



ชื่อหนังสือ : แนวทางการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

| | |
|----------------------|---|
| ISBN | 978-974-297-988-1 |
| บรรณาธิการ | แพทย์หญิงอังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย |
| คณะผู้จัดทำ | แพทย์หญิงอังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย แพทย์หญิงเอกจิตรา สุขกุล นางนภาพร วิบูลยานนท์ นางสาวปรีศนา บัวสกุล |
| สนับสนุนโดย | กองทุนโลก (The Global Fund) |
| จัดทำพิมพ์เผยแพร่โดย | กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข |
| พิมพ์ครั้งที่ 1 | กันยายน 2553 จำนวน 18,550 เล่ม |
| พิมพ์ที่ | โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ |

แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ฉบับนี้ ใช้เป็นข้อพิจารณาสำหรับบุคลากรสาธารณสุขผู้เกี่ยวข้อง ในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วย/ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ฉบับนี้อาศัยหลักฐานทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้ในปัจจุบันเป็นส่วนประกอบ และไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อบังคับให้ปฏิบัติหรือยกเลิกการปฏิบัติวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยใด ๆ และมีได้มีวัตถุประสงค์ในการใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินการทางกฎหมาย การปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย/ติดเชื้ออาจมีการปรับเปลี่ยนตามบริบท ทรัพยากร ข้อจำกัดของสถานที่ให้บริการ สภาวะของผู้ป่วย/ติดเชื้อ รวมทั้งความต้องการของผู้ป่วย/ติดเชื้อและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา หรือผู้เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย

คำนำ

แนวทางการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ.2553 เล่มนี้ได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขจากแนวทางการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ.2549 ให้มีความทันสมัยและมีประสิทธิภาพในการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามสถานการณ์ปัจจุบัน โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้มีประสบการณ์ได้ร่วมกันพิจารณาและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจาก ศูนย์ควบคุมโรคประเทศสหรัฐอเมริกา องค์การอนามัยโลก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ

แนวทางการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2553 เล่มนี้ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขใช้เป็นคู่มือใช้ประกอบการดูแลรักษาผู้ป่วย/ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างมีคุณภาพ ส่งผลให้การป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีประสิทธิภาพ

ณ โอกาสนี้ ขอขอบคุณคณะทำงานและที่ปรึกษาทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ทรงคุณวุฒิจากมหาวิทยาลัย ที่มีส่วนร่วมในการจัดทำ

สารบัญ

หน้า

| | |
|---|---|
| แนวทางการดูแลรักษาผู้มารับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | 1 |
| แนวทางการให้การปรึกษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | 9 |
| แนวทางการให้การปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี | |
| หนองใน | |
| หนองในเทียม | |
| แผลริมอ่อน | |
| กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง | |
| ซิฟิลิส | |
| เริม | |
| พยาธิช่องคลอด | |
| เชื้อราช่องคลอด | |
| แบคทีเรียล วาจิโนซิส | |
| อู่เชิงกรานอักเสบ/ปีกมดลูกอักเสบ | |
| หูดหงอนไก่/อวัยวะเพศและทวารหนัก | |
| หูดขี้วัวสุก | |
| หิด | |
| โกลน | |
| หลักเกณฑ์การติดตามผู้ป่วย/ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา | |
| วิธีการรักษาอาการแพ้ยาอย่างเฉียบพลัน | |
| ภาคผนวก | |
| • ความไวและความจำเพาะของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ | |
| • FDA PREGNANCY CATEGORIES | |
| • ข้อแนะนำเกี่ยวกับยาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | |
| • ข้อแนะนำเกี่ยวกับถุงยางอนามัย | |
| • วิธีการใช้ถุงยางอนามัย | |
| • แนวทางการติดตามผู้ป่วย/ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | |
| • คณะทำงานแนวทางการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี 2553 | |

แนวทางการดูแลรักษาผู้มารับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ในการดูแลรักษาผู้มารับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น สิ่งสำคัญนอกเหนือจากการให้การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องและการรักษาที่มีประสิทธิภาพแล้ว จะต้องคำนึงถึงแนวทางอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับเปลี่ยนหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้มารับบริการ ผู้ป่วย/ติดเชื้อและผู้สัมผัสโรค รวมถึงการค้นหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นที่ยังไม่มีอาการ เช่น โรคซิฟิลิส การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นต้น แนวทางในการดูแลรักษาที่ครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

1. ชักประวัติ

การซักประวัติ เพื่อการวินิจฉัยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น ประกอบด้วย อาการสำคัญ อาการร่วม พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ช่องทางที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ทางปาก ทางทวารหนัก การใช้ถุงยางอนามัยในช่องทางต่างๆที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น จำนวน เพศ ประเภท พฤติกรรมเสี่ยง และอาการผิดปกติของคู่เพศสัมพันธ์ ประวัติการแพ้ยาและประวัติการรักษาก่อนมาพบแพทย์รวมถึงการใช้ยาปฏิชีวนะรักษาโรคอื่นๆ ประวัติการใช้สารเสพติด วัตถุประสงค์ที่ต่อจิตประสาท เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การฝังมุก ฉีดสารเพิ่มขนาด ใช้อุปกรณ์เสริมทางเพศ การเป็นผู้ต้องขัง

การซักประวัติ/พฤติกรรมเสี่ยง มีความจำเป็นมาก โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้มารับบริการไม่มีอาการหรือมีอาการแสดงไม่ชัดเจน หากผู้มารับบริการมีกรณีใดกรณีหนึ่งดังนี้ ให้พิจารณาว่ามีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- มีเพศสัมพันธ์กับหญิงหรือชายให้บริการทางเพศโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ใน 3 เดือนที่ผ่านมา
- มีคู่เพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คน ใน 3 เดือนที่ผ่านมา
- มีคู่เพศสัมพันธ์คนใหม่ใน 3 เดือนที่ผ่านมา
- มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือ ถุงยางอนามัยแตก รั่ว หลุด (ช่องทางใด ช่องทางหนึ่งหรือทุกช่องทาง ที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์)
- คู่เพศสัมพันธ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- มีประวัติการป่วย/ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปในรอบปีที่ผ่านมา

หมายเหตุ

สำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ควรซักประวัติความเสี่ยงเพิ่มเติมว่าผู้มารับบริการเป็นฝ่ายรุก (insertive) ฝ่ายรับ (receptive) หรือเป็นทั้งฝ่ายรุกและฝ่ายรับ (ฝ่ายรับมี

โอกาสติดเชื้อมากกว่าฝ่ายรุก) ใช้ช่องทางช่องใดบ้างในการมีเพศสัมพันธ์ เช่น ปาก ทวารหนัก เป็นต้น ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในทุกช่องทางหรือไม่ หากมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงด้วยควรถามว่านอกจาก มีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดแล้ว มีเพศสัมพันธ์ทางปากและทางทวารหนักและใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในทุกช่องทางหรือไม่

2. ตรวจร่างกาย ประกอบด้วย

- 2.1. การตรวจร่างกายทั่วไป เพื่อหาอาการแสดงของโรคซิฟิลิสระยะที่ 2 และการติดเชื้อเอชไอวี /เอตส์ ควรตรวจทุกระบบ โดยเฉพาะผิวหนัง ผม ช่องปาก กระพุ้งแก้ม ลิ้น และใต้ลิ้น ต่อมทอนซิล ต่อม้ำเหลืองที่หน้าหู หลังหู คอ รักแร้ และข้อศอก
- 2.2. การตรวจบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนัก (ดูแผล ฝื่น ตุ่ม และเก็บสิ่งส่งตรวจ)

สำหรับผู้มารับบริการชาย

- ตรวจดูอวัยวะเพศภายนอก หัวหน่าว เพื่อหาแผล หูดอวัยวะเพศ/หงอนไก่ หูดข้าวสุก โลงน ไชโลงน และรอยโรคต่างๆ จดบันทึกลักษณะของสิ่งที่พบ คำที่ขาหนีบเพื่อตรวจว่ามีต่อมน้ำเหลืองโตหรือไม่
- ตรวจท่อน้ำปัสสาวะดูว่ามีหนองหรือไม่ ถ้ามีหนองให้เก็บหนองย้อมสีแกรม กรณีที่ไม่มีหรือไม่เห็นหนอง ให้รีดท่อน้ำปัสสาวะ 3 - 4 ครั้งหากมีหนองให้เก็บหนองย้อมสีแกรม หากไม่เห็นหนองให้ใช้ loop ปราศจากเชื้อหรือหลอดพินสำลี สอดเข้าท่อน้ำปัสสาวะลึก 2 เซนติเมตร เพื่อเก็บสิ่งส่งตรวจย้อมสีแกรมตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อตรวจนับเม็ดเลือดขาว และหา GNID (Gram negative intracellular diplococci) หากผู้มารับบริการมีหูดอวัยวะเพศ/หงอนไก่ที่ปากหรือในท่อน้ำปัสสาวะ ห้ามเก็บสิ่งส่งตรวจในท่อน้ำปัสสาวะเพราะจะทำให้หูดลุกลามเข้าไปข้างในยากต่อการรักษา ในกรณีที่นัดตรวจซ้ำ ควรแนะนำให้ผู้มารับบริการกลับน้ำปัสสาวะมาก่อนอย่างน้อยเป็นเวลา 4 ชั่วโมง

สำหรับผู้มารับบริการหญิง

- ตรวจดูอวัยวะเพศภายนอก หัวหน่าว เพื่อหาแผล หูดอวัยวะเพศ/หงอนไก่ หูดข้าวสุก โลงน ไชโลงน และรอยโรคต่างๆ จดบันทึกลักษณะของสิ่งที่พบ คำที่ขาหนีบเพื่อตรวจว่ามีต่อมน้ำเหลืองโตหรือไม่

- ตรวจภายในด้วย speculum เพื่อดูการอักเสบ แผลหรือหนองบริเวณผนังช่องคลอด หรือปากมดลูก
- ใช้ loop ปราศจากเชื้อหรือไม้พันสำลี เก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอด บ้ายบนสไลด์ ตรวจสดด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อหาเชื้อรา พยาธิช่องคลอดและ clue cells และย้อมสีแกรมเพื่อดูเม็ดเลือดขาวหา GNID เชื้อราและ clue cells
- ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ปีละ1ครั้ง หรือตามคำแนะนำของแพทย์
- ใช้ loop ปราศจากเชื้อหรือไม้พันสำลี เก็บสิ่งส่งตรวจจากปากมดลูก และรีดท่อ ปัสสาวะแล้ว ใช้ loop ปราศจากเชื้ออันใหม่หรือลวดพันสำลี เก็บสิ่งส่งตรวจจากท่อ ปัสสาวะย้อมสีแกรมตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ เพื่อตรวจนับเม็ดเลือดขาว และหา GNID
- ผู้มารับบริการทุกรายควรเพาะเชื้อหนองในจากปากมดลูกและท่อปัสสาวะร่วมด้วย

สำหรับผู้ที่ใช้ปากรับการสอดใส่

- พิจารณาเก็บสิ่งส่งตรวจจากต่อมทอนซิลทั้งสองข้างและฟาริงซ์ (pharynx) เพื่อเพาะเชื้อหนองใน โดยใช้ก้านพัน polyester หรือไม้พันสำลี

สำหรับผู้ที่ใช้ทวารหนักรับการสอดใส่

- ตรวจผิวหนังรอบบริเวณทวารหนัก ร่องกัน พิจารณาตรวจคัดกรองมะเร็งทวารหนัก (anal Pap smear) ปีละ1 ครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ตรวจทวารหนัก โดยใช้นิ้ว แล้วจึงใส่กล้อง anoscope ใช้ loop ปราศจากเชื้อหรือไม้พันสำลีเก็บสิ่งส่งตรวจในช่องทวารหนัก ย้อมสีแกรมตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อตรวจนับเม็ดเลือดขาวและหา GNID ควรเพาะเชื้อหนองในร่วมด้วย

สำหรับช่องคลอดและท่อปัสสาวะดัดแปลง

- ใช้ loop ปราศจากเชื้อหรือไม้พันสำลีเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอด ย้อมสีแกรมตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อดูเม็ดเลือดขาวหา GNID ควรเพาะเชื้อหนองในร่วมด้วย
- รีดท่อปัสสาวะ ใช้ loop ปราศจากเชื้อหรือลวดพันสำลีเก็บสิ่งส่งตรวจจากท่อปัสสาวะ ย้อมสีแกรมตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อตรวจนับเม็ดเลือดขาวและหา GNID ควรเพาะเชื้อหนองในร่วมด้วย

3. ตรวจคัดกรองหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่น แนะนำผู้มารับบริการตรวจคัดกรองหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่น เช่น โรคซิฟิลิส การติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี (เฉพาะผู้มารับบริการที่ไม่เคยรับการตรวจหรือยังไม่มียุคมีคู่มักัน) เป็นต้น ควรคัดกรองโรคซิฟิลิสทุก 3 - 6 เดือน หากผู้มารับบริการยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง

4. เสนอบริการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

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

ถ้าผู้มารับบริการไม่เคยตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ และเคยมีพฤติกรรมเสี่ยงในช่วงก่อนหน้า 3 เดือนนี้ ซึ่งเกินระยะที่ยังตรวจไม่พบการติดเชื้อ (window period) แล้ว ควรให้การปรึกษาเพื่อรับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจในการมารับบริการครั้งนี้ อย่างไรก็ตามการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีให้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้มารับบริการ

5. รักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วนตามโรคที่ตรวจพบ

เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ควรพิจารณาให้การรักษาตามแนวทางการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

6. ให้ความรู้ให้การปรึกษาและแนะนำแนวทางในการป้องกันโรค ประกอบด้วย

- 6.1. อันตรายของโรคที่กำลังป่วยอยู่ และโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจตามมา รวมทั้งโอกาสที่จะติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่น
- 6.2. ช่องทางการติดต่อของโรคและการถ่ายทอดเชื้อไปสู่คู่เพศสัมพันธ์และทารกในครรภ์
- 6.3. ความจำเป็นของการรักษาอย่างครบถ้วน รวมถึงการรักษาคู่เพศสัมพันธ์
- 6.4. การงดสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเอง งดมีเพศสัมพันธ์ระหว่างการรักษา (เพราะจะทำให้เกิดการอักเสบ) หากงดไม่ได้ควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งและทุกช่องทางที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (เนื่องจากทำให้ระดับยาในเลือดลดลง)
- 6.5. การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดย

- มีคู่เพศสัมพันธ์คนเดียว งดเว้นการเปลี่ยนคู่อุปสรรค

- ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในทุกช่องทางที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าจะคู่อุปเสกสมพันธ์จะเป็นผู้ให้บริการทางเพศหรือไม่ใช้ก็ตาม

7. น้ดหมายให้มาติดตามผลการตรวจ/รักษา

- ผู้ที่ตรวจพบว่าป่วย/ติดเชื้อ ควรน้ดหมายเพื่อติดตามผลการตรวจรักษาทุกราย สอบถามเรื่องการรักษาคู่อุปเสกสมพันธ์ ประเมินความเสี่ยง ให้การปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ น้ดตรวจเลือดครั้งต่อไปเนื่องจากอาจอยู่ในระยะที่ยังตรวจไม่พบการติดเชื้อ
- ผู้มารับบริการที่ผลการตรวจครั้งนี้ไม่พบความผิดปกติ ควรน้ดมาฟังผลการตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษอื่นๆ ประเมินความเสี่ยง ให้การปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และน้ดตรวจเลือดครั้งต่อไปเนื่องจากอาจอยู่ในระยะที่ยังตรวจไม่พบการติดเชื้อ

8. ให้ถุงยางอนามัย ส่งเสริม แนะนำวิธีใช้ ฝึกทักษะการใส่ถุงยางอนามัย การพกพา และการเก็บรักษาที่ถูกต้องแก่ผู้มารับบริการ /ผู้ป่วย /ติดเชื้อ (ดูภาคผนวก)

9. น้ดหมายและติดตามผู้สัมผัสโรคมารับการรักษา

น้ดหมายผู้สัมผัสโรค ได้แก่ คู่อุปเสกสมพันธ์ สามีหรือภรรยา คู่นอนประจำ/ชั่วคราว ที่สามารถติดตามได้ แม้ไม่มีอาการให้มารับการตรวจรักษา ในกรณีและผู้สัมผัสโรคไม่สามารถมารับการตรวจรักษา อาจพิจารณาให้ยารักษาไปพร้อมกัน

10. จัดทำรายงาน 506 และรายงาน ก1, ก2

แนวทางการให้การปรึกษาเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

พฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงหรือชายให้บริการทางเพศ การมีคู่อุปสรรคหลายคนและการมีคู่อุปสรรคป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาจทำให้ป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ สภาพปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย ผู้สัมผัสโรคและครอบครัว ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้น การให้การปรึกษาเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ จึงเป็นแนวทางที่จะทำให้ผู้ป่วย/ติดเชื้อและผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงได้เข้าใจอันตรายของโรค ความจำเป็นในการรักษาอย่างถูกต้อง การป้องกันโรค มีความเข้าใจในสภาพปัญหา เกิดการเรียนรู้ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง

แนวทางการให้การปรึกษาเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะเน้นประเด็นสำคัญของการให้การปรึกษา 4 ประเด็นหลักๆ ได้แก่

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

การให้การปรึกษาเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาจไม่ง่ายเสมอไป ซึ่งผู้ให้การปรึกษาควรมีความรู้และความเข้าใจในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้

- การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเรื่องยาก ควรตระหนักเสมอว่าการให้ความรู้อย่างเดียวไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เสมอไป ผู้ให้การปรึกษาควรรีกรให้ความช่วยเหลือให้ผู้รับบริการมองเห็นปัญหา เห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลง เริ่มคิดจะเปลี่ยนแปลง มีการปฏิบัติที่เหมาะสม จนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองได้ในที่สุด

- คนทั่วไปมักอายุที่จะพุดคุยเรื่องพฤติกรรมทางเพศ ดังนั้น จึงมักไปรับการตรวจรักษาซ้ำหรือล้มที่จะปรึกษาพุดคุยกับคู่ของตน บางคนปิดบังการเจ็บป่วยเพราะเกรงว่าจะเกิดความขัดแย้งขึ้นในครอบครัว ดังนั้น ผู้ให้การศึกษาควรเน้นย้ำความสำคัญของการเปิดใจพุดคุยกับคู่ในเรื่องละเอียดอ่อน โดยมีความตั้งใจที่จะรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้หาย และลดพฤติกรรมเสี่ยงอย่างถาวร
- โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บางชนิดไม่แสดงอาการ ทำให้ผู้ป่วย/ติดเชื้อถ่ายถอดเชื้อไปยังคู่เพศสัมพันธ์ / ผู้อื่นได้โดยไม่รู้ตัว ดังนั้น ผู้ให้การศึกษาควรส่งต่อผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไปรับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- การดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อาจจะทำได้ยากหรือไม่ได้ผล หากผู้ป่วย/ติดเชื้อ ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองหรือไม่ใส่ใจในการป้องกันโรค หรือในระหว่างการรักษามีการถ่ายถอดเชื้อสู่คู่ที่ไม่ได้รับการรักษา ก็อาจติดโรคอีกครั้งได้ ผู้ให้การศึกษาจึงควรแนะนำให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจในการรักษาอย่างต่อเนื่องจนหาย รวมทั้งเน้นย้ำเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่องจนหมด แม้ว่าอาการของโรคจะหายไปแล้วก็ตาม
- โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บางชนิด สามารถถ่ายถอดจากแม่สู่ลูกได้ และจะทำให้เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ ดังนั้น ผู้ให้การศึกษาควรมีการพุดคุยเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์หรือวิธีการคุมกำเนิดของผู้รับบริการปรึกษาด้วยทุกครั้ง
- ฟังคำเนื่งว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับการตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เช่นกัน และหากพบป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ควรแจ้งให้แพทย์ผู้ทำการรักษาต้านเอชไอวี ทราบหากกำลังรับประทานยารักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่
- ผู้ป่วยบางรายที่แสดงอาการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง หรือ มีอาการรุนแรงด้วยโรคติดต่อบางชนิด เช่น เริ่มที่อวัยวะเพศและทวารหนัก หูดที่อวัยวะเพศและทวารหนัก (หูดหงอนไก่) เป็นต้น ผู้ให้การศึกษาควรเสนอให้มีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ร่วมด้วย

แนวทางการให้การปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในรูปแบบที่บุคลากรสุขภาพเป็นผู้เสนอบริการ (PROVIDER – INITIATED HIV TESTING AND COUNSELING; PITC)

การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการสำคัญของการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากเป็นการเตรียมผู้มารับบริการด้านจิตใจ อารมณ์ รวมทั้งการประเมินความเสี่ยงของแต่ละบุคคล ทำให้ผู้รับบริการปรึกษามีความพร้อม ลดความวิตกกังวล เกิดการตัดสินใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี การให้การปรึกษายังสามารถสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนและลดพฤติกรรมเสี่ยง มีการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการติดเชื้อ การดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้ผู้มารับบริการสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ ผู้ให้การปรึกษาคควรคำนึง ถึงบริบทของผู้มารับบริการกลุ่มต่างๆ โดยเน้นที่ความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการเป็นหลัก เพื่อสามารถพิจารณาทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

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

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

1. Client – Initiated HIV Testing and Counseling (CITC) คือ บริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยผู้รับบริการเป็นผู้ขอรับบริการ ซึ่งรูปแบบการบริการ ปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing: VCT) ที่ได้มีการใช้มาโดยตลอดนั้น มีความหมายเดียวกับ CITC

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

คลินิกบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ควรให้บริการปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีในรูปแบบที่บุคลากรสุขภาพเป็นผู้เสนอบริการ (PITC) เนื่องจากผู้มารับบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการติดเชื้อเอชไอวีเป็นการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ในระยะแรกผู้ติดเชื้อมักจะไม่มีอาการหรืออาการแสดงใดๆปรากฏให้เห็นชัด ดังนั้น ผู้มารับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จึงควรได้รับการให้การปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย

แนวทางการให้บริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย

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

1. การให้บริการปรึกษาก่อนการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Pre - test counseling)

การให้บริการปรึกษาก่อนการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้มารับบริการปรึกษามีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ ระยะเวลาที่ยังตรวจไม่พบเชื้อ (window period) และสามารถประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ระดับความเสี่ยง เพื่อการปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองได้อย่างเหมาะสม และเพื่อเตรียมความพร้อมในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและการรับทราบผลการตรวจ

2. การให้บริการปรึกษาหลังการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Post - test counseling)

สำหรับผู้มารับบริการที่ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีทุกราย ควรได้รับบริการปรึกษาหลังการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อรับทราบสถานะการติดเชื้อ หากผลเลือดในครั้งนี้ไม่พบการติดเชื้อเอชไอวีควรให้การปรึกษาที่เน้นการป้องกันเพื่อให้ผลเลือดปกติตลอดไป หากพบว่าติดเชื้อเอชไอวีควรให้การปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจความหมายของผลการตรวจอย่างถูกต้อง สามารถปรับลดพฤติกรรมเสี่ยง กำหนดแนวทางในการลดและป้องกัน การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ลดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่เกิดจากการทราบผลการตรวจ และให้การช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีผลเลือดเป็นบวกให้สามารถปรับตัวกับภาวะการติดเชื้อได้อย่างเหมาะสม สามารถวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่อาจเกิดขึ้นตามมา รวมทั้งการเข้าสู่ระบบบริการป้องกันและการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม

3. การให้บริการปรึกษาต่อเนื่อง (Ongoing counseling)

การให้การปรึกษาหลังตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยส่วนใหญ่จะมีประเด็นและปัญหาต่างๆที่จำเป็นมากมาย ซึ่งผู้ให้การปรึกษาควรจัดให้มีบริการปรึกษาต่อเนื่องตามลำดับความสำคัญของปัญหาในผู้รับบริการแต่ละราย โดยทำการนัดหมายเป็นระยะตามความเหมาะสม ซึ่งประเด็นและปัญหาต่างๆ ได้แก่

- การให้การปรึกษาเพื่อการปรับตัว การตัดสินใจ การวางแผนการดำเนินชีวิต

- การให้การปรึกษาเพื่อเปิดเผยผลเลือด / เปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวี
- การให้การปรึกษากรณีคู่ผลเลือดต่าง (ฝ่ายหนึ่งมีผลเป็นลบ ขณะที่อีกฝ่ายผลเป็นบวก)
- การให้การปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนรับยาต้านไวรัส
- การส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการด้านสวัสดิการสังคม และการเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

ผู้ให้บริการปรึกษาเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สามารถให้การปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีไปพร้อม ๆ กับการให้การปรึกษารายบุคคล โดยรูปแบบการให้การปรึกษาอาจเริ่มต้นจากผู้มารับบริการเห็นความจำเป็นในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี หรือ หากผู้มารับบริการมีได้ค่านึงโอกาสในการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ให้การปรึกษาควรเป็นผู้เสนอให้ผู้รับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้รับบริการซึ่งควรให้ความสำคัญด้านสุขภาพและการตรวจวินิจฉัย เพื่อจะได้มีการป้องกัน การดูแลรักษา รวมทั้งการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.แนวทางการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ.2549 หน้า 4-5
2. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (ร่าง) แนวทางบริการปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับสถานบริการสุขภาพ. ฉบับแก้ไขล่าสุดเดือนกุมภาพันธ์ 2553 หน้า 9
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. หลักสูตรการฝึกอบรมการให้การปรึกษาและสุขศึกษาเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พิมพ์ครั้งที่ 1 : ธันวาคม 2551 พิมพ์ที่สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์
4. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. คู่มือการให้การปรึกษาเรื่องเอชไอวี. ฉบับแปลมาจาก HIV Counselling Handbook: A Comprehensive guide to Voluntary Counselling and Testing, Provider-Initiated Testing and Counselling, and Care Counselling for the Asia and Pacific Regions.

1.หนองใน (GONORRHEA)

1. หนองในชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน (uncomplicated gonorrhea)

1.1. หนองในที่อวัยวะเพศและทวารหนัก

การรักษา ให้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- ceftriaxone 250 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว¹⁻²
- cefixime 400 mg กินครั้งเดียว¹⁻⁴
- ให้รักษาโรคหนองในเทียมร่วมด้วย¹⁻⁴
- ติดตามรักษาคู่เพศสัมพันธ์แม้ไม่มีอาการ¹⁻⁴

หมายเหตุ

1. เนื่องจากพบการติดเชื้อโรคหนองในเทียมประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหนองใน ดังนั้นในการรักษาโรคหนองใน จึงให้รักษาโรคหนองในเทียมร่วมด้วย (ดูหัวข้อการรักษาโรคหนองในเทียม)

2. ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา แนะนำให้ใช้ ceftriaxone เป็นอันดับแรก หากไม่มีจึงพิจารณาใช้ยาลำดับถัดไป²

1.2. หนองในที่ช่องคอ(ทอนซิลและฟาริงซ์)

การรักษา

- ceftriaxone 250 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว¹⁻²
- ให้รักษาโรคหนองในเทียมร่วมด้วย^{1-2,4}
- ติดตามรักษาคู่เพศสัมพันธ์แม้ไม่มีอาการ^{2,4}

1.3. หนองในเยื่อตาผู้ใหญ่

การรักษา

- ceftriaxone 1 g ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว^{1-2,4}
- ให้รักษาโรคหนองในเทียมร่วมด้วย²
- คู่เพศสัมพันธ์ควรได้รับการประเมินการติดเชื้อและรักษา^{2,4}

หมายเหตุ

1. ควรล้างตาให้สะอาดด้วยน้ำเกลือหรือยาล้างตา^{1-2,4} จนกว่าหนองจะแห้ง หากผู้ป่วยมีอาการไม่ดีขึ้น ให้ส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

2. องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้ใช้ขนาด 125 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว³

1.4. หนองในในเด็ก

1.4.1. หนองในที่อวัยวะเพศ

การรักษา ให้อย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- ceftriaxone 50 mg/น้ำหนักตัว 1 kg (ไม่เกิน 250 mg) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว¹⁻²
- cefixime 8 mg/น้ำหนักตัว 1 kg (ไม่เกิน 400 mg) กินครั้งเดียว⁵
- ให้รักษาโรคหนองในเทียมร่วมด้วย^{2,4,5} (ดูในหัวข้อการรักษาโรคหนองในเทียมในเด็ก)

หมายเหตุ หนองในในเด็กอาจติดต่อโดยใช้ของร่วมกัน¹ หรือมีการล่วงละเมิดทางเพศ^{1-2,4}

1.4.2. หนองในเยื่อぶตาทารกและเด็ก

การรักษา ควรรับทารกและเด็ก ไว้รักษาในโรงพยาบาลและรักษาด้วยยา^{1,3}

- ceftriaxone 50 mg/น้ำหนักตัว 1 kg^{1,3} (ไม่เกิน 250 mg)
ในกรณีที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 45 kg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าเส้นครั้งเดียว
- ceftriaxone 1 g ในกรณีที่น้ำหนักตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 45 kg⁵ ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าเส้นครั้งเดียว
- ล้างตาด้วยน้ำเกลือหรือยาล้างตา ทุกชั่วโมง จนกว่าหนองจะแห้ง¹
- ในรายที่มีการแทรกซ้อน เช่น periorbital cellulitis ให้ฉีดยา 7 วัน¹
- ให้รักษาหนองในเทียมร่วมด้วย³
- มารดา บิดา/คู่เพศสัมพันธ์ของมารดาควรได้รับการประเมินการติดเชื้อและรักษา^{2,4}
- หนองในเยื่อぶตาเด็กอาจติดต่อโดยใช้ของร่วมกัน¹

1.4.3. ทารกที่เกิดจากมารดาที่เป็นหนองในขณะคลอด

ทารกที่เกิดจากมารดาที่เป็นหนองในขณะคลอดมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหนองในสูงและยังไม่มีอาการ เนื่องจากอยู่ในระยะฟักตัวของโรค ควรพิจารณาให้การรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากมารดา²⁻⁴

การรักษา

- ceftriaxone 50 mg/น้ำหนักตัว 1 kg (ไม่เกิน 250 mg) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าเส้น
ครั้งเดียว^{1,3}
- ให้รักษาหนองในเทียมร่วมด้วย
- บิดา/คู่เพศสัมพันธ์ของมารดาควรได้รับการประเมินการติดเชื้อและรักษา^{2,4}

หมายเหตุ สำหรับการรักษาหนองใน ในทารกและเด็ก

1. ceftriaxone ควรให้ด้วยความระมัดระวังในทารกที่มีอาการตัวเหลือง (hyperbilirubinemia) หรือคลอดก่อนกำหนด (prematurity)⁴ อาจพิจารณาใช้ cefotaxime 100 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าเส้นครั้งเดียวแทน^{1,4}
2. ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา แนะนำให้ตรวจหาการติดเชื้อคลาไมเดีย (*Chlamydia trachomatis*) ร่วมด้วย ในทารกที่เกิดจากมารดาที่เป็นหนองในขณะคลอด^{2,4} หนองในอวัยวะเพศเด็ก^{2,4} รวมถึงหนองในเยื่อตาเด็กและทารก²⁻⁴
3. ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา แนะนำขนาดของ ceftriaxone ที่ใช้ในเด็กคือ 25 – 50 mg ต่อน้ำหนักตัว 1 kg^{2,4}

2. หนองในชนิดมีภาวะแทรกซ้อน (complicated gonorrhea)

2.1. หนองในชนิดมีภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่ (local complicated gonorrhea)

เช่น Bartholin's abscess, posterior urethritis, epididymitis, epididymo-orchitis, paraurethral abscess, periurethral abscess, Cowper's gland abscess เป็นต้น

การรักษา

- ให้การรักษาเหมือนหนองในชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่ให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 2 วัน หรือจนกว่าจะหาย¹
- ให้รักษาโรคหนองในเทียมร่วมด้วย^{1-2,4}
- ติดตามและรักษาคู่เพศสัมพันธ์แม้ไม่มีอาการ

หมายเหตุ

1. กรณีที่มี Bartholin's abscess ให้ drain หนองออกและควรทำ marsupialization เพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ
2. ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา แนะนำให้รักษาผู้ที่มีลูกอัมตะอักเสบเฉียบพลันด้วย²

- ceftriaxone 250 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว ร่วมกับ
- doxycycline 100 mg กินวันละครั้ง หลังอาหาร นาน 10 วัน

หากลูกอั้นทะอักเสบเฉียบพลันเกิดจากการติดเชื้อที่อยู่ในลำไส้ (enteric bacteria) ให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- levofloxacin 500 mg กินวันละครั้ง หลังอาหาร นาน 10 วัน
- ofloxacin 300 mg กินวันละครั้ง หลังอาหาร นาน 10 วัน

2.2. หนองในชนิดมีภาวะแทรกซ้อนแพร่กระจาย (disseminated gonococcal infection)

การรักษา ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

1. กรณีที่มี petechiae หรือ pustule ที่ผิวหนัง, arthralgia, septic arthritis, tenosynovitis ให้ใช้ยา

- ceftriaxone 1 g ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าเส้นวันละ 1 ครั้ง นาน 7 วัน¹⁻⁴
- ให้รักษาโรคหนองในเทียมร่วมด้วย^{2,4}
- คู่เพศสัมพันธ์ควรได้รับการประเมินการติดเชื้อและรักษา^{2,4}

2. กรณีที่มี meningitis ร่วมด้วยให้ใช้ยา

- ceftriaxone 1-2 g ฉีดเข้าเส้น ทุก 12 ชั่วโมง นาน 10-14 วัน^{1-2,4}
- ให้รักษาโรคหนองในเทียมร่วมด้วย^{2,4}
- คู่เพศสัมพันธ์ควรได้รับการประเมินการติดเชื้อและรักษา^{2,4}

3. กรณีที่มี endocarditis ร่วมด้วยให้ใช้ยา

- ceftriaxone 1-2 g ฉีดเข้าเส้น ทุก 12 ชั่วโมง นาน 4 สัปดาห์²⁻⁴
- ให้การรักษาหนองในเทียมร่วมด้วย^{2,4}
- คู่เพศสัมพันธ์ควรได้รับการประเมินการติดเชื้อและรักษา^{2,4}

หมายเหตุ

1. กรณีที่มี meningitis แนวทางขององค์การอนามัยโลกให้ยานาน 4 สัปดาห์³
2. ผู้ป่วยโรคหนองใน ไม่ว่าจะมึหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อน หากผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ให้การรักษาเหมือนผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี^{1-2,4}

กรณีแพ้ cephalosporin

พิจารณาปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือพิจารณาให้

- azithromycin 2 g กินครั้งเดียว (ได้ผลกับโรคหนองในที่อวัยวะเพศที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน^{2,4})

2.หนองในเทียม

(NONGONOCOCCAL URETHRITIS/NON GONOCOCCAL CERVICITIS)

การรักษา ให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- doxycycline 100 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน^{1,6}
- roxithromycin 150 mg กินวันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร 15 นาที นาน 14 วัน^{1,7}
- azithromycin 1 g กินครั้งเดียว ขณะท้องว่าง* และก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง^{1-4,8}
(* หมายถึง ไม่รับประทานสิ่งใดเลย ยกเว้นน้ำเปล่า นาน 2 ชั่วโมง)
- tetracycline 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน^{1,6}
- erythromycin 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน¹
- ติดตามและรักษาคู่เพศสัมพันธ์แม้ไม่มีอาการ^{1,4}

หมายเหตุ

1. องค์การอนามัยโลก³ และศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา^{2,4} ให้ใช้ยา doxycycline tetracycline และ erythromycin นาน 7 วัน นอกจากนี้ยังแนะนำยาทางเลือกอื่นๆ ได้แก่

- ofloxacin 300 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน^{2,4}
- levofloxacin 500 mg กินวันละครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน^{2,4}

2. หญิงมีครรภ์หรือหญิงในระยะให้นมบุตร ไม่ควรใช้ doxycycline และ tetracycline ให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- azithromycin 1 g กินครั้งเดียวขณะท้องว่าง* และก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง^{2-4,9}
(* หมายถึง ไม่รับประทานสิ่งใดเลย ยกเว้นน้ำเปล่า นาน 2 ชั่วโมง)
- roxithromycin 150 mg กินวันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร 15 นาที นาน 14 วัน
- erythromycin stearate 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน^{1,9} (สำหรับหญิงมีครรภ์)

3. กรณีผู้ป่วยชายที่รักษาครบตามกำหนดแล้วยังไม่หาย (recurrent and persistent urethritis) ควรนึกถึงการติดเชื้อ *Trichomonas vaginalis* ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา^{2,4} แนะนำให้รักษาด้วยยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- tinidazole 2 g กินครั้งเดียว ก่อนนอน
- metronidazole 2 g กินครั้งเดียว ก่อนนอน

ร่วมกับ

- azithromycin 1 g กินครั้งเดียว หากไม่ได้ใช้ในการรักษาขั้นต้น
- องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่งรักษาพยาธิช่องคลอดในท่อน้ำดีได้แก่
- metronidazole 400 - 500 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน³
 - tinidazole 500 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 5 วัน³
4. หากให้การรักษาผู้ป่วยแล้วยังไม่หายให้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
 5. กรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ให้การรักษาเหมือนผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี^{1-2,4}

หนองในเทียมในเด็ก

การรักษา ให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่งได้แก่

- erythromycin 50 mg/น้ำหนักตัว 1 kg/วัน แบ่งกินวันละ 4 ครั้ง แต่ไม่เกิน 500 mg ต่อมื้อ หลังอาหาร นาน 14 วัน²⁻⁵
- azithromycin 20 mg/น้ำหนักตัว 1 kg แต่ไม่เกิน 1 g⁵ กินครั้งเดียวขณะท้องว่าง* และก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง (* หมายถึง ไม่รับประทานสิ่งใดเลย ยกเว้นน้ำเปล่า นาน 2 ชั่วโมง)
- ในเด็กอายุตั้งแต่ 8 ปีขึ้นไป ใช้ doxycycline ขนาดเดียวกับผู้ใหญ่ได้^{2,4}
- มารดา บิดา/คู่เพศสัมพันธ์ของมารดาควรได้รับการประเมินการติดเชื้อและรักษา^{2,4}

3. ซิฟิลิส (SYPHILIS)

1. ซิฟิลิสระยะแรก (ต้น) (early syphilis) ได้แก่

- 1.1. ซิฟิลิสระยะที่ 1 (primary syphilis)
- 1.2. ซิฟิลิสระยะที่ 2 (secondary syphilis)
- 1.3. ซิฟิลิสระยะแฝง ไม่เกิน 2 ปี (early latent syphilis)

การรักษา

- benzathine penicillin G 2.4 ล้านหน่วย ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ครั้งเดียว¹⁻⁴
(ให้แบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อที่สะโพกข้างละ 1.2 ล้านยูนิต)
- ติดตามและรักษาคู่เพศสัมพันธ์แม้ไม่มีอาการ²⁻⁴

หมายเหตุ

กรณีผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ให้รักษาเหมือนผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี²⁻⁴ ข้อมูลที่มีอยู่ขณะนี้พบว่า การเพิ่มจำนวนครั้งของการฉีด benzathine penicillin การให้ amoxicillin หรือยาปฏิชีวนะอื่นๆเพิ่ม ในการรักษาซิฟิลิสระยะต้น/แรกในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ได้เพิ่มประสิทธิผลในการรักษาโดยไม่ขึ้นกับสถานะการติดเชื้อเอชไอวี² อย่างไรก็ตามผู้เชี่ยวชาญบางท่านแนะนำให้ตรวจน้ำไขสันหลังและหรือรักษาโดยให้ยาระยะเวลายาว (แบบซิฟิลิสระยะหลัง) โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะเป็นซิฟิลิสระยะใด³

กรณีแพ้ penicillin

ให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- doxycycline 100 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน²⁻⁴
- tetracycline 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน²⁻⁴
- erythromycin 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน²⁻⁴

หมายเหตุ

1. การศึกษาในวงจำกัด โดยมีหลักฐานทางชีววิทยาและเภสัชวิทยาพบว่า ceftriaxone 1 g ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าเส้น นาน 10-14 วัน มีประสิทธิผลในการรักษาซิฟิลิสระยะแรก/ต้นได้ อย่างไรก็ตามยังไม่ทราบขนาดและระยะเวลาที่เหมาะสม²

2. จากการศึกษพบว่า azithomycin 2 g กินครั้งเดียว มีประสิทธิภาพในการรักษาซิฟิลิสระยะแรก/ต้น อย่างไรก็ตาม มีหลักฐานว่าเชื้อ *Treponema pallidum* มีการกลายพันธุ์ที่เกี่ยวข้องกับการดื้อยา azithomycin และทำให้การรักษาไม่ได้ผล²

2. ซิฟิลิสระยะหลัง (late syphilis) ได้แก่⁽¹⁾

2.1. ซิฟิลิสระยะแฝง เกิน 2 ปี (late latent syphilis)

2.2. แผลซิฟิลิสเรื้อรัง (late benign gummatous syphilis)

2.3. ซิฟิลิสระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular syphilis)

การรักษา

- benzathine penicillin G 2.4 ล้านหน่วย ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 3 สัปดาห์ ติดต่อกัน (ให้แบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อที่สะโพกข้างละ 1.2 ล้านยูนิต)¹⁻⁴
- ให้การรักษาคู่เพศสัมพันธ์หากมีผลเลือดผิดปกติ²⁻⁴

หมายเหตุ

1. กรณีที่เป็นซิฟิลิสระยะแฝง (latent syphilis) ถ้าไม่แน่ใจว่าเป็น early latent syphilis ให้รักษาแบบ late latent syphilis¹⁻⁴
2. กรณีผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ให้รักษาเหมือนผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี²

กรณีแพ้ penicillin

ให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- doxycycline 100 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 30 วัน^{1,3}
- tetracycline 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 30 วัน^{1,3}
- erythromycin 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 30 วัน^{1,3}

หมายเหตุ ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกาให้ยานาน 28 วัน^{2,4}

2.4. ซิฟิลิสระบบประสาท (neurosyphilis)

การรักษา

- aqueous crystalline penicillin G 12-24 ล้านหน่วย/วัน ฉีดเข้าเส้นโดยแบ่งฉีด 2 - 4 ล้านหน่วย ทุก 4 ชั่วโมง นาน 14 วัน³
- ให้การรักษาคู่เพศสัมพันธ์หากมีผลเลือดผิดปกติ²⁻⁴

หมายเหตุ

- ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกาแนะนำให้ใช้ขนาด 18–24 ล้านหน่วย/วัน ฉีดเข้าเส้นโดยแบ่งฉีด 3–4 ล้านหน่วย ทุก 4 ชั่วโมง หรือ continuous infusion นาน 10–14 วัน^{2,4}
- ผู้เชี่ยวชาญบางท่านแนะนำให้เพิ่มการรักษาด้วย benzathine penicillin G 2.4 ล้านหน่วย ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 3 สัปดาห์ติดต่อกัน หลังจากให้ยาการรักษาซิฟิลิสระบบประสาทครบ^{2,4} เพื่อให้ระยะเวลาของการรักษานานเท่ากับการรักษาซิฟิลิสระยะหลัง^{2,4}
- กรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ให้รักษาเหมือนผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี²

กรณีแพ้ penicillin

ให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- doxycycline 200 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 30 วัน^{1,3}
- tetracycline 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 30 วัน^{1,3}

หมายเหตุ มีข้อมูลในวงจำกัดว่าสามารถใช้ยา ceftriaxone 2 g ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าเส้นวันละครั้ง นาน 10–14 วัน^{2,4} แต่ต้องระมัดระวังเพราะมีโอกาสแพ้ยาข้ามกลุ่ม (cross-reaction) ระหว่างยานี้กับยา penicillin ได้⁴

3. ซิฟิลิสในหญิงมีครรภ์ (syphilis in pregnancy)

การรักษา ให้รักษาตามระยะของซิฟิลิสเหมือนผู้ป่วยทั่วไป¹⁻⁴

กรณีแพ้ penicillin

พิจารณา penicillin desensitization^{2,4} หากทำไม่ได้ให้ใช้

- erythromycin stearate 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 30 วัน^{1,3}
แต่ไม่สามารถรักษาการติดเชื้อของทารกในครรภ์) ควรรักษาทารกแรกเกิดแบบซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis) (ดูข้อ 4)
- คู่เพศสัมพันธ์ควรได้รับการประเมินการติดเชื้อและรักษา^{2,4}

4. ซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis)

ทารกควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และควรได้รับการตรวจน้ำไขสันหลัง (ตรวจวัดปริมาณเซลล์เม็ดเลือด โปรตีน และ VDRL) ตรวจนับเม็ดเลือด (complete blood count, CBC) VDRL (โดยเฉพาะถ้ามี titer ในเลือดสูงกว่าแม่) TPHA, FTA-ABS, film long bone ก่อนรักษา เพื่อเป็นพื้นฐานในการติดตามผลการรักษา

- aqueous crystalline penicillin G 50,000 หน่วย/น้ำหนักตัว 1 kg/ครั้ง ฉีดเข้าเส้นทุก 12 ชั่วโมง ในช่วงที่ทารกอายุ 1 – 7 วัน และทุก 8 ชั่วโมง ในช่วงที่ทารกอายุมากกว่า 7 วัน รวมทั้งสิ้น 10 วัน^{2,4}
- มารดา บิดา/คู่เพศสัมพันธ์ของมารดาควรได้รับการประเมินการติดเชื้อและรักษา^{2,4}

กรณีมารดาตรวจพบซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์และได้รับการรักษาครบแต่อาจมีปัญหาในการติดตามดูแลทารก ให้รักษาทารก ดังนี้

- benzathine penicillin G 50,000 หน่วย/น้ำหนักตัว 1 kg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ครั้งเดียว^{2,4}
- บิดา/คู่เพศสัมพันธ์ของมารดาควรได้รับการประเมินการติดเชื้อและรักษา^{2,4}

ผู้มารับบริการที่พบการติดเชื้อซิฟิลิสทุกราย ควรพิจารณาตรวจเลือด เพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี^{2,4}

ข้อบ่งชี้ว่าการรักษาซิฟิลิสล้มเหลว

1. มีอาการทางคลินิกไม่ดีขึ้น หรือกลับเป็นซ้ำอีก¹⁻⁴
2. มีการเพิ่มระดับ VDRL หรือ RPR titer ตั้งแต่ 4 เท่าขึ้นไป¹⁻⁴
3. ระดับ VDRL หรือ RPR titer ลดน้อยกว่า 4 เท่า^{1-2,4} หรือยังมี titer ตั้งแต่ 1:8 ขึ้นไป หลังจากรักษาเป็นเวลา 1 ปี¹

ข้อควรปฏิบัติก่อนการรักษาซ้ำ

1. ประเมินผู้ป่วยว่ามีการติดเชื้อใหม่ (reinfection) หรือไม่^{2,4}
2. พิจารณาตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี^{2,4}
3. กรณีผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี ให้ตรวจน้ำไขสันหลัง^{2,4} ถ้าหากแยกภาวะติดเชื้อใหม่/ซ้ำไม่ได้ (บางครั้งการรักษาโรคซิฟิลิสล้มเหลว แยกยากจากการติดเชื้อใหม่/ซ้ำ^{2,4}) หรือ

ผู้ป่วย/ติดเชื้อเป็นโรคซิฟิลิสระยะแรก/ต้น³ ให้รักษาด้วย benzathine penicillin G 2.4 ล้านหน่วย ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 3 สัปดาห์ติดต่อกัน^{1,3} และรักษาคู่เพตสัมพันธ์ หลังให้การรักษาซ้ำอีกครั้งหากยังพบข้อบ่งชี้ว่าการรักษาล้มเหลว ให้พิจารณาตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีและตรวจน้ำไขสันหลัง เนื่องจากอาจมีซิฟิลิสของระบบประสาทร่วมด้วย

4.กรณีผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ให้พิจารณาตรวจน้ำไขสันหลัง เนื่องจากอาจเกิดจากมีซิฟิลิสของระบบประสาทร่วมด้วย^{2,4}

4.แผลริมอ่อน (CHANCROID)

การรักษาให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- ceftriaxone 250 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว¹⁻⁴
- ofloxacin 400 mg กินครั้งเดียว^{1,10}
- ciprofloxacin 500 mg กินครั้งเดียว^{1,11}
- erythromycin 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน¹⁻⁴
- ติดตามและรักษาผู้ป่วยสัมผัสพันธ์แม่ไม่มีอาการ¹⁻⁴

หมายเหตุ

1. หญิงมีครรภ์ หญิงในระยะเวลาให้นมบุตร^{1-2,4} หรือผู้ป่วยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี¹ ไม่ควรใช้ ofloxacin¹, ciprofloxacin^{1-2,4} ในกรณีหญิงมีครรภ์ให้ใช้ ceftriaxone^{1-2,4} หรือ erythromycin stearate¹
2. กรณีที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนี้อีกเสบ ไม่ว่าจะมียหนองหรือไม่ก็ตาม ควรให้ยาฉีดหรือยากินชนิดใช้ครั้งเดียว ต่อด้วยยา
 - erythromycin 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน¹²
3. กรณีที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนี้อีกเสบและมีหนองชัดเจน (bubo) ควรเจาะดูดหนองออก โดยใช้เข็มเจาะผ่านผิวหนังปกติ ไม่ควรใช้วิธีผ่าหนองออกเหมือนฝีทั่วไป เพราะจะทำให้รอยแผลที่เกิดจากการผ่าหายช้า¹
4. องค์การอนามัยโลกและศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกาแนะนำให้ใช้ยา
 - ciprofloxacin 500 mg กินวันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน²⁻⁴
5. ยาอื่นๆ ที่แนะนำได้แก่ azithromycin 1 g กินครั้งเดียว²⁻⁴ ขณะท้องว่าง* และก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง (* หมายถึง ไม่รับประทานสิ่งใดเลย ยกเว้นน้ำเปล่า นาน 2 ชั่วโมง)
6. ถ้ารักษาไม่หายอาจเป็นโรคอื่น เช่น Behcet's disease, atypical herpes, immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS) ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ¹
7. กรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย แผลอาจหายช้าและต้องใช้เวลานานขึ้น ควรใช้ยา erythromycin stearate^{1-2,4}

5. กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง/ฝีมะม่วง (LYMPHOGRANULOMA VENEREUM/BUBO/LGV)

การรักษา ให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่งได้แก่

- doxycycline 100 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน^{1,3}
- tetracycline 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน^{1,3}
- erythromycin 500 mg กินวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน^{1,3}
- ติดตามและรักษาตุ่มเพศสัมพันธ์แม้ไม่มีอาการ¹⁻⁴

หมายเหตุ

1. หญิงมีครรภ์ หรือหญิงในระยะให้นมบุตร ไม่ควรใช้ doxycycline, tetracycline ให้ใช้ erythromycin stearate¹
2. กรณีที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบอักเสบและมีหนองชัดเจน (bubo) ควรเจาะดูดหนองออก โดยใช้เข็มเจาะผ่านผิวหนังปกติ ไม่ควรใช้วิธีผ่าหนองออกเหมือนฝีทั่วไป เพราะจะทำให้รอยแผลที่เกิดจากการผ่าหายช้า¹⁻⁴
3. ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกาให้ใช้ยา doxycycline หรือ erythromycin ในขนาดเดียวกันกับข้างต้น นาน 21 วัน^{2,4}
4. องค์การอนามัยโลกให้ใช้นานกว่า 14 วัน หากผู้ป่วยมารับรักษาเมื่อโรคมียาอาการมาก³
5. กรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ให้การรักษาเหมือนผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี^{1-2,4}

6. เริ่มที่อวัยวะเพศและทวารหนัก (ANOGENITAL HERPES)

การรักษา

1. ผู้ป่วยติดเชื้อครั้งแรก (first clinical episode) ให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ใดก็ได้

- acyclovir 400 mg กินวันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน^{1,3}
- acyclovir 200 mg กินวันละ 5 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน^{1,3}
- valacyclovir 500 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน¹
- famciclovir 250 mg กินวันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน^{1,3}

กรณีอาการรุนแรงมากขึ้น จำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาลแล้วให้การรักษาด้วย

- acyclovir 5–10 mg/น้ำหนักตัว 1 kg ฉีดเข้าเส้นทุก 8 ชั่วโมง นาน 7 วัน^{1,3}

หมายเหตุ

1. ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา ให้ยานาน 7-10 วัน หรือนานจนกว่าแผลจะหาย^{2,4}

2. องค์การอนามัยโลกและศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา ให้ใช้

- valacyclovir 1 g กินวันละ 2 ครั้ง^{2,4}

2. ผู้ป่วยเกิดโรคซ้ำ (recurrence)

2.1. ไม่จำเป็นต้องรักษา เพราะส่วนมากหายเองได้ ยกเว้นผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย¹

2.2. acyclovir cream ทาวันละ 5 ครั้ง จะได้ผลดีในรายที่ใช้เมื่อเริ่มมีอาการ (prodrome)¹

2.3. กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือเป็นแต่ละครั้งอาการยาวนานให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ใดก็ได้

- acyclovir 400 mg กินวันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร นาน 5 วัน^{1,4}
- acyclovir 200 mg กินวันละ 5 ครั้ง หลังอาหาร นาน 5 วัน^{1,4}
- acyclovir 800 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 5 วัน^{2,4}
- acyclovir 800 mg กินวันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร นาน 2 วัน²
- valacyclovir 500 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 5 วัน^{1,3}
- valacyclovir 1 g กินวันละครั้ง หลังอาหาร นาน 5 วัน^{2,4}
- famciclovir 125 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 5 วัน^{1,4}
- famciclovir 1 g กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 1 วัน^{2,4}

- famciclovir 500 mg กิน 1 ครั้ง ตามด้วย 250 mg วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 2 วัน²

หมายเหตุ ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา ให้ใช้

- valacyclovir 500 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 3 วัน²⁻⁴

3. ผู้ป่วยที่เป็นโรคซ้ำบ่อย ๆ (6 ครั้งหรือมากกว่าต่อปี) ให้พิจารณาให้ยาสำหรับป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (suppressive treatment) โดยกินยาอย่างต่อเนื่องอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- acyclovir 400 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร²⁻⁴
- valacyclovir 500 mg กินวันละครั้ง หลังอาหาร²⁻⁴
- valacyclovir 1 g กินวันละครั้ง หลังอาหาร²⁻⁴
- famciclovir 250 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร²⁻⁴

หมายเหตุ

- หลังจากกินยาอย่างต่อเนื่องนาน 1 ปี ควรได้รับการประเมิน/การปรึกษากับแพทย์ผู้รักษา³⁻⁴

- valacyclovir 500 mg กินวันละครั้งได้ผลน้อยกว่า valacyclovir และ acyclovir ขนาดข้างต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เริ่มซ้ำมากกว่าเท่ากับ 10 ครั้งต่อปี^{2,4}

4. หญิงมีครรภ์ ควรให้แพทย์พิจารณาเป็นรายๆ ไป และในกรณีใกล้คลอดควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

หมายเหตุ

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

2.กรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย อาการอาจรุนแรงและหายช้าต้องเพิ่มขนาดของยาและระยะเวลาการรักษาให้นานขึ้นจนแผลหาย^{1,3-4}

7. พยาธิช่องคลอด (VAGINAL TRICHOMONIASIS)

การรักษา ให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่งได้แก่

- metronidazole 2 g กินครั้งเดียว ก่อนนอน¹⁻⁴
- tinidazole 2 g กินครั้งเดียว ก่อนนอน¹⁻⁴
- ให้การรักษาสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์และผู้สัมผัสโรคอื่นๆ^{1,2,4}

หมายเหตุ

1. แนะนำผู้ป่วย/ติดเชื้อไม่ให้เกิดมีเครื่องดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์ระหว่างการรักษารวมถึง 24 ชั่วโมง หลังกินยา metronidazole³⁻⁴ และ 72 ชั่วโมง หลังกินยา tinidazole⁴ เนื่องจากอาจทำให้เกิดอาการ **disulfiram** - like reaction
2. องค์การอนามัยโลกไม่แนะนำให้ใช้ยา metronidazole ในหญิงมีครรภ์ไตรมาสแรก³
3. ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกาให้ใช้ metronidazole ได้ในหญิงตั้งครรภ์ทุกไตรมาส แต่ไม่แนะนำให้ใช้ tinidazole เนื่องจากไม่ทราบความปลอดภัยของยา^{2,4}
4. ทางเลือกอื่นในการกินยา metronidazole และ tinidazole คือ
 - metronidazole 400 - 500 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน^{2,4}
 - tinidazole 500 mg กินวันละครั้ง ก่อนนอน นาน 5 วัน³การกินยาก่อนนอน จะช่วยลดอาการข้างเคียงของยา
5. กรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย จากการศึกษาพบว่า การให้ยา metronidazole 2 g กินครั้งเดียวได้ผลน้อยกว่าการให้ยา 500 mg กินวันละ 2 ครั้ง นาน 7 วัน²

8. เชื้อราช่องคลอด (VAGINAL CANDIDIASIS)

การรักษา ให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่งได้แก่

- fluconazole 150 mg กินครั้งเดียว หลังอาหาร¹⁻⁴
- itraconazole 200 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 1 วัน¹
- clotrimazole 100 mg สอดช่องคลอด ก่อนนอน นาน 7 วัน⁴
- clotrimazole 200 mg สอดช่องคลอด ก่อนนอน นาน 3 วัน⁴
- clotrimazole 500 mg สอดช่องคลอด ก่อนนอน นาน 1 วัน³
- ketoconazole 200 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 5 วัน¹
- ketoconazole 400 mg กินวันละครั้ง หลังอาหาร นาน 5 วัน¹
- ไม่มีข้อมูลสนับสนุนเรื่องการรักษาคู่เพศสัมพันธ์²⁻⁴

หมายเหตุ

1. หญิงมีครรภ์หรือหญิงในระยะให้นมบุตรห้ามใช้ยากิน ให้ใช้ยาสอดช่องคลอดและยาทา¹
2. กรณีที่มีการอักเสบของช่องคลอดหรืออวัยวะเพศชายให้ใช้ topical antifungal cream เช่น clotrimazole cream ทาบางๆ วันละ 2 ครั้ง จนหาย¹
3. ไม่ควรใช้ยากินในผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับผิดปกติหรือมีประวัติเป็นโรคตับอักเสบ¹
4. สำหรับพนักงานบริการแนะนำให้รักษาโดยใช้ยากิน ไม่ควรรักษาโดยใช้ยาสอดช่องคลอด เนื่องจากอาจทำให้ไม่สะดวกในการทำงาน
5. ถ้ารักษาไม่หายให้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
6. กรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ให้การรักษาเหมือนผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี^{1-2,4}

9. โรคติดเชื้อแบคทีเรียลวาจิโนซิส/ ช่องคลอดอักเสบจากแบคทีเรียผสม (BACTERIAL VAGINOSIS)

การรักษา ให้ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่งได้แก่

- metronidazole 400-500 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน¹⁻⁴
- clindamycin 300 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน¹⁻⁴
- tinidazole 500 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 7 วัน¹
- ไม่มีข้อมูลสนับสนุนเรื่องการรักษาด้วยยาสมุนไพร²⁻⁴

หมายเหตุ

1. แนะนำผู้ป่วย/ติดเชื้อไม่ให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ระหว่างการรักษารวมถึง 24 ชั่วโมง หลังกินยา metronidazole³⁻⁴ และ 72 ชั่วโมง หลังกินยา tinidazole⁴ เนื่องจากอาจทำให้เกิดอาการ **disulfiram** - like reaction
2. กรณีผู้ป่วยแพ้ยา metronidazole ให้ใช้ clindamycin¹
3. องค์การอนามัยโลกไม่แนะนำให้ใช้ยา metronidazole ในหญิงมีครรภ์ไตรมาสแรก³
4. ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกาให้ใช้ metronidazole ได้ในหญิงตั้งครรภ์ทุกไตรมาส แต่ไม่แนะนำให้ใช้ tinidazole เนื่องจากไม่ทราบความปลอดภัยของยา^{2,4}
5. ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา ให้ tinidazole เป็นยาทางเลือก² โดยใช้อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้
 - tinidazole 2 g กินวันละครั้ง ก่อนนอน นาน 3 วัน
 - tinidazole 1 g กินวันละครั้ง ก่อนนอน นาน 5 วันการกินยาก่อนนอน จะช่วยลดอาการข้างเคียงของยา
6. กรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ให้การรักษาเหมือนผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี^{1-2,4}

10. อังเชิงกรานอักเสบ / ปีกมดลูกอักเสบ (PELVIC INFLAMMATORY DISEASE, PID)

การรักษา รักษาแบบผู้ป่วยหนองในชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

- ceftriaxone 250 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว¹⁻⁴
ร่วมกับ
- doxycycline 100 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน¹⁻⁴
หรือ
- roxithromycin 150 mg กินวันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร 15 นาที นาน 14 วัน
และ
- metronidazole 400-500 mg กินวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน¹⁻⁴
- ติดตามและรักษาคู่เพศสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์ด้วยใน 60 วัน ก่อนเริ่มมีอาการ^{2,4}

หมายเหตุ

1. การรักษาดังกล่าวเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคน้อยถึงปานกลาง⁴
2. แนะนำผู้ป่วยไม่ให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขณะกินยารวมถึง 24 ชั่วโมง หลังกินยา metronidazole dose สุกท้าย เนื่องจากอาจทำให้เกิดอาการ disulfiram - like reaction
3. หากรักษาแล้วผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลและปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ¹
4. ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา แนะนำว่าจะกินหรือไม่กิน metronidazole ก็ได้^{2,4}
5. กรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ให้การรักษาเหมือนผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี^{1-2,4}

11. หูดอวัยวะเพศและ/หรือทวารหนัก (ANOGENITAL WART) / หูดหงอนไก่ (CONDYLOMA ACUMINATA)

การรักษา

1. ให้ทายาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- tincture podophyllin 25% ทาที่หูดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทิ้งไว้ให้แห้งโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าทาในช่องคลอดหรือบริเวณทวารหนัก³ ห้ามใช้ยานี้ทาหูดที่ปากมดลูก เนื่องจากทำให้เกิด cervical dysplasia ห้ามใช้ในหญิงมีครรภ์ (อาจทำให้ทารกตายในครรภ์ได้) ห้ามทายานี้เกินกว่า 10 ตารางเซนติเมตร หรือ 0.5 มิลลิลิตร ต่อครั้ง^{1-2,4} (อาจทำให้เกิดพิษจากยาได้)

- trichloroacetic acid (TCA) 80 -100% ทาหูดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ห้ามใช้ยานี้ทาหูดที่ทอปปัสสาวะ¹

วิธีทายา

- ทายาที่หูด¹
- ทาวาสลีนเพื่อป้องกันเนื้อเยื่อที่อยู่รอบๆ หูด¹
- แนะนำให้ผู้ป่วยใช้น้ำและสบู่ล้างยาออกหลังจากทายาประมาณ 1-4 ชั่วโมง²⁻⁴
- ห้ามผู้ป่วยทายาเอง¹
- imiquimod 5 % ทาหูดก่อนนอน (ทิ้งไว้ 6-10 ชั่วโมงแล้วล้างออก) ทาวันเว้นวัน (สัปดาห์ละ 3 ครั้ง) นาน 16 สัปดาห์¹⁻⁴ ห้ามใช้ยานี้ทาหูดที่ปากมดลูก ภายในช่องคลอด และห้ามใช้ในหญิงมีครรภ์¹

2. กรณีที่มีหูดขนาดใหญ่ หรือรักษาด้วยวิธีข้างต้นไม่ได้ผล ให้รักษาด้วยวิธีดังต่อไปนี้

- จัดด้วยความเย็น (cryotherapy) โดยใช้ liquid nitrogen ด้วยวิธีใช้ไม้พันสำลีหรือ cryospray¹⁻⁴
- ผ่าตัด¹⁻⁴
- จัดด้วยไฟฟ้า (electrosurgery)¹⁻⁴
- จัดด้วยแสงเลเซอร์^{1,3-4}

หมายเหตุ

1. องค์การอนามัยโลกและศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกาให้ใช้ podophyllin 10–25 %²⁻⁴
2. ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกาไม่ใช้ podophyllin รักษาหูดภายในช่องคลอดและบริเวณทวารหนัก แต่ใช้การจี้ด้วยความเย็น (cryotherapy) โดยใช้ liquid nitrogen หรือ จี้ด้วยTCA จำนวนน้อยๆ บ่อยให้แห้ง กรณีที่ทา TCA มากไป ให้ใช้แป้งหรือโซเดียมไบคาร์บอเนตขจัดกรดส่วนเกินออก²⁻⁴
3. หูดที่ปากทอปปัสสาวะให้ใช้การจี้ด้วยความเย็น (cryotherapy) หรือ podophyllin²⁻⁴
4. ผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรคหญิงควรตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูก ตามคำแนะนำของแพทย์
5. พิจารณาการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องทวารหนักในชายติดเชื้อเอชไอวีที่ใช้ทวารหนักรับการสอดใส่อวัยวะเพศ²
6. กรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยให้การรักษาเหมือนผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี^{1-2,4} อย่างไรก็ตามในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง หูดอาจมีจำนวนมากและ/หรือขนาดใหญ่ ตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีนักและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำบ่อย ในกรณีดังกล่าวให้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ^{2,4}

12. หูดข้าวสุก (MOLLUSCUM CONTAGIOSUM)

การรักษา

ใช้เข็มฉีดยาสะกิดบริเวณตุ่ม แล้วบีบเนื้อหูดสีขาวที่อยู่ภายในออกให้หมด (อาจใช้ forceps ปลายแหลมช่วย) แล้วแต้มบริเวณที่สะกิดด้วยน้ำยา povidone iodine หรือ phenol หากหูดข้าวสุกเม็ดเล็กมาก ให้จี้ด้วย trichloroacetic acid^{1,3}

วิธีรักษาอื่นๆ เช่น จี้ด้วยไฟฟ้า (โดยใช้ยาชาชนิดทาเฉพาะที่ผิวหนัง ซึ่งเป็นส่วนผสมของ lidocaine และ prilocaine (Emla) ทาปิดไว้ 1 ชั่วโมง) แต่ต้องตั้งไฟให้อ่อน จะได้ไม่ทำลายเนื้อเยื่อจนลึกเกินความจำเป็น¹³ ในกรณีที่มีการรักษาด้วยวิธีข้างต้นไม่ได้ผล อาจใช้วิธีต่อไปนี้ได้อย่างใดอย่างหนึ่ง

- imiquimod cream¹⁴
- tretinoin 0.1% cream¹⁴
- cryotherapy / liquid nitrogen¹⁴⁻¹⁵
- podophyllene 10-25%¹⁴
- laser¹⁵

หมายเหตุ

1. หูดข้าวสุกในผู้ป่วยที่ภาวะภูมิคุ้มกันปกติมักหายเองใน 6 - 9 เดือน การรักษาทำเพื่อป้องกันการแพร่กระจายสู่ผู้อื่นและตนเอง¹⁵
2. กรณีที่พบหูดข้าวสุกจำนวนมากและพบนอกบริเวณอวัยวะเพศในผู้ใหญ่ ให้แนะนำผู้ป่วยตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี¹
3. กรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ให้การรักษาเหมือนผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี แต่ต้องระวังการติดเชื้อเอชไอวีจากเลือดผู้ป่วยหรือรักษาด้วย cryotherapy ถ้าไม่หายให้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ¹

13. ทืด (SCABIES)

การรักษา

ให้ผู้ป่วยอาบน้ำ เช็ดตัวจนแห้ง แล้วทายาบางๆให้ทั่วทุกส่วนของร่างกายแต่ระดับคอลงมาจนถึงปลายเท้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เป็นซอกอับทั้งหลายรวมทั้งผิวหนังส่วนที่เป็นปกติด้วย ทั้งไว้ทั้งคืน (12 ชั่วโมง) แล้วจึงอาบน้ำล้างออกในตอนเช้า โดยใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่งได้แก่

- gamma benzene hexachloride 1% cream หลังทายาครั้งแรกแล้ว ให้ทาซ้ำอีกครั้งในหนึ่งสัปดาห์ต่อมา ห้ามนำมาทาเกินความจำเป็นเมื่อไม่มีข้อบ่งชี้ เพราะจะทำให้เกิดพิษต่อระบบประสาท และทำให้ชักได้ ไม่แนะนำให้ใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี¹
- benzyl benzoate 25% emulsion หลังทายาครั้งแรกแล้ว ให้ทาซ้ำอีกครั้งในหนึ่งสัปดาห์ต่อมา ยานี้ไม่ควรใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี เพราะจะทำให้เกิดอาการระคายเคือง¹
- sulfur ointment 6-10% ทาทั่วตัววันละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 วัน (สำหรับเด็ก)^{1,3}
- ivermectin 200 μ g/น้ำหนักตัว 1 kg กินครั้งเดียว และรับประทานซ้ำในขนาดเดียวกันภายใน 2 สัปดาห์^{2,4}
- ให้รักษาผู้สัมผัสโรคทุกรายแม้ไม่มีอาการ^{1-2,4} โดยให้การรักษาไปพร้อมกัน

หมายเหตุ

1. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการคันมาก อาจให้กิน antihistamine ร่วมด้วย ถ้ายังมีตุ่มคันเหลืออยู่ให้ใช้ mild topical steroid เช่น triamcinolone 0.1%, betamethasone 0.1% เป็นต้นทุกวันละ 2 ครั้ง จนกว่าจะหาย¹
2. ควรทำความสะอาดเครื่องนุ่งห่มและเครื่องนอน⁴ ด้วยน้ำร้อนหรือนำไปตากแดด¹
3. องค์การอนามัยโลก³ และศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา^{2,4} แนะนำให้ทายา gamma benzene hexachloride นาน 8 ชั่วโมง จึงล้างออก
4. ห้ามใช้ ivermectin ในหญิงมีครรภ์หรือหญิงให้นมบุตร เด็กน้ำหนักน้อยกว่า 15 kg^{2,4}
5. กรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ให้การรักษาเหมือนผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี ยกเว้นถ้ามีอาการและมีรอยโรคมากให้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ^{1-2,4}

14. โลน (PEDICULOSIS PUBIS)

การรักษา

- ให้ใช้ gamma benzene hexachloride 1% cream ทาบางๆ บริเวณอวัยวะเพศ และผิวหนังบริเวณใกล้เคียง ทาทิ้งไว้ 8^{1,3} -12^{1,16} ชั่วโมงแล้วล้างออก โดยปกติการปฏิบัติเช่นนี้ ครั้งเดียวก็ได้ผล แต่ถ้ามีตัวโลนจำนวนมากอาจทาซ้ำอีก 1 ครั้ง หลังจากทาครั้งแรก 3 วัน¹ ควรทายาอีกครั้ง 7 วัน หลังการทายาครั้งแรก เนื่องจากยาไม่สามารถฆ่าไข่โลนได้ทั้งหมด โดยไข่จะฟักเป็นตัวอ่อนภายใน 6 - 8 วัน¹⁶
- ให้รักษาผู้สัมผัสโรคทุกราย แม้ไม่มีอาการโดยให้การรักษาไปพร้อมกัน¹

หมายเหตุ

1. ผู้ป่วยบางราย เมื่อหายจากโรคแล้ว อาจมีตุ่ม คันหลงเหลืออยู่เป็นเวลานาน ให้ใช้ยา mild to moderate steroid cream เช่น triamcinolone 0.1%, betamethasone 0.1% cream แตะม ที่ตุ่ม วันละ 2 ครั้ง จนกว่าจะหาย
2. ควรทำความสะอาดเครื่องนุ่มห่มและเครื่องนอน^{2,4} ด้วยน้ำร้อนหรือนำไปตากแดด
3. ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา แนะนำยาทางเลือก ivermectin 250 μg /น้ำหนักตัว 1 kg กินครั้งเดียว และรับประทานซ้ำในขนาดเดียวกันภายใน 2 สัปดาห์^{2,4}
4. กรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ให้การรักษาเหมือนผู้ป่วยไม่ติดเชื้อเอชไอวี^{1-2,4}

หลักเกณฑ์ในการติดตามผู้ป่วย/ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา

ในการติดตามผู้ป่วย/ติดเชื้อมารับการตรวจภายหลังการรักษา โปรดดูรายละเอียดของการติดตามในหมายเหตุหน้า 42 ร่วมด้วย

1. หนองในชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน (uncomplicated gonorrhea)

ครั้งที่ 1 วันที่ 7 หลังจากวันที่รับการรักษา¹

ครั้งที่ 2 3 เดือน หลังจากวันที่รับการรักษา^{1-2,4} พร้อมทั้งตรวจเลือดซ้ำเพื่อค้นหาโรคซิฟิลิส¹ และให้การปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี^{1-2,4}

สำหรับหนองในที่มีภาวะแทรกซ้อน ให้นัด

ครั้งที่ 1 ในวันรุ่งขึ้น เพื่อฉีดยาซ้ำ

ครั้งที่ 2 7 วันหลังฉีดยาซ้ำ หรือวันรุ่งขึ้นหากอาการยังไม่ดีขึ้น

ครั้งที่ 3 3 เดือน หลังจากวันที่รับการรักษา^{1-2,4} พร้อมทั้งตรวจเลือดซ้ำเพื่อค้นหาโรคซิฟิลิส¹ และให้การปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี^{1-2,4}

ในกรณีที่ไมมาติดตามใน 3 เดือน หากมารับบริการอีกภายในหนึ่งปี ให้ตรวจหาโรคหนองในและซิฟิลิสซ้ำ เนื่องจากมีโอกาสติดเชื้อซ้ำสูง^{2,4}

2. หนองในเทียม (nongonococcal urethritis, nongonococcal cervicitis)

ครั้งที่ 1 2 สัปดาห์ หลังจากวันที่รับการรักษา¹

ครั้งที่ 2 1 เดือน หลังจากวันที่รับการรักษา¹

ครั้งที่ 3 3 เดือน หลังจากวันที่รับการรักษา^{1-2,4} พร้อมทั้งตรวจเลือดซ้ำเพื่อค้นหาโรคซิฟิลิส¹ และให้การปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี¹

3. แผลริมอ่อน เริม และแผลอวัยวะเพศอื่น ๆ (genital ulcers)

ครั้งที่ 1 7 วัน หลังจากวันที่รับการรักษา¹

ครั้งที่ 2 3 เดือน หลังจากวันที่รับการรักษา^{1-2,4} พร้อมทั้งตรวจเลือดซ้ำเพื่อค้นหาโรคซิฟิลิส¹ และให้การปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี^{1-2,4}

4. กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง (lymphogranuloma venereum, LGV)

ครั้งที่ 1 3 สัปดาห์ หลังจากวันที่รับการรักษา¹

ครั้งที่ 2 3 เดือน หลังจากวันที่รับการรักษา^{1-2,4} พร้อมทั้งตรวจเลือดซ้ำเพื่อค้นหาโรคซิฟิลิส¹ และให้การปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี^{1-2,4}

5. ซิฟิลิส

5.1 ซิฟิลิสระยะแรก/ต้น (early syphilis)

ครั้งที่1 7 วัน หลังจากวันที่ได้รับการรักษากรณีใช้ยา benzathine penicillin

14 วัน (ในกรณีใช้ยากินเนื่องจากแพ้ penicillin)

กรณีเป็นซิฟิลิสระยะที่1 หรือ 2 เพื่อติดตามผลการรักษา ได้แก่ ดูลักษณะทางคลินิก รอยโรค สอบถามเรื่องการรักษาคู่เพศสัมพันธ์ ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ให้การปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและพึงผลการตรวจอื่นๆ (ดูหมายเหตุ หน้า 42)

กรณีเป็นซิฟิลิสระยะแฝงภายใน 2 ปีแรก เพื่อสอบถามเรื่องการรักษาคู่เพศสัมพันธ์ ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ให้การปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พึงผลการตรวจอื่นๆ (ดูหมายเหตุหน้า 42)

ครั้งที่2 3 เดือน หลังจากวันที่ได้รับการรักษา^{1,3} เพื่อตรวจหาลักษณะทางคลินิก รอยโรคที่แสดงถึงการติดเชื้อใหม่/ซ้ำ ดู titer ของ VDRL/ RPR สอบถามเรื่องการรักษาคู่เพศสัมพันธ์ ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ให้การปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเพื่อค้นหาโรคที่พ้นระยะwindow period แล้ว ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวี

ครั้งต่อไป เดือนที่ 6¹⁻⁴, 12¹⁻⁴ และ 24¹ หลังจากวันที่ได้รับการรักษา เพื่อดู titer ของ VDRL/RPR ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ให้การปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

หมายเหตุ

- กรณีที่มีข้อบ่งชี้อื่นๆเช่น ผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วย benzathine penicillin หญิงมีครรภ์ เป็นต้น ควรนัดตรวจเลือดทุกเดือนภายใน 3 เดือนแรกหลังจากวันที่ได้รับการรักษา¹
- ในผู้ที่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ แนะนำให้ตรวจ VDRL/RPR ต่อไป ปีละครั้ง¹
- กรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ นัดตรวจเลือดด้วยวิธี VDRL/RPR เดือนที่ 3, 6, 9, 12 และ 24 หลังการรักษา⁴ (สำหรับที่กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นัดตรวจเลือดในเดือนที่ 1 และ 2 ด้วยเนื่องจากอาจมีการติดเชื้อใหม่/ซ้ำ จากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน และอัตราการรักษาล้มเหลวสูง และเพื่อเฝ้าระวังอาการของซิฟิลิสระบบประสาท)

5.2 ซิฟิลิสระยะหลัง (late syphilis)

กรณีรักษาด้วย benzathine penicillin เป็นการติดตามระหว่างการรักษาเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วย/ติดเชื้อโรคซิฟิลิสมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากต้องได้รับการฉีดยา Benzathine penicillin ทุก 7 วันรวม 3 ครั้ง หรืออย่างช้าที่สุดระหว่าง dose จะต้องห่างไม่เกิน 10-14 วัน⁴

ครั้งที่ 1 7 วันหลังจากวันที่ได้รับการรักษา เพื่อฉีดยา dose ที่ 2 สอบถามเรื่องการรักษา คู่เพศสัมพันธ์ ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ให้การปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และพึงผลการตรวจอื่น ๆ (ดูหมายเหตุหน้า 42) (ในกรณีที่ใช้ยาเกินเนื่องจากแพ้ penicillin เพื่อเหตุผลเดียวกัน)

ครั้งที่ 2 14 วันหลังจากวันที่ได้รับการรักษา เพื่อฉีดยา dose ที่ 3 สอบถามเรื่องการรักษา คู่เพศสัมพันธ์ ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ให้การปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (30วันในกรณีที่ใช้ยาเกินเพื่อเหตุผลเดียวกัน และตรวจสอบความครบถ้วนของการกินยา)

ครั้งที่ 3 3 เดือนหลังจากวันที่ได้รับการรักษา เพื่อดู titer ของ VDRL/RPR คุณลักษณะทางคลินิกและรอยโรค (ถ้ามี) สอบถามเรื่องการรักษา คู่เพศสัมพันธ์ ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ให้การปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ครั้งต่อไป เดือนที่ 6^{1,4}, 12^{1,4} และ 24^{1,4} หลังการรักษา เพื่อดู titer ของ VDRL/RPR ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ให้การปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยซิฟิลิสระบบประสาท หรือซิฟิลิสระบบหัวใจและหลอดเลือด ควรได้รับการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีตรวจเลือด VDRL/RPR ลักษณะทางคลินิกหรือน้ำไขสันหลัง โดยขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้รักษา³

- ผู้ป่วยซิฟิลิสระบบประสาท ถ้าการตรวจน้ำไขสันหลังก่อนการรักษาพบเซลล์เม็ดเลือดขาวจำนวนมากกว่าปกติ ควรตรวจน้ำไขสันหลังซ้ำทุก 6 เดือน หลังการรักษาจนกว่าจำนวนเซลล์เข้าสู่ปกติ ในการตรวจน้ำไขสันหลัง ควรตรวจ CSF VDRL และ CSF protein อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงของ CSF VDRL และ CSF protein มักเป็นไปอย่างช้าๆ และ หากยังคงผิดปกติอยู่มากไม่มีความสำคัญ การลดลงของจำนวนเม็ดเลือดขาวเป็นตัวบ่งชี้ที่ไวที่สุดในการวัด

ประสิทธิผลของการรักษา ถ้าจำนวนเม็ดเลือดขาวไม่ลดลง หลังจาก 6 เดือน หรือจำนวนเม็ดเลือดขาว หรือ protein ไม่สามารถเป็นปกติใน 2 ปีควรให้การรักษาซ้ำ²

- ในผู้ที่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ แนะนำให้ตรวจ VDRL/RPR ต่อไป ปีละครั้ง¹
- กรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย นัดตรวจเลือดด้วยวิธี VDRL/RPR เดือนที่ 3¹, 6, 12, 18 และ 24 หลังการรักษา^{2,4}

5.3 ซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis)

- early congenital syphilis ปฏิบัติเช่นเดียวกับ 5.1
- late congenital syphilis ปฏิบัติเช่นเดียวกับ 5.2

5.4 ซิฟิลิสในหญิงมีครรภ์

ให้ตรวจเลือดด้วยวิธี VDRL/RPR ตามคำแนะนำของสูติแพทย์

6. ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อื่น ๆ

ครั้งที่ 1 7 วัน หลังจากวันที่รับการรักษา¹

ครั้งที่ 2 3 เดือน หลังจากวันที่รับการรักษา^{1,4} พร้อมทั้งตรวจเลือดเพื่อค้นหาโรคซิฟิลิส¹ และแนะนำให้ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี^{1,4}

7. ผู้มารับบริการหญิงที่เป็นหูตอวัยะเพศ/ทวารหนัก (หูตงอนไก่) หรือเป็นผู้สัมผัสโรค ควรแนะนำตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ปีละครั้งหรือตามคำแนะนำแพทย์

หมายเหตุ

1. ตรวจครั้งที่ 1 หลังจากวันที่รับการรักษา เพื่อติดตามผลการรักษา ตรวจหาว่ามีการติดเชื้อซ้ำ/ใหม่ อาการ/รอยโรคหายไป ดีขึ้นหรือแย่ลง มีอาการหรือพบรอยโรคอื่นหรือไม่ สอบถามเรื่องการรักษาคู่เพศสัมพันธ์ ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ให้การปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และฟังผลการตรวจอื่นๆ เช่น ผลเลือดซิฟิลิส เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี ผลการเพาะเชื้อหนองใน หนองในเทียม เป็นต้น

2. ตรวจ 3 เดือน หลังจากวันที่รับการรักษา เพื่อตรวจหาการติดเชื้อซ้ำ/ใหม่ (อาจติดโรคจากคู่เพศสัมพันธ์ที่ยังไม่ได้รับการรักษา) สอบถามเรื่องการรักษาคู่เพศสัมพันธ์ ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ให้การปรึกษาต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเพื่อค้นหาโรคที่พบบ่อยที่ยังตรวจไม่พบเชื้อ (window period) แล้ว ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวีและโรคซิฟิลิส

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ.2549 ; 2549: 1-29.
2. Center of disease and prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment guidelines, 2010. MMWR ; 59 (RR-12) : 18-90
3. World health organization. guidelines for the management of sexually transmitted infections 2003. Switzerland : 2003 : 2-62
4. Center of disease control and prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment guidelines, 2006. MMWR ; 55 (RR-11) : 15-80
5. American Academy of Pediatrics. gonococcal Infections. In: Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, eds. Red Book 2009 Report of the Committee on Infectious Diseases. 28th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009: 305-13
6. Burapangkul C, Parnikabutra K, Mangkalaviraj C, Et al . Efficacy of various tetracyclines in the treatment of non-gonococcal urethritis.J Com Dis 1984 (Thai) ; 10 : 160-5
7. ชาญชัย อธิคมรังษฤษฎ์, อนุพงศ์ ชิตวารการ และ ผ่องพรรณ นันทาพิสุทธ์. การศึกษาประสิทธิภาพของ Roxithromycin ในการรักษาหนองในเทียมในผู้ป่วยชาย. วารสารสมาคมแพทย์ทางกายโรคแห่งประเทศไทย 2537; 11: 7-11
8. Charoenwatanachokchai A, Chitwarakorn A, Palanuvej T, et al. Azithromycin in nongonococcal urethritis. J Med Assoc Thai 1997; 80:440-5
9. Pregnancy safety index. In: MIMS Thailand 114 th edition 2009, pp. A1-A13.
10. Mokamukkul B, Ariyarat C, Buatiang A, et al. Efficacy of ofloxacin and erythromycin in the treatment of chancroid in men. J Thai Med Soc STD 1990 ; 7: 1-4
11. Traisupa A, Won, C, Tesavibul P. Efficacy and safety of a single dose therapy of a 500 mg ciprofloxacin tablet in chancroid patients.. Infection. 1988 ; 16 Suppl 1: S44-5
12. พญ. กาญจนา ปาณิกบุตร. ผู้เชี่ยวชาญกรมโรค อธิบดีผู้อำนวยการสถานกามโรคบางรัก. ข้อมูลจากการติดต่อส่วนตัว
13. อนุพงศ์ ชิตวารการ, อภิชาติ คิวยาธร, พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา, ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. คู่มือเวชปฏิบัติ: โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: พิมพ์ครั้งที่8. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; กันยายน 2539: 52
14. Tom W. and Friedlander. Poxvirus infection in: Wolff K, Goldsmith LA, Katz, SI, et al. editor, Fitzpatrick's. Dermatology in general medicine. 7th ed. New York: Mcgraw-Hill; 2008: 1911-13
15. กรมควบคุมโรค. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. ใน : แนวทางเวชปฏิบัติโรคติดต่อเล่มที่ 1 โรคติดต่อ. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มาสเตอร์พริ้นท์จำกัด; ธันวาคม 2544: 83-4.
16. สมยศ จารุวิจิตรรัตนา. ตำราโรคของหนังศีรษะและเส้นผม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. วชิรินทร์สาส์น รัชดา, 2541: 124-6

วิธีรักษาอาการแพ้ยาอย่างเฉียบพลัน (ANAPHYLAXIS)

อาการแพ้ยาอย่างเฉียบพลัน (anaphylaxis) จะสังเกตได้จากมีอาการของลมพิษ angioedema หายใจลำบาก หายใจขัดมีเสียง ความดันโลหิตต่ำ จาม มีน้ำมูก บวมรอบตา คั้น ฯลฯ ให้เริ่มการรักษาทันที

วิธีปฏิบัติ

1. ประเมินและแก้ไขเรื่องทางเดินหายใจ, การหายใจ, ระบบการไหลเวียนของโลหิต พร้อมกับการให้ยา

2. ให้ยา epinephrine (1:1000) 0.01 มิลลิลิตร(ml.)/กิโลกรัม(kg.) ขนาดยาที่ให้ ในผู้ใหญ่โดยทั่วไปคือ 0.3 - 0.5 ml. ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อยาครั้งแรก สามารถให้ซ้ำได้ทุก 5 -15 นาที

วิธีบริหารยา ปัจจุบันแนะนำวิธีที่ให้ผลการรักษาที่ดีที่สุด ให้ฉีด epinephrine เข้า กล้ามเนื้อบริเวณหน้าขา (anterolateral thigh) ซึ่งเป็นวิธีและตำแหน่งให้ยาที่ได้ระดับยาสูงกว่า และเร็วกว่าการฉีดใต้ผิวหนังและการฉีดที่แขน ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมาก หรือในผู้ที่มีความดันโลหิตต่ำมากและไม่ตอบสนองต่อการให้ยาเข้ากล้ามเนื้อ อาจจำเป็นต้องให้ยาทางหลอดเลือดดำ

กรณีที่ให้ยาทางหลอดเลือดดำ ขนาดยา epinephrine ในผู้ใหญ่คือ 1-4 ไมโครกรัม (μg ./นาที่) ในเด็ก คือ 0.1 μg /kg./นาที่

การเตรียมยา ในผู้ใหญ่ให้ใช้ epinephrine (1 : 1000) 1 ml. เจือจางด้วย 5% D/W 250 ml. จะได้ epinephrine 4 μg /ml. โดยให้ในอัตรา 15-60 ml./ชั่วโมง จะได้ ยา 1-4 μg /นาที่

3. diphenhydramine (benadryl) 1-2 mg./kg. ขนาดสูงสุดสำหรับเด็กคือ 25 mg. ในผู้ใหญ่ 50 mg. โดยให้ทุก 6 ชั่วโมง ยาอื่นที่ใช้ทดแทนได้คือ chlorpheniramine หรือ hydroxyzine

4. corticosteroid ถึงแม้จะยังไม่มีการศึกษาแบบ placebo-controlled trial เกี่ยวกับ ประสิทธิภาพในการรักษาภาวะ anaphylaxis แต่มีการให้ corticosteroid ในโรคมภูมิแพ้รุนแรง ชนิดอื่น ยานี้อาจมีประโยชน์ในการลด late phase reaction ดังนั้นในทางปฏิบัติจึงเป็นที่ยอมรับทั่วกันที่จะให้ corticosteroid ในภาวะ anaphylaxis รุนแรง แต่อย่างไรก็ตามเนื่องด้วยยานี้ออกฤทธิ์ช้า คือใช้ระยะเวลา 4-6 ชั่วโมง จึงไม่ใช่เป็นยาตัวแรกและตัวเดียวที่รักษาอาการแพ้ชนิดรุนแรงในระยะเฉียบพลัน

ขนาดยา

- dexamethasone 0.5-1 mg./kg./วัน โดยให้ทุก 6 ชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำหรือกล้ามเนื้อ
- prednisolone 0.5-1 mg./kg./วัน โดยการกิน ขนาดสูงสุด 50 มก.ในผู้ป่วยที่มีอาการไม่มาก
- hydrocortisone 4-8 mg./kg./วัน โดยให้ทุก 6 ชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำหรือกล้ามเนื้อ

5. ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีอาการไอ หอบ จากการหดเกร็งของหลอดลม ภายหลังจากได้รับยา epinephrine ควรให้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่นละอองฝอย โดยอาจให้ salbutamol เพียงตัวเดียวหรือให้ร่วมกับ ipratropium bromide

6. การรักษาประคับประคองอื่นๆ ได้แก่

1. การให้ออกซิเจน เพื่อแก้ไขภาวะขาดออกซิเจน พร้อมทั้งแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรด ซึ่งเป็นเหตุให้ยาที่ใช้ในการรักษา anaphylaxis ออกฤทธิ์ได้ไม่ดี

2. การให้สารน้ำ ขณะที่เกิด anaphylaxis รุนแรง ผนังหลอดเลือดจะมีการเพิ่มการซึมผ่าน (permeability) ต่อสารน้ำได้อย่างมาก ทำให้มีการรั่วซึมของสารน้ำออกนอกเส้นเลือดได้มากถึงร้อยละ 50 ของสารน้ำทั้งหมดในหลอดเลือดภายในเวลา 10 นาที

ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำ หลังจากให้ epinephrine แล้วต้องรีบให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทันที ชนิดของสารน้ำที่ควรเป็น crystalloid เช่น น้ำเกลือออร์มัล เป็นต้น โดยให้ในอัตรา 5 -10 ml./kg. ภายใน 5 นาที โดยปรับอัตราความเร็วของการให้ตามความดันโลหิต ระวังการให้สารน้ำเร็วๆ ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายหรือไตวาย

3. vasopressor agents เช่น dopamine ให้ขนาด 2-20 µg /kg./นาที รักษาระดับความดันโลหิตให้สูงกว่า 90 mmHg

หมายเหตุ

ถ้าผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นหลังจากรักษาตามขั้นตอนแล้ว ให้ส่งต่อโรงพยาบาล ระหว่างที่แก้ไขอาการแพทย์ให้เฝ้าดูผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตรวจสอบการหายใจ ซีฟจร และวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ จนกว่าผู้ป่วยจะปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง (Clinical practice guidelines for anaphylaxis) โดยคณะกรรมการเพื่อการรักษาและป้องกันการแพ้ชนิดรุนแรงแห่งประเทศไทย preliminary version โดย สมาคมโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยาแห่งประเทศไทย available from :

<http://www.allergythai.org/modules/Anaphylaxis/CPG070911full.pdf> (Accessed January 03, 2011)

ภาคผนวก

ความไวและความจำเพาะของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อวินิจฉัยโรคซิฟิลิสและโรคหนองใน

ตารางเปรียบเทียบความไวและความจำเพาะในการทดสอบโรคซิฟิลิส ด้วยวิธีต่าง ๆ

| test | percentage of sensitivity by stage of untreated syphilis | | | | specificity |
|---------|--|-----------|----------------|---------------|----------------|
| | primary | secondary | latent | late | |
| VDRL | 78 (74-87) | 100 | 96 (88-100) | 71 (34-94) | 98 (96-99) |
| RPR | 86 (77-99) | 100 | 98 (95-100) | 73 | 98 (93-99) |
| FTA-ABS | 84 (70-100) | 100 | 100 | 96 | 97 (84-100) |
| TPHA | 88 (86-100) | 100 | 100 | - | 96 (95-100) |

วิธีการย้อมสีแกรมกับวิธีเพาะเชื้อในการวินิจฉัยโรคหนองใน

| วิธีการ ทดสอบ | ในชายเก็บจากท่อปัสสาวะ (urethra) | | ในหญิงเก็บจากปากมดลูก (cervix) | |
|------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| | ความไว (sensitivity) | ความจำเพาะ (specificity) | ความไว (sensitivity) | ความจำเพาะ (specificity) |
| Gram's stain | 95.9 | 99.5 | 62 | 99.8 |
| culture | 97.4 | 100 | 94.4 | 100 |

ข้อมูลจากกลุ่มงานพัฒนาเทคโนโลยี กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ A manual of test for Syphilis, America Public health Association 9th edition

FDA PREGNANCY CATEGORIES

การจัดกลุ่มยาตามการแบ่ง US FDA แบ่งเป็น 5 ประเภท คือ category A, B, C, D และ X

category A

จากการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุมในมนุษย์ พบว่า ยาที่จัดอยู่ใน category A ไม่มีความเสี่ยงในการก่อให้เกิดความผิดปกติต่อทารกในครรภ์เมื่อใช้ในช่วงไตรมาสแรก และไม่มีหลักฐานทางวิชาการที่แสดงให้เห็นว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์ เมื่อใช้ในช่วงไตรมาสที่ 2 และ 3

category B

จากการศึกษาในสัตว์ พบว่า ยาที่จัดอยู่ใน category B ไม่มีความเสี่ยงในการทำให้เกิดความผิดปกติของตัวอ่อนในครรภ์ แต่ไม่มีรายงานการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุมในมนุษย์ หรือจากการศึกษาในสัตว์ พบว่ายาที่จัดอยู่ใน category B มีความเสี่ยงในการทำให้เกิดความผิดปกติของตัวอ่อนในครรภ์ แต่ไม่พบผลดังกล่าว จากการศึกษาระบบ มีกลุ่มควบคุมในมนุษย์ ในช่วงไตรมาสแรก และไม่มีหลักฐานทางวิชาการที่แสดงให้เห็นว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์ เมื่อใช้ในช่วงไตรมาสที่ 2 และ 3

category C

จากการศึกษาในสัตว์ พบว่า ยาที่จัดอยู่ใน category C ทำให้เกิดความผิดปกติของตัวอ่อนในครรภ์ แต่ไม่มีรายงานการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุมในมนุษย์ หรือไม่มีรายงานการศึกษาในมนุษย์และสัตว์ ถึงผลของตัวอ่อนหรือทารกในครรภ์ ดังนั้น ยาที่จัดอยู่ใน category C ควรใช้เมื่อมีการประเมินแล้วว่า จะเกิดประโยชน์มากกว่าความเสี่ยงในการทำให้เกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์

category D

มีหลักฐานทางวิชาการที่แสดงให้เห็นว่า ยาที่จัดอยู่ใน category D มีความเสี่ยงในการก่อให้เกิดความผิดปกติต่อทารกในครรภ์ อย่างไรก็ตามการเลือกใช้ยาในกลุ่มนี้อาจสามารถทำได้ หากพิจารณาแล้วเห็นว่าจะเกิดประโยชน์มากกว่าความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์ เช่น การใช้ยาเพื่อรักษาชีวิต หรือการใช้ยาในการรักษาโรคที่รุนแรง ซึ่งไม่สามารถใช้ยาที่ปลอดภัยกว่าได้ หรือใช้ยาที่ปลอดภัยกว่าแล้วไม่ได้ผลการรักษา

category X

จากการศึกษาในสัตว์หรือมนุษย์ พบว่า ยาที่จัดอยู่ใน category X ทำให้เกิดความผิดปกติของตัวอ่อนหรือทารกในครรภ์ และ/หรือ จากประสบการณ์การใช้ยาในมนุษย์ พบว่าการใช้ยาในกลุ่มนี้ ทำให้เกิดความผิดปกติต่อทารกในครรภ์ และความเสี่ยงในการทำให้เกิดความผิดปกติดังกล่าว มีมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้ยา ดังนั้น ยาที่จัดอยู่ใน category X จึงจัดเป็นยาห้ามใช้หญิงมีครรภ์ หรือในหญิงที่อาจจะตั้งครรภ์

FDA PREGNANCY CATEGORIES

| generic | route of administration (ROA) | pregnancy category |
|--------------------------------------|-------------------------------|--|
| acyclovir | PO | B |
| | parenteral | B |
| | topical | B |
| azithromycin | PO | B |
| benzathine penicillin G | parenteral | B |
| cefixime | PO | B |
| ceftriaxone | parenteral | B |
| ciprofloxacin | PO | C |
| clindamycin | PO | B |
| clotrimazole | topical | B |
| | vaginal | B |
| doxycycline | PO | D |
| erythromycin | PO | B |
| eamciclovir | PO | B |
| elucanazole | PO | C |
| gamma Benzene hexachloride (Lindane) | topical | C |
| imiquimod | topical | B |
| itraconazole | PO | C |
| ketoconazole | PO | C |
| metronidazole | PO | B |
| ofloxacin | PO | C ; caution especially in 1st trimester |

| generic | route of administration (ROA) | pregnancy category |
|--|-------------------------------|--------------------|
| sulfamethoxazole-trimethoprim (cotrimoxazole) | PO | C. |
| tetracycline | PO | D |
| tinidazole | PO | C |
| triamcinolone | topical | C |
| valacyclovir | PO | B |

เอกสารอ้างอิง

1. Pregnancy safety index. ใน MIMS Thailand 114th edition 2009, pp. A1-A13.
2. เอกสารกำกับยา

ข้อแนะนำเกี่ยวกับยารักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

| ยา | ทำปฏิกิริยากับ | ผลที่เกิดขึ้น | ข้อแนะนำ |
|---------------|---|--|--|
| azithromycin | - ยาลดกรดที่มีอะลูมิเนียมและแมกนีเซียม | - ระดับazithromycin ในเลือดต่ำลง | ควรให้ azithromycin ขณะท้องว่าง * และก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง (* หมายถึง ไม่รับประทานสิ่งใดเลย ยกเว้นน้ำเปล่านาน 2 ชั่วโมง) |
| | - อาหาร | - bioavailability ของยาลดลงประมาณ 50% | |
| cefixime | - warfarin | - warfarin มีฤทธิ์เพิ่มขึ้น | หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน |
| ciprofloxacin | - แคลเซียม แมกนีเซียม อะลูมิเนียม เหล็ก หรือสังกะสี ที่อยู่ในรูปของยาหรือสารอาหาร เช่น didanosine, sucralfate, ยาลดกรด ยาบำรุงเลือด ผลิตภัณฑ์นม เป็นต้น | - ciprofloxacin ถูกดูดซึมน้อยลง ทำให้ผลการยับยั้งเชื้อลดลง | หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกันหรือในกรณีที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยง ให้กิน ciprofloxacin ก่อนยาดังกล่าวอย่างน้อย 2 ชั่วโมง |
| clindamycin | - aluminium salts | - ระยะเวลาการดูดซึมของ clindamycin นานขึ้น | ควรให้ aluminium salts ก่อนให้ clindamycin อย่างน้อย 2 ชั่วโมง |
| | - chloramphenicol และ macrolides | - clindamycin ต้านฤทธิ์ chloramphenicol และ macrolides | หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน |
| doxycycline | - แอลกอฮอล์ | - doxycycline ถูกขับออกมากขึ้น | ควรงดหรือหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ |
| | - barbiturates, carbamazepine | - ระดับdoxycycline ในเลือดลดลง | เพิ่มขนาด doxycycline หรือพิจารณาใช้ tetracycline แทน |
| | - phenytoin | - half-life ของ doxycycline ลดลง | ให้ doxycycline 2 เท่าของขนาดปกติ เพื่อให้เกิดผลในการรักษา |

ข้อแนะนำเกี่ยวกับยารักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

| ยา | ทำปฏิกริยากับ | ผลที่เกิดขึ้น | ข้อแนะนำ |
|-------------------|---------------------------|---|---|
| doxycycline (ต่อ) | - digoxin | - digoxin ในเลือดอาจสูงมากจนเกิดพิษได้ | ตรวจวัดระดับ digoxin ในเลือดและสังเกตอาการพิษของ digoxin |
| | - penicillins | - ฤทธิ์ของ penicillins ลดลง | หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน |
| erythromycin | - benzodiazepines | - benzodiazepines มีฤทธิ์เพิ่มขึ้นและนานขึ้น | ควรลดขนาดของ benzodiazepines |
| | - carbamazepine | - carbamazepine ในเลือดอาจสูงมากจนเกิดพิษได้ | ติดตามการใช้ยาและปรับขนาด carbamazepine ให้เหมาะสม |
| | - cisapride | - อาจเกิด cardiotoxicity | ห้ามใช้ยานี้ร่วมกัน |
| | - digoxin | - digoxin ในเลือดอาจสูงมากจนเกิดพิษได้ | ตรวจวัดระดับยา digoxin ในเลือดและสังเกตอาการพิษของ digoxin |
| | - theophylline | - ระดับ theophylline เพิ่มขึ้นจนอาจเกิดพิษได้ | ตรวจวัดระดับยาและปรับขนาดยา theophylline ให้เหมาะสม |
| | - ergotamine และอนุพันธ์ | - ระดับ ergotamine ในเลือดสูงขึ้น จนอาจเกิดพิษของยาทำให้เกิดการขาดเลือด | ห้ามใช้ยานี้ร่วมกัน |
| | - อาหาร | - ผลการยับยั้งเชื้อโรคลดลง | ให้ยาก่อนอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หรือ หลังอาหาร 2 ชั่วโมง แต่ผู้ป่วยอาจเกิดกระเพาะอักเสบ |
| fluconazole | - rifampicin , cimetidine | - ระดับยา fluconazole ในเลือดลดลง | หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน |

ข้อแนะนำเกี่ยวกับยารักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

| ยา | ทำปฏิกิริยากับ | ผลที่เกิดขึ้น | ข้อแนะนำ |
|--------------|---|--|---|
| itraconazole | ยาที่มีผลต่อการเมตาบอลิซึมของยา itraconazole เช่น rifampicin เป็นต้น | - ประสิทธิภาพของ itraconazole ลดลง | หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน |
| | itraconazole มีผลต่อการเมตาบอลิซึมของยาอื่น เช่น - cisapride - sulfonylurea - benzodiazepines - simvastatin, ovastatin - protease inhibitors เช่น ritonavir, indinavir, saquinavir เป็นต้น | - itraconazole จะเพิ่มฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง | หลีกเลี่ยงหรือห้ามใช้ยาร่วมกัน ในขณะที่ให้ยา itraconazole หรือตรวจวัดระดับยาในเลือดและติดตามผลการรักษาและอาการข้างเคียง ถ้าจำเป็นต้องปรับลดขนาดยาให้เหมาะสม |
| | อื่น ๆ เช่น antacids, histamine H2 antagonists เป็นต้น | - ประสิทธิภาพของ itraconazole ลดลง | ให้ยา antacids หลังจาก itraconazole อย่างน้อย 2 ชม. |
| | - อาหาร | - ระดับยา itraconazole ในเลือดเพิ่มขึ้น | ให้กินยา itraconazole หลังอาหารทันที เพื่อให้การดูดซึมยาได้ดีขึ้น |
| ketoconazole | - cisapride | - อาจเกิด cardiotoxicity | ห้ามใช้ยาร่วมกัน |
| | - antacids, histamine H2 antagonists | - ประสิทธิภาพของ ketoconazole ลดลง | ให้ยา antacids หลังจาก ketoconazole อย่างน้อย 2 ชั่วโมง |
| | - rifampicin | - ประสิทธิภาพของ ketoconazole ลดลง | หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน |
| | - อาหาร | - ระดับยา ketoconazole ในเลือดเพิ่มขึ้น | ให้กินยา ketoconazole หลังอาหารทันที เพื่อให้การดูดซึมยาได้ดีขึ้น |

ข้อแนะนำเกี่ยวกับยารักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

| ยา | ทำปฏิกิริยากับ | ผลที่เกิดขึ้น | ข้อแนะนำ |
|----------------------------|---|---|---|
| gamma benzene hexachloride | - cream, oil, ointment | - เพิ่มการดูดซึมของ gamma benzene hexachloride เข้าสู่ร่างกายเพิ่มขึ้น | หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน |
| metronidazole | - disulfiram | - ทำให้เกิดภาวะจิตใจสับสน หรืออาการทางจิตอย่างเฉียบพลัน | หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน |
| | - แอลกอฮอล์ | - เกิด disulfiram-like reaction | ห้ามดื่มสุราและของมีแอลกอฮอล์ระหว่างการรักษา |
| | - phenobarbitone | - metronidazole ใช้ไม่ได้ผล | ติดตามผลการรักษาของ metronidazole หรือเพิ่มขนาดยา |
| ofloxacin | - แคลเซียม แมกนีเซียม อลูมิเนียม เหล็ก หรือสังกะสี ที่อยู่ในรูปของยา หรือสารอาหาร เช่น didanosine, sucralfate, ยาลดกรด ยาบำรุงเลือด ผลิตภัณฑ์นม เป็นต้น | - ofloxacin ถูกดูดซึมน้อยลงทำให้ผลการยับยั้งเชื้อลดลง | หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน หรือในกรณีที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยง ให้กินยา ofloxacin ก่อนยาดังกล่าวอย่างน้อย 2 ชั่วโมง |
| roxithromycin | - ergotamine และอนุพันธ์ | - ระดับ ergotamine ในเลือดสูงขึ้นจนอาจเกิดพิษของยา ทำให้เกิดการขาดเลือด | ห้ามใช้ยาร่วมกัน |
| | - อาหาร | - bioavailability และระดับยาลดลง | ควรให้ยานี้ก่อนอาหาร 15 นาที |


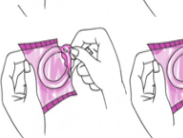





ข้อแนะนำเกี่ยวกับยารักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

| ยา | ทำปฏิกิริยากับ | ผลที่เกิดขึ้น | ข้อแนะนำ |
|--------------|---|---|--|
| tetracycline | - digoxin | - digoxin ในเลือดอาจสูงมากจนเกิดพิษได้ | ตรวจวัดระดับยา digoxin ในเลือดและสังเกตอาการพิษของ digoxin |
| | - penicillins | - ฤทธิ์ของ penicillins ลดลง | หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน |
| | - isotretinoin | - ความดันในสมองสูงขึ้น | ห้ามใช้ยาร่วมกัน |
| | - oral contraceptives | - ประสิทธิภาพของยาคุมกำเนิดลดลง | ควรใช้วิธีการคุมกำเนิดอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น |
| | - แคลเซียม แมกนีเซียม อะลูมิเนียม เหล็ก หรือสังกะสี ที่อยู่ในรูปของยาหรือสารอาหาร เช่น ยาลดกรด ยาบำรุงเลือด ผลิตภัณฑ์นม เป็นต้น | - tetracycline ถูกดูดซึมน้อยลง ทำให้ผลการยับยั้งเชื้อลดลง | หลีกเลี่ยงการให้ยาร่วมกัน หรือให้ห่างกัน 3-4 ชั่วโมง |
| | - อาหาร | - tetracycline ถูกดูดซึมน้อยลง ทำให้ผลการยับยั้งเชื้อลดลง | ให้ยา tetracycline ก่อนอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมงหรือ หลังอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง แต่อาจเกิดระคายเคืองอาหารอีกเสบ |
| tinidazole | - แอลกอฮอล์ | - เกิด disulfiram-like reaction | ห้ามดื่มสุราและของมีนเมาระหว่างการรักษา |

เอกสารอ้างอิง

1. คณะทำงานพัฒนางานบริการเภสัชกรรม ใน คณะกรรมการพัฒนาสายงานวิชาการเภสัชกรรม. Drug Interaction, สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ มหานคร, 2541, หน้า 56-381.
2. นงลักษณ์ สุวาณิชย์ศิลป์. Lincosamides : Lincomycin และ Clindamycin. ใน หนังสือตำราเภสัชวิทยา เล่ม 2 (อินซา อุทัยพันธ์ และ นงลักษณ์ สุวาณิชย์ศิลป์ บรรณาธิการ), ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร, 2543, หน้า 133-137.
3. สุวิมล ยี่ภู่. การใช้ยาในสตรีมีครรภ์ : ธิดา นิงสานนท์ ปรีชา มณฑกานติกุล สุวัฒนา จุฬารัตนพัฒน์, บรรณาธิการ, คู่มือการใช้ยาสำหรับบุคลากรสาธารณสุข, กรุงเทพมหานคร: ประชาชน จำกัด, 2545: 77-96.
4. เอกสารกำกับยา
5. Pregnancy safety index. ใน MIMS Thailand 114 th edition 2009, pp. A1-A13.

วิธีใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง

| | |
|---|--|
|  | <p>1. ตรวจสอบคุณภาพของที่บรรจุถุงยางอนามัย ต้องไม่มีรอยฉีกขาด ซ้ำรูป ไม่มีสารหล่อลื่นไหลเยิ้ม และตรวจสอบวัน เดือน ปี ว่ายังไม่หมดอายุ ถ้าไม่ระบุวันหมดอายุ ให้บวกจาก วัน เดือน ปี ที่ผลิตไม่เกิน 5 ปี</p> |
|  | <p>2. ใช้นิ้วไล่ขอบถุงยางอนามัย ให้พื้นบริเวณที่จะฉีก</p> <p>3. ฉีกซองอย่างระมัดระวัง อย่าให้ถุงยางสัมผัสกับเล็บหรือเครื่องประดับที่มีคม</p> |
|  | <p>4. รูดถุงยางอนามัยลงมาแล้วก็น้อยและตรวจสอบให้รอยม้วนอยู่ด้านนอก</p> |
|  | <p>5. สวมถุงยางอนามัยขณะที่อวัยวะเพศแข็งตัว โดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้บีบกระเปาะถุงยางอนามัยเพื่อไล่ลมก่อนใส่ หากปล่อยให้มลมอยู่ข้างในจะทำให้ถุงยางอนามัยแตกขณะร่วมเพศ</p> |
|  | <p>6. รูดถุงยางอนามัยให้สุดโคนอวัยวะเพศ</p> <p>7. หลังเสร็จกิจให้จับขอบถุงยางอนามัยบริเวณโคนอวัยวะเพศ เพื่อกันน้ำอสุจิไม่ให้ไหลออกมา พร้อมทั้งถอนตัวออกจากคู่นอน ก่อนที่อวัยวะเพศชายจะอ่อนตัว</p> <p>8. ตรวจสอบถุงยางอนามัยว่ามี แตก รั่ว หรือหลุด หรือไม่</p> |
|  | <p>9. ถอดถุงยางอนามัยโดยใช้กระดาษชำระพันรอบขอบถุงยางอนามัย จับบริเวณกระดาษชำระแล้วรูดออก กรณีไม่มีกระดาษชำระให้ใช้นิ้วชี้สอดเข้าไปด้านในถุงยางอนามัยขณะที่อวัยวะเพศอ่อนตัวลงเล็กน้อยแล้วรูดออก</p> |
|  | <p>10. ทิ้งถุงยางอนามัยด้วยกระดาษแล้วทิ้งในถังขยะที่มีฝาปิด ไม่ควรทิ้งลงชักโครก</p> |

ข้อควรระวังเกี่ยวกับถุงยางอนามัย

- เลือกถุงยางอนามัยให้เหมาะสมกับขนาดอวัยวะเพศชาย (ถุงยางอนามัยใหญ่เกินไป หลวมหลุดง่าย/ถุงยางอนามัยเล็กเกินไป ทำให้แตก ฉีกขาดง่าย)
- ควรใช้ถุงยางอนามัยที่ผ่านการรับรองคุณภาพโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)
- เลือกซื้อจากร้านที่เก็บถุงยางอนามัยไว้ในที่เย็น ไม่ถูกแสงแดด หรืออยู่ในที่ที่มีอุณหภูมิสูงเนื่องจากจะทำให้ถุงยางอนามัยเสื่อมคุณภาพ
- ควรพกถุงยางอนามัยหลายชิ้น (ถ้าเป็นพนักงานบริการควรพกหลายขนาด) ให้เพียงพอและเหมาะสมกับการใช้
- ไม่เก็บถุงยางอนามัยในที่ที่ถูแสงแดด หรืออยู่ในที่ที่มีอุณหภูมิสูง เช่น ในรถ หรือมีการกดทับ หรือใส่รวมกับของอื่น เช่น กระเป๋ากางเกง เพราะจะทำให้คุณภาพถุงยางอนามัยเสื่อมคุณภาพ

ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับถุงยางอนามัย

ผู้ชายบางคนมีความเข้าใจผิดในการใช้ถุงยางอนามัยโดยเข้าใจว่าการติดโรคหรือตั้งครรภ์จะเกิดต่อเมื่อมีการหลั่งน้ำอสุจิ ดังนั้นจึงสวมถุงยางอนามัยเมื่อใกล้จะหลั่งน้ำอสุจิซึ่งเป็นการเชื่อที่ผิดเนื่องจากโรคสามารถติดต่อได้ทันทีเมื่อสอดใส่โดยไม่สวมถุงยางอนามัย รวมทั้งน้ำอสุจิอาจจะเล็ดลอดออกมาบางส่วนก่อนการหลั่ง ทำให้ตั้งครรภ์ได้

เทคนิคการใช้สารหล่อลื่น

- ใช้สารหล่อลื่นชนิดที่มีน้ำหรือซิลิโคนเป็นส่วนผสมเท่านั้น เช่น กลีเซอริน เค-วายเจลลี่ เท่านั้น เป็นต้น
- อาจหยดสารหล่อลื่นเล็กน้อยลงในกระเปาะถุงยางอนามัย เพื่อช่วยลดการเสียดสีของถุงยางอนามัยกับปลายอวัยวะเพศ
- อาจใช้สารหล่อลื่นหยดด้านนอกถุงยางอนามัย 1-2 หยด ทำให้ทั่วเพื่อลดการเสียดสีความผิด กับช่องคลอด หากร่วมเพศทางทวารหนักควรเพิ่มปริมาณสารหล่อลื่น เพื่อป้องกันการแตกของถุงยางอนามัย
- หากร่วมเพศทางทวารหนักควรเพิ่มปริมาณสารหล่อลื่น เพื่อป้องกันการแตกของถุงยางอนามัย

แนวทางการติดตามผู้ป่วย / ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มารับการตรวจภายหลังการรักษา

| โรค | ระยะเวลาในการนัดตรวจซ้ำ | | | | | คำแนะนำ |
|--|--------------------------------------|--|--|---|-----------------------|--|
| | ครั้งที่ 1 | ครั้งที่ 2 | ครั้งที่ 3 | ครั้งที่ 4 | ครั้งที่ 5 | |
| หนองในชนิดไม่มี ภาวะแทรกซ้อน | 7 วัน ¹ | 3 ด. ^{1-2,4} Repeat HIV VDRL /RPR | - | - | - | ในกรณีที่ไมมาติดตามใน 3 เดือน หากมารับบริการอีก ภายในหนึ่งปี ให้ตรวจหาโรค หนองใน และซิฟิลิสซ้ำ เนื่องจากมีโอกาสติดเชื้อซ้ำสูง |
| หนองในเทียม | 14 วัน ¹ | 1 ด. ¹ | 3 ด. ^{1-2,4} Repeat HIV VDRL /RPR | - | - | |
| แผลริมอ่อน เริ่ม และแผลอวัยวะเพศ อื่นๆ | 7 วัน ¹ | 3 ด. ^{1-2,4} Repeat HIV VDRL /RPR | - | - | - | |
| กามโรคของต่อม และท่อน้ำเหลือง | 21 วัน ¹ | 3 ด. ^{1-2,4} Repeat HIV VDRL /RPR | - | - | - | |
| ซิฟิลิสระยะแรก * | 7 วัน | 3 ด. Repeat HIV VDRL /RPR | 6 ด. ¹⁻⁴ | 12 ด. ¹⁻⁴ Repeat HIV VDRL /RPR | 24 ด. ¹ | กรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ร่วมด้วย ควรศึกษา หลักเกณฑ์การติดตามจาก หลักเกณฑ์ในการติดตาม ผู้ป่วย/ติดเชื่อมารับการตรวจ ภายหลังการรักษา จาก หนังสือแนวทางการรักษา โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| ซิฟิลิสระยะหลัง * | 7 วัน ฉีดยา dose ที่2 | 14 วัน ฉีดยา dose ที่3 | 3 ด. Repeat HIV VDRL /RPR | 6 ด. VDRL/RPR | 12 ด. VDRL/ RPR | |
| ซิฟิลิสระบบ ประสาท* | 3 เดือน Repeat HIV VDRL/RPR | 6 เดือน ¹⁻⁴ Repeat LP VDRL/RPR | 12 เดือน ¹⁻⁴ Repeat LP** VDRL/RPR | 24 เดือน ¹⁻⁴ Repeat LP** VDRL/RPR | | |
| หูต้อวัยวะเพศ หูด หงอนไก่ | 7 วัน | 3 ด. Repeat HIV VDRL /RPR | | | | |

หมายเหตุ : 1) ครั้งที่ 0 คือครั้งแรกที่ตรวจพบอาการ /ได้รับการวินิจฉัยและให้การรักษา ตรวจเลือดครั้งแรก
ไม่ได้เขียนไว้ในตารางนี้

2) LP = lumbar puncture (ตรวจน้ำไขสันหลัง)

3) repeat = ตรวจซ้ำ

4) * ในผู้ที่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ แนะนำให้ตรวจ VDRL/RPR ต่อไป ปีละครั้ง

5) ** ถ้าการตรวจครั้งก่อนยังพบผิดปกติ

คณะกรรมการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ.2553

| | | |
|----------------------------------|---|----------------------|
| 1. นพ.ชวลิต มังคละวิรัช | ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค | ที่ปรึกษา |
| 2. นพ.อนุพงศ์ ชิตวารการ | ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค | ที่ปรึกษา |
| 3. นพ.สมบัติ แทนประเสริฐสุข | องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย | ที่ปรึกษา |
| 4. พญ.พัชรา ศิริวงศ์รังสรรค์ | ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) | ที่ปรึกษา |
| 5. พญ.อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย | หัวหน้ากลุ่มโรคโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอวพ. | ประธาน คณะกรรมการ |
| 6. ผศ.พญ.ศศิโสภณ เกียรติบุญกุล | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล | คณะกรรมการ |
| 7. พญ.ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวณิช | สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ | คณะกรรมการ |
| 8. ศ.นพ.อนุวัตร รุ่งพิสุทธิพงษ์ | คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล | คณะกรรมการ |
| 9. รศ.นพ.วีระพล จันท์ดียิ่ง | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ | คณะกรรมการ |
| 10. รศ.นพ.อรรถนพ ใจสำราญ | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย | คณะกรรมการ |
| 11. นพ.ชนเมธ เตชะแสนศิริ | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล | คณะกรรมการ |
| 12. พล.อ.ต.นพ.วีระ สุรเศรษฐวงศ์ | หน่วยมะเร็ง กองสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลภูมิพล | คณะกรรมการ |
| 13. ผศ.ดร.ปราณี ลิ้นะชัย | คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | คณะกรรมการ |
| 14. นพ.เกรียงศักดิ์ จิตวัชรนันท์ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ กรมควบคุมโรค | คณะกรรมการ |
| 15. นพ.สุรเชษฐ์ อรุโณทอง | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ กรมควบคุมโรค | คณะกรรมการ |

คณะกรรมการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ.2553

| | | |
|--------------------------------|---|--------------------------------|
| 16. นพ.นพดล ไพบูลย์สิน | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา กรมควบคุมโรค | คณะกรรมการ |
| 17. นพ.นิสิต คงกรีกเกียรติ | กลุ่มโรคโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอวพ.คณะกรรมการ | คณะกรรมการ |
| 18. พญ.จิตจรดา อุทัยพิบูลย์ | ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐฯ ด้านสาธารณสุข (TUC) | คณะกรรมการ |
| 19. พญ.เอกจิตรา สุขกุล | ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐฯ ด้านสาธารณสุข (TUC) | คณะกรรมการ |
| 20. นางชลลดา นันทวิสัย | ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐฯ ด้านสาธารณสุข (TUC) | คณะกรรมการ |
| 21. นพ.พสุวัฒน์ คงศิลา | วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล | คณะกรรมการ |
| 22. นางทรงคุณ สุนันท์ลีกันนท์ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร กรมควบคุมโรค | คณะกรรมการ |
| 23. นางวาสนา เสถียรธรรมวิทย์ | คลินิกนิรนาม สภากาชาดไทย | คณะกรรมการ |
| 24. นางพรรณมา ทิมทรัพย์ | กลุ่มโรคโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอวพ. | คณะกรรมการ |
| 25. นางวิภาดา มหรัตน์โรจน์ | กลุ่มโรคโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอวพ. | คณะกรรมการ |
| 26. นางจิราภรณ์ ยาชมภู | กลุ่มโรคโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอวพ. | คณะกรรมการ |
| 27. น.ส.จันทนา ชูเกียรติศิริ | กลุ่มโรคโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอวพ. | คณะกรรมการ |
| 28. น.ส.ฉวีวรรณ คล้ายนาค | กลุ่มโรคโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอวพ. | คณะกรรมการ |
| 29. น.ส.นฤมล เย็นยาชั้น | กลุ่มโรคโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอวพ. | คณะกรรมการ |
| 30. นายสมชาย ฟองหิรัญรัตน์ | กลุ่มโรคโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอวพ. | คณะกรรมการ |
| 31. นางทำเนียบ สักวาลประกายแสง | กลุ่มโรคโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอวพ. | คณะกรรมการ |
| 32. นางสมบัติ ศรีวิจนะ | กลุ่มโรคโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอวพ. | คณะกรรมการ |
| 33. นางนภาพร วิบูลยานนท์ | กลุ่มโรคโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอวพ. | คณะกรรมการ และเลขานุการ |
| 34. น.ส.ปริศนา บัวสกุล | กลุ่มโรคโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอวพ. | คณะกรรมการ และ ผช.เลขานุการ |

