

Scabies at Skin Clinic of Phrapradaeng Hospital

Choovat Tantikosol MD,
Suntorn Jaruchanapongtorn MD.

ABSTRACT:

TANTIKOSOL C, JARUCHANAPONGTORN S. SCABIES AT SKIN CLINIC OF PHRAPRADAENG HOSPITAL. THAI J DERMATOL 2002; 18: 43-53.

UNIT OF DERMATOLOGY , PHRAPRADEANG HOSPITAL, THAILAND.

A study of 126 patients with scabies at skin clinic, Phrapradaeng hospital from March 2001 to July 2001 was undertaken. The average rate was 25.5 patients per month. Eighty – six patients were in the paediatric age group (0-14 years old) , and 40 were adults (15-65 years old). Fifty – eight percent of the patients were male and 42% were female. The peak incidence occurred in children between 0-9 years of age (58.8 %). The majority of the patients (67.5 %) were found in Samutprakarn province. Pruritic papules (96.1%) were the most common signs. The most common infested site was the finger web, followed by the wrist, abdomen, elbow, axillae and genitalia. Prisoners (69.1%) were the main source of scabies. Both lindane and benzyl benzoate were prescribed for treatments.

Key Words : Scabies , lindane , benzyl benzoate

บทคัดย่อ:

ชวัตร์ ตันติโกศล สุนทร จารุชนะพงศ์ธร หิดในผู้ป่วยหน่วยโรคผิวหนัง โรงพยาบาลพระประแดง วารสารโรคผิวหนัง 2545; 18: 43-53.

หน่วยโรคผิวหนัง โรงพยาบาลพระประแดง

การศึกษานี้เป็นการรายงานผู้ป่วยที่เป็นโรคหิด 126 ราย ที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยโรคผิวหนังโรงพยาบาลพระประแดง ตั้งแต่ มีนาคม พ.ศ. 2544 – กรกฎาคม พ.ศ. 2544 ผู้ป่วยเฉลี่ยเดือนละ 25.5 ราย พบผู้ป่วยที่เป็นเด็ก (0-14 ปี) 86 ราย เป็นผู้ใหญ่ (15-65 ปี) 40 ราย แบ่ง เป็นเพศชาย ร้อยละ 58 เพศหญิง ร้อยละ 42 ช่วงอายุที่พบโรคหิดมากที่สุดคือ 0-9 ปี (ร้อยละ 58.8) จังหวัดที่พบโรคหิดมากที่สุดคือ สมุทรปราการ ร้อยละ 67.5 ลักษณะอาการที่พบบ่อยที่สุดคือ ตุ่มคัน (ร้อยละ 96.1) เกือบทั่วตัวเป็นส่วนใหญ่ และตรวจพบผื่นตุ่มคันบ่อที่สุด บริเวณง่ามนิ้วมือ รองลงมา ข้อมือ ท้อง ข้อศอก รักแร้ และอวัยวะเพศ แหล่งกระจายเชื้อที่สำคัญคือ ผู้ต้องขังในเรือนจำ ร้อยละ 69.1 ยาที่ใช้รักษาโรคหิดในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ lindane และ benzyl benzoate

คำสำคัญ: หิด, ยาลินเดน, ยาเบนซิน เบนโซเอท

บทนำ

โรคหิดเกิดจากตัวไร *Sarcoptes scabiei* ซึ่งเป็นปรสิต ที่อาศัยผิวหนังมนุษย์เป็นแหล่งเจริญเติบโต และแพร่พันธุ์ ทำให้ผิวหนังมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น เมื่อติดโรคหิดแล้วผู้ป่วยจะมีอาการคันมาก โดยเฉพาะในเวลากลางคืนคันบริเวณมือ เท้า หรือเกือบทั่วร่างกาย บางคนคันมากจะเกาจนผิวหนังอักเสบติดเชื้อ กลายเป็นตุ่มหนอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความรำคาญและทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะในเด็กเล็ก หิดติดต่อโดยการสัมผัส เช่นการจับมือ การมีเพศสัมพันธ์ การใช้เสื้อผ้าร่วมกัน หิดเป็นโรคติดต่อที่มีกระจายทั่วโลก¹ พบว่ามีผู้ติดโรคหิดประมาณ 300 ล้านคนในแต่ละปี^{2,3} โรคหิดมีการระบาดอยู่สม่ำเสมอในประเทศโลกที่สาม^{4,5} ซึ่งรวมทั้งประเทศไทยด้วย ในปี พ.ศ.2542 มีรายงานการศึกษาในประเทศไทยปี⁶ และในปี พ.ศ.2541ใน

ประเทศมาลี และกัมพูชา⁷ พบบ่อยในชุมชนที่อยู่กันอย่างหนาแน่น มีความยากจนจากการศึกษาพบว่า การจับคันโยกน้ำดื่มที่ใช้สาธารณะที่ใช้ปั๊มด้วยมือร่วมกันก็เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการระบาดของหิด หิดนั้นเมื่อเกิดขึ้นกับคนในครอบครัวคนหนึ่งแล้วก็จะกระจายไปสู่คนอื่นในครอบครัวหรือชุมชนได้อย่างรวดเร็ว นอกจากทำให้ทุกข์ทรมานแล้ว ยังทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่าย เสียเวลาในการรักษาและอาจกลายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขได้ ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับโรคหิด การแพร่กระจาย การรักษา และการป้องกันจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาถึงความชุก เพศ อายุ ลักษณะอาการของโรค แหล่งแพร่กระจายของโรคและประสิทธิภาพของยา เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปเผยแพร่ให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ได้เข้าใจ เกี่ยวกับโรคหิด เพื่อเป็นแนวทาง ใน

การดูแลรักษาผู้ป่วยรวมทั้งป้องกันไม่ให้โรคหิดแพร่กระจาย อีกทั้งนำความรู้ที่ได้ไปเผยแพร่สู่ประชาชน เพื่อป้องกันหรือระมัดระวัง ไม่ให้โรคหิดนี้กระจายไปสู่ครอบครัวและชุมชนต่อไป



ภาพที่ 1 พี่น้องทั้ง 3 คนเป็นหิดเหมือนกัน



ภาพที่ 2 ง่ามนิ้วมือเป็นบริเวณที่พบอาการมากที่สุด

วัสดุและวิธีการ

ทำการศึกษาผู้ป่วยที่มาตรวจที่ หน่วยโรคผิวหนัง โรงพยาบาลพระประแดง ระหว่าง มีนาคม 2544-กรกฎาคม 2544 ระยะเวลาที่รวบรวม 5 เดือน ผู้ป่วยทุกรายได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกายและลง

บันทึกในแบบฟอร์ม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ ที่อยู่ ประวัติครอบครัว ลักษณะอาการที่เป็น ระยะเวลาที่เป็น บริเวณที่เกิดอาการ แผลงแพร่กระจาย และผลการรักษา การวินิจฉัย อาศัยจากประวัติและการตรวจร่างกาย อย่างน้อย 3 ใน 4 ข้อ ดังนี้

- (1) มีประวัติคันตอนกลางคืน
- (2) มีประวัติอาการคันคล้ายๆกัน ในครอบครัวของผู้ป่วยหรือบุคคลที่ใกล้ชิด (ภาพที่ 1)
- (3) ตรวจร่างกายพบ burrow
- (4) ตรวจพบ ตุ่ม ผื่น ตุ่มหนองที่บริเวณหิดชอบขึ้นเช่น ง่ามนิ้วมือ ข้อมือ ท้อง อวัยวะเพศ

การรักษา ผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 รักษาด้วย lindane (Jacutin gel, 0.3% lindane) กลุ่มที่ 2 รักษาด้วย benzyl benzoate (ผู้ใหญ่ให้ใช้ 25% และ 12.5% ในเด็ก) ผู้ป่วยที่ได้รับ lindane ให้ทาร่างกายตั้งแต่คอมาถึงเท้า ทั้งไว้ 12 ชั่วโมง แล้วล้างออก เป็นเวลา 3 วัน เสื้อผ้าและผ้าปูที่นอนให้ต้ม สมาชิกในครอบครัวจะมีอาการหรือไม่มีอาการต้องทายาด้วยเหมือนกัน ผู้ป่วยที่ได้รับ benzyl benzoate ให้ทาร่างกายตั้งแต่ คอมาถึงเท้าเช่นกัน แต่ทั้งไว้ 24 ชั่วโมง แล้วล้างออกให้ทา 3 วันติดต่อกัน การติดตามผู้ป่วยนัดผู้ป่วยมาตรวจในสัปดาห์ที่ 1, 2, 4 ถ้าในสัปดาห์ที่ 2 ยังมีอาการคัน และมีผื่นใหม่ขึ้นจะให้ทายาซ้ำอีกครั้งหนึ่งแล้วนัดมาดูใหม่ ในสัปดาห์ที่ 4 ถ้าผู้ป่วยมีอาการคันน้อยลงมาก หรือไม่มีอาการคัน ตุ่มต่างๆ น้อยลงมากหรือไม่มีตุ่มขึ้นใหม่ถือว่าหาย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหิด

ช่วงอายุและเพศ	อายุ(ปี)	ชาย	หญิง	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
	0-9	41	33	74	58.5
	10-19	11	11	22	17.4
	20-29	17	6	23	18.2
	30-39	2	1	3	2.6
	40	2	2	4	3.3
รวม		73	53	126	100
ภูมิลำเนาของผู้ป่วย	จังหวัด			จำนวน(ราย)	ร้อยละ
	สมุทรปราการ			85	67.5
	กรุงเทพมหานคร			25	19.7
	ชลบุรี			3	2.4
	สมุทรสาคร,ฉะเชิงเทรา,นครราชสีมา, นครสวรรค์ (จังหวัดละ 2 คน)			8	6.4
	อุรุษยา,ชัยภูมิ,ศรีสะเกษ,จันทบุรี, ปราจีนบุรี (จังหวัดละ 1 คน)			5	4
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์	เดือน			จำนวน(ราย)	ร้อยละ
	1			81	64.3
	2			18	14.3
	3			15	11.9
	4			6	4.8
	>4			6	4.8
ลักษณะอาการที่ตรวจพบ	อาการแสดง			จำนวน(ราย)	ร้อยละ
	Pruritic papules			121	96.1
	Eczematous dermatitis			80	63.5
	Pustule,Abscess formation			64	50.8
	Nodule			53	42.1
	Post inflammatory hyperpigmentation			42	33.3
	Burrow			32	25.4
	Impetigo			29	23.0

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหิด

บริเวณที่ตรวจพบอาการแสดง	บริเวณ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
	ง่ามนิ้วมือ,มือ	119	94.4
	ข้อพับมือ	109	86.5
	ท้อง,สะดือ	107	84.9
	ข้อศอก	68	53.9
	รักแร้	59	46.8
	อวัยวะเพศ	55	43.6
แหล่งแพร่กระจายของเชื้อหิด	แหล่ง	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
	สัมผัสตุ่มคลุกคลีกับผู้ต้องขังที่พื้นโทษ	65	51.6
	ติดจากในเรือนจำ	22	17.5
	ติดจากการนำเด็กไปฝากเลี้ยง	6	4.7
	ติดจากเด็กข้างบ้าน	5	4
	ติดจากญาติหรือเพื่อนที่มาขออาศัย	5	4
	ติดจากขณะบวชพระ,เณร	4	3.2
	ติดจากญาติทำงานในเรือประมง	3	2.4
	อื่นๆ*	4	3.2
	ไม่ทราบติดจากไหน	12	9.5

* ติดจากนอนบ้านชาวเขา,ติดจากอยู่โรงเรียนประจำ,ใส่เสื้อปนกับญาติที่ออกจากเรือนจำ

ตารางที่ 3 ผลการรักษา

ยา	ครั้ง	จำนวน (ราย)	จำนวนที่ไม่มาติดตาม(ราย)	จำนวนถอนตัว (ราย)	จำนวนรักษารับจริง (ราย)	หายดี(ราย/ร้อยละ)
Lindane	ครั้งที่ 1	81	11	2	68	38/55.9
Lindane	ครั้งที่ 2	30	4	-	26	18
	รวม	81	15	2	64	56/87.5
B B*	ครั้งที่ 1	45	7	2	36	24/66.6
B B	ครั้งที่ 2	12	-	-	12	9
	รวม	45	7	2	36	33/91.6

* B B (benzyl benzoate)

ผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วย 126 ราย เฉลี่ย 25.5 ราย ต่อเดือน มีอายุตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 65 ปี ผู้ป่วยเด็ก 86 คน (ร้อยละ 68) ผู้ใหญ่ 40 คน (ร้อยละ 32) แบ่งเป็น เพศชาย 73 คน (ร้อยละ 58) เพศหญิง 53 คน (ร้อยละ 42) ช่วงอายุที่พบโรคหิดมากที่สุดคือ 0-9 ปี ร้อยละ 58.8 ช่วงอายุที่พบรองลงมาคือ 20-29 ปี ร้อยละ 18.2 ผู้ป่วยพบได้ในหลายจังหวัด จังหวัดที่พบผู้ป่วยหิดมากที่สุดคือ สมุทรปราการ (ร้อยละ 67.5) รองลงมา คือ กรุงเทพมหานคร ส่วนระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาพบ แพทย์ ร้อยละ 64.3 จะมาพบแพทย์ภายใน 1 เดือน และอีกร้อยละ 35.7 จะมาพบแพทย์ ในเวลาตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป ลักษณะอาการที่พบบ่อยที่สุด คือ คัน (ร้อยละ 96.1) อันดับที่ 2 คือ ผื่นเอกซิม่า (ร้อยละ 63.5) (ตารางที่ 1) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการคันเกือบทั่วตัว รอยผื่นตำแหน่งที่พบอาการแสดงมากที่สุด คือ ข้อมือและข้อเท้า (ภาพที่ 2) รองลงมา ข้อพับ มือและข้อเท้า การติดต่อของโรคหิดนี้ จากการศึกษ พบว่า ร้อยละ 51.6 ผู้ป่วยติดโรคจากผู้ต้องขังที่พื้น โทษจากเรือนจำ รองลงมา ร้อยละ 17.5 เป็นผู้ต้องขัง ที่ออกจากเรือนจำ (ติดจากเรือนจำ) อันดับ 3 ติดจาก การนำเด็กไปฝากคนเลี้ยงแถวบ้าน (ตารางที่ 2) ส่วน ผลการรักษา lindane ได้ผลร้อยละ 87.5 ส่วน benzyl benzoate ได้ผลร้อยละ 91.7 (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

โรคหิดเป็นโรคที่กระจายทั่วโลกเกิดได้ในทุก อายุ พบในชายและหญิงใกล้เคียงกัน ในการศึกษา นี้ พบว่า โรคหิดเกิดในเด็กมากกว่าในผู้ใหญ่ ซึ่งเหมือน กับการศึกษาของ Downs และคณะ⁶ ในประเทศ อังกฤษ ช่วงอายุของเด็กที่พบมากที่สุดคือ 0-9 ปี ร้อย

ละ 58.8 ซึ่งเหมือนกับการศึกษาของ Hegazy และ คณะ⁶ ในประเทศอียิปต์ และ Landwehr และคณะ⁷ ใน ประเทศมาลีและกัมพูชา ปัจจัยที่มีส่วนที่ทำให้โรค หิดพบมากในเด็กจากการศึกษานี้โดยเฉพาะช่วงอายุ 0-9 ปี เพราะ

(1) เด็กเหล่านั้นส่วนใหญ่อุดมคติโรคหิดจากบิดา มารดา หรือ ญาติ ที่ต้องโทษในเรือนจำแล้วติดโรค หิด ซึ่งตัวผู้ต้องขังอาจไม่ทราบว่าตนเป็นโรคหิดหลัง จากพ้นโทษก็ไม่ได้รักษาและเมื่อกลับมาอยู่บ้านการ สัมผัสลูกคลุกคลีกับเด็กเล็กเหล่านั้นซึ่งเป็นลูกหรือ หลาน ทำให้เด็กเหล่านั้นได้รับโรค

(2) ในเด็กซึ่งบิดามารดาอาจจะต้องไปทำงานทั้ง 2 คน ต้องนำลูกไปฝากเลี้ยงซึ่งส่วนใหญ่จะฝากให้คน แถวบ้านช่วยเลี้ยง ซึ่งคนเลี้ยงมักจะมีเด็กเล็กอยู่ด้วย ในบ้าน ซึ่งเด็กบางคนเป็นหิดหรือคนเลี้ยงบางคนก็ เป็นโรคหิดเมื่อคลุกคลีกันก็ทำให้เด็กที่ฝากเลี้ยงมี โอกาสติดโรคได้ง่าย

(3) เด็กบางคนชอบไปเล่นคลุกคลีกับเด็กข้างบ้าน ซึ่งบางคนเป็นโรคหิดทำให้เด็กเหล่านั้นติดเชื้อได้ง่าย ในการศึกษาครั้งนี้โรคหิดพบในเพศชายมากกว่าเพศ หญิง ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Downs และคณะ⁶ ซึ่ง พบในเพศหญิงมากกว่า สาเหตุที่พบเพศชายมากกว่า เพศหญิงในการศึกษานี้ น่าจะมาจาก

3.1 ผู้ป่วยหิดบางส่วนมาจากผู้ต้องขังซึ่งส่วน ใหญ่เป็นเพศชาย

3.2 ผู้ป่วยหิดบางส่วนเป็นพระ พบผู้ป่วยหิดใน หลายจังหวัดไม่เฉพาะใน จังหวัดสมุทรปราการเท่า นั้น แสดงว่าโรคหิดน่าจะมีการแพร่กระจายในหลาย จังหวัด ส่วนระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ร้อยละ 64.3 จะมาพบแพทย์ภายใน 1 เดือน และอีกร้อยละ

35.7 จะมาพบแพทย์ตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป สาเหตุที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ล่าช้าน่าจะเป็นเพราะผู้ป่วยขาดความรู้ หรือไม่สนใจ คิดว่าเป็นโรคผิวหนังธรรมดา ไม่ใช่โรคติดต่อ จึงเป็นสาเหตุทำให้โรคหิดแพร่กระจาย ส่วนอาการแสดงที่ตรวจพบ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.1) เป็นตุ่มคัน (pruritic papules) ซึ่งเหมือนกับที่มีรายงานไว้ส่วน อาการแสดงตรวจ พบการติดเชื้อแบคทีเรียร่วมด้วยเป็นจำนวนมากพอสมควรในการศึกษาถึงร้อยละ 50.8 คือ ตุ่มหนอง (pustule) และฝี (abscess formation) แต่ผู้ศึกษาไม่ได้ทำการเพาะเชื้อจากตุ่มหนองเหล่านี้ ซึ่งการเพาะเชื้อจะช่วยให้แพทย์สั่งยาปฏิชีวนะรักษาได้ถูกต้องลดผลข้างเคียงที่จะเกิดตามมาเพราะว่าถ้ามีการติดเชื้อ beta- haemolytic streptococcus ร่วมด้วยอาจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น poststreptococcal nephritis ได้ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย แต่จากการศึกษาของ Adjei และ Brenya⁹ ในประเทศกานา เชื้อแบคทีเรียที่พบร่วมด้วยมากที่สุดเป็น staphylococcus aureus รองลงมาเป็น beta-haemolytic streptococcus และ peptostreptococcus

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษามีอาการแสดงเกือบทั่วร่างกาย ตำแหน่งที่พบอาการแสดงบ่อยที่สุดคือ ง่ามนิ้วมือ (ร้อยละ 94.5) รองลงมาเป็นข้อพับมือ (ร้อยละ 86.5) ท้องและสะดือ (ร้อยละ 84.9) ซึ่งเหมือนในหลายการศึกษา^{1,10,11} แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Abou Zinada¹², Wilson และ Philpott¹³ ที่พบมากที่สุดบริเวณท้องหรือลำตัว ส่วนแหล่งแพร่กระจายของโรคหิดมีหลายแห่ง แต่ที่พบมากที่สุดคือ เรือนจำ โดยพบโรคในผู้ต้องขังที่พ้นโทษจากเรือนจำหรือติดจากผู้พ้นโทษจากเรือนจำซึ่งมีถึงร้อยละ 69.1

รองลงมา เด็กที่นำไปฝากเลี้ยง, ติดจากญาติที่มาขออาศัย, ติดจากพระหรือเณรที่บวชเป็นกลุ่มแล้วใกล้ชิดกัน, ติดจากคนที่ทำงานในเรือประมง ปัจจัยที่ทำให้พบหิดในสถานที่ดังกล่าวมากน่าจะเป็นเพราะว่า

(1) บริเวณนั้นมีคนอยู่กันอย่างหนาแน่น^{7,10,14} เช่น ในเรือนจำ, ในเรือประมงหรือวัด

(2) อนามัยส่วนบุคคลไม่ดี^{10,14,15} เช่น ผู้ต้องขังในเรือนจำ ใช้เสื้อผ้าปนกัน ใช้ที่นอนร่วมกัน หรือคนที่อยู่ในเรือที่มีที่อยู่จำกัดต้องนอนใกล้ชิดกันใช้ที่นอนหรือผ้าห่มปนกันก็ทำให้เกิดเชื้อหิดง่าย

(3) ความไม่สนใจหรือขาดความรู้¹⁰ เช่น ผู้ต้องขังเมื่อเป็นโรคหิดแล้วละเลยไม่รักษาตัวเพราะเข้าใจว่าเป็นโรคผิวหนังธรรมดา เมื่อพ้นโทษแล้วจึงนำโรคหิดแพร่กระจายสู่ครอบครัว

(4) ความจนหรือฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี¹⁰ เช่น บิดามารดาที่มีลูกเล็กแต่ต้องทำงานนอกบ้านทั้งสองคนต้องนำลูกไปฝากเลี้ยง ทำให้เด็กติดโรคหิดง่าย

(5) การได้รับการรักษาที่ล่าช้า หรือไม่เพียงพอ^{7,14} เช่น ผู้ต้องขังในเรือนจำบางคนเป็นโรคหิดแล้วไม่ได้รักษาหรือรักษาซึ่งไม่ถูกต้องจะนำโรคหิดไปแพร่กระจายสู่ผู้ต้องขังคนอื่นได้หรือผู้ป่วยบางคนไม่เข้าใจขั้นตอนการรักษาเมื่อแพทย์แนะนำว่าให้ทายาทุกคนแต่บางคนซึ่งไม่มีอาการไม่ยอมทำตามคำแนะนำซึ่งก็ทำให้การรักษาไม่ได้ผลโรคหิดจึงแพร่กระจาย ดังนั้นในการป้องกันควบคุมไม่ให้โรคหิดแพร่กระจายไปสู่ชุมชนและเป็นปัญหาทางสาธารณสุข ต้องควบคุมปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวมาแล้วโดย

5.1 ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคหิดว่าโรคหิดติดต่อโดยการสัมผัส หรือใช้ที่นอนร่วมกัน ดังนั้นในครอบครัวไม่ควรใช้ที่นอนร่วมกัน, โรคหิดพบใน

ผู้ต้องขังได้คั้งนั้นถ้าผู้ต้องขังที่พ้นโทษจากเรือนจำ
ถ้ามีผื่นคันที่ผิวหนังก็ควรจะพบแพทย์ ถ้าเป็นโรค
หิดควรรีบให้การรักษาก่อนจะแพร่กระจาย ส่วนบิดา
มารดาที่ต้องการฝากบุตรให้คนอื่นช่วยเหลือก็ควร
เลือกคนคนเลียง และเด็กในบ้านคนเลียงที่ไม่มีโรค
ตุ่มคันหรือโรคหิด

5.2 ให้ดูศึกษาเกี่ยวกับอนามัยส่วนบุคคลกับ
ประชาชน เช่นไม่ควรใช้เสื้อผ้าปนกันกับคนอื่นที่มา
ขออาศัยหรือใช้ที่นอนปนกับคนอื่น

5.3 ลดความหนาแน่นของประชากร เช่นในเรือน
จำควรจัดที่อยู่อาศัยให้พอเพียงกับผู้ต้องขังอย่าให้
แออัด

5.4 ค้นหาแหล่งแพร่กระจายหรือผู้ป่วยหิดใหม่ๆ
อยู่เสมอ เช่นในเรือนจำควรตรวจผู้ต้องขังเป็นระยะ
เพื่อรักษาผู้ป่วยให้ทันก่อนแพร่ระบาด

5.5 ให้การรักษาที่รวดเร็ว เพียงพอและมีประ
สิทธิภาพแก่ผู้ป่วยหิดและผู้สัมผัสใกล้ชิด
เกี่ยวกับการรักษาโรคหิด ขณะนี้มียารักษาโรค
หิด 2 ชนิด

(1) ยาทาภายนอก (topical scabicides)

(2) ยารับประทาน (oral ivermectin)

ยาทาภายนอกมีดังนี้

1) 5% Permethrin เป็นยาซึ่งควรเลือกใช้เป็น
อันดับแรก^{16,17} ในการรักษาโรคหิด ยาไม่เป็นเนื้อ
ผ้าไม่มียกและได้ผลดีที่สุด ทาขาค้างเคียวแล้วล้าง
ออกภายใน 8-14 ชั่วโมง ได้ผล ร้อยละ 97.8 - 98¹⁷⁻²⁰
มีพิษน้อยกว่า lindane อย่างน้อย 40 เท่า²¹ ใช้ได้เกือบ
ทุกอายุขกเว้นในเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือนแต่ก็มีรายงาน
²² การใช้ยาในเด็กอายุ 23 วันแล้วไม่มีผลข้างเคียง มี
ข้อเสียคือราคาแพงกว่า lindane 10 เท่า

2) Lindane (Gamma benzene hexachloride) เป็น
ยาที่ใช้ได้ผลดี มีพิษต่อระบบประสาทในเด็กโดย
เฉพาะเด็กที่มีไขมันในร่างกายน้อยไม่ควรใช้ในเด็ก
อายุต่ำกว่า 2 ปี^{13,11,23} หญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตรและ
ผู้มีประวัติลมชัก²⁴ วิทยาการควรทาทั้งไว้ 8-12 ชั่วโมง
จากการศึกษาของ Chouela และคณะ²⁵ พบว่าถ้าให้
lindane 1 ครั้ง ได้ผลร้อยละ 54 แต่ถ้าให้ lindane 2
ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์จะได้ผล ร้อยละ 96 เนื่องจาก
ยาสามารถดูดซึมและมีผลต่อระบบประสาทยานี้จึง
ห้ามใช้ในบางประเทศ เช่น อังกฤษ

3) Crotamiton ยานี้รักษาได้ผล ร้อยละ 50-60²⁶
ควรใช้ทาวันละ 1 ครั้ง ให้ 2 วันติดต่อกัน จากการ
ศึกษาของ Walker และคณะพบว่า crotamitan ,
benzyl benzoate, sulfur และ lindane ได้ผลไม่แตก
ต่างกัน

4) Benzyl benzoate ใช้ได้กับเด็ก และผลการ
รักษา ดี ยานี้ระคายผิวหนังทำให้ผิวแห้งและแสบ
จากการศึกษาของ Nuoruka และคณะ²⁷ benzyl
benzoate ได้ผล ร้อยละ 48 และจากรายงานของ
Glaziou และคณะ²⁸ พบว่า benzyl benzoate ได้ผล
เท่ากับ lindane

5) 6% - 10% sulfur เป็นยาที่ปลอดภัยรักษาได้ผล
²⁹ ใช้ได้ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน²¹ หญิงมีครรภ์ หญิง
ให้นมบุตรวิธีใช้ให้ทาวันละ 1 ครั้ง 3วันติดต่อกัน
แต่ยานี้มีกลิ่นเหม็นและเป็นเนื้อผ้า³⁰
ยารับประทาน

ยารับประทานที่ใช้รักษาหิด คือ ivermectin ซึ่ง
เป็นยาถ่ายพยาธิในสัตว์ และนำมาใช้รักษา
onchocerciasis¹ ในคนตั้งแต่ พ.ศ. 2530 และต่อมา
นำมาใช้รักษาโรคหิดซึ่งได้ผลดี^{13,18,27} มีการใช้ยานี้ใน

หลายประเทศ เช่น ฝรั่งเศส ,อินเดีย แต่ Food and Drug Administration ของประเทศสหรัฐอเมริกา³¹ ยังไม่รับรอง ขนาดที่ใช้คือ 200 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม หรือประมาณ 12 มิลลิกรัมต่อครั้ง ivermectin เป็นยาปลอดภัยและมีการใช้ ivermectin ไปแล้ว 19 ล้านครั้ง¹ โดยไม่พบผลข้างเคียงรุนแรงและยาชนิดนี้ราคาถูก ใช้สะดวกได้ผล ร้อยละ 70 – 100^{28,32-34} แต่ก็มีรายงาน ผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้ ivermectin แล้วมีความเสี่ยงในการเสียชีวิต³³ ใน พ.ศ. 2542 Usha และคณะ¹⁸ รายงานว่า ivermectin 12 มิลลิกรัม เพียงครั้งเดียวได้ผล ร้อยละ 70 แต่ถ้าเพิ่มเป็น 12 มิลลิกรัม 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ได้ผลร้อยละ 95 แต่บางรายงานได้ผล ร้อยละ 100³⁵⁻³⁷ จากการศึกษาของ Chouela²⁵ และคณะ พบว่า ivermectin ได้ผลเท่ากับการรักษาด้วย lindane การศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาโรคหิดด้วย

5%permethrin กับ ivermectin Usha และคณะ¹⁸ พบว่าการรักษาด้วย ivermectin 2 ครั้งได้ผลเท่ากับการรักษาด้วย 5%Permethrin 1 ครั้ง Alberici และ คณะ³⁸ ได้ศึกษาในประเทศอิตาลีพบว่าถ้าใช้ ivermectin ร่วมกับ benzyl benzoate ได้ผลดีกว่าการใช้ ivermectin หรือ benzyl benzoate อย่างใดอย่างหนึ่ง

ในการศึกษาของผู้ป่วยโรคหิดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 รักษาด้วย lindane กลุ่มที่ 2 รักษาด้วย benzyl benzoate ผู้ป่วยที่รักษาด้วย lindane 1 ครั้ง ได้ผล ร้อยละ 55.9 และถ้าให้ lindane ครั้งที่ 2 จะได้ผล ร้อยละ 87.5 ซึ่งการรักษาผลใกล้เคียงกับการศึกษาของ Chouela และคณะ²⁵ ในปี พ. ศ. 2542 ซึ่งรายงานว่า การทายา lindane 1 ครั้งได้ผล ร้อยละ 54 แต่ถ้าให้ lindane ครั้งที่ 2 ได้ผลร้อยละ 96 ในการศึกษาครั้งนี้ สาเหตุที่ต้องให้ lindane ครั้งที่ 2 เพราะว่าผู้ป่วยบาง

ส่วนมีผื่นมากเกือบเต็มตัวโดยเฉพาะในเด็ก ซึ่งการให้ lindane 1 ครั้งไม่เพียงพอผู้ป่วยยังมีผื่นและคันอยู่ ส่วนในผู้ป่วยที่รักษา benzyl benzoate 1 ครั้ง ได้ผลการรักษาร้อยละ 66.7 benzyl benzoate ครั้งที่ 2 ได้ผลเป็นร้อยละ 91.7 ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของ Nuoruka และ Agu²⁷ ซึ่งรายงานใน พ.ศ. 2544 ว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วย benzyl benzoate 1 ครั้ง ได้ผล ร้อยละ 48 แต่ Nuoruka และ Agu ไม่ได้ให้ benzyl benzoate ครั้งที่ 2

สรุป

โรคหิดยังเป็นโรคติดต่อที่พบได้บ่อย และพบได้ในทุกอายุในการศึกษาครั้งนี้พบในเด็กมากกว่าในผู้ใหญ่และพบแหล่งแพร่กระจายของโรคหิดที่สำคัญมาจากผู้ต้องขังในเรือนจำเป็นส่วนใหญ่ ปิ้งจัญหรือสาเหตุที่ทำให้โรคหิดแพร่กระจายมีดังนี้ ประชาชนอยู่กันอย่างหนาแน่น เศรษฐฐานะยากจนและอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี และควรมีการศึกษาโรคหิดเพิ่มเติมในผู้ต้องขังในเรือนจำเพื่อให้การรักษาและป้องกันการแพร่กระจายของโรคหิด ควรตรวจรักษาผู้ต้องขังก่อนที่จะพ้นโทษ เมื่อรักษาก่อนปล่อยตัวจะเป็นการป้องกันการแพร่กระจายของโรคหิดสู่ครอบครัวและชุมชน lindane และ benzyl benzoate ยังเป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคหิด ส่วนยารับประทาน ivermectin ก็ควรนำมาใช้รักษาโรคหิดเพราะใช้ง่ายสะดวกปลอดภัยและได้ผลดีเฉพาะผู้ที่มิมีปัญหาในการใช้ยาทาเพราะมีรายงานอันตรายของยาในเด็กและผู้สูงอายุ ซึ่งยังต้องติดตามผลข้างเคียงอีกระยะหนึ่งก่อนนำมาใช้เป็นยามาตรฐานรักษาโรคหิดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณมานีย์ ตันติโกศล ที่ช่วยพิมพ์ต้นฉบับให้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงพรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ที่ช่วยตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้เป็นอย่างดี รวมทั้ง นายแพทย์ ชัยวุฒิ บัณฑิต ที่อนุญาตให้เสนอรายงานนี้

References

1. Chosidow O. Scabies and pediculosis [see comments] [Review 64 refs] *Lancet* 2000;355:1724.
2. Walker GJ, Johnstone PW. Interventions for treating scabies. *Cochrane Database of Systemic Review* 2000 (computer file) (3):CD0003200.
3. Orkin M. Scabies: what's new ? *Curr Probl Dermatol* 1995;22:105-11
4. Scabies still a widespread problem in many countries. *Drug Ther Perspect* 1998;8:9-11.
5. Raussen JE. Scabies. *Pediatr Rev* 1994;15:110-14.
6. Hegazy AA, Darwish NM, Abdel Hamid A, Hammad SM. Epidemiology and control of scabies in an Egyptian village. *Int J Dermatol* 1999;38:291-95.
7. Landwehr D, Keita SM, Ponnighaus JM, Tounkara C. Epidemiologic aspects of scabies in Mali, Malawi and Cambodia. *Int J Dermatol* 1998;37:588-90.
8. Downs AM, Harvey I, Kennedy CT. The epidemiology of head lice and scabies in the UK. *Epidemiology & Infection* 1999;122:471-7.
9. Adjei O, Brenya RC. Secondary bacterial infection in Ghanaian patients with scabies. *East Afr Med J* 1997;74:729-31.
10. Terry BC, Kanjah F, Sahr F, Korteque S, Dukulay I, Gbakima AA. *Sarcoptes scabiei* infestation among children in a displacement camp in Sierra Leone. *Public Health* 2001;115:208-11.
11. Levisohn DR. Treatment of scabies and similar infections. *West J Med* 1992;156:193.
12. Abou Zinada NY. Scabies in some workers living in crowded area, Jeddah, Saudi Arabia. *J of the Egyptian Society of Parasitology* 2000;30:325-8.
13. Winson MM, Philpott CD, Breer WA. Atypical presentation of scabies among nursing home residents. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences & Medical Sciences* 2001;56:424-7.
14. Olasode OA, Onayemi O. Scabies: revisit in a depressed economy. *Central Afr J Med* 1998;44:18-21.
15. Burkhart CG, Burkhart CN, Burkhart KM. An epidemiologic and therapeutic reassessment of scabies. *Cutis* 2000;65:233-40.
16. Elgart ML. A risk-benefit assessment of agents used in the treatment of scabies. *Drug safety* 1996;14:386-96.
17. Orkin M, Maibach HI. Scabies therapy 1993. *Semin Dermatol* 1993;12:22.
18. Usha V, et al. A comparative study of oral ivermectin and topical permethrin cream in the treatment of scabies. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:236-40.
19. Colven RM, Prose NS. Parasitic infestations of the skin. *Pediatr Ann* 1994;23:436.
20. Purvis RS, Tying SK. An out break of lindane-resistant scabies treated successfully with 5% permethrin cream. *J Am Acad Dermatol* 1991;25:1015.
21. Franz TJ, Lehman PA, Franz SF, Guin JD. Comparative percutaneous absorption of lindane and permethrin. *Arch Dermatol* 1996;132:901-05.
22. Quateman MJ, Leshner JL Jr. Neonatal scabies treated with permethrin 5% cream. *Pediatr Dermatol* 1994;11:264-66.
23. Buntin DM, Roser T, Leshner JL et al. Sexually transmitted diseases: viruses and ectoparasites. *J Am Acad Dermatol* 1991;25:527-34.
24. Rasmussen JE. Lindane a prudent approach. *Arch Dermatol* 1987;123:1008-9.
25. Chouela EN, et al. Equivalent therapeutic efficacy and safety of ivermectin and lindane in the treatment of human scabies. *Arch Dermatol* 1999;135:651-5.
26. Taplin D, Meinking TL, et al. Comparison of crotamiton 10% cream and permethrin 5% cream for the treatment of scabies in children. *Pediatr Dermatol* 1990;7:67-73.
27. Nnoruka EN, Agu CE. Successful treatment of scabies with oral ivermectin in Nigeria. *Trop Doc* 2001;31:15-18.
28. Glaziou P, et al. Comparison of ivermectin and benzyl benzoate for treatment of scabies. *Trop Med Parasitol* 1993;14:331-32.
29. Maibach HI, et al. Sulfur revisited. *J Am Acad Dermatol* 1990;28:154-5.
30. Avila-Romay A, Alvarez-Franco M, et al. Therapeutic efficacy, secondary effects, and patient acceptability of 10% sulfur in either pork fat or cold cream for the treatment of scabies. *Pediatr Dermatol* 1991;23:154-55.

31. Paasch U,Haustein UF. Management of endemic outbreaks of scabies with allethrin , permethrin and ivermectin. *Int J Dermatol* 2000;39:463-700.
32. Macotela-Ruiz,Islas CCM,Ramos FBEN. Tratamiento de escabiasis con ivermectin a porvia oral en una comunidad rural cerrada.Implicaciones epidemiologicas. *Dermatol Rev Mex*1996;40:179-84.
33. Barkwell R,Shields S.Deaths associated with ivermectim treatment of scabies. *Lancet*1997;349:1144-5.
34. Aubin F,Humbert P.Ivermectin of crusted scabies. *N Eng J Med* 1995;332:612-3.
35. Sullivan JR,Watt G,Barker B. Successful use of ivermectin in the treatment of endemic scabies in a nursing home. *Australas J Dermotal*1997;38:137-40.
36. Onchocerciasis and its control. WHO Tech Rep1995;852:52-87.
37. Marty P,Gari-Toussaint M,Le Fichoux YL,Gaxotte P. Efficacy of ivermectin in the treatment of an epidemic of Sarcoptic scabies. *Ann Trop Med Parasitol* 1994;88:453.
38. Alberici F,Pagani L,Ratti G,Viale P. Ivermectin alone or in combination with benzyl benzoate in the treatment of human immunodeficiency virus-associated scabies. *Br J Dermatol* 2000;142:696-72.

ความเห็นจากกองบรรณาธิการ

การศึกษาในรายงานนี้เป็นกลุ่มประชากรซึ่งย้ายถิ่นฐานมาทำงานในจังหวัดสมุทรปราการ มิใช่สถิติในแต่
ละจังหวัด

การเลือกใช้ยารักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจด้วยข้อจำกัดในด้านเศรษฐกิจหรือชนิดของยาที่มีให้เลือกใช้จึงอาจไม่
ถูกต้องตามหลักวิชาการ ผู้อ่านต้องใช้วิจารณนำไปปรับใช้ให้เหมาะสม