



ISBN : 978-616-11-2629-2

แนวทางการดูแลรักษา โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558



สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558

ISBN 978-616-11-2629-2
บรรณาธิการ นายแพทย์นิสิต คงเกริกเกียรติ
แพทย์หญิงรสพร กิตติเยาวมาลัย
นายเอกชัย แดงสอาด

จัดพิมพ์โดย กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2558 จำนวน 800 เล่ม
พิมพ์ที่ หจก. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์

แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ฉบับนี้ ใช้เป็นข้อพิจารณา สำหรับแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และผู้เกี่ยวข้อง ในการตัดสินใจเลือกวิธีการ ดูแลรักษาผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ฉบับนี้ อาศัยหลักฐาน ทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้ในปัจจุบันเป็นส่วนประกอบ และไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อ บังคับให้ปฏิบัติหรือยกเลิกการปฏิบัติวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยใดๆ และมีได้มี วัตถุประสงค์ในการใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินการทางกฎหมาย การปฏิบัติใน การดูแลรักษาผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้ออาจมีการปรับเปลี่ยนตามบริบท ทรัพยากร ข้อจำกัด ของสถานที่ให้บริการ สภาวะของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ รวมทั้งความต้องการของผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา หรือผู้เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย



แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558

ที่ปรึกษาและคณะกรรมการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษา โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558

ที่ปรึกษา

- | | | |
|----|---------------------------------|--|
| 1 | นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 2 | นพ.อนุพงศ์ ชิตวารการ | สมาคมแพทย์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 3 | พ.อ.นพ.สุรจิตร์ สุนทรธรรม | สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 4 | รศ.นพ.มานพชัย ธรรมคันโธ | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล |
| 5 | ผศ.ดร.นพ.สุขุม เจียมตน | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล |
| 6 | พญ.จรัสศรี นียาพรธม | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล |
| 7 | รศ.นพ.สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา | คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 8 | นพ.โอภาส พุทธเจริญ | คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 9 | พญ.พัชรา ศิริวงศ์รังสรร | ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค |
| 10 | พญ.อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย | ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค |
| 11 | นพ.สุเมธ องค์กรธรณดี | ผอ.สอวพ. กรมควบคุมโรค |
| 12 | พ.อ.นพ.สามารถ นินันท์ | โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| 13 | นพ.อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย | โรงพยาบาลพญาไท 2 |
| 14 | ผศ.นพ.เทอดพงศ์ เต็มภาคย์ | คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 15 | อ.นพ.ปวิน นำราช | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี |

ประธานคณะกรรมการ

- | | | |
|----|-------------------------|------------------------------------|
| 16 | นพ.นิสิต คงเกริกเกียรติ | กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
|----|-------------------------|------------------------------------|



คณะทำงาน

- | | |
|---------------------------------|---|
| 17 ศ.พญ.ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวณิช | สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี |
| 18 นพ.นิพัฒน์ วีระกุลพิศาล | ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย |
| 19 นพ.พสุวัฒน์ คงสีล | มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช |
| 20 นพ.ชายหาญ รุ่งศิริแสงรัตน์ | สถาบันราชประชาสมาสัย |
| 21 นพ.นพดล ไพบูลย์สิน | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา |
| 22 นพ.ภูโมกษ์ อัมพวา | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา |
| 23 พญ.รศพร กิตติเยวมาลย์ | กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 24 นพ.กิตติภูมิ ชินหิรัญ | กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 25 นพ.วิษณุ แสงสุวรรณ | กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 26 นางอารยา ภัคดีศรี | โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ |
| 27 นางประทีป ปั่นทอง | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 ชลบุรี |
| 28 นางพรพรรณชนก อินทร์หงษ์ษา | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี |
| 29 น.ส.ปิยะวดี ทองโปร่ง | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี |
| 30 นางบุษบา ไทยพิทักษ์พงษ์ | กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 31 นางท่าเนียบ สัจจาลประกายแสง | กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 32 นางมาลัย คำแหง | กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 33 นางจिरायู แคนส์กี | กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 34 นางงามตา ราชกรม | กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 35 ภญ.จันทนา ชูเกียรติศิริ | กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 36 นายนัทธวิทย์ สุขรักษ์ | กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 37 นางนริศรา อยู่จ้อย | กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 38 ภญ.ชลธิวา มา | กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 39 น.ส.จุฑารัตน์ นำภา | กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |

คณะทำงาน/เลขานุการ

- | | |
|----------------------|------------------------------------|
| 40 นายเอกชัย แดงสอาด | กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
|----------------------|------------------------------------|



แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558

คำนำ

แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้จัดพิมพ์ขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2531 โดยคณะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคสาขาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข หลังจากนั้นกรมควบคุมโรคได้มีการดำเนินการพัฒนา ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความทันสมัยและเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558 ฉบับนี้ได้ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการรวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง เพื่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีประสบการณ์จากสหสาขาวิชาชีพร่วมกันพัฒนา ปรับปรุงเนื้อหา โดยอ้างอิงข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือ การจัดทำแนวทางปฏิบัติฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้แพทย์ และบุคลากรด้านการแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชน ใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่งผลให้การป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/การติดเชื้อเอชไอวีมีประสิทธิภาพต่อไป

ณ โอกาสนี้ ขอขอบคุณที่ปรึกษาและคณะทำงานทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558 จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี



(นายโสภณ เมฆธน)

อธิบดีกรมควบคุมโรค

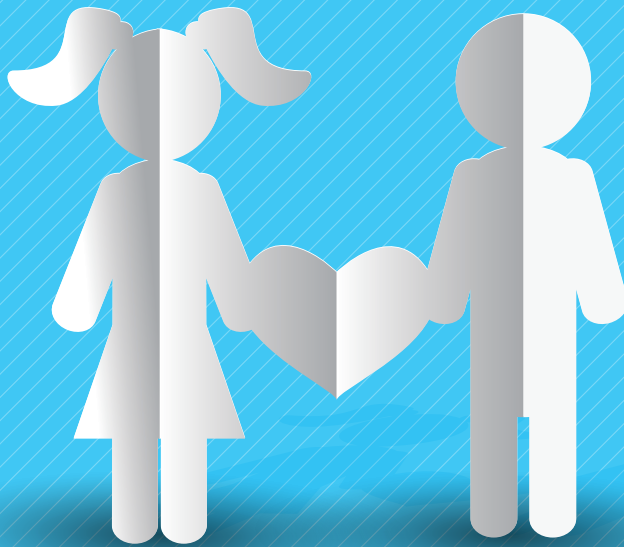
กันยายน 2558



สารบัญ

บทที่ 1 สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	3
บทที่ 2 แนวทางการดูแลรักษาผู้มารับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	7
บทที่ 3 การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	13
3.1 ซิฟิลิส	14
3.2 หนองใน	22
3.3 กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง	29
3.4 หนองในเทียม	32
3.5 แผลริมอ่อน	38
3.6 พยาธิช่องคลอด	41
3.7 เริ่มที่อวัยวะเพศและทวารหนัก	44
3.8 หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก (หูดหงอนไก่)	48
3.9 หูดข้าวสุก	53
3.10 โลม	56
3.11 หิด	59
3.12 อั้งเชิงกรานอักเสบ/ปีกมดลูกอักเสบ	62
3.13 แบคทีเรียลวาจิโนซิส/ช่องคลอดอักเสบ	66
3.14 เชื้อราในช่องคลอด	69
บทที่ 4 แนวทางการให้การปรึกษาเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	73
ภาคผนวก	79
การตรวจคัดกรองซิฟิลิส	80
ข้อแนะนำเกี่ยวกับยารักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	87
ข้อควรรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัย	99





แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

บทที่ 1

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

นายแพทย์กิตติภูมิ ชินศิริชัย และคณะ

หลักการและเหตุผล

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted infections; STIs) เกิดจากการติดต่อผ่านทางเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าจะเป็นการร่วมเพศทางช่องคลอด ทางปาก หรือทางทวารหนัก กับผู้ที่เป็นโรคหรือผู้ติดเชื้อ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ได้แก่ ซิฟิลิส หนองใน กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง หนองในเทียม และแผลริมอ่อน ส่วนโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ได้แก่ เริมที่อวัยวะเพศและทวารหนัก หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก พยาธิช่องคลอด ทั้งนี้สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในปัจจุบันยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ แนวโน้มอัตราป่วยที่เพิ่มขึ้นอาจเป็นสัญญาณที่บ่งชี้ถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีได้

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ในปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้งหมด 498.9 ล้านราย โดยพยาธิช่องคลอด มีจำนวนผู้ป่วยสูงเป็นอันดับ 1 ซึ่งเพิ่มจาก 248.5 ล้านรายในปี พ.ศ.2548 เป็น 276.4 ล้านราย ในปี พ.ศ. 2551¹ ขณะที่โรคอื่นๆ ก็มีแนวโน้มอัตราป่วยสูงขึ้นเช่นกัน สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์แนวโน้มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของศูนย์ควบคุมโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention; CDC) พบว่าในปี พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยหนองในเทียม จากเชื้อ *Chlamydia trachomatis* ในประเทศสหรัฐอเมริกาทั้งหมด 1,401,906 ราย คิดเป็น 446.6 ต่อประชากรแสนคน มีอัตราการลดลง 1.5% เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2555

หนองใน มีผู้ป่วยทั้งหมด 333,004 ราย คิดเป็น 106.1 ต่อประชากรแสนคน มีอัตราลดลง 0.6% เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2555 และซิฟิลิส มีผู้ป่วยทั้งหมด 17,375 ราย คิดเป็น 5.5 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้น 10% เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2555²

สำหรับสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย จากรายงาน 506 ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราป่วยมีแนวโน้มลดลง จากอัตราป่วย 19.49 ต่อประชากรแสนคนในปี 2552 เป็น 18.63 ต่อประชากรแสนคนในปี 2556 เมื่อจำแนกรายโรค พบว่า หนองในเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด 10.42 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ ซิฟิลิส 3.67 ต่อประชากรแสนคน หนองในเทียม 3.07 ต่อประชากรแสนคน แผลริมอ่อน 0.94 ต่อประชากรแสนคน และกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง 0.54 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ³

จะเห็นได้ว่าอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยรวมยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สิ่งสำคัญที่เราต้องตระหนักคือ อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้นนั้นแสดงให้เห็นถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยส่งผลโดยตรงต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย มากกว่าผู้ที่ไม่ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ประมาณ 3-5 เท่า⁴ ซึ่งการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศเป็นอย่างมาก การดูแลรักษา และการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีได้อีกทางหนึ่ง ดังนั้นกรมควบคุมโรค โดยกลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงได้มีการปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องเพื่อให้ความทันสมัยอยู่เสมอ ส่งผลให้การดูแลรักษา และการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการติดเชื้อเอชไอวีมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นแนวทางการประกอบการดูแลรักษาผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ



เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Baseline report on global sexually transmitted infection surveillance 2012. Geneva: World Health Organization; 2013. p. 1.
2. Centers for Disease Control and Prevention [internet]. Reported STDs in the United States 2013 national data for chlamydia, gonorrhea, and syphilis 2014 [cited 2015 May 17]. Available from: <http://www.cdc.gov/std/stats13/surv2013-print.pdf>
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินงาน สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557. หน้า 43.
4. Wasserheit JN. Epidemiologic synergy: Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. Sex Transm Dis 1992;19:61-77.

บทที่ 2

แนวทางการดูแลรักษาผู้มารับบริการ ตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

นายแพทย์กิตติภูมิ ชินศิริชัย และคณะ

การดูแลรักษาผู้มารับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น สิ่งสำคัญนอกเหนือจากการให้การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องและการรักษาที่มีประสิทธิภาพแล้ว จะต้องคำนึงถึงแนวทางอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับเปลี่ยนหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้มารับบริการ ผู้ป่วย/ติดเชื้อและผู้สัมผัสโรค รวมถึงการค้นหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นที่ยังไม่มีอาการ เช่น โรคซิฟิลิส การติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น

แนวทางในการดูแลรักษาผู้มารับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์¹

1. การซักประวัติ

ปัญหาที่มารับการตรวจ อาการสำคัญ อาการร่วม พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ช่องทางที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ทางปาก ทางทวารหนัก การใช้ถุงยางอนามัยในช่องทางต่างๆ ที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ อาการผิดปกติทางท่อปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะแสบขัด มีมูกหรือหนองไหลจากท่อปัสสาวะ การมีตกขาวที่ผิดปกติ อาจมีสีเปลี่ยนไปจากเดิม ขาวปนเทา เหลืองหรือเขียวปนเทา คัน และมีกลิ่นที่ผิดปกติ เป็นต้น

ประวัติส่วนตัว ได้แก่ จำนวนคู่เพศสัมพันธ์ เพศ ประเภทของผู้มารับบริการ เช่น พนักงานบริการ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย วัยรุ่น ผู้ต้องขัง เป็นต้น พฤติกรรมเสี่ยง และอาการผิดปกติของคู่เพศสัมพันธ์ ประวัติการแพ้ยาและประวัติการรักษาก่อนมาพบแพทย์รวมถึงการใช้ยาปฏิชีวนะรักษาโรคอื่นๆ ประวัติการเคยเป็นผู้ต้องขัง การใช้สารเสพติด วัตถุประสงค์ต่อจิตประสาท เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การฝังมุก ฉีดสารเพิ่มขนาด ใช้อุปกรณ์เสริมทางเพศ

การซักประวัติ/พฤติกรรมเสี่ยง ประวัติเพศสัมพันธ์มีความจำเป็นมาก โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้มารับบริการไม่มีอาการหรือมีอาการแสดงไม่ชัดเจน หากผู้มารับบริการมีกรณีใดกรณีหนึ่งดังนี้ ให้พิจารณาว่า มีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- เพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายเป็นใคร เมื่อใด ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่ ถ้าครั้งสุดท้ายกับคู่นอนประจำ ต้องซักประวัติต่อว่ามีคนอื่นอีกหรือไม่
- มีเพศสัมพันธ์กับหญิงหรือชายบริการทางเพศโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ใน 3 เดือนที่ผ่านมา
- มีคูเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คน ใน 3 เดือนที่ผ่านมา
- มีคูเพศสัมพันธ์คนใหม่ใน 3 เดือนที่ผ่านมา
- มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือ ถุงยางอนามัยแตก รั่ว หลุด (ช่องทางใดช่องทางหนึ่งหรือทุกช่องทาง ที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์)
- คูเพศสัมพันธ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

หมายเหตุ

สำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men; MSM) ควรซักประวัติความเสี่ยงเพิ่มเติมว่าผู้มารับบริการเป็นฝ่ายรุก (insertive role) ฝ่ายรับ (receptive role) หรือเป็นทั้งฝ่ายรุกและฝ่ายรับ (versatile role) โดยฝ่ายรับมีโอกาสติดเชื้อมากกว่าฝ่ายรุก และใช้ช่องทางช่องใดบ้างในการมีเพศสัมพันธ์ เช่น ปาก ทวารหนัก เป็นต้น ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในทุกช่องทางหรือไม่ หากมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงด้วย ควรถามว่า นอกจาก มีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดแล้ว มีเพศสัมพันธ์ทางปากและทวารหนักและใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในทุกช่องทางหรือไม่

2. เสนอบริการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี

ในรูปแบบที่บุคลากรสุขภาพเป็นผู้เสนอบริการ (Provider – Initiated HIV Testing and Counseling: PITC) โดยต้องผ่านกระบวนการให้บริการปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือด เนื่องจากผู้มารับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และควรเสนอบริการทุก 3-6 เดือน หากผู้มารับบริการยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง

ถ้าผู้มารับบริการไม่เคยตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี และเคยมีพฤติกรรมเสี่ยงในช่วงก่อนหน้า 3 เดือนนี้ ซึ่งเกินระยะที่ยังตรวจไม่พบการติดเชื้อ (window period) แล้ว ควรให้การปรึกษาเพื่อรับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจในการมารับบริการครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีนั้นขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้มารับบริการ

3. ตรวจคัดกรองหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่น

แนะนำผู้มารับบริการตรวจคัดกรองหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่น เช่น ซิฟิลิส การติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี (เฉพาะผู้มารับบริการที่ไม่เคยรับการตรวจ หรือยังไม่มีภูมิคุ้มกัน) ควรตรวจเลือดเพื่อคัดกรองโรคซิฟิลิสทุก 3-6 เดือน หากผู้มารับบริการยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง

4. การตรวจร่างกาย

ตรวจร่างกาย ประกอบด้วย

- การตรวจร่างกายทั่วไป เพื่อหาอาการแสดงของโรคซิฟิลิสระยะที่ 2 เช่น มีผื่นบนบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า ผอมร่วงเป็นหย่อมๆ ตุ่มนูนหรือผื่นนูนแดงบริเวณรอบๆ อวัยวะเพศ เป็นต้น และ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรตรวจทุกระบบ โดยเฉพาะผิวหนัง ผม ช่องปาก กระพุ้งแก้ม ลิ้น และไตลิ้น ต่อมทอนซิล ต่อมน้ำเหลืองที่หน้าหู หลังหู คอ รักแร้ และข้อศอก

- การตรวจบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนัก (ดูแผล ผื่น ตุ่ม และเก็บสิ่งส่งตรวจ)

สำหรับผู้มารับบริการชาย

- ตรวจดูอวัยวะเพศภายนอก หัวเหมา เพื่อหาแผล หูดอวัยวะเพศ (หูดหงอนไก่) หูดข้าวสุก โคน ไช้โคน และรอยโรคต่างๆ จดบันทึกลักษณะของสิ่งที่พบ คลำที่ขาหนีบเพื่อตรวจว่ามีต่อมน้ำเหลืองโตหรือไม่

- ตรวจดูท่อปัสสาวะว่ามีหนองหรือไม่ ถ้ามีหนองให้เก็บหนองย้อมสีแกรม กรณีที่ไม่มีหรือไม่เห็นหนอง ให้รีดท่อปัสสาวะ 3-4 ครั้ง หากมีหนองให้เก็บหนองย้อมสีแกรม หากไม่เห็นหนองให้ใช้ loop ปราดจากเชื้อหรือลวดพันสำลี สอดเข้าท่อปัสสาวะลึก 2 เซนติเมตร เพื่อเก็บสิ่งส่งตรวจย้อมสีแกรมตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อตรวจนับเม็ดเลือดขาว และหา GNID (Gram-negative intracellular diplococci) หากผู้มารับบริการมีหูดอวัยวะเพศ (หูดหงอนไก่) ที่ปากหรือในท่อปัสสาวะ ห้ามเก็บสิ่งส่งตรวจในท่อปัสสาวะ เพราะจะทำให้หูดลุกลามเข้าไปข้างในยากต่อการรักษา ในกรณีที่นัดตรวจซ้ำควรแนะนำให้ผู้มารับบริการกลั้นปัสสาวะมาก่อนอย่างน้อยเป็นเวลา 4 ชั่วโมง

สำหรับผู้มารับบริการหญิง

- ตรวจดูอวัยวะเพศภายนอก หัวเหมา เพื่อหาแผล หูดอวัยวะเพศ (หูดหงอนไก่) หูดข้าวสุก โคน ไช้โคน และรอยโรคต่างๆ จดบันทึกลักษณะของสิ่งที่พบ คลำที่ขาหนีบเพื่อตรวจว่ามีต่อมน้ำเหลืองโตหรือไม่

- ตรวจภายในด้วย speculum เพื่อดูการอักเสบ แผลหรือหนองบริเวณผนังช่องคลอดหรือปากมดลูก

- ใช้ loop ปราศจากเชื้อหรือไม้พันสำลี เก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอด บ้ายบนสไลด์ ตรวจสอบด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อหาเชื้อรา พยาธิช่องคลอดและ clue cells และย้อมสีแกรม เพื่อดูเม็ดเลือดขาวหา GNID เชื้อราและ clue cells

- ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ปีละ 1 ครั้ง หรือตามคำแนะนำของแพทย์

- ใช้ loop ปราศจากเชื้อหรือไม้พันสำลี เก็บสิ่งส่งตรวจจากปากมดลูก และรีดท่อปัสสาวะแล้ว ใช้ loop ปราศจากเชื้ออันใหม่หรือลวดพันสำลี เก็บสิ่งส่งตรวจจากท่อปัสสาวะย้อมสีแกรมตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ เพื่อตรวจนับเม็ดเลือดขาว และหา GNID

- ผู้มารับบริการทุกรายควรเพาะเชื้อหนองในจากปากมดลูกและท่อปัสสาวะร่วมด้วย **สำหรับผู้ที่ร่วมเพศด้วยปาก**

- พิจารณาเก็บสิ่งส่งตรวจจากต่อมทอนซิลทั้งสองข้างและฟาริงซ์ (pharynx) เพื่อเพาะเชื้อหนองใน โดยใช้ก้านพัน polyester หรือไม้พันสำลี

สำหรับผู้ที่ร่วมเพศด้วยทวารหนัก

- ตรวจผิวหนังรอบบริเวณทวารหนัก ร่องก้น พิจารณาตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนัก (anal Pap smear) โดยใช้ Dacron swab ปีละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ตรวจทวารหนักโดยใช้นิ้ว แล้วจึงใส่กล้อง anoscope ใช้ loop ปราศจากเชื้อหรือไม้พันสำลีเก็บสิ่งส่งตรวจในช่องทวารหนัก ย้อมสีแกรม ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อตรวจนับเม็ดเลือดขาวและหา GNID ควรเพาะเชื้อหนองในร่วมด้วย

สำหรับช่องคลอดและท่อปัสสาวะดัดแปลง (คือการแปลงเพศโดยเจาะช่องให้เป็นช่องคลอดและการเปลี่ยนแนวทางของท่อปัสสาวะให้คล้ายกับอวัยวะเพศหญิงที่สุด)

- ใช้ loop ปราศจากเชื้อหรือไม้พันสำลีเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอด ย้อมสีแกรมตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ เพื่อดูเม็ดเลือดขาวหา GNID ควรเพาะเชื้อหนองในร่วมด้วย

- รีดท่อปัสสาวะ ใช้ loop ปราศจากเชื้อหรือลวดพันสำลีเก็บสิ่งส่งตรวจจากท่อปัสสาวะ ย้อมสีแกรม ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ เพื่อตรวจนับเม็ดเลือดขาว และหา GNID ควรเพาะเชื้อหนองในร่วมด้วย

5. รักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วนตามโรคที่ตรวจพบ

เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ควรพิจารณาให้การรักษาตามแนวทางการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค (ดูบทที่ 3)

6. ให้ความรู้ ให้การปรึกษา แนะนำแนวทางในการติดตามการรักษา ความจำเป็นในการตรวจรักษาผู้สัมผัสโรคและการป้องกันโรคเพื่อไม่ให้ติดเชื้อซ้ำ

ประกอบด้วย

- อันตรายของโรคที่กำลังป่วยอยู่ และโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจตามมา รวมทั้งโอกาสที่จะติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่น
- ช่องทางการติดต่อของโรคและการถ่ายทอดเชื้อไปสู่คู่เพศสัมพันธ์และทารกในครรภ์
- ความจำเป็นของการรักษาอย่างครบถ้วน รวมถึงการรักษาคู่เพศสัมพันธ์
- การงดสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง งดมีเพศสัมพันธ์ระหว่างการรักษา (เพราะจะทำให้เกิดการอักเสบ) หากงดไม่ได้ควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งและทุกช่องทางที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (เนื่องจากทำให้ระดับยาในเลือดลดลง)
- ให้คำปรึกษาในการตรวจรักษาคู่นอน รวมถึงการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้สัมผัสโรคในช่วงที่ให้คำปรึกษา
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและความจำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยมีคู่เพศสัมพันธ์คนเดียว งดเว้นการเปลี่ยนคู่เพศสัมพันธ์ ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในทุกช่องทางที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าจะคู่เพศสัมพันธ์จะเป็นผู้ให้บริการทางเพศหรือไม่ใช้ก็ตาม

7. นัดหมายให้มาติดตามผลการตรวจ/รักษา

- ผู้ที่ตรวจพบว่าป่วย/ติดเชื้อ ควรนัดหมายเพื่อติดตามผลการตรวจรักษาทุกราย สอบถามเรื่องการรักษาคู่เพศสัมพันธ์ ประเมินความเสี่ยง ให้การปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนัดตรวจเลือดครั้งต่อไป เนื่องจากอาจอยู่ในระยะที่ยังตรวจไม่พบการติดเชื้อ
- ผู้มารับบริการที่ผลการตรวจไม่พบความผิดปกติ ควรนัดมาฟังผลการตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษอื่นๆ ประเมินความเสี่ยง ให้การปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนัดตรวจเลือดครั้งต่อไปเนื่องจากอาจอยู่ในระยะที่ยังตรวจไม่พบการติดเชื้อ

8. ให้อาสาสมัคร ส่งเสริม แนะนำวิธีใช้ ฟิกทักชะการใส่ถุงยางอนามัย การพกพาและการเก็บรักษาที่ถูกวิธีแก่ผู้มารับบริการ/ผู้ป่วย/ติดเชื้อ

(ดูภาคผนวก)

9. นัดหมายและติดตามผู้สัมผัสโรคมารับการรักษา

นัดหมายผู้สัมผัสโรค ได้แก่ คู่เพศสัมพันธ์ สามีหรือภรรยา คู่นอนประจำ/ชั่วคราว ที่สามารถติดตามได้ แม้ไม่มีอาการให้มารับการตรวจรักษา ในกรณีที่ผู้สัมผัสโรคไม่สามารถมารับการตรวจรักษา อาจพิจารณาให้ยารักษาไปพร้อมกัน

10. จัดทำรายงาน ก.1 และรายงาน 506

รายงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือกามโรค (รายงานแบบ ก) คือ การรายงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สำคัญ มี 5 โรค คือ ซิฟิลิส หนองใน กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง หนองในเทียม และแผลริมอ่อน ส่วนโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ได้แก่ เริ่มที่อวัยวะเพศและทวารหนัก หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก พยาธิช่องคลอด (เชื้อราในช่องคลอด หูดข้าวสุก โลงน หิด) เป็นรายงานที่จัดทำเพื่อติดตามผลการปฏิบัติงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยการดำเนินงานป้องกันควบคุมดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างครอบคลุม โดยให้หน่วยงานบริการสาธารณสุขในสังกัดภาครัฐ จัดทำรายงาน ก.1 เป็นประจำทุกเดือน จากนั้นจัดส่งรายงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะจัดส่งรายงานให้ส่วนกลาง สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และกลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ต่อไป

การทำรายงานในแบบ รง.506 โดยทั่วไปการรายงานมักเป็นการบันทึกข้อมูลเข้าไปใน Electronic file R506 หรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเขียนรายงาน ชื่อ นามสกุลผู้ป่วยจะเป็นความลับ ผู้ที่ทราบจะเป็นเจ้าหน้าที่ที่ทำรายงานเท่านั้น

เอกสารอ้างอิง

1. อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2553. หน้า 1-4.

บทที่ 3

การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- 3.1 ซิฟิลิส
- 3.2 หนองใน
- 3.3 กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง
- 3.4 หนองในเทียม
- 3.5 แผลริมอ่อน
- 3.6 พยาธิช่องคลอด
- 3.7 เริ่มที่อวัยวะเพศและทวารหนัก
- 3.8 หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก (หูดหงอนไก่)
- 3.9 หูดข้าวสุก
- 3.10 โลม
- 3.11 หิด
- 3.12 อั้งเชิงกรานอักเสบ
- 3.13 แบคทีเรียลวาจิโนซิส
- 3.14 เชื้อราช่องคลอด

3.1 ซิฟิลิส Syphilis

นายแพทย์นิติ คงกริกเกียรติ
นายแพทย์นพดล ไพบูลย์สิน

1. ลักษณะทางคลินิก

แบ่งออกเป็น 3 ระยะโรค และระยะแฝงซึ่งคั่นระหว่างระยะที่ 2 กับระยะที่ 3

- **ซิฟิลิสระยะที่ 1 :** ผู้ป่วยมีแผลที่อวัยวะเพศ หรือที่ทวารหนัก ลักษณะเป็นแผล ขอบแข็ง ไม่เจ็บ เรียกว่า chancre อาจมีต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบโต
- **ซิฟิลิสระยะที่ 2 :** ผู้ป่วยมีผื่นตามลำตัว ผื่นตามฝ่ามือฝ่าเท้า อาจมีผื่น condylomata lata ผื่นในช่องปาก (mucous patch) ผื่นร่วง ต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบ และที่ตำแหน่งอื่นๆ โต
- **ระยะแฝง :** เป็นระยะที่ไม่ปรากฏอาการ
- **ซิฟิลิสระยะที่ 3 :** ประกอบด้วย แผลซิฟิลิสระยะที่ 3 (benign gummatous syphilis) ซิฟิลิสระบบหัวใจ และหลอดเลือด (cardiovascular syphilis) และซิฟิลิสระบบประสาท (neurosyphilis) ซึ่งในปัจจุบัน ไม่พบผู้ป่วยซิฟิลิสระยะที่ 3 แล้ว ยกเว้นซิฟิลิสระบบประสาท ที่ยังพบได้บ้าง

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา¹

การวินิจฉัยซิฟิลิสทำได้โดยการตรวจหาเชื้อ *T. Pallidum* จากแผล chancre ในซิฟิลิสระยะที่ 1 หรือจากผื่น condylomata lata และ mucous patch ในซิฟิลิสระยะที่ 2 โดยใช้การส่องดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ Dark field microscope ซึ่งการตรวจพบเชื้อ *T. Pallidum* จากกล้องจุลทรรศน์นี้ ถือว่าเป็น definitive diagnosis

หากผู้ป่วยไม่มีแผลหรือผื่นชนิดที่กล่าวมา การวินิจฉัยซิฟิลิส ทำได้โดยการตรวจเลือด ร่วมกับอาการทางคลินิกอื่นๆ เช่น มีผื่นตามลำตัว มีผื่นตามฝ่ามือฝ่าเท้า เป็นต้น หรือหากผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงใดๆ แต่สงสัยว่าจะเป็นซิฟิลิส การวินิจฉัยใช้การตรวจเลือดร่วมกับ การซักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยซิฟิลิส ต้องใช้ treponemal test หาก treponemal test ให้ผลบวก ให้วินิจฉัยเป็นซิฟิลิส (presumptive diagnosis) ส่วน nontreponemal test ที่ให้ผลบวก ยังไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นซิฟิลิส ต้องยืนยันด้วย treponemal test เสมอ

ตารางสรุป เกณฑ์การวินิจฉัย (Diagnostic criteria)

ระยะโรค	อาการทางคลินิก	การทดสอบทางห้องปฏิบัติการ		
		Dark-field microscopy (Definitive diagnosis)	Nontreponemal test	Treponemal test (Presumptive diagnosis)
ระยะที่ 1	ตรวจพบ Chancre	specimen จากแผล chancre	อาจ reactive หรือ non reactive	อาจ reactive หรือ non reactive
ระยะที่ 2	ตรวจพบผื่น body rash, palmo plantar rash, condylomata lata, mucous patch, alopecia ฯลฯ	specimen จากผื่น condylomata lata และ mucous patch	reactive	reactive
ระยะแฝง*	ตรวจไม่พบรอยโรค	-	reactive	reactive

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

3. การรักษา¹⁻³

3.1 ซิฟิลิสช่วงต้น (Early syphilis) ได้แก่ ซิฟิลิสระยะที่ 1 (primary syphilis) ซิฟิลิสระยะที่ 2 (secondary syphilis) และ ซิฟิลิสระยะแฝง ไม่เกิน 1 ปี (early latent syphilis)

- Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ครั้งเดียว (ให้แบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกข้างละ 1.2 ล้านยูนิต)

- ติดตามและรักษาคู่เพศสัมพันธ์แม้ไม่มีอาการและผลเลือดเป็นลบ

กรณีแพ้ยา Penicillin ให้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Doxycycline 100 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน

- Tetracycline 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน

- Azithromycin 2 gm กินครั้งเดียว

- Ceftriaxone 1-2 gm ฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือเข้ากล้ามเนื้อ วันละ 1 ครั้ง นาน 10-14 วัน

- Erythromycin 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน

3.2 ซิฟิลิสช่วงปลาย (Late syphilis) ได้แก่ ซิฟิลิสระยะแฝง เกิน 1 ปี (late latent syphilis) แผลซิฟิลิสระยะที่ 3 (late benign gummatous syphilis) ซิฟิลิสระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular syphilis)

- Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 3 สัปดาห์ ติดต่อกัน (ให้แบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกข้างละ 1.2 ล้านยูนิต)

- ให้การรักษาคู่เพศสัมพันธ์หากมีผลเลือดผิดปกติ

กรณีแพ้ยา Penicillin ให้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Doxycycline 100 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 28 วัน

- Tetracycline 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 28 วัน

ตาราง สรุปการรักษา

ระยะของโรคซิฟิลิส	การรักษา		หมายเหตุ
	First line option	Alternative option (แพ้ Penicillin หรือ กรณีไม่มี Benzathine penicillin)	
ซิฟิลิสช่วงต้น (Early syphilis)			
1. ซิฟิลิสระยะที่ 1 (Primary syphilis)	<ul style="list-style-type: none"> Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ครั้งเดียว (ให้แบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกข้างละ 1.2 ล้านยูนิต และอาจลดอาการปวดจากการฉีด โดยผสมกับ 1% Lidocaine ที่ไม่มี Epinephrine จำนวน 0.5- 1ml) 	<ul style="list-style-type: none"> Doxycycline 100 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> Doxycycline เป็นที่นิยมใช้มากกว่า Tetracycline เนื่องจาก ยาผ่านเข้าน้ำไขสันหลังได้ดีกว่า และอาการคลื่นไส้น้อยกว่า
		<ul style="list-style-type: none"> Tetracycline 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน 	
2. ซิฟิลิสระยะที่ 2 (Secondary syphilis)		<ul style="list-style-type: none"> Azithromycin 2 gm กินครั้งเดียว 	<ul style="list-style-type: none"> มีรายงานพบเชื้อ <i>T. pallidum</i> ต่อยา Azithromycin ในบางประเทศ
3. ซิฟิลิสระยะแฝงไม่เกิน 1 ปี (Early latent syphilis)	<ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxone 1-2 gm ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ หรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อวันละ 1 ครั้ง นาน 10-14 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> การใช้ Ceftriaxone มีโอกาส cross reaction กับผู้ที่แพ้ Penicillin ได้ 10% 	
	<ul style="list-style-type: none"> Erythromycin 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> ให้ผลการรักษาต่ำ (high failure rates) ยาผ่าน blood-brain barrier และ placental barrier ได้ไม่ดี 	

ระยะของโรคซิฟิลิส	การรักษา		หมายเหตุ
	First line option	Alternative option (แพ้ Penicillin หรือ กรณีนีไม่มี Benzathine penicillin)	
ซิฟิลิสช่วงปลาย (Late syphilis)			
1. ซิฟิลิสระยะแฝงเกิน 1 ปี (Late latent syphilis)	Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 3 สัปดาห์ ติดต่อกัน	Doxycycline 100 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 28 วัน	<ul style="list-style-type: none"> Doxycycline และ Tetracycline เป็นยาเพียง 2 ชนิดเท่านั้นที่ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริการับรองเป็น alternative option ใน Late latent syphilis และ Latent syphilis of unknown duration Ceftriaxone อาจใช้ได้ผลดีในซิฟิลิสระยะนี้ แต่ขนาดของยาและระยะเวลาที่ให้ยา ยังไม่มีนิยามที่ชัดเจน
2. ซิฟิลิสระยะแฝงไม่ทราบระยะเวลา (Latent syphilis of unknown duration)		Tetracycline 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 28 วัน	
3. แผลซิฟิลิสระยะที่ 3 (Benign gummatous syphilis)			
4. ซิฟิลิสระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular syphilis)			
5. ซิฟิลิสระบบประสาท (Neurosyphilis)		Aqueous crystalline penicillin G 18-24 ล้านยูนิต/วัน ฉีดเข้าหลอดเลือดดำโดยแบ่งฉีด 3-4 ล้านยูนิต ทุก 4 ชั่วโมง นาน 10-14 วัน	

ระยะของโรคซิฟิลิส	การรักษา		หมายเหตุ
	First line option	Alternative option (แพ้ Penicillin หรือ กรณีไม่มี Benzathine penicillin)	
ซิฟิลิสในผู้ป่วยที่ต้องพิจารณาเป็นพิเศษ			
1. ซิฟิลิสในหญิงมีครรภ์ที่แพ้ Penicillin	<ul style="list-style-type: none"> ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา แนะนำให้ Penicillin desensitized ก่อน แล้วรักษาด้วย Penicillin เช่นเดียวกับข้างบน 	<ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxone 1-2 gm ฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือเข้ากล้ามเนื้อ วันละ 1 ครั้ง นาน 10-14 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxone ผ่านเข้าน้ำไขสันหลังได้ดี การใช้ Ceftriaxone มีโอกาส cross reaction กับผู้ที่แพ้ penicillin ได้ 10%
		<ul style="list-style-type: none"> Erythromycin stearate 500 mg กิน วันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> ให้ผลการรักษาต่ำ ยาผ่าน blood-brain barrier และ placental barrier ได้ไม่ดี ทารกต้องได้รับการตรวจเลือด และติดตามดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด
2. ซิฟิลิสแต่กำเนิด (Congenital syphilis)	<ul style="list-style-type: none"> 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 		<ul style="list-style-type: none"> มารดา บิดา/คู่เพศสัมพันธ์ของมารดา ควรได้รับการประเมินการติดเชื้อ และรักษา

4. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร

ให้ตรวจคัดกรองตามคำแนะนำของสูติแพทย์ ควรรักษาซิฟิลิสก่อนอายุครรภ์ 16 สัปดาห์

5. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ให้รักษาเหมือนผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี

6. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา

หลังการรักษาของซิฟิลิสช่วงต้น (ซิฟิลิสระยะที่ 1 ซิฟิลิสระยะที่ 2 และ ซิฟิลิสระยะแฝง ไม่เกิน 1 ปี) ระดับของ VDRL หรือ RPR titer ควรลดลงจากเดิม 4 เท่า หรือมากกว่า ภายใน 6–12 เดือน (เช่น จาก VDRL titer 1:32 ลดลงเป็น 1:8) แต่ในซิฟิลิสระยะแฝงเกิน 1 ปี อาจต้องใช้เวลา 12-24 เดือน ส่วน TPHA หรือ FTA-ABS มักให้ผลบวก (reactive) ไปตลอดชีวิตหลังการรักษา จึงไม่ใช้การทดสอบทั้งสองชนิดมาติดตามผลการรักษา

ผู้ป่วยที่ระดับของ VDRL หรือ RPR titer ไม่ลดลงตามเกณฑ์ ในระยะเวลาที่กำหนด หรือมีระดับสูงขึ้นจากเดิม 4 เท่า อาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยมี การรักษาล้มเหลว (treatment failure) ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และผู้เชี่ยวชาญบางท่านได้แนะนำให้ทำการรักษาซ้ำ^{1,2} (retreatment) ด้วย benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิตหน่วย ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 3 สัปดาห์ ติดต่อกัน

อย่างไรก็ตาม ระดับของ VDRL หรือ RPR titer ที่สูงขึ้นหรือไม่ลดลงหลังการรักษา อาจเกิดจากการติดเชื้อซ้ำ (reinfection) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ การซักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จึงยังคงมีความสำคัญในผู้ป่วยหลังการรักษา

การนัดผู้ป่วย

1. ซิฟิลิสช่วงต้น (Early syphilis)

ครั้งที่ 1 1 เดือน หลังจากวันที่ได้รับการรักษา

- กรณีเป็นซิฟิลิสระยะที่ 1 หรือ 2 เพื่อติดตามผลการรักษา ได้แก่ ดูลักษณะทางคลินิก รอยโรค สอบถามเรื่องการรักษาคู่เพศสัมพันธ์ ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ให้การปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และฟังผลการตรวจอื่นๆ

- กรณีเป็นซิฟิลิสระยะแฝงภายใน 1 ปีแรก เพื่อสอบถามเรื่องการรักษาคู่เพศสัมพันธ์ ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ให้การปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ฟังผลการตรวจอื่นๆ



ครั้งที่ 2 3 เดือน หลังจากวันที่ได้รับการรักษา เพื่อตรวจหาลักษณะทางคลินิก รอยโรคที่แสดงถึงการติดเชื้อซ้ำ ดู titer ของ VDRL/RPR สอบถามเรื่องการรักษาคู่เพศสัมพันธ์ ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ให้การปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเพื่อค้นหาโรคที่พบบนระยะ window period แล้ว ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวี

ครั้งต่อไป เดือนที่ 6, 12 และ 24 หลังจากวันที่ได้รับการรักษาเพื่อดู titer ของ VDRL/RPR ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง และให้การปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

หมายเหตุ

1. ในผู้ที่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ แนะนำให้ตรวจ VDRL หรือ RPR ต่อไป อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
2. กรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี นัดตรวจเลือดด้วยวิธี VDRL หรือ RPR เดือนที่ 3, 6, 9, 12 และ 24 หลังการรักษา (เนื่องจากอัตราการรักษาล้มเหลวค่อนข้างสูง และเพื่อเฝ้าระวังอาการของซิฟิลิสระบบประสาท)

2. ซิฟิลิสช่วงปลาย (Late syphilis) เช่นเดียวกับซิฟิลิสช่วงต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Janier M, Hegyi V, Dupin N, Unemo M, Tiplica GS, Potocnik M, et al. 2014 European guideline on the management of syphilis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2014;28:1581-93.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64(RR-03):1-137.
3. Emerson CR. Syphilis: A review of the diagnosis and treatment. J Infect Dis 2009;3:143-7

3.2 หนองใน Gonorrhea

แพทย์หญิงรสพร กิตติเยวามาลัย
นายแพทย์ชายหาญ รุ่งศิริแสงรัตน์

1. ลักษณะทางคลินิก¹

อาการ¹ : ผู้ชายจะมีปัสสาวะแสบขัด มีหนองไหลจากท่อปัสสาวะ ผู้ป่วยหญิงส่วนใหญ่ไม่มีอาการ หากมีอาการจะมีตกขาวผิดปกติไม่คัน

อาการแสดง¹ : ผู้ป่วยชายมักตรวจพบหนองที่บริเวณท่อปัสสาวะ ในบางรายมีอาการแทรกซ้อน เช่น เป็นฝีที่อวัยวะเพศ หรืออัมพาตอักเสบ ผู้ป่วยหญิงมักตรวจพบปากมดลูกอักเสบ มีหนองที่ปากมดลูก

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา¹

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น : Gram stain พบ gram-negative intracellular diplococci

การตรวจเพื่อยืนยันผล : Culture พบ *Neisseria gonorrhoeae*

3. การรักษา

แบ่งการรักษาได้เป็น 2 ภาวะ

3.1 หนองในชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน (Uncomplicated gonorrhea)

3.1.1 หนองในที่อวัยวะเพศและทวารหนัก² ให้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Ceftriaxone 250 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว
- Cefixime 400 mg กินครั้งเดียว

และร่วมกับให้การรักษาหนองในเทียมร่วมด้วย

3.1.2 หนองในที่ช่องคอ²

- Ceftriaxone 250 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว และร่วมกับให้การรักษาหนองในเทียมร่วมด้วย

หมายเหตุ

1. เนื่องจากพบการติดเชื้อโรคหนองในเทียมประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหนองใน³ ดังนั้นในการรักษาหนองใน จึงให้รักษาหนองในเทียมร่วมด้วย (ดูหัวข้อการรักษาหนองในเทียม) ซึ่งการให้ยารักษาหนองในเทียมด้วยการรับประทาน azithromycin 1 gm จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาหนองในให้ดีขึ้น²
2. ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา แนะนำให้ใช้ ceftriaxone รักษาหนองในเป็นอันดับแรก หากไม่มีจึงพิจารณาใช้ยาลำดับถัดไป²
3. กรณีแพ้ยา cephalosporin พิจารณาให้ azithromycin 2 gm กินครั้งเดียว (ได้ผลกับหนองในที่อวัยวะเพศที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน)¹

3.1.3 หนองในเยื่อปอดผู้ใหญ่²

- Ceftriaxone 250 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว และร่วมกับให้การรักษาหนองในเทียมร่วมด้วย

หมายเหตุ

ควรล้างตาให้สะอาดด้วยน้ำเกลือปลอดเชื้อ (sterile NSS) ทุกชั่วโมง จนกว่าหนองจะแห้ง⁵ หากผู้ป่วยมีอาการไม่ดีขึ้น ให้ส่งปรึกษาจักษุแพทย์

3.2 หนองในชนิดมีภาวะแทรกซ้อน (Complicated gonorrhea)

3.2.1 หนองในชนิดมีภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่ (Local complicated gonorrhea) เช่น Bartholin's abscess, epididymitis, epididymo-orchitis, paraurethral abscess, periurethral abscess, cowperitis เป็นต้น¹

- ให้การรักษาเหมือนหนองในชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่ให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 2 วัน หรือจนกว่าจะหาย⁶ และร่วมกับให้การรักษาหนองในเทียมร่วมด้วย⁶

หมายเหตุ

1. กรณีที่มี Bartholin's abscess ให้ drain หนองออกและควรทำ marsupialization เพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ⁷
2. ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา แนะนำให้รักษาผู้ที่มีลูกอัมตะอักเสบเฉียบพลันดังนี้²
 - Ceftriaxone 250 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว ร่วมกับ Doxycycline 100 mg กินวันละครั้ง หลังอาหาร นาน 10 วัน หากลูกอัมตะอักเสบเฉียบพลันเกิดจากการติดเชื้อที่อยู่ในลำไส้ (enteric bacteria) ให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่
 - Levofloxacin 500 mg กินวันละครั้ง หลังอาหาร นาน 10 วัน
 - Ofloxacin 300 mg กินวันละสองครั้ง หลังอาหาร นาน 10 วัน

3.2.2 หนองในชนิดมีภาวะแทรกซ้อนแพร่กระจาย (Disseminated gonococcal infection)²

ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

- กรณีที่มี petechiae หรือ pustule ที่ผิวหนัง, septic arthritis, tenosynovitis ให้ใช้ยา Ceftriaxone 1 gm ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง จนอาการดีขึ้น แล้วเปลี่ยนเป็นยากิน รวมระยะเวลาในการรักษาอย่างน้อย 7 วันร่วมกับ azithromycin 1 gm กินครั้งเดียว
- กรณีที่มี meningitis ร่วมด้วยให้ใช้ยา ceftriaxone 1-2 gm ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง นาน 10-14 วัน² ร่วมกับ azithromycin 1 gm กินครั้งเดียว
- กรณีที่มี endocarditis ร่วมด้วยให้ใช้ยา ceftriaxone 1-2 gm ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง นาน 4 สัปดาห์³⁻⁵ ร่วมกับ azithromycin 1 gm กินครั้งเดียว

4. การรักษาคู่เพศสัมพันธ์

คู่เพศสัมพันธ์ที่มีเพศสัมพันธ์ภายใน 60 วันก่อนที่ผู้ป่วยมีอาการ ควรได้รับการตรวจและให้การรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วย²



5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะเวลาให้นมบุตร/เด็ก

5.1 หญิงตั้งครรภ์ ceftriaxone 250 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว ร่วมกับ azithromycin 1 gm กินครั้งเดียว²

5.2 หญิงในระยะเวลาให้นมบุตร ceftriaxone 250 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว² ร่วมกับการรักษาหนองในเทียม

หมายเหตุ

เนื่องจาก azithromycin สามารถผ่านทางน้ำนมจึงไม่แนะนำให้แก่วัยในระยะเวลาให้นมบุตร

5.3 การติดเชื้อในเด็ก

5.3.1 หนองในที่ช่องคอ อวัยวะเพศ และทวารหนัก²

ให้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- เด็กน้ำหนักตัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 kg ให้ยา ceftriaxone 125 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว
- เด็กน้ำหนักมากกว่า 45 kg ให้รักษาเหมือนผู้ใหญ่

หมายเหตุ

ภาวะหนองในในเด็กควรคำนึงถึงการถูกล่วงละเมิดทางเพศ²

5.3.2 หนองในเยื่อปอดทวารกและเด็ก

ควรรับทวารกและเด็ก ไว้รักษาในโรงพยาบาลและรักษาด้วยยา

- ในทารก ให้ยา ceftriaxone 25-50 mg/น้ำหนักตัว 1 kg (ไม่เกิน 125 mg) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือให้ยาทางหลอดเลือดดำครั้งเดียว²
- ในเด็กที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 45 kg ให้ยา ceftriaxone 50 mg/น้ำหนักตัว 1kg (สูงสุดไม่เกิน 1 gm) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว³
- ในเด็กที่น้ำหนักตัวมากกว่า 45 kg ให้ยา ceftriaxone 1 gm ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว³
- ล้างตาด้วยน้ำเกลือปลอดเชื้อ (sterile NSS) ทุกชั่วโมง จนกว่าหนองจะแห้ง⁹
- ให้รักษาหนองในเทียมร่วมด้วย⁹
- มารดา บิดา/คู่เพศสัมพันธ์ของมารดาควรได้รับการประเมินการติดเชื้อ และรักษาด้วย⁹

- หนองในเยื่อぶตาเด็กอาจติดต่อกันโดยใช้สิ่งของร่วมกัน¹⁰
- หากผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น ให้ส่งปรึกษาจักษุแพทย์

5.3.3 ทารกที่เกิดจากมารดาที่เป็นหนองในขณะคลอด

ทารกที่เกิดจากมารดาที่เป็นหนองในขณะคลอดมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหนองในสูงและยังไม่มีอาการ เนื่องจากอาจอยู่ในระยะฟักตัวของโรค ควรพิจารณาให้การรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากมารดา⁹

- Ceftriaxone 25-50 mg/น้ำหนักตัว 1 kg (ไม่เกิน 125 mg) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือให้ทางหลอดเลือดดำครั้งเดียว²
- ให้รักษาหนองในเทียมร่วมด้วย²
- บิดา/คู่เพศสัมพันธ์ของมารดาควรได้รับการประเมินการติดเชื้อและรักษา^{2,9}
- มารดาหลังได้รับการประเมินการติดเชื้อหนองในต้องได้รับการรักษาร่วมด้วย²

หมายเหตุ

สำหรับการรักษาหนองใน ในทารกและเด็ก

1. Ceftriaxone ควรให้ด้วยความระมัดระวังในทารกที่มีอาการตัวเหลือง (hyperbillirubinemia) หรือคลอดก่อนกำหนด (prematurity) อาจพิจารณาใช้ cefotaxime 100 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือเข้าเส้นครั้งเดียวแทน¹¹
2. แนะนำให้ทารกที่เกิดจากมารดาที่เป็นหนองในขณะคลอด ตรวจหาการติดเชื้อหนองใน และเชื้อคลาไมเดีย (*Chlamydia trachomatis*) ที่อวัยวะเพศ และเยื่อぶตา ร่วมด้วย²

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ให้การรักษาเหมือนผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา

แนะนำผู้ป่วยงดมีเพศสัมพันธ์ 7 วันหลังให้การรักษาและจนกระทั่งคู่นอนได้รับการรักษาแล้ว⁴

หนองในชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน (Uncomplicated gonorrhea)⁶

- ครั้งที่ 1** 7 วัน หลังจากวันที่รับการรักษา เพื่อทำการตรวจ Gram stain, culture ซ้ำ
- ครั้งที่ 2** 3 เดือน หลังจากวันที่รักษา พร้อมทั้งตรวจเลือดซ้ำเพื่อค้นหาโรคซิฟิลิส และให้การปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

หนองในที่มีภาวะแทรกซ้อน (Complicated gonorrhea)⁶

- ครั้งที่ 1** ในวันรุ่งขึ้น เพื่อฉีดยาซ้ำ
- ครั้งที่ 2** 7 วัน หลังฉีดยาซ้ำ หรือวันรุ่งขึ้นหากอาการยังไม่ดีขึ้น
- ครั้งที่ 3** 3 เดือน หลังจากวันที่รับการรักษา พร้อมทั้งตรวจเลือดซ้ำเพื่อค้นหาโรคซิฟิลิสและให้การปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

ในกรณีที่ไม่มีมาติดตามใน 3 เดือน หากมารับบริการอีกภายในหนึ่งปี ให้ตรวจหาโรคหนองในและซิฟิลิสซ้ำ เนื่องจากมีโอกาสติดเชื้อซ้ำสูง

แนะนำให้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และซิฟิลิสในผู้มารับบริการทุกราย

เอกสารอ้างอิง

1. Reddy BSN, Khandpur S, Sethi S, Unemo M. Gonococcol infections. In: Gupta S, Kumar B, editors. Sexually transmitted infections. 2nd ed. Delhi: Mosby; 2012. p. 473-93.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64(RR-03):1-137.
3. Lyss SB, Kamb ML, Peterman TA, Moran SJ, Newman DR, Boran, GB, 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;139:178-85.

4. Lanjouw E, Ossewaarde JM, Stary A, Boag F, van der Meijden WI. 2010 European guideline for the management of Chlamydia trachomatis infections. *Int J STD AIDS* 2010;21:729-37.
5. Sukiasian SH, Baum J. Bacterial conjunctivitis. In: Krachmer JH, Mannis MJ, Holland EJ, editors. *Cornea*. 3rd ed. China: Mosby; 2011. p. 521-33.
6. อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2553. หน้า 13-17,37.
7. Bhide A, Nama V, Patel S, Kalu E. Microbiology of cysts/abscesses of Bartholin's gland: Review of empirical antibiotic therapy against microbial culture. *J Obstet Gynaecol* 2010;30:701-3.
8. Woods CR. Gonococcal infections in neonates a young children. *Semin Pediatr Infect Dis* 2005;16:258-70
9. Lindquist TD. Ophthalmia neonatorum. In: Krachmer JH, Mannis MJ, Holland EJ, editors. *Cornea*. 3rd ed. China: Mosby;2011. p. 553-8.
10. 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.
11. Rutar T. Neonatal conjunctivitis. In: Hoyt CS, Taylor D, editors. *Pediatric Ophthalmology and Strabismus*. 4th ed. China: Mosby; 2013. p. 85-8.

3.3 กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง Lymphogranuloma venereum (LGV)

แพทย์หญิงรศพร กิตติเยวามาลัย

1. ลักษณะทางคลินิก¹

อาการ : พบแผลเจ็บที่อวัยวะเพศ ร่วมกับต่อมน้ำเหลืองโต โดยผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักจะพบมีอาการเจ็บ ปวดเบ่งที่ทวารหนักร่วมด้วยได้

อาการแสดง : มีแผลเจ็บที่อวัยวะเพศ ต่อมน้ำเหลืองโต กดเจ็บที่ขาหนีบ (พบลักษณะที่เรียกว่า groove sign) อาจจะมีไข้ อ่อนเพลีย กินอาหารไม่ได้

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา

วินิจฉัยจากอาการและอาการแสดงที่เข้าได้กับกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง ร่วมกับมีประวัติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ส่วนการตรวจยืนยันยังสามารถทำได้โดยการส่งตรวจหาเชื้อ *Chlamydia trachomatis* serovars L1, L2, L3¹

3. การรักษา

ให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่¹

- Doxycycline 100 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 21 วัน
- Erythromycin 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 21 วัน

4. การรักษาคุ้เพศสัมพันธ์

คุ้เพศสัมพันธ์ที่มีเพศสัมพันธ์ภายใน 60 วันก่อนที่ผู้ป่วยมีอาการ ควรได้รับการตรวจ และให้การรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วย¹

5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะเวลาให้นมบุตร/เด็ก

5.1 หญิงตั้งครรภ์และหญิงในระยะเวลาให้นมบุตร ไม่ควรใช้ doxycycline ให้ใช้ erythromycin stearate¹

5.2 การติดเชื้อในเด็ก ใช้ erythromycin 7.5-12.5 mg ต่อน้ำหนักตัว 1 kg ต่อครั้ง กินวันละ 4 ครั้ง นาน 14 วัน²

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ให้การรักษาเหมือนผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี แต่ระยะเวลาการรักษาจะยาวนานขึ้น จนอาการหายเป็นปกติ¹

หมายเหตุ

กรณีที่ต้องนำเชื้อบริเวณขาหนีบอักเสบและมีหนองชัดเจน (bubo) ควรเจาะดูดหนองออก โดยใช้เข็มเจาะผ่านผิวหนังปกติ ไม่ควรใช้วิธีผ่าหนองออกเหมือนฝีทั่วไป เพราะจะทำให้รอยแผลที่เกิดจากการผ่าหายช้า^{2, 3}

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา

คุ้เพศสัมพันธ์ควรได้รับการนัดประเมินการติดเชื้อและการรักษา

ครั้งที่ 1 3 สัปดาห์ หลังจากวันที่รับการรักษาเพื่อดูอาการ⁴

ครั้งที่ 2 3 เดือน หลังจากวันที่รับการรักษา พร้อมทั้งตรวจเลือดซ้ำเพื่อค้นหาโรคซิฟิลิสและให้การปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี⁴

แนะนำให้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และซิฟิลิสในผู้มารับบริการทุกราย

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64(RR-03):1-137.
2. 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.
3. Stamm WE. Lymphagranuloma venereum. 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. 595-606.
4. อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย, บรรณานิการ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2553. หน้า 38.

3.4 นหนองในเทียม

Nongonococcal urethritis

แพทย์หญิงรสพร กิตติเยวามาลัย
นายแพทย์ชายหาญ รุ่งศิริแสงรัตน์

1. ลักษณะทางคลินิก¹

อาการ : ผู้ป่วยชายจะมีอาการปัสสาวะแสบขัด อาจมีมูกใสหรือมูกขุ่น คันที่ท่อปัสสาวะ ผู้ป่วยหญิงส่วนใหญ่ไม่มีอาการ ส่วนน้อยอาจมีตกขาว

อาการแสดง : ผู้ป่วยชายมักตรวจพบมูกใสที่ท่อปัสสาวะ ผู้ป่วยหญิงมักตรวจพบปากมดลูกอักเสบ

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา

มีประวัติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ร่วมกับ

- ตรวจพบ urethral Gram stain พบ PMN ≥ 5 cells/oil field² **หรือ**
- ตรวจพบ mucopurulent discharge ที่ cervix ในผู้หญิงโดยไม่พบ Gram negative intracellular diplococci จาก cervical Gram stain² **หรือ**
- Chlamydial test positive¹

3. การรักษา

3.1 นหนองในเทียมที่ช่องคอ อวัยวะเพศ และทวารหนัก

ในประเทศไทยแนะนำให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Azithromycin 1 gm กินครั้งเดียว ขณะท้องว่าง* หรือก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง^{1,3} (*หมายถึง ไม่รับประทานสิ่งใดเลยนาน 2 ชั่วโมง ยกเว้นน้ำเปล่า)

- Doxycycline 100 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน³
- Roxithromycin 150 mg กินวันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร 15 นาที นาน 14 วัน⁴
- Erythromycin stearate 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน³ และร่วมกับการติดตามและรักษาคู่เพศสัมพันธ์แม้ไม่มีอาการ³

หมายเหตุ

1. กรณีผู้ป่วยชายที่รักษาครบตามกำหนดแล้วยังไม่หาย (recurrent and persistent urethritis) ควรคำนึงถึงการติดเชื้อดังต่อไปนี้
 - กรณีคำนึงถึงการติดเชื้อ *Mycoplasma genitalium* แนะนำให้รักษาด้วยยาอย่างใดอย่างหนึ่ง¹
 - Azithromycin 1 gm กินครั้งเดียว
 - Moxifloxacin 400 mg กินวันละครั้ง นาน 7 วัน
 - กรณีคำนึงถึงการติดเชื้อ *Ureaplasma urealyticum* แนะนำให้รักษาด้วยยาดังต่อไปนี้⁵
 - Moxifloxacin 400 mg กินวันละครั้ง นาน 7 วัน
 - กรณีคำนึงถึงการติดเชื้อ *Trichomonas vaginalis* แนะนำให้รักษาด้วยยาอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้¹
 - Tinidazole 2 gm กินครั้งเดียว ก่อนนอน
 - Metronidazole 2 gm กินครั้งเดียว ก่อนนอน
2. ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา ให้ใช้ยา doxycycline และ erythromycin นาน 7 วัน นอกจากนี้ยังแนะนำยาทางเลือกอื่นๆ ได้แก่¹
 - Ofloxacin 300 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน
 - Levofloxacin 500 mg กินวันละครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน
3. หากให้การรักษาผู้ป่วยตั้งข้างต้นไม่หาย ให้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
4. Erythromycin base ไม่ทนต่อกรดในกระเพาะอาหารจึงมีการพัฒนายาให้อยู่ในรูปแบบ enteric-coated (erythromycin stearate)⁶
5. กรณีเพศสัมพันธ์หลังได้รับยา azithromycin 1 gm เป็นระยะเวลา 7 วัน ในกรณีได้รับยาอื่นให้ทั้งคู่มิเพศสัมพันธ์จนกระทั่งได้ยารักษาจนครบ¹

3.2 การติดเชื้อหนองในเทียมเยื่อตาในผู้ใหญ่ (Adult Nongonococcal Conjunctivitis)

แนะนำให้เลือกใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Tetracycline 250 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 21 วัน⁷
- Erythromycin 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 21 วัน⁷
- Doxycycline 100 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 10 วัน⁸
- Azithromycin 1 gm กินครั้งเดียว^{7,8}

4. การรักษาผู้ป่วยเพศสัมพันธ์

ผู้ป่วยเพศสัมพันธ์ที่มีเพศสัมพันธ์ภายใน 60 วันก่อนที่ผู้ป่วยมีอาการ ควรแนะนำให้มาตรวจและทำการรักษา³ ในกรณีที่ไม่สามารถมารับการตรวจได้ ให้ฝากยารักษาไปกับผู้มารับบริการ

5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระบะให้นมบุตร/เด็ก

5.1 หญิงตั้งครรภ์

ไม่ควรใช้ doxycycline และ tetracycline ให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง¹ ได้แก่

- Azithromycin 1 gm กินครั้งเดียว
- Amoxicillin 500 mg กินวันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน
- Erythromycin stearate 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน

5.2 หญิงในระบะให้นมบุตร

- Amoxicillin 500 mg กินวันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน^{1,9}
- Erythromycin stearate 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน^{1,10}

5.3 การติดเชื้อ *Chlamydia trachomatis* ในเด็ก

5.3.1 การติดเชื้อที่ช่องคลอด อวัยวะเพศ และทวารหนัก

ให้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง¹ ได้แก่

- เด็กน้ำหนักน้อยกว่า 45 kg ให้ erythromycin base 50 mg/ น้ำหนักตัว 1 kg/วัน แบ่งกินวันละ 4 ครั้ง แต่ไม่เกิน 500 mg ต่อมื้อ หลังอาหาร นาน 14 วัน
- เด็กน้ำหนักมากกว่า หรือเท่ากับ 45 kg แต่อายุน้อยกว่า 8 ปี ให้ azithromycin 1 gm กินครั้งเดียวขณะท้องว่าง
- เด็กอายุตั้งแต่ 8 ปีขึ้นไป ใช้ azithromycin หรือ doxycycline ขนาดเดียวกับผู้ใหญ่ได้
- ควรคำนึงถึงการถูกล้วงละเมิดทางเพศในเด็ก

5.3.2 การติดเชื้อในเยื่อตาทารก (Neonatal Nongonococcal Conjunctivitis)

- ให้ยา erythromycin base 50 mg/น้ำหนักตัว 1 kg/วัน แบ่งกิน วันละ 4 ครั้ง นาน 14 วัน หรือ ให้ยา azithromycin suspension 20 mg/น้ำหนักตัว 1 kg กินวันละ 1 ครั้ง นาน 3 วัน¹
- ยาปฏิชีวนะที่ใช้เฉพาะที่ตาอย่างเดียว ไม่เพียงพอต่อการรักษาการ ติดเชื้อหนองในเทียมที่เยื่อตาของทารก^{1, 11}
- ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะที่ใช้เฉพาะที่ตาพร้อมกับยากิน^{1, 11}
- มารดา บิดา หรือคู่เพศสัมพันธ์ของมารดาควรได้รับการประเมินการ ติดเชื้อและรักษา¹
- ควรเฝ้าระวังการติดเชื้อหนองในเทียมที่ปอดร่วมด้วย¹¹

หมายเหตุ

1. Erythromycin มีประสิทธิภาพในการรักษาหนองในเทียมที่เยื่อตา ของทารกประมาณ 80% จึงแนะนำให้ติดตามการรักษาทุกราย เนื่องจากทารกอาจจำเป็นต้องได้รับการรักษาอีกครั้ง^{1, 12}
2. การใช้ยา erythromycin ในทารกที่มีอายุน้อยกว่า 6 สัปดาห์ พบว่า มีรายงานการเกิด Infantile Hypertrophic Pyloric Stenosis (IHPS) ในระหว่างการใช้ยา ดังนั้นในทารกที่ได้รับยา ควรเฝ้าสังเกต อาการของ IHPS ทุกราย^{1, 13}

5.3.3 ทารกที่เกิดจากการติดเชื้อขณะคลอด

ไม่แนะนำให้ใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ควรติดตามอาการของทารกและรักษาเมื่อพบว่ามามีภาวะติดเชื้อ^{1, 11}

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ให้การรักษาเหมือนผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา³

แนะนำผู้ป่วยดมีเพศสัมพันธ์ขณะได้รับการรักษาและจนกระทั่งคู่นอนได้รับการรักษาแล้ว³

ครั้งที่ 1 2 สัปดาห์ หลังจากวันที่รับการรักษาเพื่อทำการตรวจ urethral Gram stain

ครั้งที่ 2 3 เดือน หลังจากวันที่รับการรักษาพร้อมทั้งตรวจเลือดซ้ำเพื่อค้นหาโรคซิฟิลิสและให้การปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

แนะนำให้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และซิฟิลิสในผู้มารับบริการทุกราย

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64(RR-03):1-137.
2. 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.
3. อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2553. หน้า 18-9, 37
4. ชาญชัย อธิคมรังสฤษฎ์, อนุพงศ์ ชิตวรารกร, และ ผ่องพรรณ นันทาพิสุทธิ์. การศึกษาประสิทธิภาพของ Roxithromycin ในการรักษาหนองในเทียมในผู้ป่วยชาย. วารสารสมาคมแพทย์ทางกายโรคแห่งประเทศไทย 2537.; 11: หน้า 7-11.

5. Horner PJ, Blee K, Falk L, Meijden W, Moi H. 2014 European guideline on the management of non-gonococcal urethritis [Internet]. The International Union against Sexually Transmitted Infections; 2014 [cite 2015 Jan 10]. Available from: http://www.iusti.org/regions/europe/word_docs/2014/European_guidelineNGU_draft_10102014.pdf
6. DiSanto AR, Chodos DJ. Influence of study design in assessing food effects on absorption of erythromycin base and erythromycin stearate. *Antimicrob Agents Chemother* 1981;20(2):190-6.
7. Singal N, Rootman DS. Chlamydial infections. In: Krachmer JH, Mannis MJ, Holland EJ, editors. *Cornea*. 3rd ed. China: Mosby; 2011. p. 545-52.
8. 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.
9. Drug.com [Internet]. Auckland: Drugsite Trust Online Resources; c2000-15 [updated 2014 July 08; cited 2015 Jan 10]. Available from: <http://www.drugs.com/breastfeeding/amoxicillin.html>
10. Merckmanuals.com [Internet]. New Jersey: Merck Online Resources; c2010-14 [updated 2013 October; cited 2015 Jan 10]. Available from: http://www.merckmanuals.com/professional/infectious_diseases/bacteria_and_antibacterial_drugs/macrolides.html
11. Lindquist TD. Ophthalmia neonatorum. In: Krachmer JH, Mannis MJ, Holland EJ, editors. *Cornea*. 3rd ed. China: Mosby; 2011. p. 553-8.
12. Patamasucon P, Rettig PJ, Faust KL, Kusmiesz HT, Nelson JD. Oral v topical erythromycin therapies for chlamydial conjunctivitis. *Am J Dis Child* 1982;136(9):817-21.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Hypertrophic pyloric stenosis in infants following pertussis prophylaxis with erythromycin—Knoxville, Tennessee, 1999. *MMWR MorbMortal Wkly Rep* 1999;48:1117-20

3.5 แผลริมอ่อน Chancroid

นายแพทย์นิติ คงกริกเกียรติ
นายแพทย์นพดล ไพบูลย์สิน

1. ลักษณะทางคลินิก¹

อาการ: ตุ่มนูนแดงและเจ็บ หลังจากนั้นแตกเป็นแผล ก้นแผลมีหนอง ขอบแผลนูนไม่แข็ง รอบๆ แผลจะอักเสบแดง มีอาการเจ็บมาก แผลเล็กๆ จะรวมกันเป็นแผลใหญ่ ต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบจะโต กดเจ็บ บางคนแตกเป็นหนอง

อาการแสดง: มีแผลเจ็บบริเวณอวัยวะเพศ ในเพศชายมักพบที่บริเวณหนังหุ้มปลายองคชาติ ในเพศหญิงมักพบที่ปากช่องคลอด แคมเล็ก รอยต่อแคมเล็ก ส่วนบริเวณช่องคลอด ปากมดลูก ก็สามารถพบได้

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา¹

เมื่อนำหนองที่ก้นแผลไปย้อม Unna-pappenheim หรือ Gram stain พบ gram-negative short rod bacilli เรียงตัว เห็นเป็นลักษณะ school of fish

3. การรักษา

ให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Ceftriaxone 250 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว^{2,5}
- Ciprofloxacin 500 mg วันละ 2 ครั้งหลังอาหาร นาน 3 วัน^{3,5}
- Erythromycin 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหารนาน 7-14 วัน^{2,5}
- Azithromycin 1 gm กินครั้งเดียว³

พร้อมทั้งติดตามและรักษาคู่เพศสัมพันธ์แม้ไม่มีอาการ^{2,5}

หมายเหตุ

1. กรณีที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบอักเสบ ไม่ว่าจะ มีหนองหรือไม่ก็ตาม ควรให้ยาฉีดหรือยากินชนิดใช้ครั้งเดียว แล้วต่อด้วยยา erythromycin 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน^{2,3}
2. กรณีที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบอักเสบและมีหนองชัดเจน ควรเจาะดูดหนองออก โดยใช้เข็มเจาะผ่านผิวหนังปกติ ไม่ควรใช้วิธีผ่าหนองออกเหมือนฝีทั่วไป เพราะจะทำให้รอยแผลที่เกิดจากการผ่าหายช้า²
3. Azithromycin 1 gm กินครั้งเดียว³⁻⁵ ขณะท้องว่าง* และก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง หรือหลังอาหาร 2 ชั่วโมง (* หมายถึง ไม่รับประทานสิ่งใดเลย ยกเว้นน้ำเปล่า นาน 2 ชั่วโมง)

4. การรักษาคู่เพศสัมพันธ์

คู่เพศสัมพันธ์ควรแนะนำให้มาตรวจและทำการรักษาแม้ไม่มีอาการ ในกรณีที่ไม่สามารถมารับการตรวจได้ ให้ฝากยารักษาไปกับผู้มารับบริการ

5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร/เด็ก

- ในกรณีหญิงตั้งครรภ์ให้ใช้ ceftriaxone^{2,3,5} หรือ erythromycin stearate²
- ผู้ป่วยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี² ไม่ควรใช้ ciprofloxacin^{2,3,5}

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยแผลอาจหายช้าและต้องใช้เวลารักษานานขึ้น ควรใช้ยา erythromycin stearate นาน 14 วัน^{2,3}

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจร่างกายหลังการรักษา

- ครั้งที่ 1** 7 วัน หลังจากวันที่รับการรักษา² เพื่อติดตามดูอาการและรอยโรค
- ครั้งที่ 2** 3 เดือน หลังจากวันที่รับการรักษา^{2,3,5} พร้อมทั้งตรวจเลือดซ้ำเพื่อค้นหาซิฟิลิส² และให้การปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี^{2,3,5}

แนะนำให้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และซิฟิลิสในผู้มารับบริการทุกราย

เอกสารอ้างอิง

1. Lautenschlager S. Chancroid. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller A, Leffell DJ, Wolff K, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 8th Revised ed. McGraw Hill; 2012. p. 2501-5
2. อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2553. หน้า 24.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64(RR-03):1-137.
4. World Health Organization. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2003. p. 28-299.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. MMWR Recomm Rep 2006; 55(RR-11):1-93.

3.6 พยาธิช่องคลอด Trichomoniasis

แพทย์หญิงรสพร กิตติเยวามาลย์

1. ลักษณะทางคลินิก¹

อาการ : ผู้ป่วยหญิงมีอาการตกขาวผิดปกติ สีเหลืองออกเขียว มีกลิ่น อาจมีอาการแสบระคายเคืองบริเวณอวัยวะเพศ ผู้ชายจะมีปัสสาวะแสบขัด

อาการแสดง : ผู้ป่วยหญิงมักตรวจพบปากมดลูกอักเสบ มีหนองที่ปากมดลูก ผู้ป่วยชายมักตรวจพบหนองที่บริเวณท่อปัสสาวะ ในบางรายมีอาการแทรกซ้อน เช่น เป็นฝีที่อวัยวะเพศ หรืออัมพาตอักเสบ

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา

มีประวัติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ร่วมกับ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น¹ : ทำ wet smear พบ *Trichomonas vaginalis*

การตรวจเพื่อยืนยันผล¹ : Culture พบ *Trichomonas vaginalis*

3. การรักษา

ให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่¹

- Metronidazole 2 gm กินครั้งเดียว
- Tinidazole 2 gm กินครั้งเดียว ก่อนนอน
- Metronidazole 500 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน

หมายเหตุ

แนะนำให้ผู้ป่วย/ติดเชื่อไม่ให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ระหว่างการรักษารวมถึง 24 ชั่วโมง หลังกินยา metronidazole และ 72 ชั่วโมง หลังกินยา tinidazole เนื่องจากอาจทำให้เกิดอาการ disulfiram-like reaction¹⁻³ (มีอาการหน้าร้อนวูบวาบ ปวดศีรษะ หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก เป็นต้น)³

4. การรักษาคู่เพศสัมพันธ์

คู่เพศสัมพันธ์ควรได้รับการแนะนำให้มาตรวจรักษาและให้การรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วย¹

5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะเวลาให้นมบุตร

5.1 หญิงตั้งครรภ์ทุกไตรมาส ให้ใช้ metronidazole¹

5.2 หญิงให้นมบุตร ให้ยา metronidazole 2 gm และแนะนำให้เลื่อนการให้นมบุตรหลังกินยา นาน 12 -24 ชั่วโมง¹

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษาพบว่า การให้ยา metronidazole 2 gm กินครั้งเดียวได้ผลน้อยกว่าการให้ยา 500 mg กินวันละ 2 ครั้ง นาน 7 วัน¹

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา

แนะนำให้ผู้ป่วยงดมีเพศสัมพันธ์ระหว่างได้รับการรักษาและจนกระทั่งคู่นอนได้รับการรักษาแล้ว³

ครั้งที่ 1 7 วัน หลังจากวันที่รับการรักษา เพื่อทำ wet smear ซ้ำ⁴

ครั้งที่ 2 3 เดือน หลังจากวันที่รับการรักษา พร้อมทั้งตรวจเลือดเพื่อค้นหาโรคซิฟิลิส และแนะนำให้ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี⁴

แนะนำให้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และซิฟิลิสในผู้มารับบริการทุกราย

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64(RR-03):1-137.
2. Lanjouw E, Ossewaarde JM, Stary A, Boag F, van der Meijden WJ. 2010 European guideline for the management of Chlamydia trachomatis infections. Int J STD AIDS 2010;21:729-37.
3. 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.
4. อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย, บรรณานิการ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2553. หน้า 40.

3.7 เริ่มที่อวัยวะเพศและทวารหนัก

Anogenital Herpes

นายแพทย์นิติ คงกริกเกียรติ
นายแพทย์นพดล ไพบูลย์สิน

1. ลักษณะทางคลินิก^{1,2}

อาการ: มีตุ่มน้ำใสร่วมกับการเจ็บปวดแสบ และคัน ในผู้ชายมักพบที่บริเวณองคชาต และปลายองคชาต ในผู้หญิงมักพบที่ปากช่องคลอด ก้น และช่องคลอด

อาการแสดง: พบตุ่มน้ำใสเป็นกลุ่มที่อวัยวะเพศ ทวารหนัก ในผู้ชายพบปัสสาวะขัด ผู้หญิงมีตกขาวผิดปกติ

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา^{1,2}

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการทำ Tzanck test พบ multinucleated giant cell หรือ Polykaryotic cell

3. การรักษา

3.1 ผู้ติดเชื้อครั้งแรก (First clinical episode)

การรักษาให้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Acyclovir 200 mg กินวันละ 5 ครั้ง นาน 7-10 วัน³
- Acyclovir 400 mg กินวันละ 3 ครั้ง นาน 7-10 วัน^{1,3,4}
- Valacyclovir 1 gm กินวันละ 2 ครั้ง นาน 7-10 วัน³
- Famciclovir 250 mg กินวันละ 3 ครั้ง นาน 7-10 วัน^{1,3,4}

กรณีอาการรุนแรงมากขึ้น จำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาลแล้วให้การรักษาด้วย

- Acyclovir 5-10 mg/น้ำหนักตัว 1 kg ฉีดเข้าหลอดเลือดทุก 8 ชั่วโมง นาน 7 วัน¹

3.2 ผู้ป่วยเกิดโรคซ้ำ (Recurrence)

กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือเป็นแต่ละครั้งอาการยาวนานให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

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

3.3 ผู้ป่วยที่เป็นโรคซ้ำบ่อยๆ (6 ครั้งหรือมากกว่าต่อปี)

ให้พิจารณาใช้ยาสำหรับป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (suppressive treatment) โดยกินยาอย่างต่อเนื่องอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Acyclovir 400 mg กินวันละ 2 ครั้ง³⁻⁵
- Valacyclovir 500 mg กินวันละ 1 ครั้ง³⁻⁵
- Valacyclovir 1 gm กินวันละ 1 ครั้ง³⁻⁵
- Famciclovir 250 mg กินวันละ 2 ครั้ง³⁻⁵

หมายเหตุ

หลังจากกินยาอย่างต่อเนื่องนาน 1 ปี ควรได้รับการประเมิน/การปรึกษากับแพทย์ผู้รักษา เพื่อประเมินผลการรักษาหรือหยุดยา⁴⁻⁵

4. การรักษาคุ้เพศสัมพันธ์

คุ้เพศสัมพันธ์ควรได้รับการแนะนำให้มาตรวจรักษาและให้การรักษาเมื่อมีอาการ และรักษาตามอาการ

5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร

หญิงตั้งครรภ์ ควรให้แพทย์พิจารณาเป็นรายๆ ไป และในกรณีใกล้คลอด ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

หมายเหตุ ควรให้ NSS หรือ 3% boric acid ประคบแผลนาน 15 นาที วันละ 4 ครั้ง เพื่อลดอาการแสบ ระคายเคือง และทำให้แผลหายเร็วขึ้น

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย อาการอาจรุนแรงและหายช้าต้องเพิ่มขนาดของยาหรือเปลี่ยนกลุ่มยา และระยะเวลาการรักษาให้นานขึ้น จนแผลหาย^{1,4-5}

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา

ครั้งที่ 1 7 วัน หลังจากวันที่รับการรักษา¹ เพื่อติดตามดูอาการและรอยโรค

ครั้งที่ 2 3 เดือน หลังจากวันที่รับการรักษา^{1,3-5} พร้อมทั้งตรวจเลือดซ้ำเพื่อ ค้นหาซีฟิลิส¹ และให้การปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี^{1,3-5}

แนะนำให้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และซีฟิลิสในผู้มารับบริการครั้งแรกทุกราย

เอกสารอ้างอิง

1. อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2553. หน้า 26-7.
2. Marque AR, Cohen JI. Herpes Simplex. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller A, Leffell DJ, Wolff K, editors. Fitzpatrick's

- dermatology in General Medicine. 8th Revised ed. McGraw Hill; 2012. p. 2367-82
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64(RR-03):1-137.
 - World Health Organization. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2003. p. 2-62.
 - Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. MMWR Recomm Rep 2006; 55(RR-11):1-93.

3.8 หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก (หูดหงอนไก่) Anogenital warts (Condylomata acuminata)

นายแพทย์นิพนธ์ วีระกุลพิศาล

1. ลักษณะทางคลินิก¹

อาการ : อาการของหูดขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาด ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ บางรายมีอาการคัน เจ็บ ตกขาวหรือมีเลือดออก^{1,2}

อาการแสดง : เป็นก้อนหรือตุ่มเนื้อ ลักษณะผิวอาจเรียบหรือขรุขระ สีอาจจะสีชมพู สีน้ำตาล สีเนื้อ พบบริเวณอวัยวะเพศ ทวารหนัก ปาก และช่องคอ^{1,2}

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา¹

ส่วนใหญ่สามารถวินิจฉัยได้ด้วยตาเปล่า^{1,2} แต่บางรายที่ไม่แน่ใจอาจจะตัดชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยาเมื่อไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือแย่งลง หูดมีสีเข้ม มีแผล มีเลือดออก¹

3. การรักษา

การเลือกวิธีการรักษาหูด ขึ้นอยู่กับขนาด จำนวน บริเวณที่เกิด ค่ารักษาพยาบาล ความพร้อมของสถานบริการ ความชำนาญของผู้ให้การรักษา ความพึงพอใจ และความสะอาดของผู้ป่วย ไม่มีวิธีการรักษาวิธีที่ดีที่สุด หรือสามารถรักษาหายภายในครั้งเดียว แพทย์ควรเปลี่ยนวิธีการรักษา เมื่อเกิดผลข้างเคียงรุนแรง หรือหูดไม่ตอบสนองต่อการรักษา (ส่วนใหญ่ตอบสนองต่อการรักษาภายใน 3 เดือน)¹

แบ่งการรักษาได้เป็น 2 กวาระ

- แบ่งตามขนาด
- แบ่งตามตำแหน่ง

3.1 แบ่งตามขนาด

3.1.1 หูดขนาดเล็ก

ให้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง³ ได้แก่

1) Tincture podophyllin 25%

วิธีทายา

- ทายาที่หูด³
- ทาวาสลีนเพื่อป้องกันการระคายเคืองเนื้อเยื่อที่อยู่รอบๆ หูด³
- แนะนำให้ผู้ป่วยใช้น้ำและสบู่ล้างยาออกหลังจากทาประมาณ 1-4 ชั่วโมง³
- ทายาที่หูดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ทิ้งไว้ให้แห้งโดยเฉพาอย่างยิ่ง ถ้าทาในช่องคลอดหรือบริเวณทวารหนัก³
- ห้ามทายานี้เกินกว่า 10 ตารางเซนติเมตร หรือ 0.5 มิลลิลิตรต่อครั้ง³ (อาจทำให้เกิดพิษจากยาได้) หลังการรักษา
- อาจเกิดอาการเจ็บปวด ระคายเคือง

ข้อห้าม

1. ห้ามใช้ยานี้ทาหูดที่ปากมดลูกเนื่องจากทำให้เกิด cervical dysplasia³
2. ห้ามผู้ป่วยทายาเอง³

2) Trichloroacetic acid (TCA) 80-100%

วิธีทายา

ทาหูดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เช่นเดียวกับ tincture podophyllin 25% โดยทาวาสลีนเพื่อป้องกันเนื้อเยื่อที่อยู่รอบๆ หูด³

ข้อห้าม ห้ามใช้ยานี้ทาหูดที่ท่อน้ำนม³

3) Imiquimod 5%

วิธีทายา ทาก่อนนอน วันเว้นวัน หรือสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ทาจนหายดี

หรือไม่เกิน 16 สัปดาห์ (ทายาแล้วทิ้งไว้ 6-10 ชั่วโมงแล้วล้างออกด้วยน้ำและสบู่)³ หลังการใช้ยา อาจเกิดการอักเสบแดง ระคายเคือง แข็งกระด้าง เป็นแผลและตุ่ม สิวบริเวณที่ทายาอาจจางลง

ข้อห้าม

1. ห้ามใช้ยานี้ทาหูดที่ท่อน้ำนม³

2. ห้ามใช้ยาน้ำทาหูดที่ปากมดลูก ภายในช่องคลอด³
3. ห้ามใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี

3.1.2 หูดขนาดใหญ่หรือหูดที่รักษาด้วยวิธีข้างต้นไม่ได้ผล

ให้รักษาด้วยวิธีดังต่อไปนี้ ได้แก่

- 1) จี้ด้วยความเย็น (cryotherapy) โดยใช้ liquid nitrogen ด้วยวิธีใช้ไม้พันสำลีหรือ cryospray³
- 2) ผ่าตัด³
- 3) จี้ด้วยไฟฟ้า (electrosurgery)³
- 4) จี้ด้วยแสงเลเซอร์³

3.2 แบ่งตามตำแหน่ง

3.2.1 หูดภายในช่องคลอดและบริเวณทวารหนัก¹

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

3.2.2 หูดที่ปากทวารปัสสาวะ

- 1) Podophyllin³
- 2) การจี้ด้วยความเย็น (cryotherapy)¹

หมายเหตุ

1. ผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรคเพศหญิงควรตรวจมะเร็งปากมดลูก ตามคำแนะนำของแพทย์
2. พิจารณาตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนักในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ใช้ทวารหนักรับการสอดใส่อวัยวะเพศ³ (ฝ่ายรับ)
3. หูดที่อวัยวะเพศในเด็ก พบไม่บ่อย ในรายที่พบอาจเกิดจากสาเหตุ การล่วงละเมิดทางเพศ (sexual abuse) จำเป็นต้องมีการซักประวัติ และตรวจร่างกายเพิ่มเติม
4. ปัจจุบันมีวัคซีนที่สามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่มีสาเหตุมาจากเชื้อหูดบางสายพันธุ์ได้ แต่ไม่ใช้การรักษา และยังมีราคาแพง ในประเทศไทย วัคซีนมี 2 ชนิด ได้แก่ วัคซีนชนิด 2 สายพันธุ์ (Cervarix) ประกอบด้วยสายพันธุ์ที่ 16 และ 18 วัคซีนชนิด 4 สายพันธุ์ (Gardasil) ประกอบด้วยสายพันธุ์ที่ 6, 11, 16 และ 18⁴ วัคซีนทั้ง 2 ชนิด สามารถป้องกันเชื้อ HPV สายพันธุ์ที่ 16 และ 18 ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกได้ประมาณ

70%¹ สำหรับวัคซีนชนิด 4 สายพันธุ์ สามารถป้องกันเชื้อ HPV สายพันธุ์ที่ 6 และ 11 ได้ด้วย ซึ่งเชื้อ HPV 2 สายพันธุ์นี้เป็นสาเหตุของโรคหูดหงอนไก่ประมาณ 90%^{1,4,5} การฉีดวัคซีนจะต้องฉีด 3 เข็ม⁵ และควรฉีดก่อนมีเพศสัมพันธ์ สามารถฉีดได้ตั้งแต่อายุ 9-26 ปี¹ ในผู้หญิงที่ได้รับการฉีดวัคซีนดังกล่าว ยังมีความจำเป็นจะต้องมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามปกติ ห้ามฉีดวัคซีนในหญิงตั้งครรภ์¹

4. การรักษาหูดเพศสัมพันธ์

1. ให้ตรวจหูดเพศสัมพันธ์และผู้สัมผัสโรคทุกราย รักษาเฉพาะรายที่มีอาการ¹
2. ผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรคที่เป็นเพศหญิง ควรตรวจมะเร็งปากมดลูกตามคำแนะนำของแพทย์ (ไม่จำเป็นต้องถี่กว่าปกติ)^{1,2}

5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร/เด็ก

หูดอาจมีขนาดใหญ่โตเร็วกว่าคนทั่วไป การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดinkin กลับเป็นซ้ำบ่อยกว่าคนทั่วไป เพิ่มการตรวจ PAP smear ในผู้ป่วยที่มีประวัติ ควรตรวจทุก 6 เดือน การรักษา แนะนำให้ใช้ trichloroacetic acid (TCA) 80 -100%

- ห้ามใช้ tincture podophyllin 25% เนื่องจากอาจทำให้ทารกตายในครรภ์ได้³
- ห้ามใช้ imiquimod 5%³

การผ่าตัดจะทำได้ในกรณีหูดนั้นขัดขวางการคลอด หรือคาดว่าจะทำให้มีเลือดออกมากถ้าคลอดตามปกติ การผ่าตัดไม่มีหลักฐานว่าสามารถป้องกันโรคหูดในระบบทางเดินหายใจของเด็กได้³

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ให้การรักษามือผู้ป่วยทั่วไป ในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง หูดอาจมีจำนวนมากและ/หรือขนาดใหญ่ ตอบสนองต่อการรักษาไม่ดinkin และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำบ่อย (recurrent) ในกรณีดังกล่าวให้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ³

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา

ครั้งที่ 1 นัดทายาทุก 1 สัปดาห์จนกว่าจะหาย

ครั้งที่ 2 นัด 3 เดือนเพื่อตรวจการกลับเป็นซ้ำ และตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส

แนะนำให้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และซิฟิลิสในผู้มารับบริการทุกราย

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep 2010; 59(RR-12):1-109.
2. British Association for Sexual Health and HIV. United Kingdom national guideline on the management of ano-genital warts, 2007 [Internet]. [cited 2015 Jan 12]. Available from: <http://www.bashh.org/documents/86/86.pdf>
3. อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย, บรรณานิการ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ.2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2553: หน้า 32-3.
4. U.S. Food and Drug Administration. FDA approves New Indication for Gardasil to prevent Genital Warts in Men and Boys [Internet]. [cited 2015 Jan 12]. Available from: <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm187003.htm>
5. U.S. Food and Drug Administration. FDA approves New Indication for Gardasil to prevent Genital Warts in Men and Boys [Internet]. [cited 2015 Jan 12]. Available from: <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm426485.htm>
6. Ortoski RA, Kell CS, Anal cancer and screening guidelines for Human Papillomavirus in men. J AM Osteopath Assoc,2011;111(3):35-43.

3.9 หูดข้าวสุก *Molluscum contagiosum*

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวนิช

1. ลักษณะทางคลินิก

อาการ: ในผู้ใหญ่มักพบตุ่มกระจายที่ต้นขา ขาหนีบ บริเวณอวัยวะเพศ และท้องน้อย ในเด็กมักพบที่บริเวณหน้า ลำตัว แขนขา¹

อาการแสดง: ตุ่มสีขาว ผิวเรียบ ตรงกลางตุ่มมีรอยบุ๋มขนาด 3-5 มิลลิเมตร เรียงตัวเป็นกลุ่มหรือเป็นแนวเส้น¹ ในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องขนาดหูดข้าวสุกมักจะใหญ่มากกว่า 1 เซนติเมตร และมีจำนวนมากกว่า 100 เม็ด กระจายได้ทั่วตัว²

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา

อาการและอาการแสดงที่เข้าได้กับหูดข้าวสุก¹ โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการสามารถช่วยยืนยันการวินิจฉัยโดยการนำเนื้อหูดสีขาวมาย้อม Giemsa³

3. การรักษา

3.1 การรักษาด้วยยา

- Podophyllin 10-25%¹⁻⁴ ทา 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ เมื่อทาครบ 4 ชั่วโมงแล้วล้างออก
- Imiquimod cream¹⁻³ ทา 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เมื่อทาครบ 6-10 ชั่วโมงแล้วล้างออก
- Tretinoin 0.1% cream¹⁻³ ทาวันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน

3.2 การทำหัตถการ

- ใช้เข็มฉีดยา sterile สะกิดบริเวณตุ่ม แล้วบีบเนื้อหูดสีขาวที่อยู่ภายในออกให้หมด¹⁻²

- จี้ด้วยไฟฟ้า¹
- Cryotherapy/liquid nitrogen¹⁻³
- Pulse Dye Laser²

หมายเหตุ

1. หูดข้าวสุกในผู้ป่วยที่ภาวะภูมิคุ้มกันปกติมักหายเองแต่อาจใช้เวลา 2 สัปดาห์ถึง 4 ปี¹ การรักษาทำเพื่อป้องกันการแพร่กระจายสู่ผู้อื่นและตนเอง
2. การรักษาในเด็กที่จะทำให้เกิดอาการปวดควรใช้ยาชาทาเฉพาะที่ผิวหนัง^{1,5}

4. การรักษาหูดเพคส์ัมพันธ์

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ร่วมด้วยไม่จำเป็นต้องตามหูดเพคส์ัมพันธ์มารักษา⁶

5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร/เด็ก

ในหญิงตั้งครรภ์ห้ามใช้ podophyllin⁷, tretinoin 0.1%⁸ และ imiquimod cream⁹ สำหรับหญิงในระยะให้นมบุตร ไม่แนะนำให้ใช้ podophyllin⁷ และ imiquimod⁹ เนื่องจากยังไม่มีรายงานในเรื่องความปลอดภัย

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ให้การรักษาเหมือนผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี¹ แต่ต้องระวังการติดเชื้อเอชไอวีจากเลือดผู้ป่วย ถ้าไม่หายให้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา

- ครั้งที่ 1 วันที่ 7 หลังจากวันที่รับการรักษา
- ครั้งที่ 2 3 เดือน หลังจากวันที่รักษา พร้อมทั้งตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และซิฟิลิส

เอกสารอ้างอิง

1. 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.
2. Dhar JK. Molluscum. In Gupta S. Kumar B, editors. Sexually transmitted infections. 2nd ed. Delhi: Mosby;2012.p. 374-9.
3. Piggott C, Friedlander and Tom W.. Poxvirus infections in: Goldsmith LA, Katz SI, et al. editor, Fitzpatrick's. Dermatology in general medicine. 8th ed. New York: Mcgraw-Hill; 2012. p. 2417-20.
4. Adler MW. ABC of sexually transmitted diseases. Genital warts and molluscum contagiosum. Br Med J (Clin Res Ed):1984;288(6412):213-5.
5. อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2553. หน้า 1-29
6. British Association for Sexual Health and HIV. UK national guideline for the management of Genital Molluscum in adults, 2014 [Internet]. [cited 2015 May 21]. Available from: <http://www.bashh.org/documents/Molluscum%20contagiosum%202014%20final.pdf>
7. Drug.com. [Internet]. Auckland: Drugsite trust online resources; c2000-15 [update 2014 July 08; cited 2015 May 21]. Available from: <http://www.drugs.com/pro/podocon-25.html>
8. Drug.com. [Internet]. Auckland: Drugsite trust online resources; c2000-15 [update 2014 July 08; cited 2015 May 21]. Available from: <http://www.drugs.com/pregnancy/tretinoin-topical.html>
9. Drug.com. [Internet]. Auckland: Drugsite trust online resources; c2000-15 [update 2014 July 08; cited 2015 May 21]. Available from: <http://www.drugs.com/pregnancy/imiquimod-topical.html>

3.10 โลงน Pediculosis pubis

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวณิช
นายแพทย์ชายหาญ รุ่งศิริแสงรัตน์

1. ลักษณะทางคลินิก

อาการ : คันที่บริเวณหัวเหน่า อาจพบไข่โลงน ตัวโลงนที่ขนบริเวณอวัยวะเพศ¹

อาการแสดง : ส่วนใหญ่มักเป็นรอยเกา, พบรอยโรคน้ำเงินเทาที่ไม่คัน (maculae ceruleae) ที่บริเวณหน้าท้องด้านล่างและต้นขา, พบไข่โลงน ตัวโลงนเกาะที่ขนบริเวณอวัยวะเพศ¹

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา

ตรวจพบไข่โลงนหรือตัวโลงนที่ขนบริเวณอวัยวะเพศ¹

3. การรักษา

3.1 โลงนที่อวัยวะเพศ โดยใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่งได้แก่

- ให้ใช้ gamma benzene hexachloride 1% cream ทาบางๆ บริเวณอวัยวะเพศ และผิวหนังบริเวณใกล้เคียง ทาทิ้งไว้ 12 ชั่วโมงแล้วล้างออก¹ ห้ามนำมาทาเกินความจำเป็นเมื่อไม่มีข้อบ่งชี้ เพราะจะทำให้เกิดพิษต่อระบบประสาท และทำให้ชักได้ ไม่ควรทาทันทีหลังอาบน้ำ เนื่องจากยามีโอกาสถูกดูดซึมได้มากขึ้น^{2,3}
- permethrin 5% cream ทาบางๆ บริเวณอวัยวะเพศ และผิวหนังบริเวณใกล้เคียง ทิ้งไว้ข้ามคืน แล้วล้างออกตอนเช้า^{2,3}
- Ivermectin 250 µg/น้ำหนักตัว 1 kg กินครั้งเดียว และกินซ้ำในขนาดเดียวกัน ภายใน 2 สัปดาห์³

3.2 โคนที่ขนตา (Phthiriasis palprebrarum) เลือกวิธีการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งได้แก่

- ตัดขนตาออกทั้งหมด เป็นวิธีที่ง่ายและสามารถกำจัดตัวโคนและไข่โคนออกไปได้ทั้งหมด⁴
- Ivermectin 200 µg/น้ำหนักตัว 1 kg/dose กินครั้งเดียว และกินซ้ำ ในขนาดเดียวกันห่างกัน 1 สัปดาห์⁵

หมายเหตุ ผู้ป่วยที่ตรวจพบว่ามีโคนที่บริเวณขนตา ควรได้รับการตรวจหาโคนในบริเวณอื่นๆ ของร่างกายด้วยเสมอ เช่นบริเวณขนหน้าอก ขนรักแร้ ขนคิ้ว และหนวดเครา⁶

4. การรักษาคู่เพศสัมพันธ์

คู่เพศสัมพันธ์ที่มีเพศสัมพันธ์ภายใน 30 วันก่อนที่ผู้ป่วยมีอาการ ควรได้รับการตรวจและให้การรักษาพร้อมกัน³

5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร³

- permethrin 5% cream
- Gamma benzene hexachloride 1% ไม่แนะนำให้ใช้มากกว่า 2 ครั้ง

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ให้การรักษาเหมือนผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี³

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา⁷

ครั้งที่ 1 1 สัปดาห์ ถ้ายาไม่สามารถฆ่าไข่โคนได้ทั้งหมด ไข่จะฟักเป็นตัวอ่อนภายใน 1 สัปดาห์¹ ควรทายาอีกครั้ง 7 วัน หลังการทายาครั้งแรก

ครั้งที่ 2 3 เดือน หลังจากวันที่รับการรักษา พร้อมทั้งตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส

แนะนำให้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และซิฟิลิสในผู้มารับบริการครั้งแรกทุกราย

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. Burkhart CN, Burkhart CG. Scabies, Other mites, and pediculosis. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, DJ. L, editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2012. p. 2576-8.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64(RR-03):1-137.
4. Yoon KC, Park HY, Seo MS, Park YG. Mechanical treatment of phthiriasis palpebrarum. Korean J Ophthalmol. 2003;17(1):71-3.
5. Burkhart CG, Burkhart CN. Oral ivermectin therapy of phthiriasis palpebrarum. Arch Ophthalmol. 2000;118:134-5.
6. Mansour AM. Photo essay: phthiriasis palpebrarum. Arch Ophthalmol. 2000;118:1458-9.
7. อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2553. หน้า 35.

3.11 หิด Scabies

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวนิช

1. ลักษณะทางคลินิก

อาการ : อาการคันเป็นอาการสำคัญที่สุดของโรคหิด ซึ่งโดยทั่วไปมักเป็นแบบคันทั่วตัว และคันมากเวลากลางคืนและศีรษะ อาจพบร่วมกับการมีอาการคันในสมาชิกในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด¹

อาการแสดง : รอยโรคซึ่งเกิดจากการไชของเชื้อหิดเป็นทางสั้นๆ ที่เรียกว่า burrows แต่รอยโรคที่พบส่วนใหญ่มักเป็นรอยเกา มีการอักเสบของผิวหนัง ตุ่มแดง (scabietic nodules) ที่บริเวณอวัยวะเพศชาย หรือพบตุ่มหนองซึ่งเกิดจากการที่มีการ ติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน¹

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา

การตรวจหาเชื้อหิดทางห้องปฏิบัติการ ต้องตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ การตรวจรอยโรคโดยเฉพาะจากบริเวณ burrow จะทำให้มีโอกาสพบตัวเชื้อ, ไข่, เปลือกไข่ หรือแม้กระทั่งอุจจาระได้มากขึ้น เป็นการยืนยันการวินิจฉัยโรค อย่างไรก็ตาม การตรวจพบเชื้อหิดนั้น ต้องอาศัยความชำนาญของผู้ตรวจ ดังนั้นในรายที่มีประวัติและอาการแสดงเข้าได้กับ โรคหิด ถึงแม้ว่าจะพูดไม่พบหลักฐานการติดโรค อาจให้การรักษาไปก่อน¹

3. การรักษา

โดยใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่งได้แก่

- permethrin 5% cream ทาทั่วตัวทิ้งไว้ 8-14 ชั่วโมง แล้วล้างออก แล้วทาซ้ำอีก 1 สัปดาห์^{2,3}
- Benzyl benzoate 25% emulsion หลังทายาครั้งแรกแล้ว ให้ทาซ้ำอีกครั้งในหนึ่งสัปดาห์ต่อมา ยานี้ทำให้เกิดอาการระคายเคือง จึงไม่ควรใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี⁴
- Ivermectin 200 µg/น้ำหนักตัว 1 kg กินครั้งเดียว และกินซ้ำในขนาดเดียวกันภายใน 2 สัปดาห์^{2,3}

หมายเหตุ

1. การทายา ให้ผู้ป่วยทายาบางๆ ให้ทั่วทุกส่วนของร่างกาย ระดับคอลงมาจนถึงปลายเท้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เป็นซอกอับทั้งหลายรวมทั้งผิวหนังส่วนที่เป็นปกติด้วย ทิ้งไว้ทั้งคืน (8 ชั่วโมง) แล้วจึงอาบน้ำล้างออกในตอนเช้า²
2. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการคันมาก อาจให้กิน antihistamine ร่วมด้วย ถ้ายังมีตุ่มคันเหลืออยู่ให้ใช้ mild topical steroid² เช่น triamcinolone 0.1%, betamethasone 0.1% เป็นต้น ทาวันละ 2 ครั้ง จนกว่าจะหาย
3. ควรทำความสะอาดเครื่องนุ่งห่มและเครื่องนอนด้วยน้ำร้อน หากไม่สามารถทำได้ ก็ควรเก็บในถุงพลาสติกปิดมิดชิด 72 ชั่วโมง เชื้อก็จะตาย³

4. การรักษาตุ่มแพ้สัมผัส

ให้รักษาตุ่มแพ้สัมผัสและผู้สัมผัสโรคทุกรายแม้ไม่มีอาการ¹⁻⁴ โดยให้การรักษาร่วมกัน

5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร/เด็ก

5.1 หญิงตั้งครรภ์/ให้นมบุตร

- permethrin 5% cream/lotion¹⁻³ ทาทั่วตัวทิ้งไว้ 2 ชั่วโมง แล้วล้างออก²
- Sulfur ointment 5-10%²

5.2 ในเด็กใช้

- permethrin 5% cream/lotion^{2,3}
 - Sulfur ointment 5-10%²
- ห้ามใช้ ivermectin ในเด็กน้ำหนักน้อยกว่า 15 kg^{2,3}

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ให้การรักษามือผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี ยกเว้นถ้ามีอาการและมีรอยโรคมากให้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา

นัดดูอาการโดยอยู่ในดุลพินิจของแพทย์ที่ทำการตรวจรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. Chosidow O. Clinical practices. Scabies. N Eng J Med 2006; 354(16): 1718-27.
2. Burkhart CN, Burkhart CG. Scabies, other mites, and pediculosis. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, DJ. L, editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8th ed. New york: McGraw-Hill Medical; 2012. p. 2569-72.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64(RR-03):1-137.
4. อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2553. หน้า 35.

3.12 อุ้งเชิงกรานอักเสบ/ปีกมดลูกอักเสบ Pelvic Inflammatory Disease

นายแพทย์ภูโมกษ์ อัมพวา
นายแพทย์วิษณุ แสงสุวรรณ

1. ลักษณะทางคลินิก

อาการ: มีไข้ ปวดท้องน้อย อาจมีตกขาวผิดปกติ¹⁻²

อาการแสดง: เมื่อตรวจภายในจะมีอาการ เจ็บเมื่อโยกบริเวณปากมดลูก เจ็บเมื่อกดบริเวณมดลูก หรือปีกมดลูก อาจตรวจพบตกขาวมีมูกปนหนอง¹⁻²

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา

การวินิจฉัยประกอบไปด้วย เกณฑ์การวินิจฉัยขั้นต่ำ (minimal criteria) เกณฑ์การวินิจฉัยเพิ่มเติม (additional criteria)

ในการวินิจฉัยจะต้องมีเกณฑ์ขั้นต่ำครบ สำหรับเกณฑ์เสริมการวินิจฉัยและเกณฑ์ที่จำเพาะในการวินิจฉัย หากพบเพิ่มขึ้นจะช่วยเพิ่มความจำเพาะในการวินิจฉัยโรค

เกณฑ์การวินิจฉัยขั้นต่ำ	เกณฑ์การวินิจฉัยเพิ่มเติม
<ul style="list-style-type: none">• เจ็บเมื่อโยกบริเวณปากมดลูก จากการตรวจภายใน• มีกดเจ็บบริเวณมดลูก จากการตรวจภายใน• มีกดเจ็บที่ปีกมดลูก จากการตรวจภายใน	<ul style="list-style-type: none">• มีไข้โดยการวัดอุณหภูมิทางปากมากกว่า 38.3°C• มีมูกปนหนองออกจากช่องคลอดหรือปากมดลูก• ตรวจ wet smear จากมูกช่องคลอด พบเม็ดเลือดขาว

เกณฑ์การวินิจฉัยขั้นต่ำ	เกณฑ์การวินิจฉัยเพิ่มเติม
	<ul style="list-style-type: none"> ● ตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อ <i>Neisseria gonorrhoeae</i> หรือ <i>Chlamydia trachomatis</i> ที่ปากมดลูก ● ผลเลือดมี Erythrocyte sedimentation rate (ESR) หรือ C-reactive protein สูงขึ้น

ข้อบ่งชี้ในการรักษาแบบผู้ป่วยใน ร่วมกับปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่

- ผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรคอื่นๆ ออกไปได้ เช่น ไข้ตั้งอักษะ
- ผู้ป่วยที่มีก้อนหนองบริเวณท่อนำไข่และรังไข่
- ผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์ร่วมด้วย
- ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มีไข้สูง มีอาการคลื่นไส้อาเจียน
- ผู้ป่วยไม่สามารถทนรับการรักษาหรือติดตามการรักษาโดยสุทธยาแบบผู้ป่วยนอกได้
- ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาชนิดรับประทาน

3. การรักษา

ผู้ป่วยอุ้งเชิงกรานอักเสบ รักษาแบบผู้ป่วยนอก (Out Patient Department; OPD) ในกรณีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย เป็นปีกมดลูกอักเสบชนิดความรุนแรงของโรคน้อยถึงปานกลาง และไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยการให้ยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อพร้อมกับยากิน

1. ให้ยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อได้อย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่
 - 1.1. Ceftriaxone 250 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว^{1, 2, 4, 5}
 - 1.2. Cefoxitin 2 gm ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว¹⁻³
 - 1.3. Other third generation cephalosporin (e.g. ceftizoxime or cefotaxime)¹⁻²

และร่วมกับให้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Doxycycline 100 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน¹⁻⁴
- Azithromycin 1 gm กินสัปดาห์ละครั้ง นาน 2 สัปดาห์¹

หรืออาจให้ร่วมหรือไม่ให้ร่วมกับ metronidazole 400-500 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน เพราะ metronidazole ครอบคลุมเชื้อชนิด anaerobe และรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียลิวาจิโนซิส ในกรณีที่สูงสัຍอังกฤษกรานอักเสบ¹⁻³

หมายเหตุ แนะนำผู้ป่วย/ติดเชื้อไม่ให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ระหว่างการรักษารวมถึง 24 ชั่วโมง หลังกินยา metronidazole และ 72 ชั่วโมง หลังกินยา tinidazole เนื่องจากอาจทำให้เกิดอาการ disulfiram-like reaction¹⁻³ (มีอาการหน้าร้อนวูบวาบ ปวดศีรษะ หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก เป็นต้น)

กรณีแพ้ยา penicillin/cephalosporin

1. หากแพ้ penicillin สามารถใช้ cephalosporin ได้ เนื่องจากโอกาสแพ้ข้ามกลุ่มของยา < 2.5%¹

2. หากแพ้ cephalosporin เนื่องจาก *Neisseria gonorrhoeae* คือต่อยา กลุ่ม quinolone¹⁻³ กรณีที่ผู้ป่วยแพ้ cephalosporin พิจารณาว่ามี โอกาสเป็น gonorrhea น้อยและสามารถติดตามการรักษาได้ ให้ใช้ levofloxacin 500 mg กินวันละ 1 ครั้ง นาน 14 วัน หรือ ofloxacin 400 mg กินวันละ 2 ครั้ง นาน 14 วัน ร่วมกับ metronidazole 400-500 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน และควรส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หาเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae*¹

- หากผลเป็นบวกให้ใช้ยาปฏิชีวนะรักษาตามผล susceptibility testing¹
- หากผลเพาะเชื้อขึ้นเป็น *Neisseria gonorrhoeae* ซึ่งไวต่อยา กลุ่ม cephalosporin เพียงอย่างเดียว แต่ผู้ป่วยแพ้ cephalosporin ให้ใช้ quinolone ร่วมกับ azithromycin 2 gm¹

4. การรักษาคู่เพศสัมพันธ์

- คู่เพศสัมพันธ์ที่มีเพศสัมพันธ์ภายใน 60 วันก่อนที่ผู้ป่วยมีอาการ ควรได้รับการตรวจและให้การรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วย
- คู่เพศสัมพันธ์ที่มีเพศสัมพันธ์นานเกิน 60 วัน คู่เพศสัมพันธ์ล่าสุดควรได้รับการรักษา เพราะผู้ชายที่ติดเชื้อหนองใน และหนองในเทียมมักไม่แสดงอาการ
- งดการมีเพศสัมพันธ์จนกว่าจะหายขาด

5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร

เนื่องจากผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์มีโอกาสที่จะเสียชีวิตและคลอดก่อนกำหนดสูง ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ทุกคนควรรนอนโรงพยาบาล และ ใหยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ¹⁻³

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

มีโอกาสติดเชื้อ *Mycoplasma hominis* และ *Streptococcus* มากกว่าผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวี¹ จึงควรใหนอนโรงพยาบาล และรับการรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา

นัดติดตามหลังรักษา 72 ชั่วโมง ดูการลดลงของไข้ ตรวจร่างกายและตรวจภายในหากไม่ดีขึ้น จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ปรีกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ¹⁻²

แนะนำให้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และซิฟิลิสในผู้มารับบริการครั้งแรกทุกราย

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64(RR-03):1-137.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep 2010; 59(RR-12):1-109.
3. Ross J, Judlin P, Jensen J. 2012 European guideline on the management of pelvic inflammatory disease. Int J STD AIDS 2014;25: 3-4.
4. World Health Organization. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2003. p. 28-9.
5. อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2553. หน้า 31.

3.13 แบคทีเรียลวาจิโนซิส/ช่องคลอดอักเสบ จากแบคทีเรีย Bacterial Vaginosis

นายแพทย์ภูโมกษ์ อัมพวา
นายแพทย์วิษณุ แสงสุวรรณ

1. ลักษณะทางคลินิก

อาการ : มีตกขาวผิดปกติ ปัสสาวะแสบขัด ในผู้ป่วยบางคนอาจไม่มีอาการ¹⁻²
อาการแสดง : เมื่อตรวจมักพบตกขาวผิดปกติ สีขาวเทา มีกลิ่นคาวปลา¹⁻²

2. เกณฑ์ในการวินัยเพื่อการรักษา

โดยใช้เกณฑ์การวินัย 3 ใน 4 ข้อ ดังนี้

1. ตกขาวในช่องคลอดมีค่าความเป็นกรดต่าง (pH) ในช่องคลอด > 4.5
2. ตกขาวมีกลิ่นคาวปลา (fishy-amine smell) เมื่อผสมกับ 10% KOH (การทดสอบ whiff)
3. พบ clue cells (เมื่อนำตกขาวมาตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์จะพบเม็ดเลือดขาวและเชื้อ coccobacilli จำนวนมากเกาะติดกับผนังเซลล์เยื่อ)
4. ตกขาวมีลักษณะ เป็นเนื้อเดียวกันเป็นแผ่นบางเคลือบอยู่ที่ผนังช่องคลอด

3. การรักษา

ให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Metronidazole 500 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน¹⁻⁴
- Metronidazole 400 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน³⁻⁵
- Metronidazole 0.75% gel 5 gm ทาในช่องคลอดวันละครั้งนาน 5 วัน¹⁻²

การรักษาทางเลือก²

- Tinidazole 2 gm กินวันละครั้ง ก่อนนอน นาน 2 วัน¹⁻³
- Tinidazole 1 gm กินวันละครั้ง ก่อนนอน นาน 5 วัน¹⁻²
- Clindamycin 300 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน¹⁻⁴

หมายเหตุ แนะนำผู้ป่วย/ติดเชื้อ ไม่ให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ระหว่างการรักษารวมถึง 24 ชั่วโมง หลังกินยา metronidazole และ 72 ชั่วโมง หลังกินยา tinidazole เนื่องจากอาจทำให้เกิดอาการ disulfiram-like reaction¹⁻³ (มีอาการหน้าร้อนวูบวาบ ปวดศีรษะ หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก เป็นต้น)

กรณีแพ้ยา Metronidazole/Tinidazole

- ให้ใช้ clindamycin แทนกรณีแพ้ยา metronidazole/tinidazole^{1,2}
- หรือหากไม่แพ้ยา แต่ทนผลข้างเคียงจากยา metronidazole ชนิดกินไม่ได้ ให้ใช้ยา metronidazole ชนิดทาแทน

4. การรักษาคู่เพศสัมพันธ์

คู่เพศสัมพันธ์ ควรได้รับการประเมินการติดเชื้อที่ท่อปัสสาวะที่ไม่แสดงอาการ เช่นหนองในเทียม¹⁻⁴

5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร

ให้การรักษาเหมือนบุคคลทั่วไป จากการศึกษาพบว่า metronidazole ไม่ก่อให้เกิดพิษกับทารกในครรภ์¹⁻³ (category B)³ ควรระมัดระวังในการให้ tinidazole ในผู้ป่วยตั้งครรภ์ เนื่องจากยังไม่มีผลการศึกษาชัดเจน¹⁻³ (category C)³

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ให้รักษาเหมือนผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวี¹⁻⁵

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา

นัด 7 วัน หลังวันที่รับการรักษา ในรายที่ยังมีอาการเพื่อรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ⁵

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64(RR-03):1-137.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep 2010; 59(RR-12):1-109.
3. Jackir S, Gilbert D, David W. 2011 European (IUSTI/WHO) guideline on the management of vaginal discharge, 2011. Int J STD AIDS 2011;22: 421-9.
4. World Health Organization. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2003. p. 56-8.
5. อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2553. หน้า 30.

3.14 เชื้อราในช่องคลอด

Vulvovaginal Candidiasis

นายแพทย์ภูโมกษ์ อัมพวา
นายแพทย์วิษณุ แสงสุวรรณ

1. ลักษณะทางคลินิก

อาการ: มีตกขาวผิดปกติ คันและแสบช่องคลอด อาจมีปัสสาวะแสบขัด¹⁻²

อาการแสดง: เมื่อตรวจมักพบมีตกขาวผิดปกติ ลักษณะคล้ายตะกอนนม ช่องคลอดแดงอักเสบ บวม หรือมีรอยแตก¹⁻²

2. เกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการรักษา

ตรวจตกขาวจากช่องคลอดจะพบค่าความเป็นกรดต่าง (pH) < 4.5 เมื่อนำมาเจือจางด้วยน้ำเกลือหรือ 10% KOH ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ จะพบ mycelium หรือ pseudohyphae และ/หรือ budding yeast¹

3. การรักษา

แบ่งการรักษาได้เป็น 2 ภาวะ

3.1 เชื้อราในช่องคลอดชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน ให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Fluconazole 150 mg กินครั้งเดียว หลังอาหาร¹⁻⁵
- Itraconazole 200 mg กินวันละ 2 ครั้ง นาน 1 วัน^{3,5}
- Clotrimazole 500 mg สอดช่องคลอดครั้งเดียว หรือ Clotrimazole 100 mg 2 เม็ด สอดช่องคลอด วัน 1 ครั้ง นาน 3 วัน³⁻⁵

3.2 เชื้อราในช่องคลอดชนิดมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

- ผู้ป่วยที่เป็นเชื้อราในช่องคลอดซ้ำ โดยมากกว่า 4 ครั้งใน 1 ปี fluconazole 100-200 mg กินครั้งเดียว หลังอาหาร และกินซ้ำ วันที่ 4 และ 7 และเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำให้กิน fluconazole 100-200 mg กินครั้งเดียว/สัปดาห์ ต่อเนื่องกัน 6 เดือน¹⁻²
- ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เช่น แคมมีอาการบวมแดงอย่างมาก มีรอยแตกของแคม fluconazole 150 mg กินครั้งเดียว และกินซ้ำวันที่ 4¹⁻²

กรณีแพ้ยา

ยาทาเฉพาะที่ไม่พบผลข้างเคียงต่อร่างกาย อาจมีแสบร้อนเฉพาะที่ ยาในกลุ่ม azoles อาจมีอาการคลื่นไส้, ปวดท้อง, ปวดศีรษะ พบน้อยมากที่จะทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของเอนไซม์ตับ ควรระวังการให้ยา ในกรณีให้ยากกลุ่ม azoles ร่วมกับยาชนิดอื่น เช่น simvastatin, antiretroviral drug, warfarin เป็นต้น

4. การรักษาคู่เพศสัมพันธ์

รักษาคู่เพศสัมพันธ์ควรมาตรวจ หากมีอาการคันอวัยวะเพศ หรือ มีการอักเสบแดงของปลายองคชาต¹ โดยให้ยาทาฆ่าเชื้อรา เพื่อบรรเทาอาการ

5. หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร

หญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร ห้ามใช้ยากิน ให้ใช้ยาสอด หรือ ยาทา¹⁻³ clotrimazole 500 mg สอดช่องคลอดครั้งเดียว หรือ clotrimazole 100 mg 2 เม็ด สอดช่องคลอด วันละครั้ง นาน 3 วัน³⁻⁵ หากอาการยังไม่ดีขึ้นหลังรักษาระยะสั้น ให้เพิ่มระยะเวลาการรักษาให้นานขึ้น เป็น 7-14 วัน

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ให้รักษาเหมือนผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวี หากอาการยังไม่ดีขึ้นหลังจากการรักษาระยะสั้น ให้เพิ่มระยะเวลาการรักษาให้นานขึ้น เป็น 7-14 วัน¹⁻²

หมายเหตุ

แนวทางการรักษาของศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2558 แนะนำเป็น ยาทาภายในช่องคลอด (intravaginal)¹ ดังนี้

- Miconazole 2% cream 5 gm ทาช่องคลอด วัน 1 ครั้ง นาน 7 วัน*
 - Clotrimazole 1% cream 5 gm ทาช่องคลอด วัน 1 ครั้ง นาน 7-14 วัน*
- * ยาทา และยาสอด เนื้อยาเป็นน้ำมันหล่อลื่นพื้นฐาน (oil-based) ส่งผลให้ ถูยง่ายซึมซาบได้ จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกัน¹

7. การนัดผู้ป่วย/ผู้ติดตามมารับการตรวจภายหลังการรักษา

นัด 7 วัน หลังวันที่รับการรักษาในรายที่ยังมีอาการ เพื่อรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ⁵

แนะนำให้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และซิฟิลิสในผู้มารับบริการครั้งแรกทุกราย

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64(RR-03):1-137.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep 2010; 59(RR-12):1-109.
3. Jackir S, Gilbert D, David W. 2011 European (IUSTI/WHO) guideline on the management of vaginal discharge, 2011. Int J STD AIDS 2011;22: 421-9.
4. World Health Organization. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2003. p. 58-9.
5. อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2553. หน้า 29.
6. Greenbaltt HK, Greenbaltt DJ, Liver injury associated with ketoconazole: Review of the published evidence. J Clin Pharmacol 2014;54(12):1321-9.

บทที่ 4

แนวทางการให้การปรึกษา เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

นายแพทย์พสุวัฒน์ คงสีล

การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ อาจเกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงหรือชายให้บริการทางเพศ การมีคู่อุปสรรคเพศสัมพันธ์หลายคนและการมีคู่อุปสรรคเพศสัมพันธ์ป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สภาพปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย ผู้สัมผัสโรคและครอบครัว ส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้น การให้การปรึกษาเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ จึงเป็นแนวทางที่จะทำให้ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อและผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงได้เข้าใจอันตรายของโรค ความจำเป็นในการรักษาอย่างถูกต้อง การป้องกันโรค โดยมีความเข้าใจในสภาพปัญหา เกิดการเรียนรู้ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง

แนวทางการให้การปรึกษาเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์¹ จะเน้นประเด็นสำคัญของการให้การปรึกษา 4 ประเด็นหลักๆ ได้แก่

1. การดูแลตนเองและการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนหายจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
2. การมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยและตระหนักในประโยชน์ของการตรวจเลือดเพิ่มเติม (เนื่องจากอาจอยู่ในระยะที่ยังตรวจไม่พบการติดเชื้อ; window period)
3. การสื่อสารกับคู่อุปสรรคเพศสัมพันธ์ให้มารับการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย
4. การให้การปรึกษาต่อเนื่องตามนัดหมาย เพื่อติดตามผลการตรวจรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การให้การปรึกษาเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งผู้ให้การปรึกษามีความรู้และความเข้าใจในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ควรตระหนักเสมอว่าการให้ความรู้อย่างเดียวไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เสมอไป ผู้ให้การปรึกษาควรให้ความช่วยเหลือให้ผู้รับบริการมองเห็นปัญหา เห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง เริ่มคิดจะเปลี่ยนแปลง มีการปฏิบัติที่เหมาะสม จนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองได้ในที่สุด

2. คนทั่วไปมักอายุที่จะพุดคุยเรื่องพฤติกรรมทางเพศ ดังนั้น จึงมักไปรับการตรวจรักษาช้า หรือล้มเหลวที่จะปรึกษาพุดคุยกับคู่ของตน บางคนปิดบังการเจ็บป่วยเพราะเกรงว่าจะเกิดความขัดแย้งขึ้นในครอบครัว ดังนั้น ผู้ให้การปรึกษาควรเน้นย้ำความสำคัญของการเปิดใจพุดคุยกับคู่ โดยมีความตั้งใจที่จะรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้หาย และลดพฤติกรรมเสี่ยงอย่างถาวร

3. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บางชนิดไม่แสดงอาการ เช่น ซิฟิลิส เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี ทำให้ผู้ป่วย/ติดเชื้อถ่ายทอดเชื้อไปยังคู่เพศสัมพันธ์/ผู้อื่นได้ โดยไม่รู้ตัว ดังนั้น ผู้ให้การปรึกษาควรแนะนำให้ผู้รับบริการไปรับการตรวจ VDRL, Anti HIV, HBsAg, Anti HBs และ Anti HCV ด้วย

4. ในระหว่างการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วย/ติดเชื้อ บางรายอาจไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง ไม่ใส่ใจในการปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันโรค หรือในระหว่างการรักษาอาจมีการติดเชื้อซ้ำโดยรับเชื้อจากคู่ที่ไม่ได้รับการรักษา ผู้ให้การปรึกษาจึงควรแนะนำให้มีความรู้ และสร้างแรงจูงใจในการรักษาอย่างต่อเนื่องจนหาย และเน้นย้ำเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่องจนหมด แม้ว่าอาการของโรคจะหายไปก่อนยาหมด

5. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บางชนิด สามารถถ่ายทอดจากแม่สู่ลูกได้ และจะทำให้เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาควรมีการพุดคุยเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ หรือวิธีการคุมกำเนิดของผู้รับบริการปรึกษาด้วยทุกครั้ง

แนวทางการให้การปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในรูปแบบที่บุคลากรสุขภาพเป็นผู้เสนอบริการ

Provider-Initiated HIV Testing and Counseling; PITC

การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการสำคัญของการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากเป็นการเตรียมผู้มารับบริการด้านจิตใจ อารมณ์ รวมทั้งการประเมินความเสี่ยงของแต่ละบุคคล ทำให้ผู้รับบริการปรึกษามีความพร้อม ลดความวิตกกังวล เกิดการตัดสินใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี การให้การปรึกษายังสามารถสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนและลดพฤติกรรมเสี่ยง มีการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการติดเชื้อ การดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้ผู้มารับบริการสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ ผู้ให้การปรึกษาควรคำนึง ถึงบริบทของผู้มารับบริการกลุ่มต่างๆ โดยเน้นที่ความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการเป็นหลัก เพื่อสามารถพิจารณาทางเลือกในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

การให้การปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในทุกกลุ่มเป้าหมายจะต้องเน้นหลัก 3C คือ การรักษาความลับ (confidential) การบริการปรึกษา (counseling) และการยินยอมรับบริการตรวจ (consent)

ในปี พ.ศ.2550 โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) และองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เสนอรูปแบบบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี 2 รูปแบบ² คือ

1. Client-Initiated HIV Testing and Counseling (CITC) คือ บริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยผู้รับบริการเป็นผู้ขอรับบริการ ซึ่งรูปแบบการบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing: VCT) ที่ได้มีการใช้มาโดยตลอดนั้น มีความหมายเดียวกันกับ CITC

2. Provider-Initiated HIV Testing and Counseling (PITC) คือ บริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในรูปแบบที่บุคลากรสุขภาพเป็นผู้เสนอบริการ

คลินิกบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ควรให้บริการปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีในรูปแบบที่บุคลากรสุขภาพเป็นผู้เสนอบริการ (PITC) เนื่องจากผู้มารับบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการติดเชื้อเอชไอวีก็เป็นการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยในระยะ 7-10 ปีแรก ผู้ติดเชื้อมักจะไม่มีอาการหรืออาการแสดงใดๆปรากฏให้เห็นชัด หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีก็จะไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ จึงอาจมีเพศสัมพันธ์ตาม

ปกติ และสามารถแพร่เชื้อไปสู่คู่เพศสัมพันธ์ได้หากไม่ใช้ถุงยางอนามัย ดังนั้น ผู้มารับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกรายถือว่ามีความเสี่ยงจึงมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่รู้ตัว จึงควรได้รับการให้บริการเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ควรตรวจ Anti HIV ร่วมกับ VDRL, HBsAg, Anti HBs และ Anti HCV

เนื่องจากในระยะ 1 เดือนแรกหลังจากติดเชื้อเอชไอวี อาจยังไม่สามารถตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีจากการตรวจ Anti HIV ได้ ผู้มารับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ผลการตรวจ Anti HIV เป็นลบ จำเป็นต้องได้รับการปรึกษาเพื่อปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงและนัดตรวจ Anti HIV ซ้ำ อีกครั้งในอีก 1 เดือนข้างหน้า³

ในปัจจุบันแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย³ ปี 2557 ได้ยึดหลักการให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเมื่อตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่ต้องรอให้ภูมิคุ้มกันต่ำ (Test and Treat) และถือว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เป็นวิธีการที่ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวีไปพร้อมกัน (Treatment as Prevention)

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อได้มีโอกาสเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยเร็ว เพื่อให้มีโอกาสเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจึงเป็นสิ่งสำคัญเป็นอย่างยิ่ง บทบาทของคลินิกบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกเหนือจากการให้บริการปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ในรูปแบบที่บุคลากรสุขภาพเป็นผู้เสนอบริการ (PITC) แก่ผู้มารับบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกรายแล้ว ควรให้บริการปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแก่คู่เพศสัมพันธ์ทุกคนของผู้มารับบริการทุกราย โดยรูปแบบการให้บริการ อาจให้บริการปรึกษารายบุคคลหรือเป็นคู่ ตามความเหมาะสมกับบริบทของผู้รับบริการแต่ละราย

แนวทางการให้บริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย

1. การให้บริการปรึกษาก่อนการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Pre-test counseling)
2. การให้บริการปรึกษาหลังการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Post-test counseling)
3. การให้บริการปรึกษาต่อเนื่อง (Ongoing counseling)

1. การให้บริการปรึกษาก่อนการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Pre-test counseling)

การให้บริการปรึกษาก่อนการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้มารับบริการปรึกษามีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ ระยะที่ยังตรวจไม่พบเชื้อ (window period) และสามารถประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ระดับความเสี่ยง เพื่อการปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองได้อย่างเหมาะสม และเพื่อเตรียมความพร้อมในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและการรับทราบผลการตรวจ

2. การให้บริการปรึกษาหลังการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Post-test counseling)

สำหรับผู้มารับบริการที่ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีทุกราย ควรได้รับการปรึกษาหลังการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อรับทราบสถานะการติดเชื้อ หากผลเลือดในครั้งนี้ไม่พบการติดเชื้อเอชไอวี ควรให้การปรึกษาที่เน้นการปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันให้ผลเลือดเป็นลบตลอดไป และนัดมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีซ้ำในอีก 1 เดือนข้างหน้า หากพบว่าติดเชื้อเอชไอวี ควรให้การปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจความหมายของผลการตรวจอย่างถูกต้อง สามารถปรับลดพฤติกรรมเสี่ยง กำหนดแนวทางในการลดและป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ลดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่เกิดจากการทราบผลการตรวจ และให้การช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีผลเลือดเป็นบวกให้สามารถปรับตัวกับภาวะการติดเชื้อได้อย่างเหมาะสม สามารถวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่อาจเกิดขึ้นตามมารวมทั้งการให้การปรึกษาเพื่อส่งตัวเข้าสู่ระบบบริการรักษาพยาบาลตามสิทธิการรักษาโดยเร็วเพื่อการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้อย่างเหมาะสมต่อไป

3. การให้บริการปรึกษาต่อเนื่อง (Ongoing counseling)

การให้การปรึกษาหลังตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยส่วนใหญ่จะมีประเด็นและปัญหาต่างๆ ที่จำเป็นมากมาย ซึ่งผู้ให้การปรึกษาควรจัดให้มีบริการปรึกษาต่อเนื่องตามลำดับความสำคัญของปัญหาในผู้รับบริการแต่ละราย โดยทำการนัดหมายเป็นระยะตามความเหมาะสม ซึ่งประเด็นและปัญหาต่างๆ ได้แก่

1. การให้การปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนรับยาต้านไวรัส
2. การให้การปรึกษาเพื่อติดตามการปรับตัว การตัดสินใจ การวางแผนการดำเนินชีวิต
3. การให้การปรึกษาเพื่อเปิดเผยผลเลือด/เปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวี
4. การให้การปรึกษารณาคู่เพศสัมพันธ์มีผลเลือดต่าง (ฝ่ายหนึ่งมีผลเป็นลบ ขณะที่อีกฝ่ายผลเป็นบวก)
5. การส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการด้านสวัสดิการสังคม และการเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ผู้ให้บริการปรึกษาเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สามารถให้การปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีไปพร้อมๆ กับการให้การปรึกษารายบุคคล โดยรูปแบบการให้การปรึกษาอาจเริ่มต้นจากผู้มารับบริการเห็นความจำเป็นในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี หรือหากผู้มารับบริการมีได้ค่านึงว่าตนเองมีโอกาสในการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ให้บริการปรึกษาควรเป็นผู้เสนอให้ผู้รับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้รับบริการซึ่งควรให้ความสำคัญด้านสุขภาพและการตรวจวินิจฉัย เพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกัน การดูแลรักษา รวมทั้งการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2553. หน้า 7-9.
2. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (ร่าง) แนวทางบริการปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับสถานบริการสุขภาพ. ฉบับแก้ไขล่าสุดเดือน กุมภาพันธ์ 2553 หน้า 9.
3. สุเมธ อังควรรณดี, ชีวินันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, บรรณาธิการ. แนวทางการตรวจรักษาและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2557. หน้า 28.



การตรวจคัดกรองซิฟิลิส (Syphilis screening tests)

นายแพทย์นิสิต คงกริกเกียรติ

การตรวจคัดกรองซิฟิลิส มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาซิฟิลิสโดยการตรวจเลือดในบุคคลที่ติดเชื้อแล้วแต่ยังไม่แสดงอาการเนื่องจากอยู่ในระยะฟักตัว (incubation period) หรืออยู่ในระยะที่ไม่แสดงอาการ (asymptomatic) หรือเข้าสู่ระยะแฝง (latent syphilis) แล้ว ซึ่งผู้ติดเชื้อเหล่านี้สามารถแพร่เชื้อซิฟิลิสสู่ผู้อื่นได้ การตรวจคัดกรองทำให้เราสามารถให้การวินิจฉัยโรคได้แต่เนิ่นๆ นำมาซึ่งการได้รับการรักษาที่รวดเร็ว อันเป็นการป้องกันไม่ให้เชื้อแพร่กระจายไปสู่ผู้อื่น การตรวจคัดกรองซิฟิลิสสามารถทำได้โดยการตรวจเลือด (syphilis serologic screening tests)

การตรวจคัดกรองซิฟิลิสควรพิจารณาตรวจในบุคคล ดังต่อไปนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ทุกราย (all pregnant women)
2. ผู้บริจาคโลหิต และอวัยวะอื่นๆ (people donating blood, blood products หรือ solid organ)
3. มีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อซิฟิลิส (having a sex partner who has syphilis)
4. บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (high-risk of syphilis)
 - ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกราย
 - ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบบี (HIV, hepatitis B, hepatitis C)
 - ผู้ให้บริการทางเพศ (commercial sex workers)
 - ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)
 - บุคคลผู้มีพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ในกรณีต่อไปนี้ คือ มีคู่นอนมากกว่า 1 คนขึ้นไป, มีคู่นอนโดยไม่รู้จักกัน

มาก่อน (anonymous sex partners) เพิ่งเปลี่ยนคู่นอนใหม่ เปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ มีคู่นอนที่มีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การตรวจเลือดซิฟิลิส (Syphilis serologic tests) ประกอบด้วยการตรวจ 2 ชนิด คือ

1. Nontreponemal test ประกอบด้วย

- 1.1 VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory)
- 1.2 RPR (Rapid Plasma Reagins)

Nontreponemal test หรือ non specific treponemal test เป็นวิธีการตรวจหา reagin antibody ชนิดไม่เฉพาะต่อเชื้อโรคซิฟิลิส สามารถตรวจได้ทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเป็นการตรวจที่ทำได้ง่าย และมีราคาถูก จึงนิยมใช้เป็นการตรวจคัดกรองเบื้องต้น (preliminary screening tests) นอกจากนี้ Nontreponemal test ยังมีประโยชน์เพื่อใช้ดู serological activity ของ syphilis ว่าโรครออยู่ในระยะรุนแรง (active) หรือไม่ และยังใช้ประโยชน์ในการติดตามผลการรักษา (monitor effective of treatment)

VDRL เป็นวิธีทดสอบหา reagin antibody ในสิ่งส่งตรวจ โดยอาศัยหลักการเกิดปฏิกิริยา antigen-antibody complex ซึ่งแอนติเจนที่ใช้ในการทดสอบเป็น cardiolipin/lecithin/cholesterol ซึ่งสกัดมาจากเนื้อเยื่อต่างๆ ของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม เมื่อทำปฏิกิริยากับ reagin antibody จะเกิดการแขวนตะกอน (flocculation) จากนั้นอ่านปฏิกิริยาด้วยกล้องจุลทรรศน์

RPR มีหลักการตรวจหา reagin antibody ในสิ่งส่งตรวจ เหมือน VDRL แต่ต่างกันที่แอนติเจนเป็น cardiolipin suspension ซึ่งมีผงถ่านอนุภาคเล็กๆ ผสมอยู่ด้วย แอนติเจนทำปฏิกิริยากับ reagin จึงสามารถมองเห็นการเกิดการแขวนตะกอน (flocculation) ได้ด้วยตาเปล่า

2. Treponemal test ประกอบด้วย

- 2.1 TPHA (*Treponema Pallidum* hemagglutination assay)
- 2.2 TPPA (*Treponema Pallidum* particle agglutination test)
- 2.3 FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test)

Treponemal test หรือ specific treponemal test เป็นการตรวจแอนติบอดีชนิดเฉพาะต่อเชื้อซิฟิลิส เนื่องจากการตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ *T. pallidum* (detect antibodies against *T. pallidum* protein) ผลบวกของ treponemal test มีความหมายว่าผู้ป่วยนั้นได้รับเชื้อซิฟิลิสแล้ว จึงใช้สำหรับตรวจยืนยัน (confirmatory test) หลังตรวจพบ nontreponemal test ให้ผลบวก

TPHA เป็นการตรวจที่ใช้หลักการ micro-hemagglutination assay โดยการ
ใช้เม็ดเลือดแดงที่ถูก sensitize ด้วย sonicated *T. pallidum* มาทำปฏิกิริยากับน้ำเหลือง
ของผู้ป่วยที่มี treponema antibody จะเกิด agglutination ขึ้น โดยการรวมตัวของเม็ด
เลือดแดงเกาะกันเป็นร่างแหตกลงบนพื้นผิวของกันหลุม treponemal test เป็นการตรวจ
ซึ่งมีความแม่นยำสูง และเฉพาะต่อโรคซิฟิลิส ส่วน TPPA มีหลักการคล้าย TPHA

FTA-ABS เป็นวิธีมาตรฐานสำหรับการตรวจหาการติดเชื้อซิฟิลิส โดยใช้หลักการ
Indirect immunofluorescent antibody test ห้องปฏิบัติการบางแห่งอาจจะไม่นิยม
ตรวจด้วยวิธีนี้ เนื่องจากต้องอ่านผลด้วยกล้องจุลทรรศน์เรืองแสง

อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน ด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี มีการตรวจ
treponemal test ใหม่ ๆ ที่ได้รับพัฒนาขึ้นมาอีกมากมาย เช่น

- Immunochromatography test (Rapid test)
- Treponemal Enzyme Immunoassay (EIA)
- Chemiluminescence Immunoassay (CIA)
- IgG immunoblot test for *T. pallidum* (Western blot)

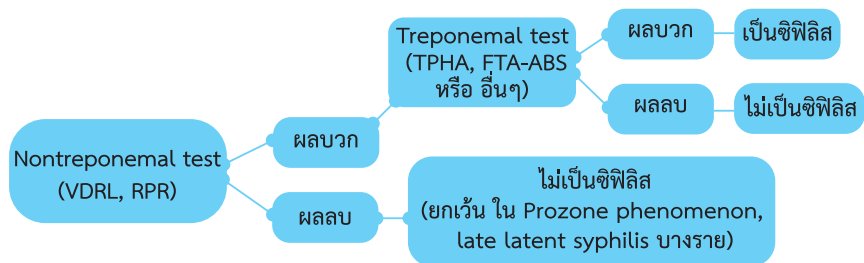
ลำดับและขั้นตอนการตรวจคัดกรองซิฟิลิส (Algorithm for screening for syphilis)

1. แบบดั้งเดิม (Traditional algorithm for screening syphilis)

เป็นแบบที่นิยมทำมานาน เริ่มต้นด้วยการตรวจ nontreponemal test ก่อน หาก
ให้ผลบวก จึงตรวจยืนยันด้วยการตรวจด้วย treponemal test

Primary screening tests : Nontreponemal test

Confirmatory tests : Treponemal test



ข้อควรสังเกต : ในผู้ที่ติดเชื้อซิฟิลิสบางราย nontreponemal test อาจให้ผลลบได้ ซึ่งพบได้ในภาวะต่อไปนี้

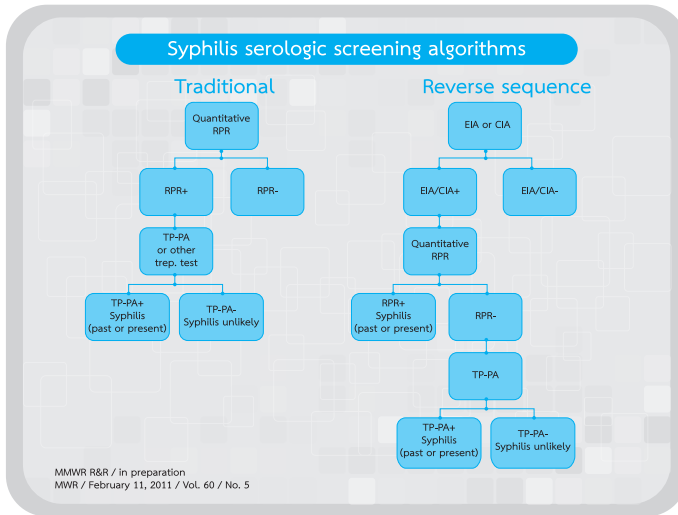
- 1) ปรากฏการณ์โพรโซน (Prozone phenomenon) พบได้ในซิฟิลิสระยะที่ 2 เกิดจากภาวะที่ร่างกายผู้ติดเชื้อมีระดับแอนติบอดีสูงกว่าปกติ ทำให้ไม่สามารถเกิดปฏิกิริยาการจับตัวกันของ anitgen-antibody complex ทำให้เกิดเป็นผลลบลวง (false negative)
- 2) ประมาณ 30% ของผู้ป่วยซิฟิลิสระยะแฝงช่วงปลาย (late latent syphilis) อาจให้ผลการตรวจ VDRL/RPR เป็นลบได้
- 3) ในช่วงต้นๆ ของซิฟิลิสระยะที่ 1 (early primary syphilis)

2. แบบย้อนทาง (Reverse algorithm for screening syphilis)

เป็นแนวคิดจาก US-CDC เนื่องจาก ปัจจุบันมีการพัฒนาการตรวจ treponemal test ด้วยเทคโนโลยีใหม่ ซึ่งบางชนิดทำได้ง่ายและสะดวกรวดเร็วกว่า nontreponemal test ประกอบกับความนิยมใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ (automate) ในการตรวจวินิจฉัยโรคทางห้องปฏิบัติการมากขึ้น ซึ่งมีข้อได้เปรียบกว่าวิธีแบบดั้งเดิมที่สามารถตรวจพบการติดเชื้อซิฟิลิสได้แต่เนิ่นๆ จึงมีผู้เชี่ยวชาญเสนอแนวคิดที่จะใช้ treponemal test มาเป็น primary screening tests แทน nontreponemal test ซึ่งมักนิยมใช้ EIA หรือ CIA ในการตรวจด้วยเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ ดังเช่นแนวทางของ 2014 European Guideline on the Management of Syphilis

ถ้า treponemal test ให้ผลบวก ให้ตรวจ nontreponemal test (VDRL หรือRPR) และถ้า nontreponemal test ให้ผลบวกด้วย ให้การวินิจฉัยเป็นซิฟิลิส ถ้า nontreponemal test ให้ผลลบ ให้ตรวจยืนยันด้วย treponemal test อีกครั้งหนึ่ง โดยใช้ treponemal test ที่ต่างชนิดกัน (different type treponemal test) ถ้าให้ผลบวก ให้การวินิจฉัยเป็นซิฟิลิส

เปรียบเทียบการตรวจคัดกรองแบบ Traditional algorithm กับ Reverse algorithm



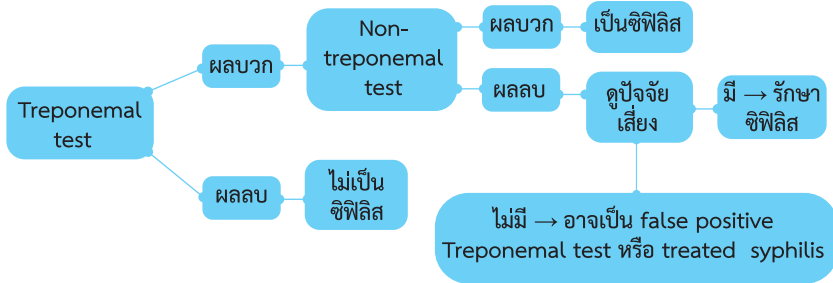
จาก <http://www.cdc.gov/std/syphilis/syphilis-webinar-slides.pdf> โดย Karen Hoover, MD, MPH และ Ina Park, MD, MS

สำหรับในประเทศไทยการตรวจยืนยันด้วย different type treponemal test อีกครั้ง อาจกระทำได้ยากเนื่องจากอาจมีปัญหาเรื่องงบประมาณและภาระงานด้านอื่นๆ มีมาก ลำดับและขั้นตอนแบบย้อนทาง อาจปรับให้เข้ากับความสะดวกเหมาะสมของประเทศไทย ดังแผนผังข้างล่าง

Primary screening tests : Treponemal test

Treatment monitoring with : Non-treponemal test

เมื่อ nontreponemal test ให้ผลบวก ให้วินิจฉัยเป็นซิฟิลิส แต่ถ้า nontreponemal test ให้ผลเป็นลบ ให้พิจารณาความปัจจัยแห่งความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือ high-risk (ระบุไว้ในหน้า 80) หรือไม่ หากเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง ควรพิจารณาให้การรักษาแบบผู้ติดเชื้อซิฟิลิส



การแปลผลเลือดหาการติดเชื้อซิฟิลิส

Nontreponemal test	Treponemal test	การแปลผล	หมายเหตุ
ผลบวก	ผลบวก	เป็นซิฟิลิส	<ul style="list-style-type: none"> • เป็นระยะที่ 1 หากตรวจพบแผล chancre • เป็นระยะที่ 2 หากตรวจพบผื่นตามร่างกาย ผื่นที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ผื่น condyloma lata, mucous patch หรือ alopecia ฯลฯ • เป็นระยะแฝง หากตรวจไม่พบอาการทางคลินิก
ผลลบ	ผลบวก	เป็นซิฟิลิส	<p>พบในผู้ป่วยซิฟิลิส ดังภาวะต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ซิฟิลิสระยะแฝงช่วงปลาย 2. ซิฟิลิสที่ได้รับการรักษาแล้ว* 3. ปฏิกิริยา Prozone ซึ่งมักพบในซิฟิลิสระยะที่ 2

Nontreponemal test	Treponemal test	การแปลผล	หมายเหตุ
ผลบวก	ผลลบ	ไม่เป็นซิฟิลิส (Biological false positive VDRL/RPR)	พบใน febrile infective illnesses (เช่น malaria, hepatitis, chickenpox, measles, etc.), pregnancy, injecting drug users, autoimmune diseases, HIV infection, chronic infections เช่น leprosy, TB, malignancies, chronic liver disease, older age. ฯลฯ
ผลลบ	ผลลบ	ไม่เป็นซิฟิลิส	

* ในผู้ป่วยซิฟิลิสที่ได้รับการรักษาแล้ว (Treated syphilis) ระดับ VDRL/RPR titer มักจะลดลงเรื่อยๆ จนเป็นลบ (nonreactive) ส่วนใน Treponemal test ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีผลตรวจเลือดเป็นบวกไปตลอดชีวิต (remainder of lives) แม้ว่าได้รับการรักษาแล้วก็ตาม ดังนั้นการแยกว่าผู้ป่วยเป็นซิฟิลิสระยะแฝงช่วงปลาย หรือซิฟิลิสที่ได้รับการรักษาแล้ว ต้องอาศัยประวัติในอดีตที่ว่า เคยได้รับการรักษามาก่อนหรือไม่

ข้อแนะนำเกี่ยวกับยารักษา โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เภสัชกรหญิงจันทนา ชูเกียรติศิริ
เภสัชกรหญิงชลธิชา 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 (และไม่มีหลักฐานทางวิชาการที่แสดงความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์ เมื่อใช้ในช่วงไตรมาสที่ 2 และ 3)

Category C

จากการศึกษาในสัตว์ พบว่า ยากลุ่มนี้ทำให้เกิดความผิดปกติของตัวอ่อนในครรภ์ (ตัวอ่อนเกิดวิรูป หรือ ตาย หรือ อื่นๆ) และไม่มีการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุมในหญิงตั้งครรภ์

หรือการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์และสัตว์ที่สามารถหาได้ ดังนั้น ควรใช้ยาในกลุ่มนี้เมื่อมีการประเมินแล้วว่า จะเกิดประโยชน์มากกว่าความเสี่ยงในการทำให้เกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์

Category D

มีหลักฐานทางวิชาการเชิงบวกที่แสดงให้เห็นว่า ยาในกลุ่มนี้มีความเสี่ยงในการทำให้เกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์ แต่ประโยชน์จากการใช้ยาในกลุ่มนี้ในหญิงตั้งครรภ์สามารถยอมรับได้ แม้ว่ามีความเสี่ยงก็ตาม (เช่น ยาที่จำเป็นต้องใช้ในสถานการณ์ที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือโรคร้ายแรง ซึ่งยาที่มีความปลอดภัยต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถใช้ได้ผล)

Category X

จากการศึกษาในสัตว์หรือมนุษย์ พบว่า ยาในกลุ่มนี้ทำให้เกิดความผิดปกติของตัวอ่อนหรือทารกในครรภ์ หรือมีหลักฐานทางวิชาการที่แสดงความเสี่ยงต่อความผิดปกติของทารกในครรภ์จากประสบการณ์การใช้ยาในมนุษย์หรือสัตว์ และการใช้ยาในกลุ่มนี้ในหญิงตั้งครรภ์ทำให้เกิดความเสี่ยงมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ ดังนั้น ยาในกลุ่มนี้จึงจัดเป็นยาห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หรือในหญิงที่อาจจะตั้งครรภ์

2. ตัวอย่างยารักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบ่งตาม US-FDA Pregnancy Categories¹

Generic	Route of Administration	Pregnancy Category
Acyclovir	PO	B
	parenteral	B
	topical	B ²
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
Clotrimazole	PO (troche)	C
	vaginal	B
Doxycycline	PO	D
Erythromycin	PO	B
Famciclovir	PO	B
Fluconazole	PO	C (single dose for vaginal candidiasis); D (all other indication)
Gamma Benzene Hexachloride	topical	C ²
Imiquimod	topical	C ²
Itraconazole	PO	C
Ivermectin	PO	C ^{2, 12}
Ketoconazole	PO	C
Levofloxacin	PO	C
Metronidazole	PO	B
Ofloxacin	PO	C ; caution especially in 1 st trimester
Permethrin	topical	B ²
Podophyllin	topical	X ³
Roxithromycin	PO	N/A
Tetracycline	PO	D
Tinidazole	PO	C
Trichloroacetic acid	topical	C ⁴
Valacyclovir	PO	B

หมายเหตุ : N/A (Not Available) = ไม่พบข้อมูล

3. ปฏิกริยาระหว่างยารักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับยาอื่น⁶

1. ยาต้านเชื้อแบคทีเรีย (Antibacterial Drugs)

ยา	ทำปฏิกริยากับ	ผลที่เกิดขึ้น	ข้อแนะนำ
1. ยากลุ่ม Cephalosporins			
Cefixime	Warfarin	ระดับยา Warfarin ในเลือดเพิ่มขึ้น ⁵	1. ติดตามค่า Clotting parameters ได้แก่ INR, PT ⁵ 2. ปรับลดขนาดยา Warfarin ⁵
Ceftriaxone	Warfarin	ระดับยา Warfarin ในเลือดเพิ่มขึ้น ^{2,6}	1. ติดตามค่า Clotting parameters ได้แก่ INR, PT ⁶ 2. ปรับลดขนาดยา Warfarin ⁶
2. ยากลุ่ม Macrolides			
Azithromycin	Warfarin	ระดับยา Warfarin ในเลือดเพิ่มขึ้น ⁶	1. ติดตามค่า Clotting parameters ได้แก่ INR, PT ⁶ 2. ปรับลดขนาดยา Warfarin ⁶
	อาหาร	อาหารมีผลลดความเข้มข้นสูงสุดของยาในเลือด 52% ⁷	ควรกินยา Azithromycin ตอนท้องว่าง ก่อนอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หรือหลังอาหาร 2 ชั่วโมง ¹
Erythromycin	Carbamazepine	Carbamazepine ในเลือดอาจสูงมากจนเกิดพิษได้ ⁶	ติดตามการใช้ยาและปรับขนาด Carbamazepine ให้เหมาะสม ⁶
	Digoxin	Digoxin ในเลือดอาจสูงมากจนเกิดพิษได้ ⁶	ตรวจวัดระดับยา Digoxin ในเลือดและสังเกตอาการพิษของ Digoxin ⁶
	Ergotamine และอนุพันธ์	ระดับ Ergotamine ในเลือดสูงขึ้น จนอาจเกิดพิษของยา ทำให้เกิดการขาดเลือดที่หลอดเลือดส่วนปลาย ⁶	1. ติดตาม/แนะนำให้ผู้ป่วยดู sign ergotism อย่างใกล้ชิด 2. อาจปรับลดขนาดยา Ergotamine ⁶
	Theophylline	ระดับ Theophylline เพิ่มขึ้นจนอาจเกิดพิษได้ ⁶	ตรวจวัดระดับยาและปรับขนาดยา Theophylline ให้เหมาะสม ⁶

ยา	ทำปฏิกิริยากับ	ผลที่เกิดขึ้น	ข้อแนะนำ
	แอลกอฮอล์	แอลกอฮอล์อาจลดการดูดซึมยา ² ทำให้ผลการยับยั้งเชื้อลดลง	หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ²
Roxithromycin	Ergotamine และอนุพันธ์	ระดับ Ergotamine ในเลือดสูงขึ้น จนอาจเกิดพิษของยา เนื่องจากมีฤทธิ์ตีบหลอดเลือด อาจเกิดเนื้อตายส่วนปลาย ⁸	ห้ามใช้ยานี้ร่วมกัน ⁸
	อาหาร	ระดับยา Roxithromycin ในเลือดลดลง ⁹	ควรกินยานี้ก่อนอาหาร ¹ 15 นาที ⁹

3. ยากลุ่ม Quinolones

Ciprofloxacin	แคลเซียม แมกนีเซียม อะลูมิเนียม เหล็ก หรือสังกะสี ที่อยู่ในรูปของยา หรือสารอาหาร เช่น ยาลดกรด ยาบำรุงเลือด ผลิตภัณฑ์นม	Ciprofloxacin ถูกดูดซึมน้อยลง ⁶ ทำให้ผลการยับยั้งเชื้อลดลง	หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน ⁶ หรือในกรณีที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ให้กินยา Ciprofloxacin ก่อนหรือหลังยาดังกล่าว อย่างน้อย 2 ชั่วโมง
Levofloxacin	แคลเซียม แมกนีเซียม อะลูมิเนียม เหล็ก หรือสังกะสี ที่อยู่ในรูปของยา หรือสารอาหาร เช่น ยาลดกรด ยาบำรุงเลือด ผลิตภัณฑ์นม	Levofloxacin ถูกดูดซึมน้อยลง ⁶ ทำให้ผลการยับยั้งเชื้อลดลง	หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน ⁶ หรือในกรณีที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ให้ทานยา Levofloxacin ก่อนหรือหลังยาดังกล่าวอย่างน้อย 2 ชั่วโมง
Ofloxacin	แคลเซียม แมกนีเซียม อะลูมิเนียม เหล็ก หรือสังกะสี ที่อยู่ในรูปของยา หรือสารอาหาร เช่น ยาลดกรด ยาบำรุงเลือด ผลิตภัณฑ์นม	Ofloxacin ถูกดูดซึมน้อยลง ⁶ ทำให้ผลการยับยั้งเชื้อลดลง	หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน ^{1,6} หรือในกรณีที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ให้กินยา Ofloxacin ก่อนหรือหลังยาดังกล่าวอย่างน้อย 2 ชั่วโมง ¹

4. ยากลุ่ม Tetracyclines

Doxycycline	Digoxin	ระดับยา Doxycycline ในเลือดลดลง และ Digoxin ในเลือดอาจสูงมากจนเกิดพิษได้ ⁶	ตรวจวัดระดับยา Digoxin ในเลือดและสังเกตอาการพิษของ Digoxin ⁶
-------------	---------	---	---

ยา	ทำปฏิกรียากับ	ผลที่เกิดขึ้น	ข้อแนะนำ
	Penicillins	ฤทธิ์การฆ่าเชื้อ (Bactericidal) ของยากลุ่ม Penicillins จะไปขัดขวางฤทธิ์การยับยั้งเชื้อ (Bacteriostatic) ของยา Doxycycline ทำให้ผลของยา Doxycycline ลดลง ⁶	หากเป็นไปได้ควรพิจารณาหลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน ⁶
	Carbamazepine	ระดับยา Doxycycline ในเลือดลดลง ⁶	เพิ่มขนาดยา Doxycycline หรือพิจารณาใช้ยากลุ่ม Tetracyclines ตัวอื่นแทน ⁶
	Phenytoin	Half-life ของ Doxycycline ลดลง ⁶	1. เพิ่มขนาดยา Doxycycline 2 เท่า 2. ติดตาม Clinical response อย่างใกล้ชิด ⁶
	Oral contraceptives	ประสิทธิภาพของยาคุมกำเนิดอาจลดลง ⁶	ควรใช้วิธีการคุมกำเนิดอื่น ๆ ร่วมด้วย ⁶ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย
	แคลเซียม แมกนีเซียม อะลูมิเนียม เหล็ก หรือสังกะสี ที่อยู่ในรูปของยาหรือสารอาหาร เช่น ยาลดกรด ยาบำรุงเลือดผลิตภัณฑ์นม	Doxycycline ถูกดูดซึมน้อยลง ⁶ ทำให้ผลการยับยั้งเชื้อลดลง	หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน หรือให้กินห่างกัน 3-4 ชั่วโมง ⁶
	แอลกอฮอล์	การดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรัง (Chronic Alcohol Consumption) ส่งผลให้ Doxycycline ถูกขับออกเร็วขึ้น ⁶	ควรงดหรือหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ⁶
Tetracycline	Digoxin	Digoxin ในเลือดอาจสูงมากจนเกิดพิษได้ ⁶	ตรวจวัดระดับยา Digoxin ในเลือดและสังเกตอาการพิษของ Digoxin ⁶

ยา	ทำปฏิกิริยากับ	ผลที่เกิดขึ้น	ข้อแนะนำ
	Penicillins	ฤทธิ์การฆ่าเชื้อ (Bactericidal) ของยาในกลุ่ม Penicillins จะไปขัดขวางฤทธิ์ การยับยั้งเชื้อ (Bacteriostatic) ของยา Tetracycline ทำให้ผลของยา Tetracycline ลดลง ^๕	หากเป็นไปได้ควรพิจารณาหลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน ^๕
	Oral contraceptives	ประสิทธิภาพของยาคุมกำเนิดอาจลดลง ^๕	ควรใช้วิธีการคุมกำเนิดอื่น ๆ ร่วมด้วย ^๕ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย
	Isotretinoin	ความดันในสมองสูงขึ้น ^๕	ห้ามใช้ยานี้ร่วมกัน ^๕
	แคลเซียม แมกนีเซียม อะลูมิเนียม เหล็ก หรือ สังกะสี ที่อยู่ในรูปของยา หรือสารอาหาร เช่น ยา ลดกรด ยาบำรุงเลือด ผลิตภัณฑ์นม	Tetracycline ถูกดูดซึมน้อยลง ^๕ ทำให้ผลการยับยั้งเชื้อลดลง	หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน หรือให้กินห่างกัน 3-4 ชั่วโมง ^๕
	อาหาร	Tetracycline ถูกดูดซึมน้อยลง ^๕ ทำให้ผลการยับยั้งเชื้อลดลง	กินยา Tetracycline ก่อนอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมงหรือ หลังอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง ^{1,๕} และดื่มน้ำปริมาณมาก อาจกินพร้อมอาหารเพื่อลด GI upset ¹

2. ยาต้านเชื้อรา (Antifungal Drugs)

ยา	ทำปฏิกิริยากับ	ผลที่เกิดขึ้น	ข้อแนะนำ
5. ยาในกลุ่ม Azoles			
Fluconazole	Warfarin	ระดับยา Warfarin ในเลือดเพิ่มขึ้น ^๕	1. ติดตามค่า Clotting parameters ได้แก่ INR, PT 2. ปรับขนาดยา Warfarin ^๕
	NSAIDs	ระดับยา NSAIDs อาจเพิ่มสูงขึ้น ^๕	ควรปรับขนาดยา NSAIDs ^๕

ยา	ทำปฏิกิริยากับ	ผลที่เกิดขึ้น	ข้อแนะนำ
	ยากลุ่ม HMG-CoA Reductase Inhibitors เช่น Simvastatin, Atorvastatin, Rosuvastatin	ระดับยากลุ่ม HMG-CoA Reductase Inhibitors ในเลือดเพิ่มขึ้น เกิดผลอันไม่พึงประสงค์จากยา เช่น Rhabdomyolysis ⁶	1. หลีกเลี่ยงการใช้ยา Fluconazole ร่วมกับยากลุ่มนี้ ⁶ 2. ปรับลดขนาดยากลุ่ม HMG-CoA Reductase Inhibitors ⁶ 3. อาจเลือกใช้ยา Pravastatin แทน เนื่องจากมีผลต่อระดับยาน้อยที่สุด ⁶
	ยากลุ่ม Protease Inhibitors (PIs) เช่น Ritonavir, Indinavir, Saquinavir	ระดับยากลุ่ม PIs, Fluconazole ในเลือดอาจเพิ่มขึ้น เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดพิษได้ ⁶	อาจปรับลดขนาดยาแต่ละตัว และติดตามการเกิดพิษจากยา ⁶
	ยากลุ่ม Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs) เช่น Nevirapine,	ระดับยา Fluconazole ในเลือดอาจลดลง ระดับยากลุ่ม NNRTIs ในเลือดอาจเพิ่มขึ้น เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดพิษได้ ⁶	ติดตามระดับยา Fluconazole ในเลือด และอาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่ใช้ยา Fluconazole ไม่ได้ผล ⁶
Itraconazole	Warfarin	ระดับยา Warfarin ในเลือดเพิ่มขึ้น ⁶	1. ติดตามค่า Clotting parameters ได้แก่ INR, PT 2. ปรับลดขนาดยา Warfarin ⁶
	Ergotamine และอนุพันธ์	ระดับ Ergotamine ในเลือด สูงขึ้น จนอาจเกิดพิษของยา ทำให้เกิดการขาดเลือดที่หลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral ischemia) ⁶	ห้ามใช้ยา Itraconazole ร่วมกับยากลุ่มนี้ ⁶
	ยาลดกรด	ระดับยา Itraconazole ในเลือดลดลง	หลีกเลี่ยงการกิน Itraconazole ร่วมกับยาลดกรด ²
	ยากลุ่ม HMG-CoA Reductase Inhibitors เช่น Simvastatin, Atorvastatin, Rosuvastatin	ระดับยากลุ่ม HMG-CoA Reductase Inhibitors ในเลือดเพิ่มขึ้น เกิดผลอันไม่พึงประสงค์จากยา เช่น Rhabdomyolysis ⁶	1. ห้ามใช้ยา Itraconazole ร่วมกับยากลุ่มนี้ ⁶ 2. ปรับลดขนาดยากลุ่ม HMG-CoA Reductase Inhibitors ⁶ 3. อาจเลือกใช้ยา Pravastatin แทน เนื่องจากมีผลต่อระดับยาน้อยที่สุด ⁶

ยา	ทำปฏิกิริยากับ	ผลที่เกิดขึ้น	ข้อแนะนำ
	ยากลุ่ม Protease Inhibitors (PIs) เช่น Ritonavir, Indinavir, Saquinavir	ระดับยากลุ่ม PIs, Itraconazole ในเลือด อาจเพิ่มขึ้น เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดพิษได้ ⁶	อาจปรับลดขนาดยาแต่ละตัว และติดตามการเกิดพิษจากยา ⁶
	ยากลุ่ม Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs) เช่น Nevirapine	ระดับยา Itraconazole ในเลือดอาจลดลง ระดับยากลุ่ม NNRTIs ในเลือด อาจเพิ่มขึ้น เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดพิษได้ ⁶	ติดตามระดับยา Itraconazole ในเลือด และอาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่ใช้ยา Itraconazole ไม่ได้ผล ⁶
Ketoconazole	Warfarin	ระดับยา Warfarin ในเลือดเพิ่มขึ้น ⁶	1. ติดตามค่า Clotting parameters ได้แก่ INR, PT ⁶ 2. ปรับลดขนาดยา Warfarin ⁶
	Ergotamine และอนุพันธ์	ระดับ Ergotamine ในเลือด สูงขึ้น จนอาจเกิดพิษของยา ทำให้เกิดการขาดเลือดที่หลอดเลือดส่วนปลาย ⁶	ห้ามใช้ยา Ketoconazole ร่วมกับยากลุ่มนี้ ⁶
	ยาลดกรด	ระดับยา Ketoconazole ในเลือดลดลง ⁶	ควรกินยาลดกรดหลังจากยา Ketoconazole อย่างน้อย 2 ชั่วโมง ^{2,6}
	ยากลุ่ม HMG-CoA Reductase Inhibitors เช่น Simvastatin, Atorvastatin, Rosuvastatin	ระดับยากลุ่ม HMG-CoA Reductase Inhibitors ในเลือดเพิ่มขึ้น เกิดผลอันไม่พึงประสงค์จากยา เช่น Rhabdomyolysis ⁶	1. หลีกเลี่ยงการใช้ยา Ketoconazole ร่วมกับยากลุ่มนี้ ⁶ 2. ปรับลดขนาดยากลุ่ม HMG-CoA Reductase Inhibitors ⁶ 3. อาจเลือกใช้ยา Pravastatin แทน เนื่องจากมีผลต่อระดับยาน้อยที่สุด ⁶
	ยากลุ่ม Protease Inhibitors (PIs) เช่น Ritonavir, Indinavir, Saquinavir	ระดับยากลุ่ม PIs, Ketoconazole ในเลือด อาจเพิ่มขึ้น เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดพิษได้ ⁶	อาจปรับลดขนาดยาแต่ละตัว และติดตามการเกิดพิษจากยา ⁶

ยา	ทำปฏิกิริยากับ	ผลที่เกิดขึ้น	ข้อแนะนำ
	ยากลุ่ม Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs) เช่น Nevirapine, Efavirenz	ระดับยา Ketoconazole ในเลือดอาจลดลง ระดับยากลุ่ม NNRTIs ในเลือดอาจเพิ่มขึ้น เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดพิษได้ ⁶	ติดตามระดับยา Ketoconazole ในเลือด และอาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่ใช้ยา Ketoconazole ไม่ได้ผล ⁶

3. ยาต้านเชื้อโปรโตซัว (Antiprotozoal Drugs)

ยา	ทำปฏิกิริยากับ	ผลที่เกิดขึ้น	ข้อแนะนำ
6. ยากลุ่ม Nitroimidazoles			
Metronidazole	Warfarin	ระดับยา Warfarin ในเลือดเพิ่มขึ้น ⁶	1. ติดตามค่า Clotting parameters ได้แก่ INR, PT ⁶ 2. ปรับลดขนาดยา Warfarin ⁶
	Disulfiram	ทำให้เกิดภาวะจิตใจสับสน หรืออาการทางจิตอย่างเฉียบพลัน ⁶	หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน ⁶
	แอลกอฮอล์	เกิด disulfiram-like reaction ¹⁰ (หน้าร้อน วูบวาบ ปวดศีรษะ หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน)	ควรงดหรือหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างน้อย 1 วันหลังจากทานยา Metronidazole ^{9,10}
Tinidazole	Warfarin	ระดับยา Warfarin ในเลือดเพิ่มขึ้น ¹¹	1. ติดตามค่า Clotting parameters ได้แก่ INR, PT ¹¹ 2. ปรับลดขนาดยา Warfarin ¹¹
	แอลกอฮอล์	เกิด disulfiram-like reaction ¹⁰ (หน้าร้อน วูบวาบ ปวดศีรษะ หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน)	ควรงดหรือหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างน้อย 3 วันหลังจากกินยา Tinidazole ^{9,10}

4. ยาต้านเชื้อปรสิต (Anti-Parasitic Drugs)

ยา	ทำปฏิกิริยากับ	ผลที่เกิดขึ้น	ข้อแนะนำ
7. ยากลุ่ม Avermectins			
Ivermectin	Warfarin	ค่า INR เพิ่มขึ้น ¹² ทำให้ระดับยา Warfarin ในเลือดเพิ่มขึ้น	ควรรีบแจ้งแพทย์หากมีอาการเหล่านี้ เช่น มีเลือดออกผิดปกติ จ้ำเลือด อาเจียน อุจจาระหรือปัสสาวะเป็นเลือด ¹³
	แอลกอฮอล์	ระดับยา Ivermectin ในเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยา เช่น ผื่นที่ผิวหนัง ปวดหัว เวียนหัว คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง ¹⁴	ควรแจ้งแพทย์ก่อนใช้ยา Ivermectin ร่วมกับแอลกอฮอล์ ¹⁴

เอกสารอ้างอิง

1. Ping NH, Lim C, Pena LAD, Palay MJB, Solivet ZJN, De Castro CEL, et al. MIMS Thailand. 134th ed. Bangkok: TIMS (Thailand); 2014.
2. 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.
3. Lacy CF, Armstrong LL, Goldman MP, Lance LL. Drug information handbook with international trade names index. 20th ed. Ohio: Lexicomp; 2011.
4. Medscape.com. [Internet]. New York: WebMD LLC online resources; c1994-2015 [cited 2015 April 27]. Available from: <http://reference.medscape.com/drug/tri-chlor-trichloroacetic-acid-topical-999550#6>.
5. Drug.com. [Internet]. Auckland: Drugsite trust online resources; c2000-15 [update 2015 Jan 25; cited 2015 Jul 1]. Available from: <http://www.drugs.com/drug-interactions/cefixime-with-warfarin-545-0-2311-0.html>.

6. Tatro DS. Drug interaction facts. Missouri: Wolter Kluwer; 2013.
7. Pfizer.com. [Internet]. New York: Pfizer online resources; c2002-15 [update 2014 July 08; cited 2015 Jul 1]. Available from: http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2011/050693s017_050710s033,050711s031,050784s018,050730s026lbl.pdf.
8. Sanofi.com. [Internet]. New South Wales: Sanofi online resources; c2004-15 [update 2015 March 11; cited 2015 Jul 1]. Available from: http://www.sanofi.com.au/products/aus_pi_rulide.pdf.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64(RR-03):1-137.
10. 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.
11. Drug.com. [Internet]. Auckland: Drugsite trust online resources; c2000-15 [update 2015 Jan 25; cited 2015 Jul 1]. Available from: <http://www.drugs.com/drug-interactions/tinidazole-with-warfarin-2198-0-2311-0.html>.
12. Merck.com. [Internet]. New Jersey: Merck online resources; c2009-15.[cited 2015 Jul 1] Available from: https://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/s/stromectol/stromectol_pi.pdf.
13. Drug.com. [Internet]. Auckland: Drugsite trust online resources; c2000-15 [update 2015 Jan 25; cited 2015 Jul 3]. Available from: <http://www.drugs.com/drug-interactions/ivermectin-with-warfarin-1407-0-2311-0.html>.
14. Drug.com. [Internet]. Auckland: Drugsite trust online resources; c2000-15 [update 2015 Jan 25; cited 2015 Jul 1]. Available from: <http://www.drugs.com/food-interactions/ivermectin.html>.

ข้อควรรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัย

งามตา ราชกรม
 นัทธิวิทย์ สุขรักษ์

ผู้ชายบางคนมีความเข้าใจผิดในการใช้ถุงยางอนามัยโดยเข้าใจว่าการติดโรคหรือตั้งครรภ์จะเกิดต่อเมื่อมีการหลั่งน้ำอสุจิ ดังนั้นจึงสวมถุงยางอนามัยเมื่อใกล้จะหลั่งน้ำอสุจิซึ่งเป็นการเชื่อที่ผิด เนื่องจากโรคสามารถติดต่อได้ทันทีเมื่อสอดใส่โดยไม่สวมถุงยางอนามัย รวมทั้งน้ำอสุจิอาจจะเล็ดลอดออกมาบางส่วนก่อนการหลั่ง ทำให้ตั้งครรภ์ได้

การเลือกถุงยางอนามัย

- เลือกถุงยางอนามัยให้เหมาะสมกับขนาดอวัยวะเพศชาย(ถุงยางอนามัยใหญ่เกินไปไปหลวมหลุดง่าย/ถุงยางอนามัยเล็กเกินไป ทำให้แตก ฉีกขาดง่าย)
- ควรใช้ถุงยางอนามัยที่ผ่านการรับรองคุณภาพโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- เลือกซื้อจากร้านที่เก็บถุงยางอนามัยไว้ในที่เย็น ไม่ถูกแสงแดด หรืออยู่ในที่ที่มีอุณหภูมิสูงเนื่องจากจะทำให้ถุงยางอนามัยเสื่อมคุณภาพ
- ควรพกถุงยางอนามัยหลายชิ้น (ถ้าเป็นพนักงานบริการควรพกหลายขนาด) ให้เพียงพอและเหมาะสมกับการใช้
- ไม่เก็บถุงยางอนามัยในที่ที่ถูกแสงแดด หรืออยู่ในที่ที่มีอุณหภูมิสูง เช่น ในรถ หรือมีการกดทับ หรือใส่ร่วมกับของอื่น เช่น กระเป๋ากางเกง เพราะจะทำให้คุณภาพถุงยางอนามัยเสื่อมคุณภาพ

เทคนิคการใช้สารหล่อลื่น

- ใช้สารหล่อลื่นชนิดที่มีน้ำหรือซิลิโคนเป็นส่วนผสมเท่านั้น เช่น กลีเซอริน เค-วาย เจลลี่เท่านั้น เป็นต้น
- อาจหยดสารหล่อลื่นเล็กน้อยลงในกระเปาะถุงยางอนามัย เพื่อช่วยลดการเสียดสีของถุงยางอนามัยกับปลายอวัยวะเพศ
- อาจใช้สารหล่อลื่นหยดด้านนอกถุงยางอนามัย 1-2 หยด ทาให้ทั่วเพื่อลดการเสียดสี ความฝืด กับช่องคลอด หากร่วมเพศทางทวารหนักควรเพิ่มปริมาณสารหล่อลื่น เพื่อป้องกันการแตกของถุงยางอนามัย
- หากร่วมเพศทางทวารหนักควรเพิ่มปริมาณสารหล่อลื่น เพื่อป้องกันการแตกของถุงยางอนามัย

วิธีใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง



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



2. ใช้นิ้วไล่ขอบถุงยางอนามัยที่อยู่เ็นของไปด้านใดด้านหนึ่ง ให้พ้นบริเวณที่จะฉีก

3. ฉีกซองอย่างระมัดระวัง อย่าให้ถุงยางสัมผัสกับเล็บหรือเครื่องประดับที่มีคม และไม่ฉีกซองผ่านตัวถุงยางอนามัย



4. สอดถุงยางอนามัยลงมาเล็กน้อยและตรวจสอบให้รอยม้วนอยู่ด้านนอก



5. สวมถุงยางอนามัยขณะที่อวัยวะเพศแข็งตัว โดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้บีบกระเปาะถุงยางอนามัยเพื่อไล่ลมก่อนใส่ หากปล่อยให้ลมอยู่ข้างในจะทำให้ถุงยางอนามัยแตกขณะร่วมเพศ



6. รูดถุงยางอนามัยให้สุดโคนอวัยวะเพศ ใส่ถุงยางอนามัยเพียงชั้นเดียว โดยใส่ตั้งแต่เริ่มแรกของการมีเพศสัมพันธ์ในทุกช่องทางไม่ว่าจะเป็นทางช่องคลอด ทางปาก และทวารหนัก

7. ถ้าระหว่างมีเพศสัมพันธ์มีถุงยางอนามัยแตก รั่ว หลุด ให้หยุดการมีเพศสัมพันธ์ หรือเปลี่ยนถุงยางอนามัยชิ้นใหม่แล้วค่อยมีเพศสัมพันธ์ต่อ

8. ถ้าระหว่างการมีเพศสัมพันธ์รู้สึกฝืด ไม่ราบรื่น ให้ใช้เจลหล่อลื่นประเภทน้ำ ไม่ควรใช้สารหล่อลื่นที่มีส่วนผสมที่น้ำมันเพราะจะทำให้ถุงยางอนามัยแตกได้ง่าย



9. หลังเสร็จกิจให้จับขอบถุงยางอนามัยบริเวณโคนอวัยวะเพศ เพื่อกันน้ำสุจิไม่ให้ไหลออกมา พร้อมทั้งถอนตัวออกจากคู่นอน ก่อนที่อวัยวะเพศชายจะอ่อนตัว

10. ตรวจสอบถุงยางอนามัยว่ามี แตก รั่ว หรือหลุด หรือไม่

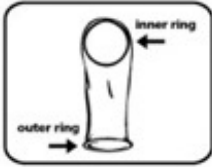


11. ถอดถุงยางอนามัยโดยใช้กระดาษชำระพันรอบถุงยางอนามัย จับบริเวณกระดาษชำระแล้วรูดออก กรณีไม่มีกระดาษชำระให้ใช้นิ้วชี้สอดเข้าไปด้านในถุงยางอนามัยขณะที่อวัยวะเพศอ่อนตัวลงเล็กน้อยแล้วรูดออก



12. ห่อถุงยางอนามัยด้วยกระดาษแล้วทิ้งในถังขยะที่มีฝาปิด ไม่ควรทิ้งลงชักโครก

วิธีใช้ถุงยางอนามัยสตรีที่ถูกต้อง



ก่อนแกะห่อถุงยางอนามัยสตรีควรตรวจดูวันหมดอายุของถุงยางอนามัยทุกครั้งและใช้มือถุงของบรรจุให้ทั่วเพื่อให้สารหล่อลื่นกระจาย

1. แกะห่อถุงยางอนามัยด้วยความระมัดระวัง อย่าให้ถุงยางอนามัยฉีกขาด
2. เลือกใส่ท่าที่ถนัด เช่น นั่งยองๆ ยืน หรือนอนชันเข่า
3. ใช้นิ้วโป้งและนิ้วชี้บีบห่วงด้านในของถุงยางอนามัยเข้าหากันให้มีลักษณะเป็นเส้น
4. สอดห่วงที่บีบไว้เข้าไปในช่องคลอด
5. ใช้นิ้วชี้หรือนิ้วกลางสอดเข้าไปในถุงยางอนามัย แล้วดันเข้าไปให้ลึกที่สุด ระวังไม่ให้ถุงยางอนามัยบิดเป็นเกลียวและแนบไปกับช่องคลอด
6. จับห่วงด้านนอกให้เข้าที่ขณะสอดใส่อวัยวะเพศชาย เมื่อสอดใส่เรียบร้อยแล้วไม่จำเป็นต้องยึดห่วงด้านนอกไว้อีกต่อไป
7. สามารถทาสารหล่อลื่นภายในหรือภายนอกถุงยางอนามัยหรือจะทาโดยตรงที่อวัยวะเพศชายก็ได้
8. การถอดถุงยางอนามัยควรทำก่อนลุกขึ้นยืน ให้จับที่ห่วงด้านนอกแล้วบิดให้เป็นเกลียวเพื่อไม่ให้น้ำอสุจิไหลออกค่อยๆ ดึงถุงยางอนามัยออก ห่อให้มีมิดชิดก่อนทิ้งลงถังขยะ

ข้อพึงระวัง

- ระวังสอดใส่อวัยวะเพศชายไม่เข้าไปในถุงยางอนามัย
- ไม่ควรใช้ถุงยางอนามัยซ้ำ
- ห้ามใช้ร่วมกับถุงยางอนามัย เพราะจะเพิ่มโอกาสให้ชิ้นใดชิ้นหนึ่งหรือทั้งสองชิ้นแตก

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