

Care Service for Patients with Genital and Anal Ulcers

Wittawat Turakit*, Charussri Leeyaphan*, Pattriya Jirawattanadon*, Thrit Hutachoke*, Waranyoo Prasong*, Kittipoom Chinhiran**

**Sexually Transmitted Disease and HIV Division, Department of Dermatology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, **Bangrak STIs Center, Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand*

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(4):287-294

ABSTRACT

Genital and anal ulcers can be divided by causes into two groups: non-infectious and infectious causes. Genital and anal ulcers caused by infective organisms are usually sexually transmitted infections, with genital herpes, primary syphilis, chancroid, lymphogranuloma venereum, and granuloma inguinale are common. History taking and physical examination can help determine the provisional diagnosis. Essential data include the history of pain, systemic symptoms, nature of recurrence, patient's sexual behavior, and previous sexually transmitted infections. Physical examinations should include examining the lesions' numbers and characteristics and palpating the lymph nodes. Laboratory investigation should be performed on all patients with genital and anal ulcers, particularly the testing for genital herpes and syphilis. Critical laboratory investigations such as Tzanck smear, dark-field microscopy, and gram stain can help diagnose genital herpes, syphilis, and chancroid. Biopsies should be performed on patients who have not been definitively diagnosed or are unresponsive to treatment. Treatment for genital and anal ulcers differs and depends on the cause of the ulcers. Sexually transmitted infections can be treated with antibacterial or antiviral drugs. Counseling should be done on all patients with genital and anal ulcers caused by sexually transmitted infections. All patients should receive advice to screen for other sexually transmitted infections and ways to prevent transmission to their sexual partners.

Keywords: Genital ulcer; anal ulcer; sexually transmitted infection; genital herpes; syphilis

Correspondence to: Waranyoo Prasong

E-mail: waranyoo.ps@hotmail.com

Received: 9 February 2023

Revised: 8 April 2023

Accepted: 25 April 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i4.261256>

การประเมินดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยแผลที่อวัยวะเพศ และทวารหนัก

วิหวัช ธุระกิจ*, จรัสศรี พียาพรรณ*, ภัทริยา จิรวัฒนาตล*, ธฤต หุตะโชค*, วรัญญ ประสงค์*, กิตติภูมิ ชินทริญ**

*สาขาวิชาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ STD และ HIV ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร, **ศูนย์การแพทย์บางรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

แผลที่อวัยวะเพศและทวารหนักแบ่งโดยสาเหตุได้ 2 กลุ่ม คือ แผลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อและแผลที่เกิดจากการติดเชื้อ แผลที่เกิดจากการติดเชื้อมักเกิดจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยสาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเริมที่อวัยวะเพศ โรคซิฟิลิสระยะที่หนึ่ง โรคแผลริมอ่อน โรคแคมโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง และโรคแผลกามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบ การซักประวัติและตรวจร่างกายสามารถช่วยวินิจฉัยสาเหตุเบื้องต้นของแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนัก การซักประวัติที่สำคัญ ได้แก่ อาการเจ็บของแผล อาการร่วม การกลับเป็นซ้ำ ประวัติพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอดีต การตรวจร่างกายที่สำคัญ ได้แก่ การตรวจจำนวนและลักษณะของแผล รวมถึงการตรวจคลำต่อมน้ำเหลือง ควรส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยที่มีแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนักทุกราย โดยเฉพาะการส่งตรวจเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคเริมที่อวัยวะเพศและโรคซิฟิลิส การส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ เช่น การตรวจ Tzanck smear ช่วยวินิจฉัยโรคเริมที่อวัยวะเพศ การตรวจ Dark-field microscopy ช่วยวินิจฉัยโรคซิฟิลิส การตรวจ Gram stain ช่วยวินิจฉัยโรคแผลริมอ่อน ควรพิจารณาการตัดชิ้นเนื้อในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยที่แน่ชัดหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา การรักษาแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนักขึ้นกับสาเหตุของแผลโดยสามารถให้ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรียหรือยาต้านไวรัสในกรณีเกิดจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยที่มีแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนักที่เกิดจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกรายควรได้รับคำแนะนำในการดูแลรักษาและป้องกันการแพร่เชื้อสู่คู่เพศสัมพันธ์

คำสำคัญ: แผลที่อวัยวะเพศ; แผลที่ทวารหนัก; โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; โรคเริมที่อวัยวะเพศ; โรคซิฟิลิส

บทนำ

แผลที่อวัยวะเพศและทวารหนักเป็นอาการแสดงที่สำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ สาเหตุของแผลอาจเกิดจากการติดเชื้อ เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และจากสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ การประเมินผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยและรักษาเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ยังสามารถนำไปสู่การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อสู่คู่เพศสัมพันธ์ได้ในกรณีที่โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์¹

สาเหตุของแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนัก

แผลที่อวัยวะเพศและทวารหนัก เกิดได้จากหลายสาเหตุ โดยสามารถแบ่งสาเหตุได้เป็นสองกลุ่ม¹ ได้แก่

1. แผลที่อวัยวะเพศและทวารหนักที่เกิดจากการติดเชื้อ ซึ่งโรคส่วนใหญ่ในกลุ่มนี้จะเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยโรคที่เป็นสาเหตุให้เกิดแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนักได้บ่อย ได้แก่

- 1.1. โรคเริมที่อวัยวะเพศ โดยเชื้อที่เป็นสาเหตุคือ เชื้อ herpes simplex virus²
 - 1.2. โรคซิฟิลิสระยะที่หนึ่ง (Primary syphilis: chancre) โดยเชื้อที่เป็นสาเหตุคือ เชื้อ *Treponema pallidum*³
 - 1.3. โรคแผลริมอ่อน (Chancroid) โดยเชื้อที่เป็นสาเหตุคือ เชื้อ *Haemophilus ducreyi*⁴
 - 1.4. โรคแคมโรคของต่อมและท่อน้ำเหลืองหรือโรคฝีมะม่วง (Lymphogranuloma venereum) โดยเชื้อที่เป็นสาเหตุคือ เชื้อ *Chlamydia trachomatis* serovars L1, L2 และ L3⁵
 - 1.5. โรคแผลกามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบ (Granuloma inguinale) หรือที่เรียกว่าโรค Donovanosis โดยเชื้อที่เป็นสาเหตุคือ *Klebsiella granulomatis*⁶
2. แผลที่อวัยวะเพศและทวารหนักที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ โดยโรคที่พบบ่อย ได้แก่

- 2.1. โรคผื่นแพ้ยาแบบ fixed drug eruptions
- 2.2. Behçet's disease
- 2.3. การได้รับอุบัติเหตุ บาดเจ็บ
- 2.4. โรคเนื้องอกและมะเร็ง โดยเฉพาะโรคมะเร็งของ

ผิวหนัง

ความชุกและอุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยมาด้วยแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนัก

จากการเก็บข้อมูลของหน่วยตรวจโรคผิวหนัง โรงพยาบาลศิริราช ในผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2565 (เดือนพฤศจิกายน) พบความชุกของโรคเริ่มที่อวัยวะเพศเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก จากร้อยละ 15.4 เป็นร้อยละ 26.3 ส่วนโรคซิฟิลิสระยะที่หนึ่งพบความชุกอยู่ประมาณร้อยละ 0.2 - 1.1 คงที่ตลอด 5 ปี และโรคแผลริมอ่อนพบความชุกอยู่ประมาณร้อยละ 0 - 0.7 คงที่ตลอด 5 ปี พบผู้ป่วยโรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลืองและโรคแผลกามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบ โรคละ 1 ราย ในระยะเวลา 5 ปี

การประเมินผู้ป่วยที่มาด้วยแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนัก

การซักประวัติและตรวจร่างกายที่ครบถ้วนมีความสำคัญในการให้การวินิจฉัยสาเหตุเบื้องต้นของแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนัก อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยโรคจากการซักประวัติและตรวจร่างกายมักมีความแม่นยำที่ต่ำจึงแนะนำให้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยที่มาด้วยแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนักทุกราย¹

การซักประวัติที่สำคัญ

1. ลักษณะอาการของแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนักที่สำคัญคืออาการเจ็บที่แผล การซักประวัติอาการเจ็บสามารถใช้เป็นแนวทางในการแยกโรคได้บางส่วน โดยเฉพาะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.1. แผลที่มีอาการเจ็บ มักเกิดจากโรคเริ่มที่อวัยวะเพศ² และโรคแผลริมอ่อน⁴

1.2. แผลที่ไม่มีอาการเจ็บ มักเกิดจากโรคซิฟิลิสระยะที่หนึ่ง³ โรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง⁵ และโรคแผลกามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบ⁶

แต่อย่างไรก็ตาม อาการเจ็บที่แผลไม่สามารถใช้ในการวินิจฉัยได้แน่นอน เช่น ผู้ป่วยที่มาด้วยแผลที่เกิดจากโรคซิฟิลิสระยะที่หนึ่งสามารถมีอาการเจ็บร่วมด้วย^{1,3}

2. อาการร่วมเช่น ไข้ ปวดเมื่อยเนื้อตัว มักพบในผู้ป่วยโรคเริ่มที่อวัยวะเพศที่ติดเชื้อครั้งแรก, โรคซิฟิลิสระยะที่สอง และโรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง¹⁻⁶ ประวัติการมีแผลร้อนในที่ปากเป็นๆ หายๆ (Recurrent oral aphthous ulcer) ซึ่งพบได้ในโรค Behçet's disease

3. การกลับเป็นซ้ำ การซักประวัติพบว่ามีการกลับเป็นซ้ำของแผลหลายครั้งจะช่วยให้การติดเชื้อเริ่มที่อวัยวะเพศมากกว่าโรคอื่น

ในกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่อย่างไรก็ตาม โรคที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ เช่น Behçet's disease หรือโรคผื่นแพ้ยาแบบ fixed drug eruptions ก็ควรอยู่ในการวินิจฉัยแยกโรค โดยเฉพาะเมื่อผลตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบการติดเชื้อไวรัส

4. การซักประวัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ความเสี่ยงในการติดเชื้อเป็นสิ่งสำคัญในการให้การวินิจฉัยเบื้องต้น รวมถึงการให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อลดความเสี่ยงในการติดโรคอื่นและป้องกันการแพร่เชื้อสู่คู่เพศสัมพันธ์ เนื่องจากแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนักมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประวัติสำคัญที่ควรถาม ได้แก่ เพศของคู่เพศสัมพันธ์ และลักษณะของการมีเพศสัมพันธ์ ประเภทของคู่เพศสัมพันธ์ว่าเป็นคู่เพศสัมพันธ์ถาวร หรือคู่เพศสัมพันธ์ชั่วคราว⁷⁻⁹ จำนวนของคู่เพศสัมพันธ์ที่ผ่านมาใน 1 เดือนหรือ 6 เดือนก่อน ประวัติความผิดปกติของคู่เพศสัมพันธ์หรือคู่เพศสัมพันธ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการใช้ถุงยางอนามัย เพื่อนำไปสู่การประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน

5. ประวัติโรคประจำตัว ประวัติเกี่ยวกับการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงประวัติการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคอื่น ๆ มาก่อน โดยการมีประวัติป่วยหรือติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาถือว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยง

การตรวจร่างกายที่สำคัญ

1. จำนวนของแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนักว่ามีจำนวน 1 แผลหรือจำนวนมากกว่า 1 แผล สามารถช่วยในการให้การวินิจฉัยเบื้องต้น ได้แก่

1.1. การที่มีแผลจำนวน 1 แผล มักพบได้บ่อยในโรคซิฟิลิส³ และโรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง⁵

1.2. การที่มีแผลจำนวนมากกว่า 1 แผล มักพบได้บ่อยในโรคเริ่มที่อวัยวะเพศ² หรือโรคแผลริมอ่อน⁴

แต่อย่างไรก็ตาม จำนวนแผลอาจไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้ชัดเจน เช่น โรคเริ่มที่อวัยวะเพศในระยะต้นอาจมีจำนวน 1 แผลก็ได้ หรือมีรายงานพบร้อยละ 32-47 ของผู้ป่วยโรคซิฟิลิสระยะที่หนึ่งมีแผลจำนวนมากกว่า 1 แผล ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอาศัยลักษณะอาการแสดงอื่นของแผลร่วมด้วย¹⁻³

2. ลักษณะของแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนัก เป็นส่วนสำคัญในการให้การวินิจฉัยเบื้องต้น

2.1. โรคเริ่มที่อวัยวะเพศ จะเริ่มต้นด้วยการมีกลุ่มของตุ่มน้ำและต่อมาแตกออกเป็นแผลตื้น ขอบมักเป็นวงกลมตามลักษณะของตุ่มน้ำที่เรียกว่า scallop border มักมีจำนวนมากกว่า 1 แผล²

2.2. โรคแผลริมอ่อน จะเริ่มด้วยตุ่มสีแดงและแตกเป็นแผล โดยแผลจะมีลักษณะเป็นแผลลึก ขอบกะรุ้งกะริ่ง ที่ฐานแผลจะมีน้ำเหลืองและหนองทำให้อูสบกปรก มักมีจำนวนมากกว่า 1 แผล⁴

2.3. โรคซิฟิลิสระยะที่หนึ่งจะมีลักษณะแผลเดียว ขอบยก

นูนเรียบ ฐานแผลไม่มีหนองหรือน้ำเหลืองทำให้ดูสะอาด และมักไม่มีอาการเจ็บ³

2.4. โรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง มักพบเป็นตุ่มสีแดง แตกเป็นแผลตื้นๆ มักมีจำนวน 1 แผล⁵

2.5. โรคแผลกามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบ อาจมาด้วยแผลจำนวน 1 หรือมากกว่า 1 แผล ก็ได้ แผลมักเริ่มจากตุ่มนูนสีแดง และขยายขอบออกอย่างช้า ๆ ขอบแผลจะยกม้วน มักพบลักษณะ kissing lesions โดยแผลที่ประกบชนกันจะมีแผลที่เหมือนกัน ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อผิวหนังที่สัมผัสกัน แผลจะมีลักษณะสีแดงและจะมีเลือดออกง่ายเมื่อถูกสัมผัสเนื่องจากการที่มีเส้นเลือดมาเลี้ยงจำนวนมาก⁶

3. การตรวจคลำต่อมน้ำเหลือง เป็นสิ่งที่สำคัญเป็นอย่างมากในการให้การวินิจฉัย โดยเฉพาะการตรวจคลำต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณขาหนีบ¹ โดยในแต่ละโรคจะมีลักษณะสำคัญที่พบดังนี้

3.1. โรคเริ่มที่อวัยวะเพศ มักพบมีต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบบวมโตและกดเจ็บร่วมด้วย^{2,10}

3.2. โรคแผลริมอ่อน มักพบมีต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบบวมโตและกดเจ็บ โดยอาจคลำได้ต่อมน้ำเหลืองโตเป็นก้อนอยู่รวมกัน การพบว่าผู้ป่วยมีแผลกดเจ็บที่อวัยวะเพศและมีต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบบวมโตร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบหลักฐานของโรคเริ่มหรือโรคซิฟิลิสจะสนับสนุนการวินิจฉัยของโรคแผลริมอ่อน^{4,10,11}

3.3. โรคซิฟิลิสระยะที่หนึ่ง โดยร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยอาจพบต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบบวมโตแต่ไม่มีอาการเจ็บ ซึ่งแตกต่างจากโรคอื่น โดยต่อมน้ำเหลืองมักบวมโตหลังจากเกิดแผลแล้วประมาณ 7-10 วัน³

3.4. โรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง เป็นโรคที่จะพบต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณขาหนีบบวมโตเป็นจำนวนมาก อยู่รวมกันเป็นก้อน และอาจพบลักษณะร่องลึกผ่ากลาง (groove sign) มักมีลักษณะกดเจ็บ อาจพบมีหนองไหลออกมาได้⁵

3.5. โรคแผลกามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบ เป็นโรคที่ไม่ค่อยพบต่อมน้ำเหลืองโต⁶

4. การตรวจร่างกายระบบอื่น ๆ ที่ครบถ้วนจะช่วยให้การนำไปสู่การวินิจฉัยได้มากขึ้น โดยเฉพาะผิวหนัง ผม ในช่องปาก กระพุ้งแก้ม ลิ้น ใต้ลิ้น การตรวจภายในของผู้หญิงหรือการตรวจทอปปัสสาวะของเพศชาย และการตรวจทางทวารหนัก เพื่อหาอาการและอาการแสดงของโรค เช่น

4.1. การตรวจดูที่ช่องคลอดหรือทอปปัสสาวะ เพื่อหาหนองหรือมูกเลือด อาจนำไปสู่การติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างอื่นที่อาจพบร่วมกัน เช่น โรคหนองใน หรือโรคหนองในเทียม

4.2. การตรวจทางทวารหนัก พบสารคัดหลังลักษณะเป็นหนองหรือมูกเลือด ร่วมกับอาการเจ็บทวารหนัก ท้องผูก มีไข้ในผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจะทำให้นึกถึงโรคลำไส้ใหญ่ส่วนปลายอักเสบ ซึ่งเกิดจากโรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลืองและพบได้บ่อยมากขึ้น¹²

4.3. การตรวจที่ช่องปาก พบ oral thrush อาจทำให้คิดถึง การติดเชื้อเอชไอวีที่อาจพบร่วมกันได้

ถึงแม้ว่าการซักประวัติและการตรวจร่างกายจะมีส่วนสำคัญในการให้การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มาด้วยแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนัก แต่อาการและอาการแสดงของโรคอาจมีลักษณะที่ใกล้เคียงกันหรือเหมือนกันได้ ทำให้การวินิจฉัยแยกโรคจากกันได้ยาก นอกจากนั้น ผู้ป่วยที่มาด้วยแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนักอาจเกิดจากโรคได้หลายโรคในเวลาเดียวกัน และการติดเชื้อไวรัส HIV ร่วมด้วย อาจทำให้อาการและอาการแสดงของโรคแตกต่างไปจากลักษณะปกติของโรค ดังนั้น แพทย์ที่ทำการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการสืบค้นเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยและนำไปสู่การรักษา ดูแล ให้คำแนะนำ ป้องกันผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน^{1,13}

การส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ

เนื่องจากโรคเริ่มที่อวัยวะเพศและโรคซิฟิลิสระยะที่หนึ่งเป็นโรคที่ทำให้เกิดแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนักได้บ่อยที่สุด ดังนั้น ผู้ป่วยทุกรายที่มาด้วยแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนักควรได้รับการส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับโรคเริ่มและโรคซิฟิลิส ส่วนการตรวจเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคแผลริมอ่อน โรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง และโรคแผลกามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบ ควรพิจารณาในผู้ป่วยเป็นรายๆ ไปตามอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย¹ นอกจากนี้ผู้ป่วยทุกรายที่มาด้วยแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนักควรได้รับการตรวจการติดเชื้อไวรัส HIV ด้วย

การส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับโรคเริ่ม

การให้การวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสเริ่มสามารถทำได้โดยการส่งตรวจ การเพาะเชื้อไวรัส, Nucleic acid amplification tests (NAATs), Direct fluorescent antibody (DFA) และการตรวจ Tzanck smear (ตรวจพบ multinucleated giant cells และ acantholytic cells ดังภาพที่ 1) ซึ่งแต่ละการตรวจมีความไวและความจำเพาะที่แตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับชนิดของการส่งตรวจและระยะของรอยโรค

การส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับโรคซิฟิลิส

การตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันโรคซิฟิลิสสามารถทำได้โดยการตรวจ Dark-field microscopy (ตรวจพบ spirochete ดังภาพที่ 2) และการส่งตรวจทาง serology¹⁻³ โดยแบ่งเป็น Nontreponemal test ได้แก่ Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) และ Rapid Plasma Reagin (RPR) และ Specific treponemal test ได้แก่ Fluorescent treponemal antibody absorption (FTA-ABS), *Treponema pallidum* hemagglutination test (TPHA), microhemagglutination test for antibodies to *Treponema pallidum* (MHA-TP), *Trepo-*

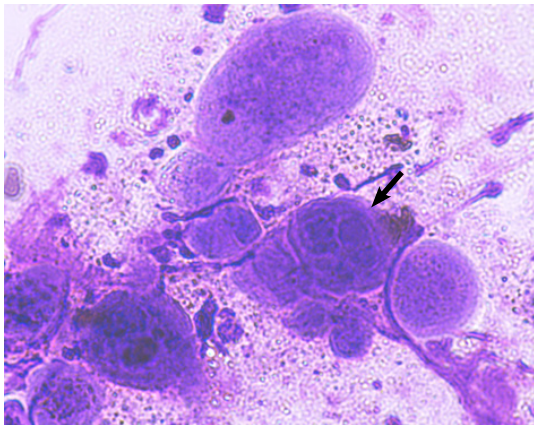
nema pallidum particle agglutination assay (TP-PA) และ *Treponema pallidum* enzyme immunoassay (TP-EIA)

การส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับโรคแผลริมอ่อน

การตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันโรคแผลริมอ่อน สามารถทำได้โดยการตรวจ Gram stain จะพบ Gram negative rods ที่เรียงตัวกันเป็นกลุ่ม เรียกว่า school of fish (ดังภาพที่ 3), การเพาะเชื้อ และ NAATs^{1,4}

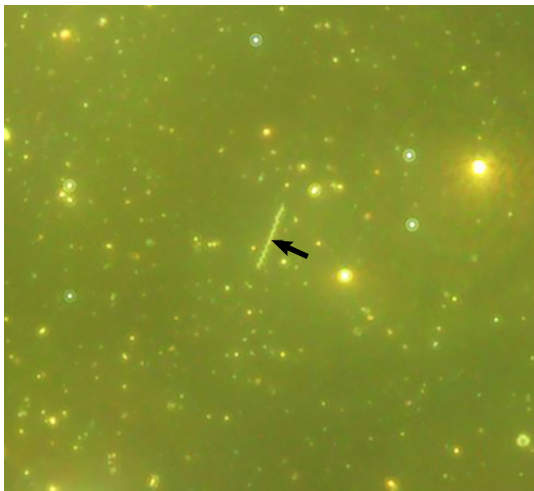
การส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับโรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง

การตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันโรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง สามารถทำได้โดยการตรวจ การเพาะเชื้อ, NAATs และการตรวจทาง Serology^{1,5} การตรวจ NAATs เป็นการตรวจมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัย (Gold standard) เนื่องจากสามารถระบุ genotype ของ *C. trachomatis*



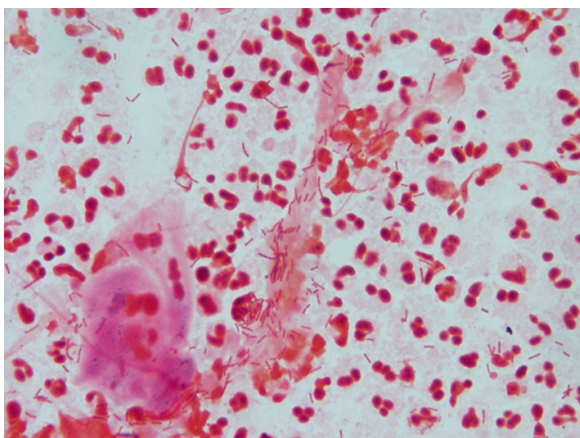
ภาพที่ 1 ตัวอย่างการตรวจ Tzanck smear พบ Multinucleated giant cells (บริเวณลูกศรชี้) ในโรคเริม

ที่มา: หน่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชาย ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



ภาพที่ 2 ตัวอย่างการตรวจ Dark-field microscopy พบ Spirochete (บริเวณลูกศรชี้) ในโรคซิฟิลิส

ที่มา: หน่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชาย ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



ภาพที่ 3 ตัวอย่างการตรวจ Gram stain พบ Gram negative bacilli เรียงตัวกันเป็นกลุ่ม (School of fish) ในโรคแผลริมอ่อน

ที่มา: หน่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชาย ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

การสังเกตเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับโรคแผลกามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบ

การเพาะเชื้อของเชื้อ *Klebsiella granulomatis* ทำได้ยาก การวินิจฉัยต้องอาศัยการเก็บสิ่งส่งตรวจจากแผลหรือการตัดชิ้นเนื้อพบ Donovan bodies ซึ่งเป็นเชื้อที่มีลักษณะวงรี (safety pin-shaped structures) พบใน cytoplasm ของ mononuclear phagocytes หรือ histiocytes^{1, 6}

การสังเกตเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับโรคที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อที่เป็นสาเหตุของแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนัก

การตัดชิ้นเนื้อควรพิจารณาในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยที่แน่ชัดหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา เพื่อหาสาเหตุของแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนัก เช่น Behçet's disease, โรคผื่นแพ้ยาแบบ fixed drug eruption และโรคมะเร็ง¹

การรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนัก

แนวทางการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนัก มีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

การให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มาด้วยแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนักที่เกิดจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การให้คำแนะนำผู้ป่วยดังต่อไปนี้เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเป็นการดูแลรักษาและเป็นการป้องกันการแพร่เชื้อสู่คู่เพศสัมพันธ์อย่างครบถ้วน

- แนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- แนะนำให้ผู้ป่วยงดการมีเพศสัมพันธ์หรือใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งระหว่างที่มีแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนัก เนื่องจากผู้ป่วยที่มีแผลสามารถส่งเสริมการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นหรือติดเชื้อไวรัส HIV ได้มากขึ้น โดยเฉพาะแผลที่เกิดจากโรคเริ่มที่อวัยวะเพศ โรคแผลริมอ่อนและโรคซิฟิลิส¹⁴

- แนะนำผู้ป่วยให้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมเพื่อค้นหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ที่ยังไม่มีอาการและอาการแสดง เช่น การติดเชื้อเอชไอวีหรือไวรัสตับอักเสบบี

- การให้คำแนะนำในการพาคู่เพศสัมพันธ์มาตรวจและรับการรักษาเป็นสิ่งสำคัญเพื่อลดการติดเชื้อซ้ำ

ตารางที่ 1 การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนัก¹⁻⁶

ชื่อโรค	การรักษา
โรคเริ่มที่อวัยวะเพศครั้งแรก (First clinical episode of genital herpes)	- Acyclovir 400 มก. รับประทานวันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 7-10 วัน - Valacyclovir 1 ก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 7-10 วัน - Famciclovir 250 มก. รับประทานวันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 7-10 วัน
โรคเริ่มที่อวัยวะเพศที่เป็นซ้ำในผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Recurrent genital herpes infection in non-HIV patients)	การให้ยาเป็นครั้ง ๆ (Episodic therapy) - Acyclovir 800 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน หรือรับประทานวันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 2 วัน - Valacyclovir 500 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 3 วัน - Valacyclovir 1 ก. รับประทานวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน - Famciclovir 1 ก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 1 วัน - Famciclovir 500 มก. รับประทานครั้งเดียว ตามด้วย 250 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 วัน - Famciclovir 125 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน การให้ยาทุกวันเพื่อลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรค (Suppressive therapy) - Acyclovir 400 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง - Valacyclovir 500 มก. หรือ 1 ก. รับประทานวันละ 1 ครั้ง - Famciclovir 250 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง

ชื่อโรค	การรักษา
โรคเริมที่อวัยวะเพศที่เป็นซ้ำในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Recurrent genital herpes infection in HIV patients)	การให้ยาเป็นครั้งๆ (Episodic therapy) - Acyclovir 400 มก. รับประทานวันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 5-10 วัน - Valacyclovir 1 ก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5-10 วัน - Famciclovir 500 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5-10 วัน การให้ยาทุกวันเพื่อลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของเริม (Suppressive therapy) - Acyclovir 400-800 มก. รับประทานวันละ 2-3 ครั้ง - Valacyclovir 500 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง - Famciclovir 500 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง
โรคซิฟิลิสระยะที่หนึ่ง (Primary syphilis: chancre)	- Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว สำหรับผู้ป่วยที่แพ้ยาในกลุ่ม penicillin - Doxycycline 100 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 14 วัน
โรคแผลริมอ่อน (Chancroid)	ใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ - Azithromycin 1 ก. รับประทานครั้งเดียว - Ceftriaxone 250 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว - Ciprofloxacin 500 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 3 วัน - Erythromycin 500 มก. รับประทานวันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 7 วัน
โรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง (Lymphogranuloma venereum)	แนวทางการรักษาหลัก - Doxycycline 100 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 21 วัน แนวทางการรักษาทางเลือก - Azithromycin 1 ก. รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ - Erythromycin 500 มก. รับประทานวันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 21 วัน
โรคแผลกามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบ (Granuloma inguinale)	แนวทางการรักษาหลัก - Azithromycin 1 ก. รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกว่ารอยโรคทั้งหมดจะหายและต้องรับประทานนานกว่า 3 สัปดาห์ - Azithromycin 500 มก. รับประทานวันละ 1 ครั้ง จนกว่ารอยโรคทั้งหมดจะหายและต้องรับประทานนานกว่า 3 สัปดาห์ แนวทางการรักษาทางเลือก - Doxycycline 100 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง จนกว่ารอยโรคทั้งหมดจะหายและต้องรับประทานอย่างน้อย 3 สัปดาห์ - Erythromycin 500 มก. รับประทานวันละ 4 ครั้ง จนกว่ารอยโรคทั้งหมดจะหายและต้องรับประทานนานกว่า 3 สัปดาห์ - Trimethoprim-sulfamethoxazole (160 มก./800 มก.) รับประทานวันละ 2 ครั้ง จนกว่ารอยโรคทั้งหมดจะหายและต้องรับประทานนานกว่า 3 สัปดาห์

ที่มา: Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187.

สรุป

แผลที่อวัยวะเพศและทวารหนักที่เกิดจากการติดเชื้อมักเกิดจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะโรคเริมที่อวัยวะเพศและโรคซิฟิลิสระยะที่หนึ่ง ปัจจุบันอุบัติการณ์และความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ทำให้สามารถพบผู้ป่วยที่มีแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนักที่เกิดจากการติดเชื้อได้บ่อยขึ้น การซักประวัติและตรวจร่างกายสามารถช่วยวินิจฉัยสาเหตุเบื้องต้นและควรส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยทุกรายเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง เนื่องจากการรักษาแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนักนั้นแตกต่างกันขึ้นกับการวินิจฉัย ผู้ป่วยที่มาด้วยแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนักที่เกิดจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกรายควรได้รับคำแนะนำเพื่อเป็นการดูแลรักษาและเป็นการป้องกันการแพร่เชื้อสู่คู่เพศสัมพันธ์อย่างครบถ้วน

เอกสารอ้างอิง

1. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187.
2. Cohen JL. Herpes Simplex. In: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, et al., editors. Fitzpatrick's Dermatology, 9e. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2019. p. 3021-34.
3. Tuddenham SA, Zenilman JM. Syphilis. In: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, et al., editors. Fitzpatrick's Dermatology, 9e. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2019. p. 3145-72.
4. Lautenschlager S, Brockmeyer NH. Chancroid. In: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, et al., editors. Fitzpatrick's Dermatology, 9e. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2019. p. 3186-92.
5. Brockmeyer NH, Lautenschlager S. Lymphogranuloma Venereum. In: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ,

McMichael AJ, et al., editors. Fitzpatrick's Dermatology, 9e. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2019. p. 3193-201.

6. Hoffman MB, Pichardo RO. Granuloma Inguinale. In: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, et al., editors. Fitzpatrick's Dermatology, 9e. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2019. p. 3202-6.

7. Li A, Varangrat A, Wimonasiri W, Chemnasiri T, Sinthuwattanawibool C, Phanuphak P, et al. Sexual behavior and risk factors for HIV infection among homosexual and bisexual men in Thailand. AIDS Behav. 2009;13(2):318-27.

8. Beyrer C, Baral SD, van Griensven F, Goodreau SM, Chariyalertsak S, Wirtz AL, et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. Lancet. 2012;380(9839):367-77.

9. de Vries HJ. Sexually transmitted infections in men who have sex with men. Clin Dermatol. 2014;32(2):181-8.

10. Cunha Ramos M, Nicola MRC, Bezerra NTC, Sardinha JCG, Sampaio de Souza Morais J, Schettini AP. Genital ulcers caused by sexually transmitted agents. An Bras Dermatol. 2022;97(5):551-65.

11. Lewis DA. Chancroid: clinical manifestations, diagnosis, and management. Sex Transm Infect. 2003;79(1):68-71.

12. Rawla P, Thandra KC, Limaie F. Lymphogranuloma Venereum. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright© 2022, StatPearls Publishing LLC.; 2022.

13. Beyrer C, Jitwatcharanan K, Natpratan C, Kaewwicit R, Nelson KE, Chen CY, et al. Molecular methods for the diagnosis of genital ulcer disease in a sexually transmitted disease clinic population in northern Thailand: predominance of herpes simplex virus infection. J Infect Dis. 1998;178(1):243-6.

14. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. Sex Transm Infect. 1999;75(1):3-17.