

การอภิปรายเรื่อง “โรคหนองใน”*

ผู้อภิปราย - น.พ. ทองน่าน วิชาตะวานิช**

- พ.ญ. กาญจนา ปาณิกบุตร***

- น.พ. สมศักดิ์ โล่ห์เลขา****

ผู้ดำเนินการอภิปราย - น.พ. นราทร ธรรมบุตร*****

พ. นราทร

เหตุที่ต้องอภิปรายเรื่อง “หนองใน” กันบ่อยๆ ด้วยสาเหตุประการแรก คือ ปัญหาเรื่องเชื้อโรคนี้เคยยา ในบ้านเรามีการควบคุมร้านขายยา ไม่ได้ดีเท่าที่ควร ประกอบกับผู้ช่วยรักษาเองผิด ๆ ถูก ๆ ทำให้ได้ยาไม่เต็มตามขนาดที่ควรจะเป็น ประการที่ 2 ปัญหาเรื่องการรักษา โรคหนองใน จะรักษาให้หายได้จริง ผู้ป่วยควรได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลหรือศูนย์บริการที่เชื่อถือได้ เพราะการรักษาที่ดีก็คือการให้ยา penicillin แต่ยา penicillin อาจทำให้เกิดการแพ้รุนแรงและมีแนวโน้มที่พบบ่อยขึ้น ทำให้แพทย์ตามคลินิกไม่เสี่ยงใช้ penicillin ซึ่งเป็นยาที่เหมาะสมที่สุดรักษา แต่เสี่ยงไปใช้ยาอื่น เมื่อ “ยาไม่ตรงกับเชื้อโรค” ก็เป็นสาเหตุให้หนองในก็ไม่หายขาด

ประการที่ 3 トラブルที่มนุษยียังมีความสัมพันธ์ทางเพศสัมพันธ์ โรคนี้ก็ยังมีปัญหาต่อไป โรคหนองในมีชื่อพ้องมาก เช่น โรคสังคัม เป็น

โรคที่อยู่คู่กับบ้านเมืองมาตั้งแต่ดึกดำบรรพ์แล้ว จะสังเกตได้ว่ายังมีบ้านเมืองอยู่ในภาวะคับขัน เช่น เกิดสงคราม หรือภาวะที่ศีลธรรมเสื่อมโทรม สถิติการเป็นโรคนี้อาจสูงขึ้น

หนองในเป็นได้กับมนุษย์ทุกเพศ ทุกวัย ทุกอาชีพ ไม่ว่าจะมั่งมีหรือยากจน การจำแนกหนองใน แบ่งออกเป็น 2 ชนิด หนองในแท้คือ gonorrhoea หนองในเทียม คือ pseudogonorrhoea

ปัญหาที่ได้รวบรวมมาเป็นปัญหาที่แพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องทั่วไปประสบและควรจะได้ทราบความจริง

พ. นราทร

คนในโลกเป็นหนองในกันมากน้อยเพียงใด

พ. กาญจนา

เท่าที่ทราบ ปี 1967 ประมาณ 10 ปีมาแล้ว ตอนนั้นประชากรในโลกมี 3450 ล้าน เป็นหนองในประมาณ 150 ล้านคน เดียวนี้ประชากรโลกมี 4 พันล้านคนก็ควรจะมียูเป็นผู้เป็นโรคนี้นั้นแน่นอน

* อภิปรายในการประชุมวิชาการประจำปีเดือนตุลาคม 2520 ณ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

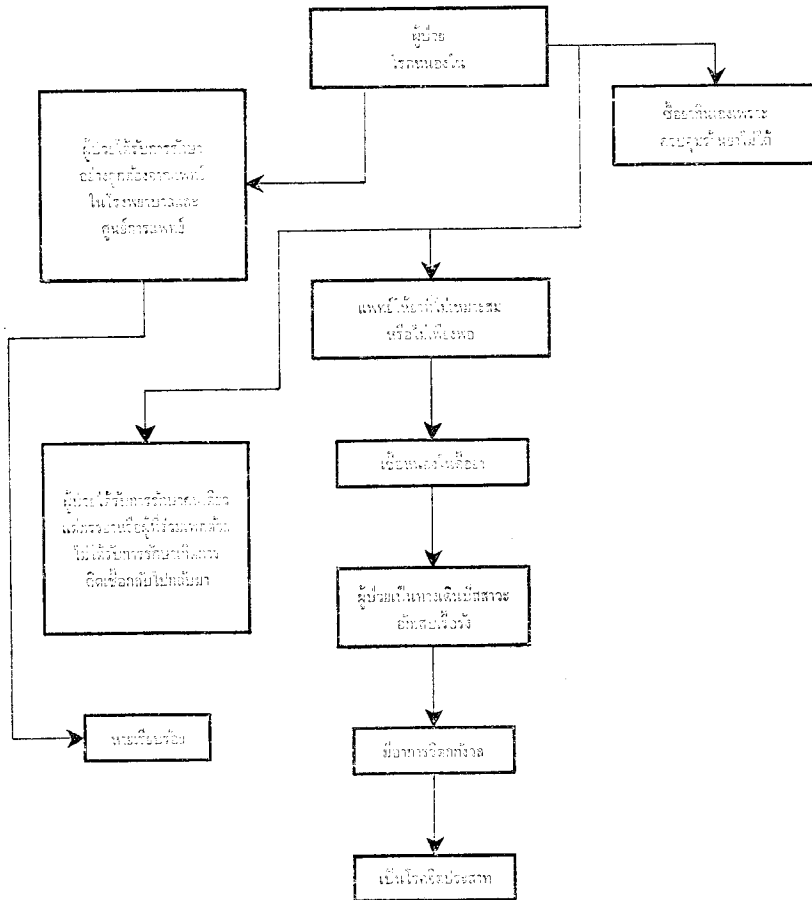
** คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

*** โรงพยาบาลบางรัก

**** คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***** คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหนองใน



พ. นราทร

กรุณาอธิบายคำว่า GU, NSU, NGU ในเรื่องของหนองใน รู้สึกว่าใช้กันสับสนมาก

พ. กาญจนา

GU. ก็คือ gonococcal urethritis สาเหตุก็มาจากเชื้อโกโนเรีย NGU หรือ non gonococcal urethritis เป็นการอักเสบ เกิดจากเหตุอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เชื้อโกโนเรีย เกิดการอักเสบที่ท่อ

ปัสสาวะ ทำให้เกิดโรค เช่น

- การอักเสบของทางเดินปัสสาวะส่วนบน 2.6 %
- ท่อปัสสาวะตีบ 2.5 %

ตัวเลขนี้มาจาก London Hospital ทำไว้ ส่วน NSU หรือ non-specific urethritis เป็นการอักเสบที่หาสาเหตุไม่ได้แน่ชัด เดียวนี้หลายเปอร์เซ็นต์พิสูจน์ได้แล้วว่ามีสาเหตุมาจากเชื้อโรคกลุ่มหนึ่ง

พ. นราทร

อยากทราบสถิติผู้ป่วยหนองใน ในแง่ของอายุ

พ. กาญจนา

Percentage of V.D. cases by age groups

จากดงกวมโรค

ตารางที่ 3 Age distribution of V.D. cases.

Age group (yr.)	Fiscal years	
	1975	1976
0-4	0.04 %	0.03 %
5-9	0.02 %	0.02 %
10-14	0.08 %	0.10 %
15-19	24.20 %	23.68 %
20-24	42.96 %	40.66 %
25-29	18.80 %	19.83 %
30-34	7.66 %	8.20 %
35-39	3.73 %	4.24 %
40-44	1.50 %	1.86 %
45-49	0.62 %	0.81 %
50-55	0.23 %	0.35 %
55 over	0.16 %	0.22 %

พ. นราทร

ขณะนี้หนองในแท้และเทียมมีมากน้อยเพียงใดต่อประชากรทั้งประเทศ สถิติคร่าวๆ มีบ้างไหม

พ. กาญจนา

สถิติดงกวมโรค

ปี 2519 : โรคหนองใน 141,576 ราย

โรคหนองในเทียม 70,584 ราย

พ. นราทร

ในกรุงเทพฯ ที่โรงพยาบาลบางรัก กรุณาเปรียบเทียบหนองในแท้ เทียม ปีที่แล้ว ทั้งเพศชาย หญิง เด็ก มีบ้างไหม

พ. กาญจนา

โรงพยาบาลบางรัก ปี 2519

แผนกหญิง ตรวจผู้ป่วยทั้งสิ้น 9,882 ราย

ป่วยหนองใน 1,441 ราย

NSU 980 ราย

แผนกชาย (เฉพาะผู้ป่วยที่ตรวจเอง ประมาณ 1/3 ของผู้ป่วยทั้งสิ้นที่มารับการตรวจแผนกชาย)

จำนวนผู้ป่วย 8,854 ราย

ป่วยหนองใน 1,257 ราย

NSU 1,680 ราย

เด็ก ระยะ 5 ปี (ค.ศ. 2516-ก.ย. 2520)

ตรวจเด็ก 1,571 ราย

เป็นหนองใน 129 ราย

พ. นราทร

กรุณานอบวิธีรักษาโรคหนองในและซิฟิลิส ถ้าเป็นรวมกัน

พ. กาญจนา

รักษาพร้อมกันในวันเดียวกัน เวลาเดียวกัน โดยฉีด benzathine penicillin รักษาซิฟิลิส และให้กิน probenacid พร้อมกับ ampicillin รักษาโรคหนองใน

พ. นราทร

อาบ อบ นวด เลยกๆ เป็นหนองในได้ไหม ทั้งหนองในแท้ เทียม

พ. กาญจนา

อาบ อบ นวด เลยกๆ ไม่เป็นทั้งโรคหนองในแท้และหนองในเทียม

พ. นรทธร

ถ้าเป็น NGU จะทำให้แฟนเป็น NGU ด้วยไหม ถ้าไม่รักษาจะเป็นอย่างไร เด็กแรกคลอดจะติดเชื้อด้วยไหม

พ. กาญจนนา

- NGU จะทำให้แฟนเป็น NGU ด้วยถ้าไม่รักษา โรคจะดำเนินไป อาจมี complications ได้ในผู้ป่วยชายที่พบบ่อยเป็น chronic prostatitis ในผู้ป่วยหญิงจะเป็น pelvic inflammatory diseases ในผู้ป่วยทั้งชายและหญิง 1.2% จะเกิดเป็น Reiter's syndrome เด็กแรกคลอดจากมารดาที่เป็น non specific genital infection จะเกิด ophthalmia neonatorum

พ. นรทธร

หลักเกณฑ์การควบคุมหนองใน ในชุมชนมีอะไรบ้าง

พ. กาญจนนา

หลักเกณฑ์การควบคุมโรคหนองใน ในชุมชนมี

1. Facilities for diagnosis and treatment
2. การค้นหาติดตามผู้สัมผัสโรค
3. Case finding โดยอาศัยความร่วมมือจากแพทย์ในสาขาอื่น ๆ และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
4. พยายามลดอัตราของโรคในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษซึ่งเป็นแหล่งติดต่อโรคสูงที่สุด
5. Personal prophylaxis-พยายามสั่ง

เสริมให้ใช้ condom

6. Health education**แหล่งแพร่กำโรค**

อันดับ	สำนักหรือโรงแรม	จำนวน	เตียงพนักงานประจำ (คน)
1	สำนักหญิงค้าประเวณี	9367 สำนัก	171,973
2	โรงแรมที่มีหญิงค้าประเวณี	2134 โรงแรม	25,719
3	บาร์และไนท์คลับ	4314 แห่ง	191,615
4	สถานบริการ ออบอบ นวด	1589 แห่ง	1,589
5	สถานบริการแต่งผม (และนวด)	102 แห่ง	908
6	สถานบริการอื่นๆ ที่ค้าประเวณี	2562 แห่ง	14,531

พ. นรทธร

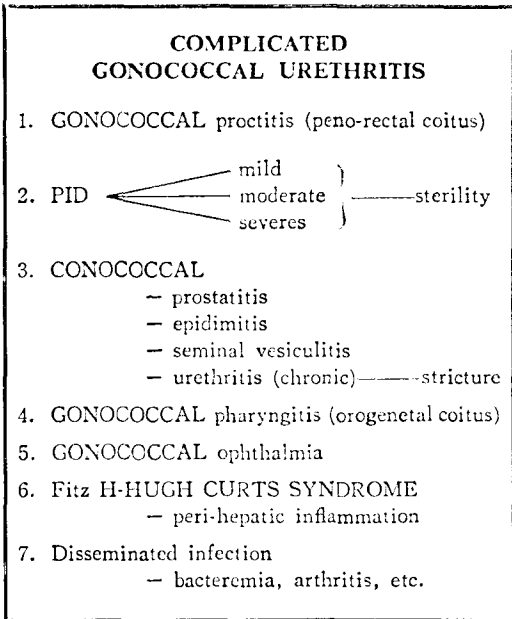
เป็นหนองในนาน ๆ มีผลอย่างไรบ้าง

พ. กาญจนนา

- อาจทำให้เกิด complications ทั้ง local complications และ metastatic complications ที่พบบ่อย ๆ เป็น local complications

- local complications ในผู้ป่วยหญิงที่พบบ่อย ๆ มี Bartholinitis, Bartholin's abscess, Skeneitis, Skene's abscess, endometritis, PID

- local complications ในผู้ป่วยชายที่พบได้บ่อยมี paraurethritis, paraurethral abscess, Tyson's abscess, periurethral abscess, epididymitis.



พ. นรภัทร

Clamydia agent ที่ทำให้เกิดโรคหนองในเทียม นั้น มี Lab. ไคโนบ้านเราที่จะหาเชื้อตัวนี้ได้บ้างหรือจะมีทางทดสอบอะไรให้ทราบบ้าง

พ. กาญจนนา

เข้าใจว่า ไม่มี Lab ไคโนในเมืองไทยที่ตรวจหาเชื่อนี้

พ. นรภัทร

ถ้าเป็น NGU จะทำให้ผู้ป่วยเป็นหมันไหม เพราะเหตุใด

พ. กาญจนนา

ทำให้เป็นหมันไม่ได้ ถ้าผู้ป่วยมี complications เป็น epididymitis และจะต้องเป็นทั้ง 2 ข้าง ถ้าเป็นข้างเดียวก็ไม่เป็นหมัน

พ. นรภัทร

เหตุที่การควบคุมโรคหนองในล้มเหลวใน

ชุมชน

พ. กาญจนนา

สาเหตุเดียวกับสาเหตุการระบาดของโรคหนองในซึ่งได้ตอบไว้แล้วในคำตอบข้างต้น

พ. นรภัทร

ผู้ป่วยหนองในแท้และหนองในเทียม จะมีอาการอะไรบ้าง ทั้งชาย หญิง เด็ก มีอาการต่างกันหรือไม่และจะบอกได้เลยไหมว่า เป็นหนองในแบบใด โดยไม่ต้องคอยผลทางห้องปฏิบัติการ

พ. ทองน่าน

ก่อนจะตอบคำถาม อยากจะเล่าเรื่องพระองค์หนึ่งมาพบที่ OPD. ท่านกลัวเป็นโรครุนแรง ท่านพยายามถามว่า ท่านเป็นโรคอะไร เป็นโรคติดต่อ นำรังเกียจหรือเปล่า แพทย์ก็ไม่กล้าบอกว่าคุณเป็นโรคอะไร แต่เสียดายที่ท่านไปว่าที่วัดมีลูกศิษย์เคยเป็นอย่างนี้ไหม ท่านก็ยังโมโหพยายามถามให้ตอบท่านว่าเป็นอะไร อดไม่ได้ก็บอกไปว่าท่านเป็นหิด พระท่านโกรธเพราะท่านเป็นคนสะอาด ท่านก็ย้อนถามแพทย์ว่า รู้ได้อย่างไรว่าอาตมาเป็นหิดหรือหมอเคยเป็น ก็ตอบว่าถ้าหมอจะต้องเป็นทุกโรคก่อนไปรักษาไข้ใด ๆ นั้นมิสบกัสมอมแย่หรือที่คองเป็นทุกโรค แต่โรคอย่างนี้หมอควรจะเป็นเสียบ้างก็ดี

ที่นี้อาการของผู้ป่วย ชื่อก็บอกแล้วว่ามีอาการอักเสบบริเวณ urethra จะพุดถึงหนองในแท้ก่อนอาการต่างกันสุดแต่ เพศและวัย

— ผู้ป่วยชายก็จะมี burning sensation เพราะปัสสาวะมีหนองไหล สีที่ typical ก็คือสี

เหลืองนวล สวยมาก พวกนี้ก็มีอาการปวดมาก น้อยสุดแต่ความมอดทนของแต่ละคน บางคนหัว ฟิงฝ่าเวลาถ่ายบั้นสวาระ และบั้นสวาระก็เป็นหยดๆ แสบมาก

- ผู้ป่วยหญิงบ้าง เนื่องจาก vaginal canal มีความต้านทานต่อเชื้อหนองในมาก ก็จะมีหนอง เล็กน้อยบริเวณ upper vaginal canal แดงๆ cervix และไม่ค่อยเห็นหนองออกมาภายนอก บริเวณรอบๆ urethra ก็เป็นได้เหมือนผู้ชาย สำหรับ NGU นั้น ผู้ป่วยมีอาการแสบ มีหนอง ไหล เช่นเดียวกัน แต่ลักษณะเป็น mucopurulent มากกว่าจะเป็น frank pus ในโกโนเรียแท้ มีผู้ป่วยหลายรายมาพบแพทย์ด้วยอาการของ complication ดังต่อไปนี้

เพศชาย

- มีอาการเนื่องจากต่อม Tyson ข้างๆ frenulum อักเสบ เกิดเป็น Tysonitis อักเสบที่ต่อม ภายใน urethra จนเกิดเป็น periurethral abscess และติดตามมาด้วย stricture urethra อักเสบที่ต่อม Cowper's เป็น Cowperitis อักเสบที่ vesicle เป็น anterior และ posterior vesiculitis อักเสบที่ epididymis หรือ epididymo-orchitis การอักเสบท่อน Skene's gland เป็น Skeinitis

เพศหญิง

- ก็มีอักเสบท่อน Bartholin เป็น Bartholinitis เป็น abscess ภายหลังได้ ซึ่ง discharge ไม่ profuse และกลิ่นรุนแรงเหมือนเกิดจากเชื้อ

Trichomonas vaginalis

- การอักเสบที่ทวารหนัก proctitis เป็นกันมากในระยะนี้เป็นเพราะมีวิวัฒนาการทาง sexual behavior ท่านคงทราบดี "เข้าทางหลังจึงเกิดเป็น proctitis"

- นอกนั้น pelvic complication ต่างๆ เช่นการอักเสบ tubo-ovarian และเกิด salpingitis

เชื้อโรคนี้อาจจะลุกลามไปตามอวัยวะต่างๆ ได้ ทางตรงหรือทาง blood stream เกิดเป็น disseminated gonococcal infection (DGI) ต่างประเทศมีมาก บ้านเราพบน้อย เด็กเกิดใหม่ ติดเชื้อจากมารดาที่เป็นโรค ก็มี conjunctivitis, edema ที่ eye-lid และที่ bulbar conjunctiva บางที่มี subconjunctival hemorrhage.

เด็กหญิงแรกเกิดจริงๆ มักไม่เป็น vaginal gonorrhoea แม้ว่าจะได้รับเชื้อเพราะมี estrogen-carry-over มาจากมารดา ทำให้ vaginal canal มีความต้านทานต่อเชื้อโกโนเรีย เด็กโตขึ้น มาหน่อย เป็น vaginal gonorrhoea ได้เพราะ vaginal canal มี columnar epithelial cells และ transitional epithelium ซึ่ง susceptible ต่อเชื้อโกโนเรียมาก เป็น vaginitis ได้ง่าย สำหรับ DGI septicemia แพทย์ต้องตรวจสอบดูว่ามี GC-infection ที่ไหนบ้างในตัวผู้ป่วย DGI เป็นในเพศหญิงมากกว่าชาย ผู้ป่วยมักมีอาการปวดขัด มีไข้ ปวดเมื่อยตามตัว มี constitutional disturbance ข้ออาจมี effusion มีผื่นที่ผิวหนัง

เป็นแบบ peticheal hemorrhage 2-3 จุด แต่ไม่มากเหมือน meningococcal infection นอกนั้น มี pustules ที่ผิวหนังล้อมรอบด้วย red halo DGI อื่นๆก็มี pericarditis, endocarditis, hepatitis ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงต้องรักษาด้วยยาแรงมากๆ กลุ่ม NGU ทราบเหตุเพียง 10% เช่น เกิดจาก Trichomonas ส่วน NGU อีก 90% ยังไม่ทราบเหตุ และกำลังจะรู้เหตุในเร็วๆ นี้ ก็ยังจัดอยู่ในพวก NSU

- Trichomonas sp. เกิด infection รอบ ๆ cervix

- Candida sp. เกิดอักเสบใน urethra และนอก urethra

- พวก Herpes genitalis ก็ทำให้มี discharge ใน urethra

- Condyloma accuminata เป็น virus เกิด urethral discharge ได้

พ. นราทร

หนองในแท้และเทียม จะให้การรักษาอย่างไร

พ. ทองน่าน

โรค NGU ต้องหา specific drug คือต้องเพาะเชื้อ drug sensitivity test ก่อน ในอังกฤษไม่ยอมรักษา NGU ก่อนทำการเพาะเชื้อ การรักษาคงถือหลัก "ต้องทำให้เชื้อหมดไปโดยเด็ดขาดและโดยเร็ว"

1. เมื่อได้การวินิจฉัยแน่นอนแล้วจึงให้การรักษาที่ถูกต้องและเพียงพอ

2. ถ้าเห็น DGI บางคราวจำเป็นต้องเข้าโรงพยาบาล เพื่อค้นหา underline gonococcal urethritis ถ้ารักษาแล้วยังมี post gonococcal urethritis ก็ต้องค้นหาอีก เพราะอาจจะมีหนองเทียมแทรกในหนองในแท้ก็ได้

3. ตามผู้สัมผัสโรคและแหล่งกระจายโรค โดยทำบัตรผู้ป่วยจะไปรักษาที่คลินิกก็ได้ ในต่างประเทศการติดต่อร่วมมือกัน ระหว่างคลินิกดีมาก ทำให้บ้านเมืองสามารถควบคุมโรคนี้ได้ดี ผิดกับบ้านเราดูตามประวัติไว้เพื่อจะไม่ไปตามคนไข้

4. เรื่องการร่วมเพศและแอลกอฮอล์ ต้องงดโดยเด็ดขาดในระหว่างรักษา การติดตามผู้ป่วยตอนแรกมาทุก 3 วันแรก ต่อไป 1 สัปดาห์มา และ 3 เดือนมาครั้ง การทำ 2 glasses test โดยให้คนไข้กลืนบัสสวาระประมาณ 4 ชั่วโมงตั้งแต่ตื่นนอน มาพบแพทย์ ตอนเช้าให้บัสสวาระใส่แก้ว 2 ใบ และ acidify ด้วย acetic acid ก่อน

ถ้าแก้วแรกขุ่น เป็น anterior urethritis ถ้าใสทั้ง 2 แก้วดี

ถ้าขุ่นทั้ง 2 แก้ว เป็น anterior และ posterior urethritis ถ้าขุ่นแก้วหลัง การอักเสบสูง

5. การทำ prostatic massage ก็เพื่อค้นหา infection ซ่อนเร้นอยู่หรือไม่ serology test สำหรับ syphilis ควรทำร่วมไปด้วย เพราะถ้ามุ่งรักษาเฉพาะโกโนเรีย และผู้ป่วยรับเชื้อซิฟิลิสมาด้วย ถ้าไม่รักษาก็จะสลายกันไป

พ. นราทร

โรคแทรกของโรคหนองในที่บางรักมีอะไรบ้าง

พ. กาญจนนา

ได้เอาจำนวนผู้ป่วยหนองในทั้งหมดที่ได้กล่าวมาแล้วมากระจายเป็นแบบ complicated และ uncomplicated diseases ดังนี้

หนองในเพศชาย 1257 ราย

Uncomplicated 64.04%

Complicated 35.96%

ได้แก่

- Tyson's abscess
- Epidymitis
- Periurethral abscess
- Cystitis
- Paraurethral abscess & Tysonitis
- Metastatic เช่น arthritis มีไข้ มี joint

effusion

หนองในเพศหญิง 1441 ราย

Uncomplicated 68.2%

Complicated 31.8%

ได้แก่

- Bartholinitis
- Endometritis
- Cystitis

พ. นราทร

กล่าวกันว่า prostatic glands เกือบยาไว้จริง หรือ การรักษาที่ดีต้องทำ massage บ่อยๆ เพื่อ รัดยาออกมา

พ. ทองคำน

ไม่จริง แต่ที่จริงก็คือ เชื้อหนองอาจจะซ่อน อยู่ในต่อมลูกหมากก็ได้ การทำ massage ไม่ทำ บ่อยๆ ทำ 1 ครั้ง แล้วติดตามดูอาการต่อไป คือ ทำเพื่อศึกษาทาง bacteriology เท่านั้น

พ. นราทร

ที่โรงพยาบาลบางรักมีผู้ป่วยแพ้ penicillin บ้างไหม เพราะใช้ยานี้มาก

พ. กาญจนนา

มีบ้าง แต่ไม่ถึงตาย มีอยู่ราว 1.4-1.5% เท่านั้น ครั้งหนึ่งเป็น delayed Hypersensitivity อีกครั้งหนึ่งเป็นแพ้ anaphylactic shock

พ. นราทร

เหตุใดจึงต้องห้ามผู้ป่วย masturvation และ ห้าม sexual intercourse

พ. ทองคำน

ต้องการให้บริเวณนั้น "Rest" เมื่อก่อนโน้น ประชากรในอาฟริกา "เดิน" อยู่เรื่อย คือ ไม่อยู่นิ่ง เรื่อง sex วิธีแก้ก็คือ "เข้าเฝือก" การไม่อยู่นิ่ง การทำ masturvation ฯลฯ ทำให้โรค กำเริบ infection เข้าไปลึก เกิด epididymo-orchitis ได้

พ. นราทร

ผู้ป่วย long prepuce เป็นโกโนเรียบ่อย และเกิดเป็น condyloma acuminata ฉะนั้น โกโนเรียมีความสัมพันธ์กับ condyloma ไข้ไหม

พ. ทองคำน

condyloma เกิดจากกลุ่ม papova virus

ชอบเป็นบริเวณที่ชื้นและ ฉะนั้นไม่จำเป็นต้องเป็นโกโนเรีย แต่ prepuce ยาว เกิดการชื้นและ และ hygiene ไม่ดีพอก็เป็น condyloma ได้

พ. นราทร

จุดแดงที่บริเวณ glans penis เกิดขึ้นได้อย่างไร

พ. ทองน่าน

เพราะหนองไหลซึมประการแรก G.C infection ทำให้เกิด balanitis ได้ หนองกذبบริเวณนั้นได้เพราะ epithelium บริเวณนั้นเป็นแบบ transitional

ประการที่ 2 ถ้าไม่มีหนองไหล ก็คงเป็นเพราะ poor hygiene ของผู้ป่วยเอง หลังการร่วมเพศแล้วควรจะแนะนำผู้ป่วยให้ทำความสะอาดทันที การหมักหมมชื้นและทำให้เกิดจุดแดงคันได้

ประการที่ 3 การใช้ condom prophylaxis ผู้ผลิตใส่ lubricating substances ภายในผู้ป่วยบางรายแพ้ เกิดผื่นจุดแดงคันได้

พ. นราทร

กรุณาบอกสาเหตุของโรคหนองในเทียม

พ. สมศักดิ์

ดังที่ทราบจากตอนต้นแล้วว่า ผู้ป่วยที่มี urethritis แบ่งได้เป็น 2 พวกใหญ่ คือ gonococcal (GU) และ nongonococcal (NGU) ในพวก nongonococcal นี้ยังมีสาเหตุอีกหลายอย่าง เช่น chemical irritation, trichomonas, trauma แต่ส่วนใหญ่ของพวก nongonococcal เราไม่ทราบสาเหตุ บางคนเลยใช้คำว่า nonspecific

urethritis ในระยะหลังนี้ส่วนใหญ่เชื่อว่าเชื้อที่เป็นสาเหตุคือ chlamydia trachomatis แต่เดิมมีคนเชื่อว่าเกิดจาก T-strain ของ mycoplasma เพราะสามารถแยกพบเชื้อในผู้ป่วยที่เป็น nongonococcal urethritis มากกว่าคนปกติที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางเพศมาก่อน แต่เมื่อมาเปรียบเทียบกับคนที่ไม่มียาการ แต่มีความสัมพันธ์ทางเพศมาก่อนแล้ว จะพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน เชื้อที่พบว่ามี ความแตกต่างกันชัดเจน ระหว่างพวกที่เป็น nongonococcal เมื่อเทียบกับ gonococcal และคนที่ไม่มียาการ คือ chlamydia ดังตารางที่แสดงไว้นี้ จากรายงานของ Holmes¹ และ Jacobs² ร่วมกัน

เชื้อที่แยกได้จาก urethra ของผู้ป่วยที่เป็น gonococcal urethritis (GU), nongonococcal urethritis (NGU) และ no urethritis (NU)

เชื้อที่แยกได้	จำนวนที่แยกได้/จำนวนที่ตรวจ		
	NGU	GU	NU
Chlamydia trachomatis	75/203 (37%)	27/151 (18%)	10/107 (9%)
T-mycoplasma	136/204 (67%)	68/134 (51%)	69/111 (62%)
Mycoplasma hominis	31/204 (15%)	21/134 (16%)	39/111 (35%)
Herpes hominis	2/115 (21%)	3/53 (6%)	2/62 (3%)
Trichomonas vaginalis	5/89 (6%)	6/85 (7%)	0/47

จะเห็นได้ว่า Chlamydia trachomatis พบในผู้ป่วยที่เป็น nongonococcal urethritis มากกว่าผู้ป่วยที่เป็น GU และผู้ป่วยที่ไม่มียาการ ส่วน T-mycoplasma และ Mycoplasma hominis พบในทั้ง 3 กลุ่ม เกือบเคียงกัน

ในผู้ป่วยที่มี gonococcal urethritis แล้ว

พบเชื้อ Chlamydia ด้วยนั้น ส่วนใหญ่หลังจาก รักษา gonorrhoea แล้ว ผู้ป่วยกลับมีอาการของ post gonococcal urethritis นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่เคยมี sexual contact แล้ว อาจมี เชื้ออยู่โดยไม่มีอาการได้

เมื่อเร็วๆ นี้ ได้มีนักศึกษาบางบทบาทของ Chlamydia ใน acute salpingitis⁸ พบเชื้อ Chlamydia ที่ปากมดลูก 19 ราย จาก 53 รายที่ ศึกษา (36%) ในคนปกติไม่พบเชือนั้นเลย นอกจากนี้ยังสามารถเพาะเชื้อ Chlamydia จาก fallopian tube ของคนไข้ที่เป็น acute salpingitis ได้ 6 ราย จาก 20 ราย (30%)

ขอทบทวนเล็กน้อยเกี่ยวกับเชื้อ Chlamydia เชื้อนี้อยู่ระหว่างแบคทีเรียและไวรัส ลักษณะที่ เหมือนไวรัส คือ

1. ไม่สามารถเจริญเติบโตภายนอก host cell
2. ไม่สามารถสร้างพลังงานขึ้นเองจาก metabolism

ส่วนที่แตกต่างจากไวรัสแต่เหมือนกับแบคทีเรียก็คือ

1. สามารถสร้างโปรตีนเองได้ โดยไม่ต้องอาศัย host cell
2. มีทั้ง DNA และ RNA ผิดจากไวรัสซึ่งจะมีเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง
3. แบ่งตัวโดยวิธี binary fission
4. ผนังของเซลล์คล้ายของแบคทีเรียแกรมลบ
5. ไวต่อยาปฏิชีวนะ เช่น tetracycline.

เชื้อ Chlamydia มีหลาย strain แต่แบ่งได้ เป็น 2 species คือ Chlamydia trachomatis (group A) และ Chlamydia psittaci (group B) Chlamydia trachomatis ทำให้เกิดโรคส่วนใหญ่ ในคน เช่น trachoma, inclusion conjunctivitis, lymphogranuloma venereum ที่ทำให้เกิดโรคในสัตว์มีอยู่โรคเดียวคือ mouse meningopneumonitis ส่วน Chlamydia psittaci (group B) ทำให้เกิดโรคในพวกสัตว์ปีกเป็นส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดในคนคือโรค ornithosis

CHLAMYDIA

Group A	Group B
C. trachomatis	C. psittaci
trachoma	ornithosis
inclusion conjunctivitis	
swimming pool conjunctivitis	
lymphogranuloma venereum	
non gonococcal urethritis	

พ. นราทร

การรักษาโรคหนองใน ในแผนปัจจุบันนี้ และนอกโรงพยาบาลมีอะไรบ้าง

พ. สมศักดิ์

ก่อนที่จะพูดถึงยาที่ใช้เราควรดูผลการทดสอบ ความไวของเชื้อดูก่อน

Antimicrobial Sensitivity of Neisseria gonorrhoea	1976	
	Rama %	Siriraj %
Ampicillin (10)	99	90
Cephalothin (30)	95	97
Chloramphenicol (30)	96	60
Cotrimoxazole	41	23
Erythromycin (15)	98	—
Kanamycin (30)	69	37
Penicillin (6)	83	85
Sterptomycin (10)	17	0
Tetracycline (25)	98	53

จากตารางข้างบนนี้จะเห็นได้ว่า ยา ampi-

illin ได้ผลดี จากการทดสอบความไว จะเห็นว่าเชื้อไวต่อ penicillin เพียง 83-85% แต่รักษาจริงๆ ได้ผลมากกว่านี้ เพราะขนาดที่ใช้ทดสอบความไวเป็นขนาดต่ำ เวลารักษาเราใช้ขนาดสูงในปีนี้มีรายงานจากประเทศต่างๆ ว่าลิบประเทศแล้วที่พบเชื้อ G.C. ซึ่งสามารถสร้าง penicillinase ในพวกนี้การรักษายาโดย penicillin แม้ขนาดสูงก็ตามจะไม่ได้ผล ผลความไวของยา cotrimoxazole และ streptomycin อยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก ถึงแม้ว่าเชื้อ G.C. จะ sensitive ต่อ kanamycin เพียง 37-69% แต่เวลารักษาจริงๆ มักได้ผลมากกว่านี้เนื่องจากยาขับออกมาทางปัสสาวะในความเข้มข้นสูงกว่าในเลือดมาก

ยาที่ใช้รักษา non complicated G.C. urethritis มี

- aqueous procaine penicillin 4.8 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อร่วมกับรับประทาน probenecid 1 กรัม

- PPF 4 ล้าน IM + probenecid 1 กรัม

- Benzyl penicillin 5 ล้าน IM + probenecid 1 กรัม

- Ampicillin 3.5 กรัม รับประทานพร้อมกับ probenecid 1 กรัม รับประทานครั้งเดียว

แต่เดิมเรามักให้ probenecid ก่อนฉีด penicillin หรือก่อนกิน ampicillin ครั้งชั่วโมง ในระยะหลังทราบว่าการให้ก่อนหรือพร้อมกัน ได้ผลไม่แตกต่างกัน มีบางบริษัททำ ampicillin 3.5 กรัม รวมกับ probenecid 1 กรัม อยู่ในขวด

เดียวกัน ผสมน้ำดื่มทั้งขวด เหตุที่ให้ probenecid ร่วมด้วยเพราะ penicillin ขับออกทาง glomerular filtration และ tubular secretion ยา probenecid จะไป block tubular secretion เหลือแต่ glomerular filtration ทำให้ได้ระดับยาสูงและอยู่นานขึ้น ตัวอย่างเช่น กิน ampicillin 2 กรัม จะได้ระดับยาในเลือดสูงสุดประมาณ 10 mcg/ml ในเวลา 2 ชั่วโมง และลดลงอย่างมากในเวลา 4 ชั่วโมง แต่ถ้าให้ร่วมกับ probenecid จะได้ระดับยาสูงถึง 15-20 mcg/ml และสูงอยู่นานกว่า 6 ชั่วโมง นอกจากนี้เราอาจใช้ amoxicillin รับประทานครั้งเดียว 3 กรัม ในพวกที่แพ้ penicillin เราอาจใช้ tetracycline HCl 1.5 กรัม ครั้งแรกแล้วตามด้วยขนาด 0.5 กรัม วันละ 4 ครั้ง อีก 4 วัน (รวมเป็น 9.5 กรัม) การใช้ tetracycline HCl ได้ผลไม่แตกต่างกับ tetracycline phosphate complex หรือ phosphate buffer เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า การใช้ tetracycline ไม่ว่าชนิดใดก็ตามรับประทานครั้งเดียวได้ผลไม่ดี ต้องให้หลายครั้งเป็นเวลาหลายวัน ยาอื่นที่ใช้มี spectinomycin HCl 2 กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ rifampicin 900-1200 มิลลิกรัม รับประทานครั้งเดียว มีคนแนะนำว่ายานี้ควรเก็บไว้รักษาวัณโรค เพราะเช็ดได้ง่ายไม่ควรเอามาใช้พร่ำเพรื่อ cefazolin 2 กรัม + probenecid 1 กรัม kanamycin 2 กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว

พ. นราทร

ยา penicillin มีหลายชนิด เช่น benzyl

penicillin, aminopenicillin และ isoxazoly penicillin ยาเหล่านี้เป็น drug of choice ในโรคหนองในทั้งหมดหรือไม่

พ. สมศักดิ์

ยาในกลุ่ม penicillin ไม่ได้นำมาใช้รักษาโรคหนองในทุกคน เนื่องจากผลความไวของยาเหล่านี้ต่อเชื้อหนองในไม่เท่ากันและราคาต่างกัน ยา penicillin ที่ใช้ได้แก่

1. aqueous penicillin G สำหรับในรายที่เป็น disseminated G.C. เช่น arthritis ต้องใช้ขนาดสูง และให้บ่อย

2. procaine penicillin สำหรับ G.C. urethritis หรือ cervicitis ในรายที่ยังไม่มีอาการแทรกซ้อน

3. ampicillin และยาในกลุ่มนี้ ใช้ในกรณีที่ต้องการให้โดยการรับประทานยา penicillin อื่นๆ เช่น penicillin V, benzathine penicillin, penicillinase resistant penicillin, carbenicillin เราไม่เอามาใช้ในการรักษาโรคหนองใน

พ. นรภัทร

คนธรรมดาสุขภาพดี เคยมีการ survey ว่ามีเชื้อ gonorrhoea แฝงอยู่บ้างไหม

พ. สมศักดิ์

ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ เคยทำการเพาะเชื้อจากปากมดลูกในผู้หญิงปกติที่มาฝากครรภ์พบ G.C. ได้ 1-2% ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยไม่มีอาการของโรคเลย จากการศึกษาผู้หญิงอายุ 20-50 ปี ในปี 2515 ที่มาตรวจภายในโรงพยาบาลหญิง 164

คน พบเชื้อ G.C. ที่ปากมดลูก 4.2% และการศึกษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 141 คน พบ G.C. 3.5% ในปี 2517 ได้มีการศึกษาในหญิงที่กำลังตั้งครรภ์ ที่โรงพยาบาลราชวิถี พบเชื้อ G.C. ถึง 19 ใน 160 ราย (11.9%) แต่ไม่พบในคอเลย² ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในปี 2516 ซึ่งได้ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในความดูแลของทหารอเมริกันในประเทศไทย เช่น เมียเช่าที่อายุระหว่าง 16-39 ปี³ พบเชื้อหนองใน 24 ราย จากจำนวนที่ตรวจ 150 ราย (16%) เป็นที่น่าสังเกตว่า 23 ราย (96%) ที่พบเชือนี้พบเฉพาะเชื้อในคอ มีเพียง 1 รายที่พบเชื้อจากปากมดลูก แสดงให้เห็นว่าวัฒนธรรมในการร่วมเพศของคนไทยกับอเมริกันนั้นต่างกัน ในผู้ชายไทยเป็น carrier เท่าไรผมไม่ทราบ แต่จากการศึกษาของทหารอเมริกัน พบได้สูงถึง 2.5% ประมาณ 2 ใน 3 ไม่มีอาการ

พ. นรภัทร

ผู้ชายหลายคนไปเที่ยวผู้หญิงคนเดียวกัน ทำให้บางคนเป็นรุนแรง บางคนกลับไม่มีอาการ

พ. สมศักดิ์

จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าโอกาสที่ผู้ชายจะมีอาการของโรคหนองใน หลังจากไปร่วมเพศกับหญิงที่มีเชื้อหนองในอยู่นั้นจะมีประมาณ 20% แสดงว่าผู้ชาย 5 คนที่ไปเที่ยวผู้หญิงคนเดียวกันที่มีเชื้อจะมีเพียงคนเดียวที่มีอาการชัดเจนอีก 4 คนที่ไม่มันั้นไม่เชื่อว่าไม่เป็นโรคทั้งหมด เราคงแล้วว่าผู้ชายประมาณ 10-40% ที่เป็นโรคไม่มี

รายงานที่ศึกษาว่า Chlamydia
เป็นสาเหตุของ nongonococcal urethritis หรือไม่

สถานที่ทำการศึกษา	อัตราร้อยละที่พบเชื้อ Chlamydia trachomatis		
	Nongonococcal urethritis	Gonococcal urethritis	Control
Seattle	42	19	7
Atlanta	30	17	12
Bristol	39	32	5
Washington D.C.	23	16	—
London	36	—	0
London	44	—	—
Taiwan	17	8	3
Taiwan	10	5	2

อาการเลย² เพราะฉะนั้นอีก 4 คนที่ไม่มีอาการนั้นจะต้องมี 1-2 คนที่เป็นโรค แต่ไม่มีอาการหรืออาการน้อยมากจนผู้ป่วยไม่ทราบ มีคนศึกษาผู้หญิง 879 ราย ที่เพาะได้เชื้อ gonorrhoea ในช่องคลอด³ พบว่า 42% ของผู้ชายที่หลับนอนกับหญิงเหล่านี้เป็นโรคนี้ด้วย ในพวกผู้ชายที่เป็นโรคนี้นี้เพียง 20% ที่มีอาการจนไปหาแพทย์รักษาแล้ว 32% ไม่มีอาการอะไรเลย 48% มีอาการน้อยมากจนไม่ไปหาแพทย์เพื่อรักษา

Holmes ได้คำนวณไว้ว่า ผู้ชายประมาณ 22-50% ที่ร่วมเพศกับหญิงที่กำลังเป็นโรคจะติดโรคนี¹ ในทางตรงข้ามผู้หญิงที่ไปร่วมเพศกับผู้ชายที่เป็นโรคนี จะมีโอกาสติดโรคประมาณ 59%⁴

ปัญหาต่อไปคือ ทำไมบางคนถึงไม่เป็นอันนี้คงไม่เกี่ยวกับใครเข้าไปนอนก่อนนอนหลังเท่าที่พอจะนึกได้อาจเป็นเพราะ

1. เชื้อ gonorrhoea ที่จะทำให้เกิด จะต้องเป็นเชื้อที่มี pili คล้ายหนวดอยู่รอบตัว pili จะต้องไปเกาะกับผนังของท่อปัสสาวะก่อนแล้วจึงจะเข้าไปทำการอักเสบ ถ้าผู้ชายคนนั้นปัสสาวะออกอย่างแรงหลังจากหลับนอน น้ำปัสสาวะอาจขับเชื้อออกไปได้บ้างก่อนที่เชื้อจะเกาะแน่น ทำให้โอกาสเกิดโรคน้อยลง

2. คนที่ไม่เป็นอาจเกิดจากเชื้อเข้าไปน้อย ร่างกายกำจัดได้

3. คนที่ไม่เป็นอาจมีความต้านทานต่อเชื้อนี้

4. คนที่ว่าเป็นอาจมีเชื้อแต่ไม่มีอาการ

พ. นราทร

ภูมิคุ้มกันต่อเชื้อหนองในมีหรือไม่

พ. สมศักดิ์

ในปัจจุบันเรายังไม่รู้เรื่องภูมิคุ้มกันต่อเชื้อหนองในดีพอ การศึกษาที่คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ในคนปกติก็มี bacteriocidal activity ขนาดต่ำๆ ในซีรัม มีคนศึกษาในต่างประเทศ พบว่า คนที่เป็นโรคเป็นเวลานานหรือรุนแรงมี antibody เกิดขึ้น ส่วนคนที่เป็นระยะสั้นและไม่มีอาการแทรกซ้อน มี antibody ต่ำกว่า¹ นอกจากนั้นมีคนพบว่า น้ำเหลืองของโสเกล็ดสามารถ opsonize เชื้อ G.C. ได้ดีกว่านางซีหรือคนที่ไม่เคยมีความสัมพันธ์ทางเพศ แต่อย่างไรก็ตามไม่สามารถป้องกันโรค ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อหนองในที่ไม่มีอาการ พบว่ามี secretory IgA ต่อเชื้อหนองในเกิดขึ้น ซึ่งจะหายไปอย่างรวดเร็วหลังจากเชื้อหมดไป มีเรื่องน่าสนใจอยู่

อย่างหนึ่ง คือ ผู้ป่วยที่ขาด complement ตัวที่ 6 หรือ 8 จะมีปัญหาเกิด disseminated G.C. ได้บ่อย³ แสดงให้เห็นว่า complement ตัวท้ายๆ มีส่วนในการป้องกันการกระจายของเชื้อ G.C. จะเห็นได้ว่าถึงแม้จะมีแอนติบอดีเกิดขึ้น ผู้ป่วยก็ยังเป็นโรคหนองในซ้ำได้หลายหน อาจเป็นจากคณะ strain บางคนเป็นเรื้อรังหลายเดือน แสดงว่าภูมิคุ้มกันไม่ช่วย

พ. นราทร

complement fixation เข้าใจว่าเป็นวิธีที่ดีในการ detect antibody ของเชื้อที่ทำให้เกิด urethritis ฉะนั้นถ้าเราใช้วิธีนี้หา antibody ต่อเชื้อทั้งหลาย จะทำให้เราทราบสาเหตุของโรคได้ ดีกว่าการเพาะเชื้อใหม่

พ. สมศักดิ์

การวินิจฉัยโรคหนองในโดยการตรวจน้ำเหลืองนั้น ไม่เป็นที่นิยมเพราะเชื้อทำให้เกิดการอักเสบที่ชั้นผิวของ mucosa เพราะฉะนั้นแอนติบอดีจึงต่ำ นอกจากผู้ป่วยจะเกิด dissemination วิธีที่ใช้ตรวจโรคหนองใน นอกจาก complement fixation แล้ว ยังมีวิธีอื่นๆ อีกหลายอย่างซึ่งล้วนแต่ไม่ไวพอ และไม่ specific มี cross react กับ Neisseria ตัวอื่น ทำให้ได้ false positive นอกจากนี้เชื้อแต่ละ strain ก็อาจมี antigen ต่างกัน ทำให้ตรวจยาก วิธีที่ทำท่าว่าจะดี คือ immunofluorescent และ radioactive pili antigen binding assay

พวก nonspecific urethritis นั้น การที่จะวินิจฉัยว่าเป็น Chlamydia หรือไม่ ต้องใช้ micro-immunofluorescent technique หรือเพาะเชื้อใน yolk sac

พ. นราทร

วัคซีนป้องกันโรคหนองในมีหรือยัง

พ. สมศักดิ์

มีคนพยายามทำอยู่ แต่ปัญหาที่สำคัญคือ เรายังไม่รู้เรื่องภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ G.C. ดีพอ คนที่มีแอนติบอดีก็ยังไม่เป็นโรคซ้ำได้ แต่สัตว์ชั้นต่ำส่วนใหญ่แม้แต่ชะนีก็ไม่เป็นโรคนี้ เชื้อหนองในแม้ว่าจะมีอยู่ในพวก Neisseria เหมือนเชื้อ meningococci แต่พวกหลังนี้มี polysaccharide antigen จัดได้เป็นพวกๆ ซึ่งถ้ามีแอนติบอดีต่อ polysaccharide แล้ว จะช่วยป้องกันโรคได้ เพราะร่างกายจะ opsonize และกินได้ง่ายขึ้น ในปัจจุบันมีวัคซีนต่อ meningococci type A และ C ขายในท้องตลาดแล้วแต่เชื้อ G.C. ไม่มี polysaccharide antigen ที่จะแบ่งเป็น serotype แบบ meningococci เลยยังไม่มีการผลิตวัคซีนขึ้นมา ก็อาจมีปัญหาว่า สังคมจะยอมรับเหมือนวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก หรือไม่เพราะโรคนี้เราทราบดีแล้วส่วนใหญ่เกิดจาก sexual contact ถ้ามีสามีคนเดียว ภรรยาคนเดียวโรคก็ไม่เกิด วิธีป้องกันยังมีอีกหลายวิธี เช่นใส่ condom การฉีดวัคซีนป้องกันให้แก่คนทุกคนก็เท่ากับยุ้งให้เขาไปเที่ยวมากขึ้น

พ. นราทร

อาการของ G.C. arthritis มีอะไรบ้าง

พ. สมศักดิ์

อาการเริ่มแรกจะเป็นไข้ อาจมีหนาวสั่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ต่อมา มีปวดบริเวณข้อที่พบ บ่อยคือ ข้อเข่า ข้อมือ ข้อเท้า และข้อศอก ระยะ แรกนี้จะเป็นแบบ tenosynovitis ถ้าเพาะเชื้อ จากเลือด มักจะพบเชื้อ แต่ในข้อมักจะยังไม่มี เพราะการอักเสบเป็นรอบๆ ข้อ ผู้ป่วยบางราย จะมีจุดเลือดออก จุดหนอง หรือ hemorrhagic bullae เกิดขึ้นบริเวณข้อ หรือปลายแขน ปลาย ขา โดยทั่วไปมี 5-20 จุด ถ้าข้อมือเชื้อจากจุด หนองเหล่านี้ อาจพบเชื้อ G.C. โรคนี้พบในผู้หญิง บ่อยกว่าผู้ชาย ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา เชื้อ จะเข้าไปในข้อ ทำให้หน้าในข้อเป็นหนองอาจเป็น ข้อเดียวหรือหลายข้อก็ได้ จากรายงานส่วนใหญ่ จะเพาะได้เชื้อในข้อประมาณ 50% ของผู้ป่วย¹ บางครั้งต้องอาศัยการเพาะเชื้อจากช่องคลอด ท่อ ปัสสาวะ คอ ผิวหนัง และเลือดช่วยด้วย มี บางคนอ้างว่าพวกที่เพาะเชื้อแบบธรรมดาไม่ขึ้น ถ้าเพาะแบบ L-form อาจจะขึ้น ถ้าปล่อยไว้ไม่ รักษาจะมีการทำลายของข้อเกิดขึ้น

พ. นราทร*

1. ophthalmia neonatorum เป็นชื่อ infection ในตาเด็ก เป็นเฉพาะเชื้อโกโนเรีย เท่านั้นหรือ

2. เด็กแรกคลอดบางคนที่เป็นโรคนี บ้าง คนหยอดยา silver nitrate แล้วไม่หาย บางคน

กลับแดงบวมมาก เป็นเพราะอะไร

3. เด็กบางคนคลอดใหม่ๆ ไม่เป็นไร แต่ ต่อมา 2-3 วัน หรือ 1 สัปดาห์จึงจะเริ่มมีหนอง ในตา เป็นเชื้อโกโนเรียใช่ไหม

พ. สมศักดิ์

ophthalmia neonatorum หมายถึงตา อักเสบเป็นหนองใน ทารกอายุ 1 เดือนแรกอาจ จะเกิดจากเชื้ออะไรก็ได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นจาก เชื้อโกโนเรีย เชื้อที่เป็นสาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ staphylococcus, pneumococcus, streptococcus, H. influenzae, E. coli, pseudomonas และ chlamydia อันหลังนี้เป็นสาเหตุของ inclusion conjunctivitis ถ้าเกิดจากเชื้อโกโนเรีย เราควร เรียกว่า gonococcal ophthalmia

เด็กที่เป็นโรค gonococcal ophthalmia แล้ว ถ้าไปหยอด silver nitrate จะไม่มีประโยชน์เลย อาจจะทำให้ตาบวมมากขึ้นจาก chemical conjunctivitis ยา silver nitrate มีประโยชน์เฉพาะ ป้องกันไม่ให้เกิดโรค เพราะยานี้ไม่สามารถซึม ผ่านเนื้อเยื่อไปยังที่ที่มีการอักเสบได้ เพราะฉะนั้น ถ้าอักเสบแล้วใช้ไม่ได้ ยาสามารถฆ่าเชื้อได้ก่อน ที่เชื้อจะ invade เข้าไปเท่านั้น ในผู้ป่วยที่เป็น gonococcal ophthalmia ควรรักษาโดยการล้าง ตาด้วยน้ำเกลือที่ปราศจากเชื้อบ่อยๆ ทุก 2 ชั่วโมง ในระยะแรก แล้วหยอดตาด้วย penicillin หรือ chloramphenicol หรือ tetracycline หรือยา ผสม เช่น neosporin บ่อยๆ ควรให้ยา penicillin G 50,000-100,000 unit/kg/d แบ่งฉีด

วันละ 2—3 ครั้ง ไป 7 วันร่วมด้วย

ในเด็กที่หยอดยา silver nitrate ตั้งแต่แรกเกิดแล้วก็ยังพบว่า เป็นโรค gonococcal ophthalmia ได้ ถ้า

1. ดูก่อนน้ำแตกก่อนคลอด 24 ชั่วโมง ทำให้เชื้อเข้าไปในตาแล้ว การป้องกันโดย silver nitrate จึงไม่ได้ผล

2. การหยอดยาเด็กนั้นไม่เข้าตาเด็กจริง

3. ใช้น้ำล้าง silver nitrate ออกทันทีหลังหยอดยา เนื่องจากกลัวว่าจะเกิด chemical conjunctivitis ทำให้ประสิทธิภาพในการป้องกันลดลง

4. เด็กทารกติดจากบิดามารดา (หรือผู้ดูแลเด็ก) หลังคลอด

ข้อควรระวังสำหรับการหยอด silver nitrate ที่พบบ่อย ๆ คือ ยาที่ใช้ (1% silver nitrate) บางครั้งบดผงไม่สนิททำให้มีน้ำระเหยออก เป็นผลให้ยาเข้มข้นขึ้น เป็นอันตรายต่อดวงตาเด็กได้

คำถามที่ 3 ที่ว่า คลอดใหม่ๆ ไม่เป็นไร แต่ 2—3 วัน มีอาการ อาจเป็นจากเชื้อโกโนเรีย โดยวิธีที่กล่าวมาแล้ว หรือเป็นเพราะผู้ช่วยคลอดที่บ้าน ไม่มีการหยอดยาป้องกัน เชื้อโกโนเรียใช้เวลาพักตัวประมาณ 2—3 วัน แต่ถ้าเริ่มมีอาการประมาณ 7 วันหลังคลอด ส่วนใหญ่เป็น inclusion conjunctivitis ซึ่งเกิดจากเชื้อ Chlamydia ในกรณีเช่นนี้ต้องใช้ยาพวก terramycin บำบัด

พ. นราทร

เด็กเป็นหนองในแบบไหน ทำไมจึงเป็นได้

ถ้าจะเป็นจะมีปัญหาคือยาเหมือนผู้ใหญ่ใหม่

พ. สมศักดิ์

ในเด็กแรกเกิดมักจะเป็นที่ตา เกิด gonococcal ophthalmia อาจติดตอนคลอดจากแม่ที่เป็นโรคน้อย (แม่อาจไม่มีอาการ) นอกจากที่ตาแล้ว อาจเป็นที่คอ หรือทางหายใจจากการกลืนหรือสำลักเข้าไปในระหว่างคลอด เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ส่วนใหญ่จะเป็นที่ตา โดยติดจากพ่อแม่ หรือคนเลี้ยง อายุ 1—10 ปี มักเป็น vulvovaginitis ในเด็กผู้หญิง โดยติดจากคนในบ้านหรือใกล้บ้าน อาจโดยผ้าเช็ดตัวที่เปียกและเปื้อนเชื้ออยู่ หรือโดยการสัมผัสโดยตรง ที่พบบ่อย ๆ คือจากเด็กวัยรุ่นในบ้านที่เป็นโรค เท่าที่พบและเพาะเชื้อขึ้นมักจะเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มากกว่าอายุ 5—10 ปี ถ้าเด็กอายุ 10 ปีขึ้นไป โดยมากติดจากการร่วมเพศ ในเด็กเล็กถ้ามีเชื้อ มักมีอาการเสมอ แต่เด็กวัยรุ่นไปแล้วอาจไม่มีอาการได้

ในเด็กผู้หญิงที่มี vaginitis ไม่จำเป็นต้องเกิดจากเชื้อหนองในเสมอไป ยังมีสาเหตุอีกหลายอย่างที่พบได้บ่อย ที่สำคัญคือ

1. การทำความสะอาดไม่ดีพอ เด็กบางคนบัสสวาระแล้วไม่ได้ล้างน้ำหรือเช็ดให้สะอาด เกิดเป็นผื่นคัน ต่อมาก็กเกิดการอักเสบขึ้น เด็กบางรายเชื้อจากอุจจาระเข้าไปได้เชื้อ เช่น E. coli, salmonella, shigella เป็นต้น เด็กพวกนี้ถ้าสอนวิธีทำความสะอาด ให้นั่งแช่น้ำเกลือหรือด่างทับทิม อาการจะดีขึ้น อาจต้องให้ยาปฏิชีวนะร่วมด้วย

2. จากพยาธิเข็มหมุด (pinworm) เข้าไปในช่องคลอดทำให้เกิดการอักเสบ รักษาโดยการให้ยาถ่ายพยาธิ

3. มีสิ่งแปลกปลอมอยู่ในช่องคลอด เด็กบางคนเล่นเอาสำลีใส่เข้าไป ทำให้อักเสบเป็นหนองมีกลิ่นเหม็น

4. นอกจากนี้อาจเกิดจากเชื้อรา candida ปัญหาเรื่องดื้อยาจากเชื้อหนองใน ยังไม่เป็นปัญหาด้วการรักษาถูกวิธี ที่รักษาไม่หายโดยมากให้ยาไม่ถูกต้อง หรืออาการที่เป็นเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่เชื้อหนองใน ในเด็กผู้ชาย ถ้าเป็นเด็กเล็กมักเป็นที่ตา ส่วนที่อวัยวะเพศนั้นโดยมากเป็นในเด็กวัยรุ่นไปแล้ว

พ. นราทร*

มี incidence โรคโคโนเรียในคอ (pharyngitis) ในเด็กโหม เด็กเป็นได้อย่างไร ควรใช้ยาอะไรรักษา

พ. สมศักดิ์

โรคคออักเสบจากเชื้อหนองใน ส่วนใหญ่เป็นในเด็กผู้หญิงที่ร่วมเพศโดยใช้ปาก และผู้ชายที่เป็น homosexual¹ ในเด็กมีรายงานไว้น้อยมาก^{1,2} ในประเทศไทยอาจจะมีแต่ไม่มีรายงาน เพราะถ้าไม่ได้คิดถึงก็ไม่ได้ใช้ special media สำหรับเพาะเชื้อดำเนิน Neisseria ก็อาจคิดเป็น normal flora ไป อาการก็เป็นแบบโรคคออักเสบทั่วไป มีคอตแดง อาจมี exudate หรือไม่ก็ได้ ในผู้ใหญ่อาการอาจมีเพียงเจ็บคอหรือไม่มีอาการเลย บางคนมาด้วยอาการของ disseminated G.C. แล้ว

ตรวจพบเชื้อในคอ ในเด็กที่มีรายงานก็ติดจากการใช้ปากร่วมเพศกับผู้ใหญ่ ในเด็กแรกเกิดอาจเป็นจากการกลืนเอาเชื้อในช่องคลอดได้ การรักษาแตกต่างจากการรักษา urethritis เพราะว่าใช้ kanamycin, spectinomycin หรือ ampicillin ไม่ได้ผล เพราะยาเหล่านี้มีระดับในปัสสาวะสูง แต่ในคอไม่สูงพอ ต้องใช้ procain penicillin ร่วมกับ probenecid หรือ tetracycline

พ. นราทร*

failure ในการรักษาผู้ป่วยบางราย เกิดจากเหตุใดบ้าง

พ. สมศักดิ์

สาเหตุที่รักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลในบางราย อาจแบ่งได้ดังนี้

1. เชื้อที่รักษาอาจดื้อต่อยาที่ใช้รักษา
2. ผู้ป่วยมี nongonococcal urethritis ร่วมกับ gonococcal urethritis เมื่อรักษา G.C. แล้วยังมีอาการของ post gonococcal urethritis จากสาเหตุซึ่งไม่ใช่ G.C.
3. ขนาดของยาและวิธีให้ยาไม่ถูกต้อง เช่น ampicillin แทนที่จะให้ single dose กลับไปแบ่งให้ หรือไม่ให้ probenecid ร่วมด้วย
4. ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาตามสั่ง
5. มีการขัดขวางการดูดซึมจากยาอื่น เช่น ให้ tetracycline แล้วผู้ป่วยรับประทานยา antacid หรือเหล็กร่วมด้วย ทำให้ยาดูดซึมน้อยลง หรือยา ampicillin ไม่ได้รับประทานตอนท้องว่าง ทำให้ดูดซึมไม่ดี

6. ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนอย่างอื่นนอกเหนือจาก urethritis เช่น arthritis การใช้ยาในขนาดที่แนะนำจะไม่ได้ผล

7. ผู้ป่วยมี reinfection ได้รับการติดเชื้อซ้ำอีกหลังจากรักษาแล้ว สาเหตุที่สำคัญอันหนึ่งคือ ไม่ได้รักษา partner ที่หลบซ่อนด้วย

พ. นราทร*

ยาซัลฟาสมัยใหม่ที่มี trimethoprim และ sulfamethoxazole จะใช้รักษาโรคหนองในเหมาะหรือไม่

พ. สมศักดิ์

ถ้าดูผลของการทดสอบความไวของเชื้อหนองในต่อยา cotrimoxazole จะเห็นได้ว่าผลไม่ตี ในปี 2519 ที่โรงพยาบาลรามารวม และโรงพยาบาลศิริราช พบเชื้อหนองในไวต่อยา cotrimoxazole เพียง 41% และ 23% ตามลำดับ เพราะฉะนั้นขนาดที่ใช้ทั่วไปจะไม่ได้ผล ถ้าจะใช้ต้องใช้ขนาดสูง มีคนแนะนำไว้หลายวิธีด้วยกัน¹⁰ คือ

1. วันละ 4 เม็ด รับประทานครั้งเดียว เป็นเวลา 5 วัน
2. ครั้งละ 6 เม็ด วันละครั้ง เป็นเวลา 3 วัน
3. ครั้งละ 4 เม็ด วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 วัน
4. ครั้งละ 5 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง 3 ครั้ง

พ. นราทร*

เชื้อมี โอกาสต่อยามาก และต้องใช้ขนาดสูงหลายครั้ง เพราะฉะนั้นไม่ควรใช้ kanamycin sulfate ขับถ่ายทางปัสสาวะได้ดี และควรรักษา

โรคหนองในดี สามารถหยุดยั้ง “หนองใน” ได้เร็ว แต่เมื่อหยุดรักษาแล้วมีอาการกลับมาอีก อาจารย์จะยังแนะนำให้ใช้ยานี้รักษาหรือไม่

พ. สมศักดิ์

เป็นความจริงที่ kanamycin รักษาโรคหนองในได้ดีพอใช้ ทั้งๆ ที่ผลการทดสอบความไวของเชื้อหนองในต่อยานี้ได้ผลค่อนข้างต่ำ (37-69%)

การที่มีอาการกลับหลังจากรักษานั้นมี 3 สาเหตุ คือ

1. เชื้อดื้อยา ถึงแม้ว่าระดับยาในปัสสาวะสูง แต่ก็เพียงยับยั้งเชื้อไว้ อาจไม่สูงพอที่จะฆ่าเชื้อ ควรเพาะเชื้อและทดสอบความไวดูว่ายังมีเชื้ออยู่หรือไม่
2. ผู้ป่วยอาจมีการติดเชื้ออย่างอื่น เช่น chlamydia ร่วมด้วย ทำให้เกิด post gonococcal urethritis ซึ่งต้องรักษาด้วย tetracycline ใช้ kanamycin อีกคงไม่ได้ผล

3. ขนาดของ kanamycin ที่ใช้ ถ้าแบ่งฉีดหลายวันผลจะไม่ดีเท่าฉีดขนาดสูงครั้งเดียวในความเห็นส่วนตัวแล้วไม่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้ยาพวก aminoglycoside ในการรักษาโรคหนองใน เพราะต้องใช้ขนาดสูง เช่น kanamycin 2 กรัม ฉีดครั้งเดียว (ในเด็ก 30 mg/kg) ทำให้ระดับยาในเลือดสูงเป็นพิษต่อหูได้ง่าย ผลความไวของเชื้อในบัจจุบันก็ลดลงไปมาก นอกจากนี้เรามียาอื่นที่จะใช้ได้ผลดีกว่า เช่น penicillin G, ampicillin ถ้าไม่ต้องการใช้ penicillin ก็อาจใช้ tetra-

cycline รับประทานหรือฉีด spectinomycin 2 กรัม ครั้งเดียว

พ. นราทร*

การรักษาโดยทำ dilution ของยาปฏิชีวนะ แล้วฉีดเข้าไปใน urethra โดยให้ผู้ป่วยถ่าย ปัสสาวะก่อน แล้วกลั้นปัสสาวะอีกประมาณ 3 ชั่วโมง คิดว่าเป็นการกระทำที่ได้ผลในการรักษา chronic gonorrhoea หรือไม่

พ. สมศักดิ์

ตามทฤษฎีแล้ว ไม่จำเป็นต้องใช้วิธีนี้ เพราะ ยาปฏิชีวนะซึมผ่านทางปัสสาวะได้ระดับยาสูงอยู่แล้ว ถ้าเชื้อไวต่อยาอีกไม่มีปัญหาอะไร การสวน กวาทในท่อปัสสาวะอาจนำเชื้อโรคชนิดอื่นเข้าไปได้

พ. นราทร*

การรักษาผู้สัมผัสโรค เช่นในโรงเรียนประจำ ใช้ผ้าเช็ดตัวร่วมกัน ควรทำอย่างไร

พ. สมศักดิ์

ผู้ป่วยที่เป็นโรคหนองในควรใช้ผ้าเช็ดตัว และเครื่องใช้แยกจากคนอื่น จนกว่าจะได้รับการ รักษาแล้ว 24 ชั่วโมง ถ้าผ้าเช็ดตัวชื้น เชื้อมี โอกาสอยู่ได้นานกว่าผ้าที่แห้ง ถ้าแห้งเชื้อจะตาย ใน 1-2 ชั่วโมง แต่ถ้าชื้นอาจอยู่ได้ 1-2 วัน ถ้ามีการเป็นโรคเกิดขึ้นในโรงเรียนประจำ จะต้อง หา source ให้ได้ว่ามาจากใคร และสัมภาษณ์ เพื่อให้ทราบว่า มี sexual contact กับใครบ้าง เพื่อรักษาพวกที่ contact แยกเครื่องมือเครื่องใช้

ของคนที่เป็โรค อธิบายให้เด็กในโรงเรียน ทราบเรื่องการติดต่อทั้งทาง sexual และ non sexual ควรเน้นเรื่องสุขศึกษาให้แก่เด็ก

*คำถามส่งจากผู้ฟัง

ขอขอบคุณ น.พ. นราทร ธรรมบุตร ผู้ได้ กรุณาถอดเทปการอภิปรายบทความนี้ กองบรรณาธิการ ได้เรียบเรียงตัดตอนโดยมีเนื้อความ สัพพที่ สำนวนใกล้เคียงกับการอภิปรายมากที่สุด จึงอาจมี ความคลาดเคลื่อนในการใช้ภาษาอยู่บ้าง (บรรณาธิการ)

เอกสารอ้างอิง

1. สมศักดิ์ โฉมเลขา ยาด้านจุลชีพที่ใช้ในการรักษา กามโรค วารสารชมรมแพทย์ທทางกามโรค ประจำปี 2519 หน้า 52-71
2. Abbott SL: Gonococcal tonsillitis-pharyngitis in a 5-year old-girl. Pediatrics 53:278-89, 73
3. Blount JH: A new approach for gonorrhoea epidemiology Am J Public Health 62:710-12, 72
4. Duangmani C, Sukwatana P, Sailaboda C: Gonorrhoea in asymptomatic females SEATO Medical Research Laboratory Annual Report 1972-73 p 100
5. Handsfield HH, Hodson WA, Holmes KK, Neonatal gonococcal infection, I Orogastic contamination with neisseria gonorrhoeae JAMA 225(7):697-701, 73
6. Handsfield HH, Lipman TO, Harnisch JP, et al: Asymptomatic gonorrhoea in men. Diagnosis, natural course, prevalence and significance, N Eng J Med 290:117-23, 74
7. Holmes KK, Counts GW, Beaty HN: Disseminated gonococcal infection. Ann Int Med 74:979-93, 71
8. Holmes KK, Gutman LT, Belding ME et al: Recovery of Neisseria gonorrhoeae from "sterile" synovial fluid in gonococcal arthritis N Eng J Med 284:318-20, 71
9. Holmes KK, Handsfield HH, Wang SP et al: Etiology of nongonococcal urethritis. N Eng J Med 292:1199-1205, 75

10. Holmes KK, Johnson DW, Trostle HJ: An estimate of the risk of men acquiring gonorrhoea by sexual contact with infected females. *Am J Epidemiol* 91:170-74, 70
11. Jacobs NF, Arum ES, Kraus SJ: Nongonococcal urethritis: the role of chlamydia trachomatis. *Ann Int Med* 86:313-14, 77
12. Johnston RB, Stroud RM: Complement and host defense against infection *J Pediatr* 90:169-79, 77
13. Kasper DL, Rice PA, McCormack WM: Bactericidal antibody in genital infection due to *Neisseria gonorrhoeae* *J Infect Dis* 135:243-51, 77
14. Kearns DH, O'Reilly RJ, Lee L et al: Secretory IgA antibodies in the urethral exudate of men with uncomplicated urethritis due to *neisseria gonorrhoeae* *J Infect Dis* 127:99-101, 73
15. Spence MR, Stutz DR, Duangmani C: Oropharyngeal gonorrhoea during pregnancy. SEATO Medical Research Laboratory Annual Report 1973-1974 p 123
16. Stutz DR, Spence MR, Duangmani C: Oropharyngeal gonorrhoea during pregnancy. SEATO Medical Research Laboratory Annual Report 1974-1975 p 97
17. Wiesner PJ, Tronca E, Bonin P et al: Clinical spectrum of pharyngeal gonococcal infections. *N Eng J Med* 288:181-85, 73
18. Wright DJM, Daunt O: How infections is gonorrhoeae? *Lancet* 1:208, 73

ข่าวการประชุมต่างประเทศ

VI ASIA PACIFIC CONGRESS ON DISEASE OF THE CHEST

November 18-22, 1979

General Information

	Registration Fee	
	Upto 31.5.79	After 1.6.79
Mian Delegate	US \$ 150*	US \$ 175*
Spouse Delegate	US \$ 100*	US \$ 125*

*Includes 4 Lunches, Tea/Coffee and A Banquet

Hotel Accommodation

	Rates as Currently Applicable (Room Only)	
	Single Room	Double (2 Persons)
Taj Intercontinental	\$ 51.35	\$ 62.40
Oberoi Sheraton	\$ 60.35	\$ 70.50
Fariyas	\$ 31.20	\$ 50.00
President	\$ 29.40	\$ 36.90
Ambassador	\$ 19.60	\$ 26.00
Nataraj	\$ 15.90	\$ 30.00

Deadlines to Meet

Registration	= 31st May 1979
Hotel Reservation	= 30th June 1979
Abstract	= 31st March 1979
Full Text	= 31st July 1979

Official Language	= English
Official Carriers	= Air India
Official Travel Agents	= Travel Corporation of India Private Limited. Mon Repos, Arthur Bunder Road, Colaba, Bombay 400 005.

For Further Details and Registration Forms, Please Write to

Dr. Aspi R. Billimoria,

Secretary General,

VI Asia Pacific Congress on Diseases of the Chest,

L.D. Ruparel Medical Centre,

Dr. Annie Besant Road,

Worli, Bombay 400025

(India)