CN. Oral ivermectin therapy of phthiriasis palpebrarum. Arch Ophthalmol 2000;118:134-5.
5. Mansour AM. Photo essay: phthiriasis palpebrarum. Arch Ophthalmol. 2000;118:1458-9.

ภาคผนวก





ข้อแนะนำเกี่ยวกับยารักษา โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์



เภสัชกรหญิงจันทนา ชูเกียรติศิริ
เภสัชกรหญิงธนัญญา มา

1. ระดับความปลอดภัยของยาที่ใช้ในหญิงตั้งครรภ์ (Pregnancy Categories)

องค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา (U.S. Food and Drug Administration; US FDA) แบ่งออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ Category A, B, C, D และ X¹

Category A จากการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุมในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ยากลุ่มนี้ไม่มีความเสี่ยงในการทำให้เกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์เมื่อใช้ในช่วงไตรมาสแรก และไม่มีหลักฐานทางวิชาการที่แสดงความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์ เมื่อใช้ในช่วงไตรมาสที่ 2 และ 3

Category B จากการศึกษาในสัตว์ พบว่า ยากลุ่มนี้ไม่มีความเสี่ยงในการทำให้เกิดความผิดปกติของตัวอ่อนในครรภ์ แต่ไม่มีการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุมในหญิงตั้งครรภ์หรือการศึกษาในสัตว์ที่แสดงผลกระทบอันไม่พึงประสงค์ (นอกจากความสามารถในการสืบพันธุ์ลดลง) ซึ่งไม่มีการยืนยันในการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุมในหญิงตั้งครรภ์เมื่อใช้ในช่วงไตรมาสแรก (และไม่มีหลักฐานทางวิชาการที่แสดงความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์เมื่อใช้ในช่วงไตรมาสที่ 2 และ 3)

Category C จากการศึกษาในสัตว์ พบว่า ยากลุ่มนี้ทำให้เกิดความผิดปกติของตัวอ่อนในครรภ์ (ตัวอ่อนเกิดวิรูป หรือตาย หรืออื่น ๆ) และไม่มีการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุมในหญิงตั้งครรภ์ หรือการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์และสัตว์ที่สามารถหาได้ ดังนั้น ควรใช้ยากลุ่มนี้เมื่อมีการประเมินแล้วว่า จะเกิดประโยชน์มากกว่า ความเสี่ยงในการทำให้เกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์

Category D มีหลักฐานทางวิชาการเชิงบวกที่แสดงให้เห็นว่า ยากลุ่มนี้มีความเสี่ยงในการทำให้เกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์ แต่ประโยชน์จากการใช้ยากลุ่มนี้ในหญิงตั้งครรภ์สามารถยอมรับได้ แม้ว่าจะมีความเสี่ยงก็ตาม (เช่น ยาที่จำเป็นต้องใช้ในสถานการณ์ที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือโรคร้ายแรง ซึ่งยาที่มีความปลอดภัยต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถใช้ได้ผล)

Category X จากการศึกษาในสัตว์หรือมนุษย์ พบว่า ยากลุ่มนี้ทำให้เกิดความผิดปกติของตัวอ่อนหรือทารกในครรภ์ หรือมีหลักฐานทางวิชาการที่แสดงความเสี่ยงต่อความผิดปกติของทารกในครรภ์จากประสบการณ์การใช้ยาในมนุษย์หรือสัตว์ และการใช้ยากลุ่มนี้ในหญิงตั้งครรภ์ทำให้เกิดความเสี่ยงมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ ดังนั้น ยากลุ่มนี้จึงจัดเป็นยาห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์หรือในหญิงที่อาจจะตั้งครรภ์

ตัวอย่างยารักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบ่งตาม US FDA Pregnancy Categories¹

Generic	Route of Administration	Pregnancy Category
Acyclovir	PO	B
	parenteral	B
	topical	B
Amoxicillin	PO	B
Azithromycin	PO	B
Benzathine Penicillin G	parenteral	B
Benzyl Benzoate	topical	N/A
Cefixime	PO	B
Cefotaxime	parenteral	B
Ceftriaxone	parenteral	B
Ciprofloxacin	PO	C
Clindamycin	PO	B
Clotrimazole	PO (troche)	C
	topical	B
	vaginal	B

Generic	Route of Administration	Pregnancy Category
Doxycycline	PO	D
Erythromycin stearate	PO	B
Famciclovir	PO	B
Fluconazole	PO	C (single dose of 150 mg for vaginal candidiasis); D (indications other than vaginal candidiasis)
Gentamicin	parenteral	D
Imiquimod	topical	C
Itraconazole	PO	C
Ivermectin	PO	C
Levofloxacin	PO	C
Metronidazole	PO	B
Moxifloxacin	PO	C
Ofloxacin	PO	C (caution especially in 1 st trimester)
Permethrin	topical	B
Podophyllin	topical	X
Spectinomycin*	parenteral	B
Sulfur	topical	N/A
Tetracycline	PO	D
Tinidazole	PO	C
Tretinoin	topical	C
Trichloroacetic acid	topical	C ²
Valacyclovir	PO	B

N/A (Not Available) = ไม่พบข้อมูล

หมายเหตุ : 1. องค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา (U.S. Food and Drug Administration; US FDA) ได้ยกเลิกระดับความปลอดภัยของยาที่ใช้ในหญิงตั้งครรภ์ (Pregnancy Categories) โดยให้เปลี่ยนไปใช้ The Pregnancy and Lactation Labeling Rule (PLLR) ตั้งแต่วันที่ 30 มิถุนายน 2015 เป็นต้นมา^{1,3} แต่สำหรับประเทศไทยในทางปฏิบัติยังนิยมการใช้ Pregnancy Categories อยู่

2. Spectinomycin ยังไม่มีในประเทศไทย (ข้อมูล ณ วันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

2. ปฏิกริยาระหว่างยารักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับยาอื่น

1) ยาต้านเชื้อแบคทีเรีย (Antibacterial Drugs)

ยา	ทำปฏิกริยากับ	ผลที่เกิดขึ้น	ข้อแนะนำ
1.1 ยากลุ่ม Penicillins			
Benzathine Penicillin G	Warfarin	ระดับยา Warfarin ในเลือดเพิ่มขึ้น ⁴	1. ติดตามค่า Clotting parameters ได้แก่ INR, PT ⁴ 2. ปรับลดขนาดยา Warfarin
1.2 ยากลุ่ม Cephalosporins			
Cefixime	Warfarin	ระดับยา Warfarin ในเลือดเพิ่มขึ้น ⁴	1. ติดตามค่า Clotting parameters ได้แก่ INR, PT ⁴ 2. ปรับลดขนาดยา Warfarin
Ceftriaxone	Warfarin	ระดับยา Warfarin ในเลือดเพิ่มขึ้น ⁴⁻⁶	1. ติดตามค่า Clotting parameters ได้แก่ INR, PT ⁴⁻⁶ 2. ปรับลดขนาดยา Warfarin ^{5,6}
1.3 ยากลุ่ม Macrolides			
Azithromycin	Warfarin	ระดับยา Warfarin ในเลือดเพิ่มขึ้น ⁴⁻⁶	1. ติดตามค่า Clotting parameters ได้แก่ INR, PT ⁴⁻⁶ 2. ปรับลดขนาดยา Warfarin ⁵⁻⁶
	อาหาร	อาหารจะมีผลลดความเข้มข้นสูงสุดของยาในเลือด 52% (เมื่อรับประทานร่วมกับ Azithromycin รูปแบบ capsule) ⁷	ควรรับประทานยา Azithromycin ตอนท้องว่าง ก่อนอาหาร อย่างน้อย 1 ชั่วโมง หรือ หลังอาหาร 2 ชั่วโมง

ยา	ทำปฏิกิริยากับ	ผลที่เกิดขึ้น	ข้อแนะนำ
Erythromycin	Carbamazepine	Carbamazepine ในเลือดอาจสูงมากจนเกิดพิษได้ ⁵	ติดตามการใช้ยาและปรับขนาด Carbamazepine ให้เหมาะสม ⁵
	Digoxin	Digoxin ในเลือดอาจสูงมากจนเกิดพิษได้ ⁵	ตรวจวัดระดับ Digoxin ในเลือดและสังเกตอาการพิษ Digoxin ⁵
	Ergotamine และอนุพันธ์	ระดับ Ergotamine ในเลือดสูงขึ้น จนอาจเกิดพิษของยา ทำให้เกิดการขาดเลือดที่หลอดเลือดส่วนปลาย ⁵	1. ติดตาม/ แนะนำให้ผู้ป่วยดู sign ergotism อย่างใกล้ชิด 2. อาจปรับลดขนาดยา Ergotamine ⁵
	Theophylline	ระดับ Theophylline เพิ่มขึ้นจนอาจเกิดพิษได้ ⁵	ตรวจวัดระดับยาและปรับขนาดยา Theophylline ให้เหมาะสม ⁵
	Warfarin	ระดับยา Warfarin ในเลือดเพิ่มขึ้น ⁴⁻⁶	1. ติดตามค่า Clotting parameters ได้แก่ INR, PT ⁴⁻⁶ 2. ปรับลดขนาดยา Warfarin ⁶
	แอลกอฮอล์	แอลกอฮอล์อาจลดการดูดซึมยา ⁸ ทำให้ผลการยับยั้งเชื้อลดลง	หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ⁸

1.4 ยากลุ่ม Quinolones

Ciprofloxacin	Warfarin	ระดับยา Warfarin ในเลือดเพิ่มขึ้น ⁴⁻⁶	1. ติดตามค่า Clotting parameters ได้แก่ INR, PT ⁴⁻⁶ 2. ปรับลดขนาดยา Warfarin ⁶
	ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของแร่ธาตุ ได้แก่ แคลเซียม แมกนีเซียม อะลูมิเนียม เหล็ก หรือสังกะสี ที่อยู่ในรูปของยา หรือสารอาหาร เช่น ยาลดกรด ยาบำรุงเลือด ผลิตภัณฑ์นม	Ciprofloxacin ถูกดูดซึมน้อยลง ^{5-9,10} ทำให้ผลการยับยั้งเชื้อลดลง	หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน ^{5-9,10} หรือในกรณีที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ให้รับประทานยา Ciprofloxacin ก่อนผลิตภัณฑ์ดังกล่าวอย่างน้อย 2-4 ชั่วโมง หรือหลังอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง

ยา	ทำปฏิกิริยากับ	ผลที่เกิดขึ้น	ข้อแนะนำ
Levofloxacin	Warfarin	ระดับยา Warfarin ในเลือดเพิ่มขึ้น ⁴⁻⁶	1. ติดตามค่า Clotting parameters ได้แก่ INR, PT ⁴⁻⁶ 2. ปรับลดขนาดยา Warfarin ⁶
	ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของแร่ธาตุ ได้แก่ แคลเซียม แมกนีเซียม อะลูมิเนียม เหล็ก หรือสังกะสี ที่อยู่ในรูปของยา หรือสารอาหาร เช่น ยาลดกรด ยาบำรุงเลือด ผลิตภัณฑ์นม	Levofloxacin ถูกดูดซึมน้อยลง ^{5-9,10} ทำให้ผลการยับยั้งเชื้อลดลง	หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน ^{5-9,10} หรือในกรณีที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ให้รับประทานยา Levofloxacin ก่อนผลิตภัณฑ์ดังกล่าวอย่างน้อย 2-4 ชั่วโมง หรือหลังอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง
Moxifloxacin	Warfarin	ระดับยา Warfarin ในเลือดเพิ่มขึ้น ⁴⁻⁶	1. ติดตามค่า Clotting parameters ได้แก่ INR, PT ⁴⁻⁶ 2. ปรับลดขนาดยา Warfarin ⁶
	ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของแร่ธาตุ ได้แก่ แคลเซียม แมกนีเซียม อะลูมิเนียม เหล็ก หรือสังกะสี ที่อยู่ในรูปของยา หรือสารอาหาร เช่น ยาลดกรด ยาบำรุงเลือด ผลิตภัณฑ์นม	Moxifloxacin ถูกดูดซึมน้อยลง ^{9,10} ทำให้ผลการยับยั้งเชื้อลดลง	หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน ^{9,10} หรือในกรณีที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ให้รับประทานยา Moxifloxacin ก่อนผลิตภัณฑ์ดังกล่าวอย่างน้อย 2-4 ชั่วโมง หรือหลังอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง
Ofloxacin	Warfarin	ระดับยา Warfarin ในเลือดเพิ่มขึ้น ⁴⁻⁶	1. ติดตามค่า Clotting parameters ได้แก่ INR, PT ⁴⁻⁶ 2. ปรับลดขนาดยา Warfarin ⁶

ยา	ทำปฏิกิริยากับ	ผลที่เกิดขึ้น	ข้อแนะนำ
	ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของแร่ธาตุ ได้แก่ แคลเซียม แมกนีเซียม อะลูมิเนียม เหล็ก หรือสังกะสี ที่อยู่ในรูปของยา หรือสารอาหาร เช่น ยาลดกรด ยาบำรุงเลือด ผลิตภัณฑ์นม	Ofloxacin ถูกดูดซึมน้อยลง ⁵⁻¹⁰ ทำให้ผลการยับยั้งเชื้อลดลง	หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน ⁵⁻¹⁰ หรือในกรณีที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ให้รับประทานยา Ofloxacin ก่อนผลิตภัณฑ์ดังกล่าวอย่างน้อย 2-4 ชั่วโมง หรือหลังอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง

1.5 ยากลุ่ม Tetracyclines

Doxycycline	Carbamazepine	ระดับยา Doxycycline ในเลือดลดลง ⁵	เพิ่มขนาดยา Doxycycline หรือพิจารณาใช้ยากลุ่ม Tetracyclines ตัวอื่นแทน ⁵
	Digoxin	ระดับยา Doxycycline ในเลือดลดลง และ Digoxin ในเลือดอาจสูงมากจนเกิดพิษได้ ⁵	ตรวจวัดระดับยา Digoxin ในเลือด และสังเกตอาการพิษของ Digoxin ⁵
	Oral contraceptives	ประสิทธิภาพของยาคุมกำเนิดอาจลดลง ⁵	ควรใช้วิธีการคุมกำเนิดอื่น ๆ ร่วมด้วย ⁵ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย
	Penicillins	ฤทธิ์การฆ่าเชื้อ (Bactericidal) ของยากลุ่ม Penicillins จะไปขัดขวางฤทธิ์การยับยั้งเชื้อ (Bacteriostatic) ของยา Doxycycline ทำให้ผลของยา Doxycycline ลดลง ⁵	หากเป็นไปได้ ควรพิจารณาหลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน ⁵

ยา	ทำปฏิกิริยากับ	ผลที่เกิดขึ้น	ข้อแนะนำ
	Phenytoin	Half-life ของ Doxycycline ลดลง ⁵	1. ปรับเพิ่มขนาดยา Doxycycline 2 เท่า 2. ติดตาม Clinical response อย่างใกล้ชิด ⁵
	ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของแร่ธาตุ ได้แก่ แคลเซียม แมกนีเซียม อะลูมิเนียม เหล็ก หรือสังกะสี ที่อยู่ในรูปของยา หรือสารอาหาร เช่น ยาลดกรด ยาบำรุงเลือด ผลิตภัณฑ์นม	Doxycycline ถูกดูดซึมน้อยลง ⁵ ทำให้ผลการยับยั้งเชื้อลดลง	หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน หรือให้รับประทานห่างกัน 2-3 ชั่วโมง
	แอลกอฮอล์	ภาวะติดแอลกอฮอล์เรื้อรัง (Chronic Alcohol Consumption) ส่งผลให้ Half-life ของ Doxycycline ลดลง ¹¹ Doxycycline ถูกขับออกเร็วขึ้น ⁵	1. ตรวจสอบหรือหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ⁵ 2. หากรับประทานยา Doxycycline วันละ 1 ครั้ง ให้ปรับเพิ่มเป็นวันละ 2 ครั้ง ¹²

1.6 ยากลุ่ม Aminoglycosides

Gentamicin	Furosemide	การใช้ยาร่วมกัน อาจทำให้เกิดปัญหาสูญเสียการได้ยิน หูอื้อ เวียนศีรษะ และปัญหาเกี่ยวกับไต ¹³	อาจปรับลดขนาดยาแต่ละตัว และติดตามการเกิดพิษจากยา
	Tenofovir	การใช้ยาร่วมกัน อาจทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับไต ¹⁴ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร บวม หายใจลำบาก ปวดกระดูก ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนแรง เวียนศีรษะ สับสน หัวใจเต้นผิดปกติ ¹⁵	อาจปรับลดขนาดยาแต่ละตัว และติดตามการเกิดพิษจากยา ¹⁵

2) ยาด้านเชื้อรา (Antifungal Drugs)

ยา	ทำปฏิกิริยากับ	ผลที่เกิดขึ้น	ข้อแนะนำ
ยากลุ่ม Azoles			
Fluconazole	NSAIDs	ระดับยา NSAIDs อาจเพิ่มสูงขึ้น ⁵	ควรปรับลดขนาดยา NSAIDs ⁵
	Phenytoin	ระดับยา Fluconazole ในเลือดลดลง การรักษาโรคเชื้อราอาจไม่ได้ผล ¹⁶	ควรปรับเพิ่มขนาดยา Fluconazole
	Warfarin	ระดับยา Warfarin ในเลือดเพิ่มขึ้น ^{4,5-16}	1. ติดตามค่า Clotting parameters ได้แก่ INR, PT ⁴⁻¹⁶ 2. ปรับลดขนาดยา Warfarin ⁵⁻¹⁶
	ยากลุ่ม Benzodiazepines เช่น Diazepam, Midazolam, Triazolam	ระดับยากลุ่ม Benzodiazepines ในเลือดเพิ่มขึ้น ¹⁶	1. ปรับลดขนาดยากลุ่ม Benzodiazepines ¹⁶ 2. อาจเลือกใช้ยา Temazepam, Estazolam แทน เนื่องจากไม่มีผลต่อระดับยา Fluconazole ¹⁶
	ยากลุ่ม HMG-CoA Reductase Inhibitors เช่น Simvastatin, Atorvastatin, Rosuvastatin	ระดับยากลุ่ม HMG-CoA Reductase Inhibitors ในเลือดเพิ่มขึ้น เกิดผลอันไม่พึงประสงค์จากยา เช่น Rhabdomyolysis ⁵⁻¹⁶	1. หลีกเลี่ยงการใช้ยา Fluconazole ร่วมกับยาเหล่านี้ ⁵ 2. ปรับลดขนาดยากลุ่ม HMG-CoA Reductase Inhibitors ⁵ 3. อาจเลือกใช้ยา Pravastatin แทน เนื่องจากมีผลต่อระดับยาน้อยที่สุด ⁵⁻¹⁶

ยา	ทำปฏิกิริยากับ	ผลที่เกิดขึ้น	ข้อแนะนำ
	ยากลับ Non-Nucleo-side Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs) เช่น Efavirenz, Nevirapine	ระดับยา Fluconazole ในเลือดอาจลดลง ระดับยากลับ NNRTIs ในเลือดอาจเพิ่มขึ้น เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดพิษได้ ⁵	ติดตามระดับยา Fluconazole ในเลือด และอาการทางคลินิก ของผู้ป่วยที่ใช้ยา Fluconazole ไม่ได้ผล ⁵
Itraconazole	Ergotamine และอนุพันธ์	ระดับ Ergotamine ในเลือดสูงขึ้น จนอาจเกิดพิษของยา ทำให้เกิดการขาดเลือดที่หลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral ischemia) ⁵	ห้ามใช้ยา Itraconazole ร่วมกับยากลับนี้ ⁵
	Phenytoin	ระดับยา Itraconazole ในเลือดลดลง การรักษาโรคเชื้อราอาจไม่ได้ผล ¹⁶	ควรปรับเพิ่มขนาดยา Itraconazole
	Warfarin	ระดับยา Warfarin ในเลือดเพิ่มขึ้น ^{4,5-16}	1. ติดตามค่า Clotting parameters ได้แก่ INR, PT ⁴⁻¹⁶ 2. ปรับลดขนาดยา Warfarin ⁵⁻¹⁶
	ยาลดกรด	ระดับยา Itraconazole ในเลือดลดลง	หลีกเลี่ยงการรับประทาน Itraconazole ร่วมกับยาลดกรด ⁸
	ยากลับ Benzodiazepines เช่น Diazepam, Midazolam, Triazolam	ระดับยากลับ Benzodiazepines ในเลือดเพิ่มขึ้น ¹⁶	1. ปรับลดขนาดยากลับ Benzodiazepines ¹⁶ 2. อาจเลือกใช้ยา Temazepam, Estazolam แทน เนื่องจากไม่มีผลต่อระดับยา Itraconazole ¹⁶

ยา	ทำปฏิกิริยากับ	ผลที่เกิดขึ้น	ข้อแนะนำ
	ยากลุ่ม HMG-CoA Reductase Inhibitors เช่น Simvastatin, Atorvastatin, Rosuvastatin	ระดับยากลุ่ม HMG-CoA Reductase Inhibitors ในเลือดเพิ่มขึ้น เกิดผลอันไม่พึงประสงค์ จากยา เช่น Rhabdomyolysis ⁵⁻¹⁶	1. ห้ามใช้ยา Itraconazole ร่วมกับยากลุ่มนี้ ⁵ 2. ปรับลดขนาดยากลุ่ม HMG-CoA Reductase Inhibitors ⁵ 3. อาจเลือกใช้ยา Pravastatin, Rosuvastatin แทน เนื่องจากมีผลต่อ ระดับยาน้อยที่สุด ⁵⁻¹⁶
	ยากลุ่ม Protease Inhibitors (PIs) เช่น Ritonavir, Indinavir, Saquinavir	ระดับยากลุ่ม PIs, Itraconazole ในเลือดอาจ เพิ่มขึ้น เพิ่มความเสี่ยง ของการเกิดพิษได้ ⁵	อาจปรับลดขนาดยา แต่ละตัว และติดตาม การเกิดพิษจากยา ⁵
	ยากลุ่ม Non-Nucleo-side Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs) เช่น Efavirenz, Nevirapine	ระดับยา Itraconazole ในเลือดอาจลดลง ระดับยากลุ่ม NNRTIs ในเลือดอาจเพิ่มขึ้น เพิ่มความเสี่ยงของการ เกิดพิษได้ ⁵	ติดตามระดับยา Itraconazole ในเลือด และอาการทางคลินิก ของผู้ป่วยที่ใช้ยา Itraconazole ไม่ได้ผล ⁵

3) ยาต้านโปรโตซัว (Antiprotozoal Drugs)

ยา	ทำปฏิกิริยากับ	ผลที่เกิดขึ้น	ข้อแนะนำ
ยากลุ่ม Nitroimidazoles			
Metronidazole*	Warfarin	ระดับยา Warfarin ในเลือดเพิ่มขึ้น ^{5,6}	1. ติดตามค่า Clotting parameters ได้แก่ INR, PT ^{5,6} 2. ปรับลดขนาดยา Warfarin ^{5,6}
	Disulfiram	ทำให้เกิดภาวะจิตใจ สับสน หรืออาการทางจิต อย่างเฉียบพลัน ⁵	หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วม กัน ⁵

ยา	ทำปฏิกิริยากับ	ผลที่เกิดขึ้น	ข้อแนะนำ
	แอลกอฮอล์*	เกิด disulfiram-like reaction ¹⁷ (ใบหน้าร้อน วูบวาบ ปวดศีรษะ หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน)	ควรงดหรือหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย 3 วัน หลังจากรับประทานยา Metronidazole ¹⁷
Tinidazole*	แอลกอฮอล์*	เกิด disulfiram-like reaction ^{18,19} (ใบหน้าร้อน วูบวาบ ปวดศีรษะ หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน)	ควรงดหรือหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย 3 วัน หลังจากรับประทานยา Tinidazole ¹⁷

หมายเหตุ : *การศึกษา พบว่า ผลของปฏิกิริยาระหว่างยา Metronidazole กับ แอลกอฮอล์ ยังไม่ชัดเจน เนื่องจากสามารถพบได้ทั้ง 2 แบบ¹² คือ ทำให้เกิด disulfiram-like reaction¹⁷⁻¹⁹ และไม่ทำให้เกิด disulfiram-like reaction²⁰⁻²² ซึ่งยา Tinidazole อยู่ในกลุ่มเดียวกับยา Metronidazole และมีโครงสร้างทางเคมีที่คล้ายคลึงกัน จึงน่าจะมีผลของปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเช่นเดียวกัน

4) ยาด้านเชื้อปรสิต (Anti-Parasitic Drugs)

ยา	ทำปฏิกิริยากับ	ผลที่เกิดขึ้น	ข้อแนะนำ
ยากลุ่ม Avermectins			
Ivermectin	Warfarin	ค่า INR เพิ่มขึ้น ²¹⁻²² ทำให้ระดับยา Warfarin ในเลือดเพิ่มขึ้น	1. ติดตามค่า Clotting parameters ได้แก่ INR, PT ²² 2. ปรับลดขนาดยา Warfarin ²²

เอกสารอ้างอิง

1. Pena LAD, Reyes SET, Romano MB, Agngarayngay RSA, Pico-Camposano GMS, Consignado RS, et al. MIMS Thailand. 172th ed. Bangkok: TIMS (Thailand); 2023.
2. Medscape.com [Internet]. New York: WebMD LLC online resources; c1994-2023 [cited 2023 November 24]. Available from: <https://reference.medscape.com/drug/tri-chlor-trichloroacetic-acid-topical-999550#6>.
3. Pregnancy and lactation labeling (drugs) final rule [Internet]. New Hampshire: U.S. Food and Drug Administration; 2021 [cited 2023 November 24]. Available from: <https://www.fda.gov/drugs/labeling/pregnancy-and-lactation-labeling-drugs-final-rule>
4. Baillargeon J, Holmes HM, Lin YL, Raji MA, Sharma G, Kuo YF. Concurrent use of warfarin and antibiotics and the risk of bleeding in older adults. *Am J Med.* 2012;125(2):183-9.
5. Tatro DS. Drug interaction facts. Missouri: Wolter Kluwer; 2013.
6. Vega AJ, Smith C, Matejowsky HG, Thornhill KJ, Borne GE, Mosieri CN, et al. Warfarin and antibiotics: drug interactions and clinical considerations. *Life.* 2023;13(8):1661.
7. Pfizer.com [Internet]. New York: Pfizer online resources; c2023 [cited 2023 November 24]. Available from: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2011/050693s017,050710s033,050711s031,050784s018,050730s026lbl.pdf
8. Corbett AH, Dana WJ, Fuller MA, Gallagher JC, Golembiewski JA, Gonzales JP, et al. Drug information handbook with international trade names index. 23rd ed. Ohio: Lexicomp; 2014.
9. Pitman SK, Hoang UTP, Wi CH, Alsheikh M, Hiner DA, Percival KM. Revisiting oral fluoroquinolone and multivalent cation drug-drug interactions: are they still relevant? *Antibiotics (Basel).* 2019;8(3):108.
10. Walden DM, Khotimchenko M, Hou H, Chakravarty K, Varshney J. Effects of magnesium, calcium, and aluminum chelation on fluoroquinolone absorption rate and bioavailability: a computational study. *Pharmaceutics.* 2021;13(5):594.
11. Peyriere H, Makinson A, Marchandin H, Reynes J. Doxycycline in the management of sexually transmitted infections. *J Antimicrob Chemother.* 2018;73(3):553-63.

12. Mergenhagen KA, Wattengel BA, Skelly MK, Clark CM, Russo TA. Fact versus fiction: a review of the evidence behind alcohol and antibiotic interactions. *Antimicrob Agents Chemother.* 2020;64(3):e02167-19.
13. Rivetti S, Romano A, Mastrangelo S, Attinà G, Maurizi P, Ruggiero A. Aminoglycosides-related ototoxicity: mechanisms, risk factors, and prevention in pediatric patients. *Pharmaceuticals (Basel).* 2023;16(10):1353.
14. Kenyon C, Wearne N, Burton R, Meintjes G. The risks of concurrent treatment with tenofovir and aminoglycosides in patients with HIV-associated Tuberculosis. *South Afr J HIV Med.* 2011;12(1):43-5.
15. Drugs.com [Internet]. Auckland: Drugsite trust online resources; c2000-23 [cited 2023 November 24]. Available from: https://www.drugs.com/interactions-check.php?drug_list=1168-0,2158-0.
16. Sahadevan NV. Drug interactions of azole antifungals. *J Skin Sex Transm Dis.* 2023;5(1):50-4.
17. Pfizer.com [Internet]. New York: Pfizer online resources; c2023 [cited 2024 July 23]. Available from: <https://labeling.pfizer.com/ShowLabeling.aspx?id=570>
18. Kastrup EK. Drug facts and comparisons. Missouri: Wolter Kluwer; 2017.
19. Pfizer.com [Internet]. New York: Pfizer online resources; c2023 [cited 2024 July 23]. Available from: <https://labeling.pfizer.com/ShowLabeling.aspx?id=14826>
20. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep.* 2021;70(RR-04):1-187.
21. Karamanakos PN, Pappas P, Boumba VA, Thomas C, Malamas M, Vougiouklakis T, et al. Pharmaceutical agents known to produce disulfiram-like reaction: effects on hepatic ethanol metabolism and brain monoamines. *Int J Toxicol.* 2007;26(5):423-32.
22. Feldman R, Jaszczenski R. Can metronidazole cause a disulfiram-like reaction? a case-control study propensity matched by age, sex, and ethanol concentration. *WMJ.* 2023;122(3):171-7.
23. Merck.com [Internet]. New Jersey: Merck online resources; c2023. [cited 2023 November 24]. Available from: https://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/s/stromectol/stromectol_pi.pdf.
24. Gilbert BW, Slechta J. A case of ivermectin-induced warfarin toxicity: first published report. *Hosp Pharm.* 2018;53(6):393-4.

ข้อควรรู้เกี่ยวกับ ถุงยางอนามัย



นางสาวศรินทร มงคลรัตน์

มีความเข้าใจผิดในการใช้ถุงยางอนามัยโดยเข้าใจว่าการติดโรคหรือตั้งครรภ์จะเกิดต่อเมื่อมีการหลั่งน้ำอสุจิ ดังนั้นจึงสวมถุงยางอนามัยเมื่อใกล้จะหลั่งน้ำอสุจิ ซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิด เนื่องจากโรคสามารถติดต่อได้ทันทีเมื่อสอดใส่โดยไม่สวมถุงยางอนามัย รวมทั้งน้ำอสุจิอาจจะเล็ดลอดออกมาบางส่วนก่อนการหลั่ง ทำให้ตั้งครรภ์ได้

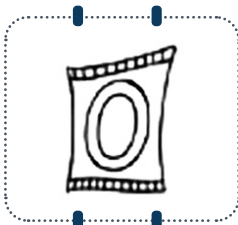
การเลือกถุงยางอนามัย

- เลือกถุงยางอนามัยให้เหมาะสมกับขนาดอวัยวะเพศชาย (ถุงยางอนามัยใหญ่เกินไปหลวมหลุดง่าย/ถุงยางอนามัยเล็กเกินไป ทำให้แตก ฉีกขาดง่าย)
- ควรใช้ถุงยางอนามัยที่ผ่านการรับรองคุณภาพโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- เลือกซื้อจากร้านที่เก็บถุงยางอนามัยไว้ในที่อุณหภูมิต่ำ ไม่ถูกแสงแดด หรืออยู่ในที่มีอุณหภูมิสูง เนื่องจากจะทำให้ถุงยางอนามัยเสื่อมคุณภาพ
- ควรพกถุงยางอนามัยหลายชิ้น (ถ้าเป็นพนักงานบริการควรพกหลายขนาด) ให้เพียงพอและเหมาะสมกับการใช้
- ไม่เก็บถุงยางอนามัยในที่ที่ถูกแสงแดด หรืออยู่ในที่มีอุณหภูมิสูง เช่น ในรถ หรือมีการกดทับ หรือใส่รวมกับของอื่น เช่น กระเป๋ากางเกง เพราะจะทำให้คุณภาพถุงยางอนามัยเสื่อมคุณภาพ

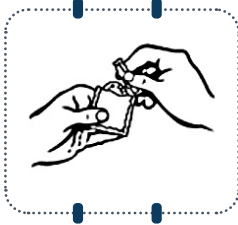
เทคนิคการใช้สารหล่อลื่น

- ใช้สารหล่อลื่นชนิดที่มีน้ำหรือซิลิโคนเป็นส่วนผสมเท่านั้น เช่น กลีเซอริน เค-วายเจลลี่
- อาจหยดสารหล่อลื่นเล็กน้อยลงในกระเปาะถุงยางอนามัย เพื่อช่วยลดการเสียดสีของถุงยางอนามัยกับปลายอวัยวะเพศ
- อาจใช้สารหล่อลื่นหยดด้านนอกถุงยางอนามัย 1-2 หยด ทำให้ทั่วเพื่อลดการเสียดสี ความฝืด กับช่องคลอด
- หากร่วมเพศทางทวารหนักควรเพิ่มปริมาณสารหล่อลื่น เพื่อป้องกันการแตกของถุงยางอนามัย

วิธีใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง



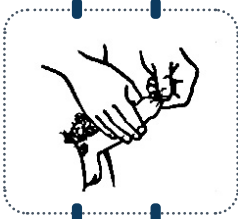
1. ตรวจสอบคุณภาพของที่บรรจุถุงยางอนามัย ต้องไม่มีรอยฉีกขาดชำรุด ไม่มีสารหล่อลื่นไหลเยิ้ม และตรวจสอบวัน เดือน ปี ว่ายังไม่หมดอายุ ถ้าไม่ระบุวันหมดอายุ ให้นำนับเพิ่มจาก วัน เดือน ปี ที่ผลิตไม่เกิน 5 ปี



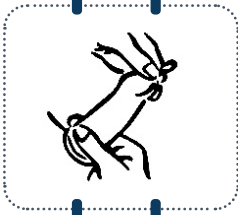
2. ใช้นิ้วไล่ขอบถุงยางอนามัยที่อยู่ในซองไปด้านใดด้านหนึ่ง ให้พ้นบริเวณที่จะฉีก



3. ฉีกซองอย่างระมัดระวัง อย่าให้ถุงยางสัมผัสกับเล็บหรือเครื่องประดับที่มีคม และไม่ฉีกซองผ่านตัวถุงยางอนามัย
4. รูดถุงยางอนามัยลงมาเล็กน้อยและตรวจสอบให้รอยม้วนอยู่ด้านนอก อาจใช้สารหล่อลื่นสูตรน้ำภายในปลายถุงยางอนามัยหรือบนอวัยวะเพศชาย เพื่อหลีกเลี่ยงการระคายเคืองหรือการฉีกขาดของถุงยางอนามัย ไม่ควรใช้สารหล่อลื่นที่มีส่วนผสมของน้ำมัน เพราะจะทำให้ถุงยางอนามัยแตกได้ง่าย



5. สวมถุงยางอนามัยขณะที่มีภาวะเพศแข็งตัว โดยใช้ นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้บีบกระเปาะถุงยางอนามัย (ประมาณ 1 ซม.) เพื่อไล่ลมก่อนใส่ หากปล่อยให้ลมอยู่ข้างในจะทำให้ถุงยางอนามัยแตกขณะร่วมเพศ



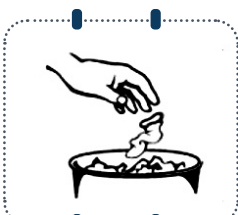
6. รูดถุงยางอนามัยให้สุดโคนอวัยวะเพศ ใส่ถุงยางอนามัยเพียงชั้นเดียว โดยใส่ตั้งแต่เริ่มแรกของการมีเพศสัมพันธ์ในทุกช่องทางไม่ว่าจะเป็นทางช่องคลอด ทางปาก และทวารหนัก



7. ถ้าระหว่างมีเพศสัมพันธ์ มีถุงยางอนามัยแตก รั่ว หลุด ให้หยุดการมีเพศสัมพันธ์ หรือเปลี่ยนถุงยางอนามัย ขึ้นใหม่แล้วค่อยมีเพศสัมพันธ์ต่อ



8. หลังเสร็จกิจให้จับขอบถุงยางอนามัยบริเวณโคนอวัยวะเพศ เพื่อกันน้ำอสุจิไม่ให้ไหลออกมา พร้อมทั้ง ถอนตัวออกจากคู่อุปสรรค ก่อนที่อวัยวะเพศชายจะอ่อนตัว



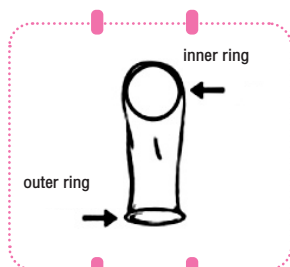
9. ตรวจสอบถุงยางอนามัยว่ามี แตก รั่ว หรือหลุดหรือไม่

10. ถอดถุงยางอนามัยโดยใช้กระดาษชำระพันรอบถุงยางอนามัย จับบริเวณกระดาษชำระแล้วรูดออก กรณีไม่มีกระดาษชำระให้ใช้นิ้วชี้สอดเข้าไปด้านในถุงยางอนามัยขณะที่อวัยวะเพศอ่อนตัวลงเล็กน้อยแล้วรูดออก

11. ทิ้งถุงยางอนามัยด้วยกระดาษแล้วทิ้งในถังขยะที่มีฝาปิด ไม่ควรทิ้งลงชักโครก

วิธีใช้ถุงอนามัยสตรีที่ถูกต้อง

ก่อนแกะห่อถุงอนามัยสตรีควรตรวจดูวันหมดอายุของถุงอนามัยทุกครั้ง และใช้มือถุงของบรรจุให้ทั่วเพื่อให้สารหล่อลื่นกระจาย



1. แกะห่อถุงอนามัยสตรีด้วยความระมัดระวัง อย่าให้ถุงอนามัยฉีกขาด



2. เลือกใส่ท่าที่ถนัด เช่น นั่งยอง ๆ ยืน หรือนอน ชันเข้า

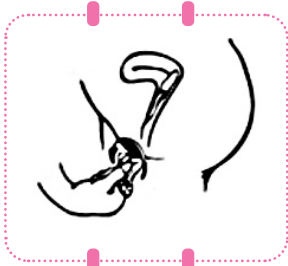


4. สอดห่วงที่บีบไว้เข้าไปในช่องคลอด

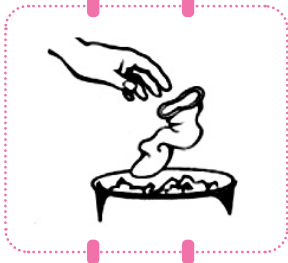


5. ใช้นิ้วชี้ หรือนิ้วกลางสอดเข้าไปในถุงอนามัย แล้วดันเข้าไปให้ลึกที่สุด ระวังไม่ให้ถุงอนามัย บิดเป็นเกลียว และแนบไปกับช่องคลอด

6. จับห่วงด้านนอกให้เข้าที่ขณะสอดใส่อวัยวะ เพศชาย เมื่อสอดใส่เรียบร้อยแล้วไม่จำเป็นต้องยึดห่วงด้านนอกไว้อีกต่อไป



7. สามารถหาสารหล่อลื่นภายในหรือภายนอกถุง
อนามัยหรือจะทาโดยตรงที่อวัยวะเพศชายก็ได้



8. การถอดถุงอนามัยควรทำก่อนลุกขึ้นยืน ให้จับ
ที่ห่วงด้านนอกแล้วบิดให้เป็นเกลียวเพื่อไม่ให้
น้ำอสุจิไหลออก ค่อย ๆ ดึงถุงอนามัยออก
เพื่อให้มันติดก่อนทิ้งลงถังขยะ

ข้อพึงระวัง

- ระวังสอดใส่อวัยวะเพศชายไม่เข้าในถุงอนามัย
- ห้ามใช้ร่วมกับถุงยางอนามัย เพราะจะเพิ่มโอกาส
ให้ขึ้นไคซินหนึ่งหรือทั้งสองชิ้นแตก

ที่มา : <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/app-ann-b-eng.php>



คำสั่งกรมควบคุมโรค

ที่ ๑๕๓๐/๒๕๖๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗

ตามที่กรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีบทบาทภารกิจในการให้บริการตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ศึกษาวิจัยและพัฒนาวิชาการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้แก่ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งในระดับชาติ และระดับนานาชาติ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานเครือข่ายด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้รับการพัฒนาศักยภาพแนวทางการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องเป็นมาตรฐาน นั้น

เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานพัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guideline) อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ กรมควบคุมโรค จึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

- | | |
|--|-----------|
| ๑.๑ นายนิติ เทดานุรักษ์ | ที่ปรึกษา |
| รองอธิบดีกรมควบคุมโรค | |
| ๑.๒ นางสาวชวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ | ที่ปรึกษา |
| ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | |
| กรมควบคุมโรค | |
| ๑.๓ นางสาวสุพร กิตติเยวมาลัย | ประธาน |
| กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | |
| กรมควบคุมโรค | |
| ๑.๔ นายกิตติภูมิ ชินทริญ | รองประธาน |
| กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | |
| กรมควบคุมโรค | |
| ๑.๕ นางสาวจรัสศรี นียาพรหม | คณะทำงาน |
| คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล | |
| มหาวิทยาลัยมหิดล | |
| ๑.๖ นางเจนจิต ฉายะจินดา | คณะทำงาน |
| คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล | |
| มหาวิทยาลัยมหิดล | |

๑.๗ นาย...

- ๒ -

๑.๗ นายชานนท์ เนื่องตัน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะทำงาน
๑.๘ นายจุฬาสี สิริจตุภัทร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะทำงาน
๑.๙ นางรัตนา ลาวัณ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะทำงาน
๑.๑๐ นายสุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คณะทำงาน
๑.๑๑ นายโอภาส พุทธเจริญ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คณะทำงาน
๑.๑๒ นางนิตยา ภานุภาค สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี	คณะทำงาน
๑.๑๓ นายนิพนธ์ อีระกุลพิศาล สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี	คณะทำงาน
๑.๑๔ นางสาวนิอร บุญเพื่อน สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์	คณะทำงาน
๑.๑๕ นายอนุพงศ์ ชิตวรการ สมาคมแพทย์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งประเทศไทย	คณะทำงาน
๑.๑๖ นางพัชรา ศิริวงศ์รังสรรค์ สมาคมแพทย์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งประเทศไทย	คณะทำงาน
๑.๑๗ นางสาวอรรณพ กังวาลพรโรจน์ นักวิชาการอิสระ	คณะทำงาน
๑.๑๘ นายวิชัย แสงสุวรรณ นักวิชาการอิสระ	คณะทำงาน
๑.๑๙ นายชายหาญ รุ่งศิริแสงรัตน์ สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค	คณะทำงาน
๑.๒๐ นางสาวจันทนา ชูเกียรติศิริ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	คณะทำงาน

๑.๒๑ นายณัฐพล จามจิธรรม กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	คณะทำงาน
๑.๒๒ นายสุภโชค คงเทียน กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	คณะทำงาน
๑.๒๓ นายวิเชียร สุข้อย กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	คณะทำงาน
๑.๒๔ นางสาวนันท์พิพัฒน์ ทัดศรีพิตรล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดนครสวรรค์ กรมควบคุมโรค	คณะทำงาน
๑.๒๕ นายวงศ์ธร โอชะคลัง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น กรมควบคุมโรค	คณะทำงาน
๑.๒๖ นางมาฆาส สุวิชาเชิดชู สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดนครราชสีมา กรมควบคุมโรค	คณะทำงาน
๑.๒๗ นางสาวนาถิษา อร่ามวงศ์วิทย์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ จังหวัดสงขลา กรมควบคุมโรค	คณะทำงาน
๑.๒๘ นางสาวศรินทร์ มงคลรัตน์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	คณะทำงาน และเลขานุการ
๑.๒๙ นางสาวเบญญาภา พลายงค์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	คณะทำงาน และเลขานุการ
๑.๓๐ นางสาวปวรรณรัช พันธุ์บุตร กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	คณะทำงาน และเลขานุการ
๑.๓๑ นางสาวลวitra พิธาวุฒิกร กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	คณะทำงาน และเลขานุการ
๑.๓๒ นายเอกชัย แดงสอาด กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	คณะทำงาน และเลขานุการ

- ๔ -

๒. หน้าที่และอำนาจ

- ๒.๑ พัฒนาเนื้อหาแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ๒.๒ ให้ความเห็นและข้อเสนอแนะเชิงวิชาการอย่างเหมาะสม
- ๒.๓ ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายธงชัย กิริติหัตถ์ยากร)
อธิบดีกรมการแพทย์
รักษาราชการแทนอธิบดีกรมควบคุมโรค



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

แนวทางการดูแลรักษา

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2567

STI Management Guidelines 2024