



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

ภาคผนวก

ข้อมูลที่จะกล่าวดังต่อไปนี้ เป็นความรู้เกี่ยวกับโรคหนองใน ซึ่งแบ่งเป็นโรคหนองในและหนองในเทียม จากหนังสือ คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับนักศึกษาพยาบาล โดย พรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2542) โดยเด็กเร่ร่อนที่ทำการศึกษาศึกษาวิจัยฉบับนี้ ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคหนองใน โดยมีเนื้อหาดังต่อไปนี้

- หนองใน (Gonorrhoea)

เชื้อที่ทำให้เกิดโรค : Neisseria Gonorrhoea เป็น gram negative diplococcic

รูปร่างลักษณะของเชื้อ : เป็นเชื้อแบคทีเรีย รูปร่างค่อนข้างกลม อยู่กันเป็นคู่ หันด้านเข้าหากันคล้ายเมล็ดข้าวหรือรูปไต ย้อมสีกรัม (gram's stain technique) ติดสีแดง เชื้อจะอยู่ภายในเม็ดเลือดขาว หรืออาจจะอยู่ทั้งภายในและภายนอกเม็ดเลือดขาว

ระยะฟักตัว : โดยเฉลี่ย 3 - 5 วัน บางรายอาจนานถึง 14 วัน

ลักษณะทางคลินิก : ผู้ติดเชื้อชายส่วนใหญ่มักมีอาการปัสสาวะแสบขัด มีหนองออกจากท่อปัสสาวะ ลักษณะหนองข้น เหลือง แต่บางรายอาจมีอาการน้อย มีมูกข้นคล้ายหนองในเทียมประมาณร้อยละ 30 ของผู้ติดเชื้อในผู้หญิงอาจไม่มีอาการก็ได้ (asymptomatic gonorrhea)

การวินิจฉัย : เก็บวัตถุตัวอย่างจากท่อปัสสาวะ โดยใช้ sterile wire loop สอดเข้าไปในท่อปัสสาวะลึกประมาณ 1-1.5 เซนติเมตร นำวัตถุตัวอย่างมาละเลง (smear) บางๆ บนแผ่น slide แล้วนำไปผ่านเปลวไฟอ่อนๆ สองสามครั้ง ทิ้งให้เย็นแล้วย้อมสีกรัม แล้วตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อดูเชื้อ gram negative diplococci และนับเม็ดเลือดขาว (pus cell)

ในการตรวจผู้ติดเชื้อชาย นอกจากจะตรวจบริเวณอวัยวะเพศว่ามีอาการอักเสบที่ใดบ้าง ควรตรวจ two glass urine ดูการอักเสบของท่อปัสสาวะด้วย โดยให้ผู้ติดเชื้อชายปัสสาวะทรงสูง 2 ใบ ใบแรกปัสสาวะใส่ประมาณ 30 - 50 ซีซี หรือประมาณ 1 ใน 3 ของแก้ว แล้วปัสสาวะที่เหลือใส่แก้วใบที่สอง ใช้กรดน้ำส้ม 10 % acetic acid เทใส่แก้วปัสสาวะทั้ง 2 ใบ ดูความขุ่น (turbidity) ความใส (clearance) และเส้นใย (thread) ในน้ำปัสสาวะทันที

การอ่านผล ถ้าปัสสาวะแก้วแรกขุ่นและแก้วที่สองใส แสดงว่ามีการอักเสบที่บริเวณส่วนหน้าของท่อปัสสาวะ (Anterior Urethritis) ถ้าปัสสาวะขุ่นทั้งสองแก้วแสดงว่าการอักเสบลุกลามไป

ถึงส่วนลึกของท่อปัสสาวะ (Posterior Urethritis) และอาจจะอักเสบไปถึงกระเพาะปัสสาวะส่วนที่เป็น trigone ได้

ภาวะแทรกซ้อน : ถ้าไม่รักษาให้ถูกต้องตั้งแต่ต้น อาจมีการลุกลามหรือมีภาวะแทรกซ้อน เช่น Posterior urethritis, Epididymitis, abscess ของต่อมต่างๆบริเวณใกล้เคียง หรือมีการแพร่กระจายของเชื้อไปตามกระแสเลือด ที่เรียกว่า Disseminated Gonococcal Infection (DGI)

การรักษา : ยาที่ใช้ควรมีประสิทธิภาพเกินร้อยละ 95 และสามารถรักษาได้โดยการให้ยาเพียงครั้งเดียว (single dose) ในกรณีเป็นหนองในที่ไม่มีอาการแทรกซ้อน ให้ยาตัวหนึ่งตัวใดต่อไปนี้

- Norfloxacin 800 มิลลิกรัม กินครั้งเดียว
- Ofloxacin 400 มิลลิกรัม กินครั้งเดียว
- Ciprofloxacin 250 กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว
- Spectinomycin 2 กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว
- Ceftriaxone 250 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว

ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนควรใช้ยาฉีดวันละครั้ง ติดต่อกัน 2 - 3 วัน แล้วแต่ความรุนแรงของโรคแล้วกินยาต่อจนหาย หลังรักษาแล้วต้องให้มาตรวจซ้ำเพื่อแน่ใจว่าหายขาด

- หนองในในหญิง

ประมาณร้อยละ 30 – 70 ไม่มีอาการแสดงหลังติดเชื้อ โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ อาการแสดงพบว่ามีอาการติดเชื้อที่ปากมดลูกมากกว่าท่อปัสสาวะแตกต่างจากผู้ชาย อาการที่พบบ่อยของผู้หญิงคือ ตกขาว เป็นหนอง รongลงมาคือการเจ็บบริเวณอวัยวะเพศและอาการปัสสาวะแสบ

ภาวะแทรกซ้อน : ผู้หญิงจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าผู้ชาย ที่พบบ่อยได้แก่ การอักเสบของต่อมบาร์โทลินและต่อมข้างท่อปัสสาวะ ทำให้บวมโตและเจ็บ ปล่อยไว้จะเป็นฝีกลัดหนองได้หรืออาจมีการอักเสบของอวัยวะสืบพันธุ์ในอุ้งเชิงกราน (PID) พบได้ประมาณร้อยละ 15 ส่วนการแพร่กระจายของเชื้อไปตามกระแสโลหิตพบได้เช่นเดียวกับผู้ชาย

การวินิจฉัย : เก็บวัตถุตัวอย่างจากปากมดลูกและท่อปัสสาวะย้อมสีกรัม ตรวจดูเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ การเพาะเชื้อมีความจำเป็นมากเพราะการย้อมสีกรัมมีความแม่นยำน้อยกว่าในผู้ชาย ถ้าไม่ทำการเพาะเชื้อโอกาสที่จะพบเชื้อประมาณร้อยละ 25 – 30

การรักษา : เช่นเดียวกับผู้ชายที่เป็นหนองใน แต่ต้องระวังการให้ยาบางกลุ่มกับหญิงมีครรภ์และเด็ก ในกรณีมีภาวะแทรกซ้อน ควรใช้ยาฉีดตามความรุนแรงของโรค

- การติดเชื้อหนองในชนิดแพร่กระจาย (Disseminate Gonococcal Infection , DGI)

เกิดจากการแพร่กระจายของเชื้อหนองในที่อวัยวะสืบพันธุ์ไปตามกระแสเลือด เป็นภาวะที่พบไม่บ่อย คือ ประมาณ 1 – 3 ของผู้ติดเชื้อหนองในที่ไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นหญิง ในวัยเจริญพันธุ์ เนื่องจากมีโอกาสติดเชื้อหนองในโดยไม่แสดงอาการ ซึ่งต่างจากผู้ชายที่การติดเชื้อมักเป็นแบบมีอาการ ทำให้ได้รับการรักษาไปก่อนที่จะมีการแพร่กระจายเชื้อ การกระจายเชื้อเกิดขึ้นหลังจากที่มีการติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์แล้ว 7 – 30 วัน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะนี้ได้ง่ายขึ้น ได้แก่ การตั้งครรภ์ ช่วงเวลาที่มีประจำเดือน การติดเชื้อหนองในที่หลอดคอ (pharyngeal gonorrhea) และภาวะพร่องคอมพลีเมนต์ในเลือด (complement deficiency)

ลักษณะทางคลินิก : ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการของการติดเชื้อที่อวัยวะเพศ อาการเด่นของภาวะ DGI ได้แก่ ไข้ อาการทางข้อ และรอยโรคที่ผิวหนัง

อาการทางข้อ : ในระยะต้นจะเป็นแบบปวดข้อ (arthralgia) และ tenosynovitis ในระยะต่อมาจะมีอาการอักเสบของข้อ (arthritis) เกิดขึ้นชัดเจน ซึ่งพบมากที่ข้อนิ้ว (interphalangeal joint) ข้อมือ ข้อเท้า และข้อเข่า

รอยโรคที่ผิวหนัง : ในภาวะนี้เกิดจากการมี septic emboli มาอุดตันทำให้เกิด septic vasculitis ขึ้นที่เส้นเลือดของผิวหนัง ลักษณะรอยโรคเป็น necrotic pustule อยู่บนฐานสีแดง กดเจ็บ ซึ่งมักปรากฏที่บริเวณมือ เท้า และแขนขาส่วนปลาย ในบางครั้งรอยโรคอาจมีลักษณะเป็นแบบอื่นได้ เช่น เป็นตุ่มแดง ตุ่มหนอง ตุ่มพอง หรือเป็นจำเลือด จำนวนรอยโรคมีไม่มากนักประมาณ 1- 10 แห่ง อย่างมากที่สุดไม่เกิน 30 แห่ง

การวินิจฉัยโรค : เนื่องจากอาการของโรคไม่ได้เกิดครบถ้วนในผู้ป่วยทุกราย อีกทั้งการตรวจหาเชื้อก็ไม่ได้เป็นผลบวกเสมอไป การวินิจฉัยโรคจึงต้องอาศัยข้อมูล 3 อย่างประกอบกันคือ ไข้ อาการทางข้อ และรอยโรคที่ผิวหนัง ส่วนการตรวจห้องปฏิบัติการควรส่งเพาะเชื้อและย้อมสีกรัม จากตัวอย่างสารคัดหลั่งที่เก็บจากบริเวณอวัยวะเพศ ทวารหนัก และหลอดคอ รวมทั้งการตรวจหาเชื้อจากก้อนหนอง จะมีโอกาสพบเชื้อได้สูงถึงประมาณร้อยละ 80 ยกเว้นกรณีที่เคยได้ยาปฏิชีวนะมาก่อน

การรักษา : ระยะแรกจะเริ่มให้ penicillin G 12 ล้านยูนิต / วัน ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 7 – 10 วัน ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นใน 72 ชั่วโมง จะเปลี่ยนเป็นยาฉีด ceftriaxone 1 กรัม เข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าหลอดเลือด วันละครั้ง นาน 7 วัน หรือ ยาฉีด spectinomycin 2 กรัม เข้ากล้ามเนื้อ วันละ 2 ครั้ง นาน 7 วัน

- หนองในเทียม (Non-Gonococcal Urethritis, NGU)

เชื้อที่ทำให้เกิดโรค : NGU มีสาเหตุจากเชื้อโรคหลายชนิด ร้อยละ 35 – 50 เกิดจากเชื้อ *Chlamydia trachomatis* อีกร้อยละ 25 จากเชื้อ *Ureaplasma urealyticum* ส่วนที่เหลือเป็นสาเหตุที่พบน้อย เช่น *Herpes simplex* , *Trichomonas vaginalis*, หูดในท่อปัสสาวะ เดิมเรียกว่า nonspecific urethritis ต่อมาทราบถึงต้นเหตุของโรคมมากขึ้น จึงเปลี่ยนมาเป็น non – gonococcal urethritis

ระยะฟักตัว : 1 – 4 สัปดาห์

ลักษณะทางคลินิก : ผู้ป่วยชายจะมีอาการปัสสาวะขัด แสบเล็กน้อย ไม่รุนแรงเหมือนหนองใน บางครั้งมีมูกใสหรือข้นค้างในท่อปัสสาวะ หรือมีเพียงอาการคันในท่อปัสสาวะเล็กน้อย ประมาณร้อยละ 36 จะไม่มีอาการหรืออาการแสดงแต่อย่างใด

ในผู้หญิงก็อาจไม่มีอาการผิดปกติได้เช่นกัน ผู้ที่มีอาการมักจะมาด้วยอาการตกขาวผิดปกติ แต่ไม่รุนแรงเหมือนหนองในแท้ อาการอื่นๆ ที่อาจพบได้คือ ปัสสาวะขัด ปัสสาวะบ่อย หรือมีเลือดออกกระปริด กระปรอย บางรายอาจมีการอักเสบของท่อรังไข่และอุ้งเชิงกรานได้

การตรวจวินิจฉัย : เนื่องจากการอาการแสดงไม่เด่นชัดและจำเพาะ จึงไม่สามารถวินิจฉัยโดยอาศัยลักษณะทางคลินิกได้ โดยทั่วไปจะวิเคราะห์แยกโรคจากการย้อมสีกรัมเพื่อดู gram – negative diplococci และนับเม็ดเลือดขาว (pus cell) แนวทางการวินิจฉัยในผู้ป่วยชาย ให้กลืนปัสสาวะ 4 ชั่วโมง เก็บวัตถุตัวอย่างจากท่อปัสสาวะ ย้อมสีกรัม ไม่พบ gram – negative diplococci แต่พบเม็ดเลือดขาวมากกว่าหรือเท่ากับ 5/oil field หรือเม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 5/oil field แต่ทำ two glass urine test แล้วปัสสาวะแก้วที่ 1 ขุ่น

การวินิจฉัยในผู้ป่วยหญิง

ส่วนใหญ่ผู้หญิงจะวินิจฉัยและรักษาโรคในลักษณะ Epidemiologic diagnosis จากการที่สามีหรือคู่นอนเป็น NGU หรืออาจใช้หลักเกณฑ์การนับเม็ดเลือดขาวในการวินิจฉัยโรค เช่น พบเม็ดเลือดขาวที่ปากมดลูก (cervix) มากกว่า 20 ตัว/oil field หรือพบเม็ดเลือดขาวที่ท่อปัสสาวะ (urethra) มากกว่า 10 ตัว/oil field โดยที่ไม่พบ gram – negative diplococci หรือเชื้ออื่นๆ เช่น เชื้อรา, *trichomonas vaginalis*, ต้องดูประวัติด้วยว่า กินยาคุมกำเนิด ฉีดยาคุมหรือตั้งครรรภ์ ไกล้มหรือเพิ่งหมดประจำเดือน สิ่งเหล่านี้อาจทำให้เม็ดเลือดขาวที่ปากมดลูกเพิ่มขึ้นได้

ภาวะแทรกซ้อน : อาการของ NGU ไม่รุนแรง ผู้ป่วยและผู้ที่ทำกรรักษาจึงอาจละเลย ทำให้การอักเสบของท่อปัสสาวะเป็นอยู่นาน เชื้อลุกลามขึ้นไปท่อหน้าเชื้อสุจิ ลูกอัณฑะ และต่อมลูกหมากในผู้ชาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ท่อปัสสาวะตีตัน, epididymitis, prostatitis ในผู้หญิงเชื้อลุกลามไปสู่ปากมดลูก มดลูก ปีกมดลูก หรือเข้าไปในช่องท้องได้ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้แก่ Cervicitis, Salpingitis, Infertility และ Perihepatitis

การรักษา : เชื้อ *Chlamydia trachomatis* และ *Ureaplasma urealyticum* ไวต่อยาในกลุ่ม tetracycline และ erythromycin ขนาดของยาที่ใช้คือ

- Tetracycline HCL 1 กรัม/วัน นาน 2 สัปดาห์
- Tetracycline HCL 2 กรัม/วัน นาน 1 สัปดาห์
- Doxycycline และ Minocycline 100 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง นาน 1 สัปดาห์

กรณีแพ้ยาในกลุ่ม Tetracycline หรือในหญิงตั้งครรภ์ให้ใช้ Erythromycin 2 กรัม/วัน นาน 1 สัปดาห์

ยาในกลุ่ม Quinolone ที่มีการทดลองรักษา NGU แล้วพบผลคือ

- Ofloxacin 100 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง นาน 7 วัน หรือขนาด 200 มิลลิกรัมวันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน

การรักษา NGU ก็เช่นเดียวกับการรักษาซิฟิลิสและหนองใน คือต้องรักษาต่อเนื่องด้วย

เสมอ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล

นายวิวัฒน์ วัฒนานนท์กุล

วัน เดือน ปี เกิด

22 กรกฎาคม 2526

ประวัติการศึกษา

ปี 2540

สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

โรงเรียนปิ่นสร้อยแยลส์วิทยาลัย จังหวัดเชียงใหม่

ปี 2543

สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6

โรงเรียนนวมินทราชูทิศพายัพ จังหวัดเชียงใหม่

ปี 2548

สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขา สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา
มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved