



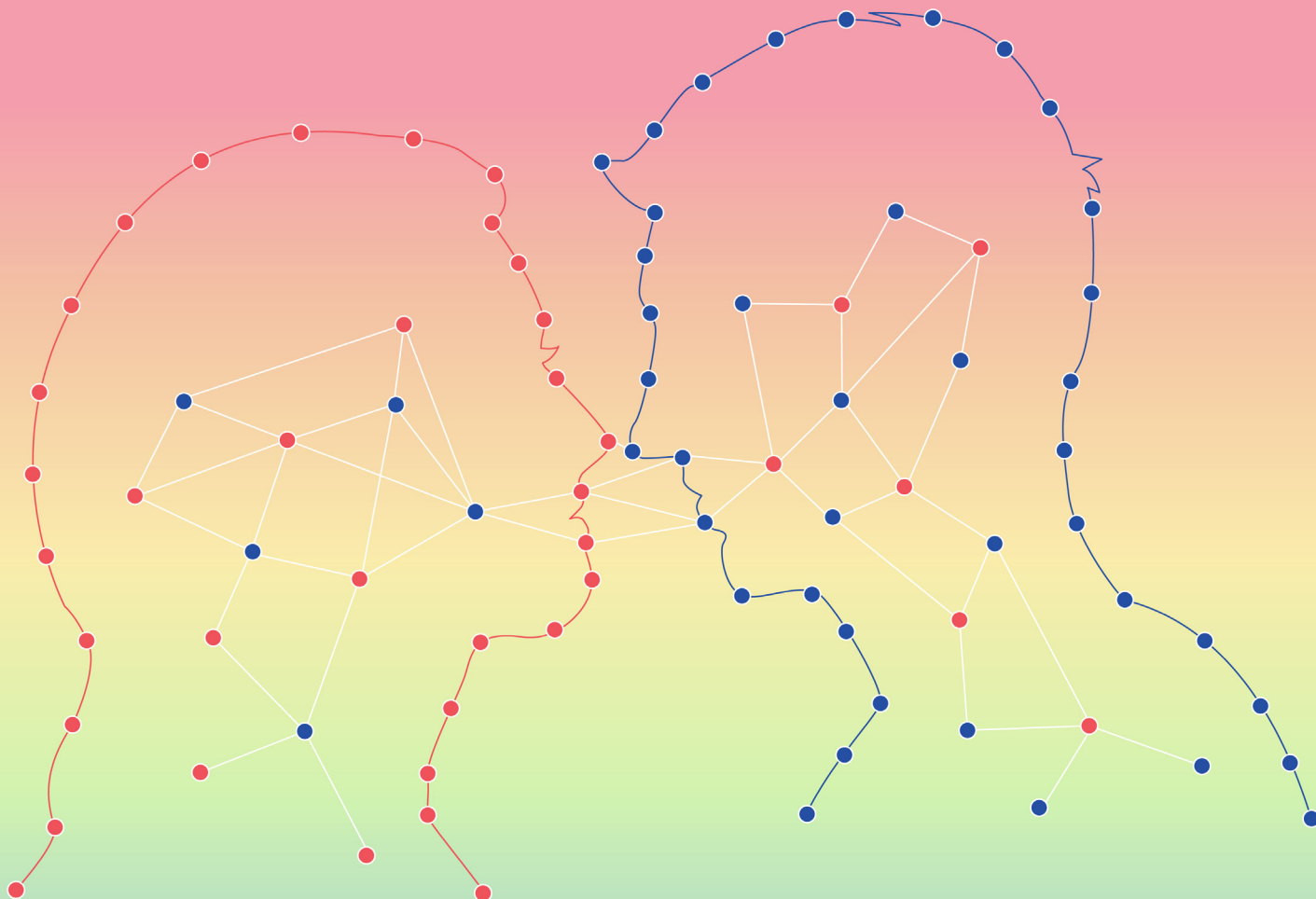
เวชบันทึกศิริราช

SIRIRAJ MEDICAL BULLETIN

เวชบันทึกศิริราช

ISSN 2697-4436

ปีที่ 16 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2566



- ▲ 47 ปี แห่งการบริการด้วยหัวใจของห้องตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี (คลินิก 309)
- ▲ ผลกระทบของการเรียนแบบออนไลน์และออนไลน์ต่อความสามารถในการตรวจวินิจฉัยภาวะระดูขาวผิดปกติสำหรับนักศึกษาแพทย์
- ▲ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในผู้ใหญ่เพศหญิงที่ถูกส่งละเมิดทางเพศ
- ▲ การประเมินดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนัก
- ▲ ฮอโมนเพื่อการเปลี่ยนเพศกับยาต้านไวรัสเอชไอวี
- ▲ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชน: สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
- ▲ การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงทางเพศอย่างองค์รวม
- ▲ บทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระยะคลอด
- ▲ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่โรงพยาบาลศิริราช
- ▲ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสที่โรงพยาบาลศิริราช
- ▲ โรคหนองในเทียมที่ไม่ได้มีสาเหตุจากเชื้อ Chlamydia trachomatis
- ▲ แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเริมที่อวัยวะเพศที่โรงพยาบาลศิริราช

ฉบับพิเศษ

โรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์

Copyright Notice: Copyright © C Charoenporn. All rights reserved.





เวชบัณฑิตศิริราช

จัดพิมพ์โดยอนุมัติของคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

เวชบัณฑิตศิริราช

เป็นวารสารที่ลงตีพิมพ์ผลงานวิจัยและวิชาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขในวงกว้าง ไม่ว่าจะเป็นวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน การแพทย์ประยุกต์ การแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก จริยธรรมการวิจัยในคนและสัตว์ทดลอง แพทยศาสตร์ศึกษาทั้งระดับก่อนและหลังปริญญา ตลอดจนการบริหารจัดการองค์กรที่เกี่ยวกับการแพทย์ และการสาธารณสุขในสาขาต่างๆ เป็นวารสารราย 4 เดือน โดยเนื้อหาจะประกอบด้วยผลงานวิจัย บทความทั่วไป แนวทางการดูแลผู้ป่วย และบทความประเภทอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง บทความต่าง ๆ ที่ตีพิมพ์จะผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจากต่างสถาบันด้วยความโปร่งใส (double-blinded)

เวชบัณฑิตศิริราช

ผ่านการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการกลุ่มที่ 2
ในฐานข้อมูล TCI

วัตถุประสงค์

เพื่อสนับสนุนการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ
ด้านการแพทย์ และสาธารณสุขในวงกว้าง

กำหนดตีพิมพ์

ปีละ 4 เล่ม ในเดือนมกราคม - มีนาคม,
เมษายน - มิถุนายน, กรกฎาคม - กันยายน
และตุลาคม - ธันวาคม

ระบบการจัดการวารสารออนไลน์

เวชบัณฑิตศิริราช ได้ใช้ระบบการจัดการวารสาร
ออนไลน์ Thai Journals Online (ThaiJo)

ThaiJo ได้รับการติดตั้ง และดูแลโดยศูนย์ดัชนีการอ้างอิง
วารสารไทย (Thai-Citation Index Centre, TCI) จาก
การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
(สกว.) และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี
เพื่อพัฒนาคุณภาพวารสารไทยในฐานข้อมูล TCI ให้มี
มาตรฐานสากล

ขอเชิญชวนผู้สนใจส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ใน
“วารสารเวชบัณฑิตศิริราช” ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ผู้สนใจสามารถส่งบทความผ่านอีเมลหรือศึกษาราย
ละเอียดเพิ่มเติมที่เว็บไซต์

[https://he02.tci-thaijo.org/index.php/simedbull/
index](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/simedbull/index)





วารสารเวชบัณฑิตศิริราช

เพื่อสืบทอดเอกลักษณ์ ไทยของสารศิริราช มุ่งสู่มาตรฐานวารสารการแพทย์ของไทย
จัดพิมพ์โดยอนุมัติของคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ	บรรณาธิการบริหาร
ศาสตราจารย์ นายแพทย์ธวัชชัย อัครวิพุธ	บรรณาธิการ
ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์วรัศม์ โล่ห์สิริวัฒน์	รองบรรณาธิการ
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์	รองบรรณาธิการ
รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเจนจิต ฉายะจินดา	รองบรรณาธิการ
รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์เชิดศักดิ์ ไธรมณีนันท์	รองบรรณาธิการ
รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประวิทย์ อัครเสรินนท์	รองบรรณาธิการ
ผู้ช่วยอาจารย์ แพทย์แผนไทยประยุกต์ แม้นมาศ วรรณภูมิ	รองบรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ ภายนอกคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร
รองศาสตราจารย์พิเศษ นาวาอากาศตรี
นายแพทย์สุชม ศิลปอาชา

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ
แพทย์หญิงจิรพร เหลืองเมตตากุล

โรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท กรุงเทพมหานคร
แพทย์หญิงปิวิภา อุดมวิบูลย์ชัย

สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข
แพทย์หญิงไพลิน พวงเพชร

โรงพยาบาลบางปะกอก 1 กรุงเทพมหานคร
นายแพทย์วีร์ สิงห์สถิตย์สุข

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร
พันตรี นายแพทย์จักรพันธ์ ศุภเดช

ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย
นายแพทย์ฐิติสันต์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา

โรงพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข 26
เจ้าคุณพระประยูรวงศ์ สำนักอนามัย
แพทย์หญิงฉันทพัทธ์ พฤกษ์วัน

โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีราชา จ.ชลบุรี
นายแพทย์สรายุธ ลิมตังตระกูล

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จ.บุรีรัมย์
แพทย์หญิงวันวิ พิมพรัตน์

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จ.บุรีรัมย์
นายแพทย์เชาวน์วัศ พิมพรัตน์

โรงพยาบาลสกลนคร จ.สกลนคร
นายแพทย์นิสิต ตงศิริ

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี
นายแพทย์ชัยอนันต์ โสตาภักดิ์

โรงพยาบาลเกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี
นายแพทย์ทรงยศ ขญานินปรเมศ

ผู้จัดการวารสาร

นางสาวนุชประวีร์ สลืออ่อน

ผู้วาดภาพประกอบทางการแพทย์

นางสาวนุชประวีร์ สลืออ่อน

พิสูจน์อักษร

นางสาวนุชประวีร์ สลืออ่อน

นางอมรรัตน์ แสงแก้ว

สำนักงาน

อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ชั้น 2 ห้อง 207 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700 โทรศัพท์ 0-2419-2888 Email: sijournal92@gmail.com

“บทความต่าง ๆ ที่ปรากฏในเวชบัณฑิตศิริราชเป็นผลงานจากความคิดหรืองานวิจัยของผู้เขียนและ / หรือคณะผู้เขียน
ถือเป็นความรับผิดชอบและลิขสิทธิ์ของผู้เขียนและ / หรือคณะผู้เขียนตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ.2537”

สารบัญ

- 269 47 ปี แห่งการบริการด้วยหัวใจของห้องตรวจ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี (คลินิก 309)
เจนจิต ฉายะจินดา, ชานนท์ เนื่องตัน, ชนากานต์ เกิดกลิ่นหอม
- 271 ผลกระทบของการเรียนแบบออนไลน์และออนไลน์ต่อความสามารถในการตรวจวินิจฉัยภาวะกระดูกขาผิดปกติ
ของนักศึกษาแพทย์
ดวงรัตน์ ดวงรัตนสิริกุล, เจนจิต ฉายะจินดา, พรทิพย์ ราชพรหมมา, สุนิสา สอนวิชา
- 278 การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในผู้ใหญ่เพศหญิงที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ
เจนจิต ฉายะจินดา
- 287 การประเมินดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนัก
วิทวัช ฐระกิจ, จรัสศรี พียาพรรณ, ภัทริยา จิรวัฒนาตล, ธฤต หุตะโชค, วรัญญู ประสงค์, กิตติภูมิ ชินหิรัญ
- 295 ฮอโมนเพื่อการเปลี่ยนเพศกับยาต้านไวรัสเอชไอวี
อัมรินทร์ สุวรรณ, กระจิธร ปัญญาคำเลิศ
- 306 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชน: สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
อรศรี วิทวัสมงคล, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์
- 313 การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงทางเพศอย่างองค์รวม
สุภิญญา อินอิ้ว
- 321 บทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระยะคลอด
วัชรารมณ์ อินกะสังข์, ปฐมาภรณ์ เตียงลัดดาวงศ์, เจนจิต ฉายะจินดา
- 328 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่โรงพยาบาลศิริราช
เจนจิต ฉายะจินดา, สุพัตรา รุ่งไมตรี, อรนิช นาวานุเคราะห์, ชานนท์ เนื่องตัน, พเยาว์ เอนกลาง,
ปฐมาภรณ์ เตียงลัดดาวงศ์
- 342 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสที่โรงพยาบาลศิริราช
เจนจิต ฉายะจินดา, สุพัตรา รุ่งไมตรี, ชนากานต์ เกิดกลิ่นหอม, ปฐมาภรณ์ เตียงลัดดาวงศ์
- 353 โรคหนองในเทียมที่ไม่ได้มีสาเหตุจากเชื้อ *Chlamydia trachomatis*
กิตติภูมิ ชินหิรัญ, รสพร กิตติเยวมาลย์, เจนจิต ฉายะจินดา
- 358 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเริ่มที่อวัยวะเพศ ที่โรงพยาบาลศิริราช
สุขุม เจียมตน, จรัสศรี พียาพรรณ, เจนจิต ฉายะจินดา, ภัทริยา จิรวัฒนาตล, วรัชยา ปัญญาภักย์กุล, ธฤต หุตะโชค,
วรัญญู ประสงค์, วิทวัช ฐระกิจ

47 ปี แห่งการบริการด้วยหัวใจของห้องตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี (คลินิก 309)

เจนจิต ฉายะจินดา*, ชานนท์ เนื่องตัน*, ชนากานต์ เกิดกลิ่นหอม**

*ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร, **งานการพยาบาลสูติศาสตร์ฯ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

บทนำ

ห้องตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี (คลินิก 309) เปิดให้บริการดูแลสตรีที่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาอย่างยาวนานกว่า 47 ปี ผ่านประสบการณ์การแพร่ระบาดของซิฟิลิส และเอชไอวี และมีส่วนร่วมในการทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการรักษาเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ ในปัจจุบันสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ดีขึ้นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม เชื้อก่อโรคมีพัฒนาการจนเกิด การดื้อยา รวมถึงสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลง ทำให้การแพร่ระบาดของเชื้อยังคงดำเนินต่อไป โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มอายุน้อย ทางคลินิก 309 ได้พยายามต่อสู้กับปัญหานี้อย่างต่อเนื่อง โดยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ภาควิชาอายุรศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก ภาควิชาตจวิทยา ภาควิชาจุลชีววิทยา และกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในการดำเนินงานบริการและงานวิจัย อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ประวัติความเป็นมาของหน่วย

หน่วยเริ่มก่อตั้งเนื่องจากมีการแพร่ระบาดของโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ โดยรองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสรศรีศรี สุขวิจน์ (เปี้ยวฉิม) เป็นหัวหน้าทีมร่วมกับรองศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสิทธิ์ พัฒนพานิช และอาจารย์ นายแพทย์ชัยพร ภัทราคม เปิดให้บริการเฉพาะวันจันทร์ ต่อมาในปี พ.ศ.2519 ได้ย้ายสถานที่ของห้องตรวจ จากชั้น 2 ตึกผู้ป่วยนอกgrimน้ำ มายังตึกผู้ป่วยนอกชั้น 3 และยังคงเปิดให้บริการเฉพาะวันจันทร์ ต่อมาในปี พ.ศ.2520 จำนวนผู้ติดเชื้อการโรคเพิ่มสูงขึ้น รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ประพาส เพียรเลิศ หัวหน้าหน่วย มีดำริในการขยายการทำงาน และได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัท กรีนสปอต ประเทศไทย ได้ใช้พื้นที่ของห้อง 308 และ 309 ของตึกผู้ป่วยนอก ในการให้บริการ ได้ใช้พื้นที่ของห้องตรวจนี้ว่า “คลินิก 309” และก่อตั้งหน่วยอย่างเป็นทางการ

โดยการโดยใช้ชื่อว่า “หน่วยการโรคสตรี” และได้บรรจุอาจารย์ใหม่คือ อาจารย์ นายแพทย์พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา จนสามารถเปิดให้บริการได้วันจันทร์-ศุกร์ ในปีต่อมา (พ.ศ.2521) บรรจุอาจารย์ใหม่คือ อาจารย์ นายแพทย์อนุวัตร รุ่งพิสุทธิพงษ์ ผลงานของหน่วยเป็นที่ยอมรับ และถือว่าเป็นหน่วยบริการรักษาและติดตามสตรีที่เป็นการโรคในโรงเรียนแพทย์ที่ครบวงจรแห่งแรกของประเทศไทย

ในปีพ.ศ.2527 เริ่มมีการตรวจพบผู้ป่วยเอชไอวีคนแรกในประเทศไทย นำไปสู่การแพร่ระบาดอย่างมากรวมถึงในหญิงตั้งครรภ์ ในปีพ.ศ.2532 ซึ่งได้มีการตรวจคัดกรองเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย ทางหน่วยได้เข้าร่วมโครงการวิจัยกับนานาชาติ เพื่อหาวิธีควบคุมการระบาด ในปีพ.ศ.2535 มีการปรับเปลี่ยนชื่อหน่วยจาก “หน่วยการโรคสตรี” เป็น “หน่วยโรคติดต่อทางนรีเวชและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี” ทั้งงานบริการและงานวิจัยเพิ่มจำนวนเป็นอย่างมาก ในปีพ.ศ.2538 บรรจุอาจารย์ นายแพทย์อัมพันธ์ เฉลิมโชคเจริญกิจ เข้ามาช่วยพัฒนาหน่วยงานอย่างมาก จนกระทั่งปีพ.ศ.2540 - 2545 ทางหน่วยได้รับคัดเลือกให้เป็นสถานที่ศึกษาวิจัยของกระทรวงสาธารณสุข องค์การอนามัยโลก และ Center for Disease Control and Prevention มีเป้าหมายในการลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก อาจารย์ นายแพทย์อัมพันธ์ เฉลิมโชคเจริญกิจ ยังได้มีส่วนสำคัญในการเขียนแนวทางปฏิบัติระดับชาติอีกด้วย

ในปี พ.ศ.2548 บรรจุอาจารย์ นายแพทย์มานพชัย ธรรมคันโธ เป็นอาจารย์ประจำหน่วย ตามด้วยอาจารย์ นายแพทย์ชานนท์ เนื่องตัน และอาจารย์ แพทย์หญิงเจนจิต ฉายะจินดา ในปี พ.ศ. 2552 และปี พ.ศ.2554 ตามลำดับ ในช่วงเวลาที่อาจารย์มานพชัย ธรรมคันโธ เป็นหัวหน้าหน่วย ได้ปรับปรุงรูปแบบการให้บริการที่ทันสมัยและเชิงรุกมากยิ่งขึ้น และมีการย้ายสถานที่ของห้องตรวจจากบริเวณด้านในสุดของห้องตรวจสูติ-นรีเวชกรรม มาอยู่ด้านหน้า เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย มีการจัดสถานที่เป็นสัดส่วน ในปีพ.ศ.2560 ได้จัดทำการประชุมวิชาการของหน่วยในหัวข้อ “STD&HIV/AIDs:

After a centennial practice ระหว่างวันที่ 21-24 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2560 และในวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2563 ได้ริเริ่มจัดทำ ศูนย์วัคซีนสตรี (Women's Vaccination Center) อย่างครบวงจร เพื่อแก้ปัญหาสตรีตั้งครรภ์รับวัคซีนไม่ครบถ้วน และเปิดให้บริการกับสตรีทั่วไป รวมถึงคู่เพศสัมพันธ์

นวัตกรรมของหน่วยที่ได้รับรางวัล ได้แก่ นวัตกรรม “ตุ๊กตาธาราณสอนเหน็บยา” (รางวัลดีดดาว ปี พ.ศ.2553) นวัตกรรม “Cold strap บรรเทาอาการปวด” ภายหลังการได้รับการฉีดยา Benzathine penicillin บริเวณสะโพก (รางวัลดีดดาว ปี พ.ศ. 2558) และนวัตกรรม “วิดีโอแอนิเมชันสนับสนุนการสอนด้วยพยาบาล สำหรับการติดตามคู่เพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยหญิงไทยที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามคู่ก่อนมารับ การปรึกษาและรักษา (รางวัลงานวิจัยจากงานประจำ ปี พ.ศ.2560)

ในปัจจุบัน ทางหน่วยมีบทบาทสำคัญในการจัดทำแนวปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และคำแนะนำในการให้วัคซีนระดับชาติอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมทั้งในส่วนสตรีตั้งครรภ์และไม่ตั้งครรภ์ ดังนั้น ในปี พ.ศ.2566 จึงมีการปรับเปลี่ยนชื่อหน่วยอีกครั้งเป็น “หน่วยโรคติดต่อ”

รายนามหัวหน้าหน่วย และหัวหน้าพยาบาลของหน่วย

หัวหน้าหน่วย

1. ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ประพาส เพียรเลิศ (พ.ศ.2519- พ.ศ.2535)
2. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ประสิทธิ์ พัฒนาพานิช (พ.ศ.2535- พ.ศ.2539)
3. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยพร ภัทราคม (พ.ศ.2539- พ.ศ.2543)

4. ศาสตราจารย์ นายแพทย์อนุวัตร รุ่งพิสุทธิพงษ์ (พ.ศ.2543- พ.ศ.2553)

5. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์มานพชัย ธรรมคันโธ (พ.ศ.2553- พ.ศ.2563)

6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชานนท์ เนื่องตัน (พ.ศ.2563- ปัจจุบัน)

หัวหน้าพยาบาล

1. นางภัทรวรรณ ไชยกุล (พ.ศ.2520- พ.ศ.2546)
2. นางสาวจิรพรรณ พรายมณี (พ.ศ.2546- พ.ศ.2548)
3. นางเพ็ญเพ็ญ ธัญญะตุลย์ (พ.ศ.2548- พ.ศ.2557)
4. นางขวัญจิตร เหล่าทอง (พ.ศ.2557- พ.ศ. 2563)
5. นางชนากานต์ เกิดกลิ่นหอม (พ.ศ.2563-ปัจจุบัน)

สรุป

ในวาระครบรอบ 47 ปี แห่งการบริการด้วยหัวใจของห้องตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี ทางหน่วยได้ผ่านประสบการณ์การทำงานในสถานการณ์ที่มีทรัพยากรและองค์ความรู้ที่มีอย่างจำกัด มาจนถึงยุคปัจจุบัน การเข้าถึงข้อมูลทำได้ง่าย และได้รับการสนับสนุนจากภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นอย่างดี สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ทางหน่วยสามารถพัฒนางานบริการควบคู่กับงานวิจัย และการเรียนการสอนอย่างต่อเนื่องสืบต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. วิทยา ถิฐาพันธ์. หนังสือ “100 ปี สูติ-นรีเวชใน 129 ปี ศิริราช” เล่มที่ 2 หน่วยงาน. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พีเอ ลิฟวิ่ง จำกัด, 2561 หน้า 189-202

Effect of On-line vs On-site Class on Medical Students' Competency in Vaginal Wet Mount

Duangrat Tuangrattanasirikun, Chenchit Chayachinda, Porntip Rachapromma, Sunisa Sonwicha

Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(4):271-277

ABSTRACT

Objective: To compare the sixth-year medical students' competency in performing "vaginal wet mount" between those who learned the "vaginal wet mount" workshop when being the fourth-year students by on-line and by on-site classes.

Materials and Methods: The retrospective cohort study was conducted at the Siriraj Female STD Clinic during November 2022- March 2023. The eligibility criteria were sixth-year medical students, having no training relating "vaginal wet mount" in prior two weeks and agreeing to participate in the study. The whole process took 20 minutes for each participant. After signing the informed consent, the participants performed vaginal wet mount. The study team provided a tube of vaginal discharge diluted with normal saline solution. The outcome measures included the complete steps of vaginal wet mount, time taken and the accurate diagnosis. All participants were informed that this study did not affect their study grade; and, during the study, they were allowed to access to any information on the internet.

Results: Of 96 participants, the average age was 23. The number of male students was slightly higher. The duration since the workshop was around 21 months. Thirteen participants (13.5%) had on-line class. Half of the participants in both on-line and on-site groups reported the correct diagnosis of vaginal wet mount (online 46.2%, onsite 51.8%). Those in on-line group could show greater number of correct steps but the on-site ones could better demonstrate the clue cells.

Conclusion: After learning the workshop "vaginal wet mount" for 21 months, half of the sixth-year medical students retain the competency of this diagnostic method. There is no difference between the on-line group and the on-site group when internet-based information is freely accessible.

Keywords: Medical students; COVID-19; workshop; wet preparation

Correspondence to: Duangrat Tuangrattanasirikun

E-mail: minnie2919@hotmail.com

Received: 22 March 2023

Revised: 5 July 2023

Accepted: 11 July 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i4.261910>

ผลกระทบของการเรียนแบบออนไลน์และออนไลน์ต่อความสามารถในการตรวจวินิจฉัยภาวะกระดูกผิดปกติของนักศึกษาแพทย์

ดวงรัตน์ ดวงรัตนสิริกุล, เจนจิต ฉายะจินดา, พรทิพย์ ราชพรหมมา, สุนิสา สอนวิชา

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบผลของการศึกษาเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การตรวจกระดูกภาวะกระดูกผิดปกติ” ในรูปแบบ on-site และ on-line ที่จัดขึ้นสำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4

วิธีการศึกษา: การศึกษานี้จัดทำขึ้นที่ห้องตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี โรงพยาบาลศิริราช ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2565 – เดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 เก็บข้อมูลการคัดเลือกประชากรศึกษา คือ นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 ที่ไม่ได้รับการสอนเกี่ยวกับกระดูกผิดปกติในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ยินดีรับการประเมิน การประเมินใช้เวลาประมาณ 20 นาที โดยทีมผู้วิจัยจัดเตรียมสารละลายกระดูกผิดปกติและกล้องจุลทรรศน์ไว้ให้ หลังจากเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะต้องแสดงขั้นตอนต่าง ๆ ในการตรวจกระดูกผิดปกติไปจนถึงการให้การวินิจฉัย ในขณะที่ปฏิบัติตามสามารถเข้าถึงข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตได้ ผลการประเมินจะไม่เกี่ยวข้องกับการตัดเกรดของภาควิชา

ผลการศึกษา: จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษานี้ทั้งหมด 96 คน อายุเฉลี่ย 23 ปี เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย ผ่านการเรียนเชิงปฏิบัติการมาแล้วประมาณ 21 เดือน ในจำนวนนี้มี 13 ราย เคยผ่านการเรียนรูปแบบ on-line (ร้อยละ 13.5) ความถูกต้องของผลการตรวจสารละลายกระดูกผิดปกติไม่แตกต่างกันระหว่างทั้งสองกลุ่ม (on-line ร้อยละ 46.2 และ on-site ร้อยละ 51.8) กลุ่มที่เคยเรียน on-line มีวิธีการทำตามขั้นตอนได้มากกว่า แต่ผู้ที่เคยเรียน on-site สามารถตรวจหา clue cell ได้มากกว่า

สรุป: หลังจากการเรียนเชิงปฏิบัติการประมาณ 21 เดือน นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ทั้งกลุ่มที่เรียนแบบ on-line และ on-site มีความสามารถในการวินิจฉัยไม่แตกต่างกัน คือประมาณร้อยละ 50 เมื่อนักศึกษาสามารถค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ต

คำสำคัญ: นักศึกษาแพทย์; โควิด-19; การเรียนเชิงปฏิบัติการ; การตรวจสารละลายกระดูกผิดปกติ

บทนำ

โรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดที่แพร่กระจายอย่างรวดเร็วไปทั่วโลกตั้งแต่ปลายปี พ.ศ.2562 และมีผลกระทบอย่างมาก ในด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และรวมไปถึงระบบการศึกษาทุกระดับ เช่นเดียวกับนักศึกษาแพทย์¹⁻³ โดยเฉพาะนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก โดยในช่วงนั้นจำเป็นต้องหยุดเรียนหรือเรียน on-line ทำให้ขาดประสบการณ์การเรียนรู้หลายอย่างโดยเฉพาะในภาคปฏิบัติ ตัวอย่างหนึ่งคือ การเรียนการสอนในรูปแบบ workshop สำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 เรื่อง “การตรวจวินิจฉัยภาวะกระดูกผิดปกติด้วยกล้องจุลทรรศน์” จัดโดยภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา มีมาอย่างต่อเนื่องกว่า 10 ปี มีวัตถุประสงค์ให้นักศึกษาแพทย์ สามารถนำความรู้ไปช่วยในการวินิจฉัยภาวะกระดูกผิดปกติ เมื่อไปปฏิบัติงานในระดับชั้นที่สูงขึ้นและเมื่อไปปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาลศิริราช

เนื่องจากกล้องจุลทรรศน์เป็นอุปกรณ์ที่หาได้ในสถานพยาบาลทุกระดับ

ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.2563 สถานการณ์ระบาดของโควิด-19 รุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ร่วมกับการที่ยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรคทำให้นักศึกษาแพทย์ จำเป็นต้องหยุดอยู่ที่บ้านและเรียนรู้ workshop นี้ผ่านทางช่อง on-line ในบางช่วงที่สถานการณ์ของโควิด-19 สงบ ทางภาควิชา สามารถจัดการเรียนการสอนแบบ on-site ได้ ผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจนำมาสู่ผลสัมฤทธิ์ของการศึกษา และความพึงพอใจของนักศึกษาแพทย์ที่ลดลง⁴ นอกจากนี้การเรียนผ่านช่องทาง on-line ก่อให้เกิดความเครียดแก่นักศึกษาแพทย์ โดยพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของนักศึกษาแพทย์มีความเครียดในระดับที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน⁵ คณะผู้วิจัยจึงต้องการประเมินความรู้ความสามารถของนักศึกษาแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยภาวะกระดูกผิดปกติโดย

ใช้กล้องจุลทรรศน์ โดยเปรียบเทียบรูปแบบการเรียนการสอนแบบ on-site และ on-line รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ความมั่นใจและความพึงพอใจต่อหลักสูตรการเรียนการสอน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาตามรุ่นแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) จัดทำขึ้นที่ห้องตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี โรงพยาบาลศิริราชเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2565 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2566 ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (COA. Si728/2022) ทีมผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตรื้อหัตถ์ภาควิชาฝ่ายการศึกษา ภาควิชาจุลชีววิทยา-นรีเวชวิทยา เพื่อทำการศึกษานักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ภายหลังจากได้รับอนุมัติแล้ว ทีมผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการแก่นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ที่สนใจเพื่อมาเข้าร่วมโครงการวิจัย

ประชากรศึกษา

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 เกณฑ์การคัดออกคือ ไม่ยินดีเข้าร่วมการศึกษา หรือผ่านการเรียนการสอนเรื่องการดูกล้องจุลทรรศน์ ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยปกตินักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 จะผ่านการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ “Vaginal wet mount” จำนวน 1.5 ชั่วโมง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรนรีเวชวิทยา จากนั้นในชั้นปี 5 นักศึกษาแพทย์จะเรียนวิชาจุลชีววิทยา และเมื่อขึ้นชั้นปีที่ 6 นักศึกษาแพทย์จะเรียนสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ซึ่งจะมีโอกาสใช้ทักษะ vaginal wet mount มากที่สุด

การเรียนการสอนเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การวินิจฉัยภาวะระดูขาวผิดปกติด้วยกล้องจุลทรรศน์”

การเรียนการสอนเชิงปฏิบัติการนี้อยู่ในหลักสูตรของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 ในรูปแบบ on-site โดยใช้เวลา 1.5 ชั่วโมง มีนักเรียนกลุ่มละ 35-40 คน อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบด้วยกล้องจุลทรรศน์จำนวน 8 เครื่อง แผ่นกระจก (glass slide และ cover glass) และสารละลายระดูขาวในหลอดทดลอง รูปแบบการสอนคือ ใน 10 นาทีแรกจะเป็นการชี้แจงวัตถุประสงค์และเนื้อหา จากนั้นสอนแสดงวิธีการเก็บระดูขาวจากผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัย วิธี

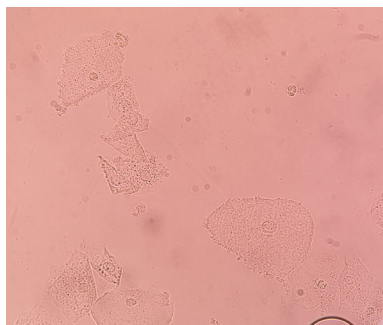
การป้ายบนแผ่นกระจกให้ถูกต้อง ทบหนวนการใช้กล้องจุลทรรศน์ (การใช้กำลังขยายแต่ละระดับ การใช้แผ่นกระจกปิด และการปิดรู diaphragm ของกล้องจุลทรรศน์) อาจารย์ผู้สอนจะสาธิตการดูกล้องจุลทรรศน์ด้วยกำลังขยายต่าง ๆ และการตรวจหา clue cell

Clue cell (ภาพที่ 1) เป็นเซลล์เยื่อบุสควมัสที่มีเชื้อแบคทีเรียชนิดไม่ใช้ออกซิเจน (anaerobic bacteria) มาเกาะโดยรอบ เป็นเกณฑ์สำคัญที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะ bacterial vaginosis⁶ ซึ่งสัมพันธ์กับความผิดปกติหลายอย่างของสภาวะในช่องคลอด อันจะนำไปสู่ การติดเชื้อของอวัยวะสืบพันธุ์ ภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อยแรกคลอด และการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี⁷⁻¹¹ อย่างไรก็ตาม เซลล์นี้สามารถตรวจพบได้ในหญิงที่ไม่มีอาการระดูขาวผิดปกติได้ การตรวจหา clue cell โดยใช้กล้องจุลทรรศน์เป็นทักษะที่สำคัญที่นักศึกษาแพทย์จำเป็นต้องมี โดยเฉพาะเมื่อปฏิบัติงานในห้องคลอดเพื่อหาสาเหตุของภาวะเข้าสู่ขบวนการคลอดก่อนกำหนด และยังแสดงถึงความสามารถในการใช้กล้องจุลทรรศน์อย่างถูกต้อง เนื่องจากต้องดูภายใต้กำลังขยาย 400 เท่า

วิธีการใช้กล้องจุลทรรศน์ ผู้สอนจะทำการสอนตามขั้นตอนดังนี้

1. หยดสารละลายระดูขาว 1-2 หยด บนแผ่นกระจกโดยไม่กระจายจนสารละลายแห้ง
2. ตั้งกล้องจุลทรรศน์ที่กำลังขยาย 100 เท่า และเปิดรู diaphragm ให้เล็กที่สุด
3. วางแผ่นกระจกและเปรียบเทียบจำนวนเซลล์เยื่อบุสควมัสและเซลล์เม็ดเลือดขาว หาเซลล์ที่มีการเคลื่อนไหวแบบกระตุก
4. หยดสารละลาย 10% potassium hydroxide เพื่อค้นหา pseudohyphae และดมกลิ่น fishy odor
5. หยดสารละลายระดูขาวอีก 1-2 หยด บนแผ่นกระจก
6. หก ปรับระยะโฟกัสที่กำลังขยาย 100 เท่า
7. ปิดด้วยแผ่นกระจกเล็ก (cover glass)
8. ดูด้วยกำลังขยาย 400 เท่า เพื่อค้นหา clue cell โดยเลือกเซลล์ที่ไม่ซ้อนทับกัน

การประเมินผลคือ นักศึกษาแพทย์สามารถหา clue cell พบและให้อาจารย์ตรวจยืนยัน จึงจะสามารถผ่านการประเมิน



ภาพที่ 1 Clue cell

ที่มา: เจนจิต ฉายะจินดา หน่วยโรคติดต่อ ภาควิชาจุลชีววิทยา-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สำหรับการเรียนในรูปแบบ on-line ผ่านระบบ Zoom มีเนื้อหาแบบเดียวกันแต่เป็นการสื่อสารทางเดียวเป็นหลัก โดยแสดงวิธีการตามลำดับขั้นตอนและรูปภาพ รวมถึงวิดีโอ เพื่อให้นักศึกษาแพทย์เห็นภาพคล้ายกับขณะดูผ่านกล้องจุลทรรศน์ ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมดคือ 1 ชั่วโมง มีการประเมินผลโดยแสดงภาพและเรียกนักศึกษาแพทย์ตอบที่ละคน

วิธีการศึกษา

ทีมผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการแก่นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ที่สนใจเพื่อมาเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ที่สนใจทำการนัดเข้าโครงการวิจัยเพื่อไม่เป็นการรบกวนการทำงานบริการผู้ป่วยตามปกติ เมื่อถึงวันเข้าร่วมโครงการวิจัย จะทำการอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัยอีกครั้ง และมีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นจึงเริ่มการประเมินความสามารถโดยใช้เวลาทั้งสิ้น 20 นาที และแจ้งว่าผลความสามารถของนักศึกษาแพทย์นี้จะไม่เกี่ยวข้องกับผลการเรียนและการตัดเกรดของภาควิชา

โครงการจะใช้เวลาทั้งสิ้น 20 นาที โดยเริ่มจากการชี้แจงโครงการวิจัยและขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นจึงสอบถามข้อมูลทั่วไป แล้วจึงให้ปฏิบัติการตรวจจะดูขาวโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ โดยทีมผู้วิจัยจะจัดเตรียมระดูขาวผสมกับสารละลายน้ำเกลือใส่ไว้ในหลอดทดลองให้ผู้ประเมิน ก่อนที่จะเริ่มประเมินจะมีการแจ้งแก่นักศึกษาแพทย์ว่าจะมีการจับเวลา ตั้งแต่เริ่มใช้กล้องจนกระทั่งสามารถตรวจหา clue cell พบ

ในขณะที่กำลังดูด้วยกล้อง นักศึกษาแพทย์สามารถเปิดโทรศัพท์มือถือเพื่อสืบค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมได้ เนื่องจากเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในทางปฏิบัติ ในกรณีที่นักศึกษาแพทย์แจ้งว่าไม่สามารถทำได้ ทีมผู้วิจัยจะรวบรวมรายชื่อเพื่อสอนทบทวนอีกครั้ง จากนั้นทีมผู้วิจัยจะถามคำถามปลายเปิดให้นักศึกษาแพทย์ประเมินความสามารถตนเอง และสะท้อนความรู้สึกเกี่ยวกับการเรียนการสอนเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกคนจะต้องถ่ายรูป clue cell โดยใช้โทรศัพท์ (smart phone) ของห้องตรวจ และระบุตัวรหัส ทีมผู้วิจัยจะตรวจผลการประเมินเพื่อพิจารณาการสอนทบทวนเป็นรายกลุ่มต่อไป

การวิเคราะห์ผลการวิจัยทางสถิติและการคำนวณขนาดประชากรศึกษา

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละในการนำเสนอข้อมูลเชิงกลุ่ม ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบ ได้แก่ Chi square และ T-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ขนาดตัวอย่างที่คำนวณโดยใช้ค่า alpha เป็น 0.05 และ power ที่ 80% (beta 0.2) โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาที่ทำมาก่อนหน้านี้ที่เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระหว่างการเรียนแบบ

ออนไลน์และออนไลน์ที่ทำโดย ชาญยศ ปลื้มปิติวิริยะเวช (2565) ที่พบว่า การเรียนการสอนแบบออนไลน์ให้ผลสัมฤทธิ์โดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 62.91 ในขณะที่การสอนแบบออนไลน์ มีผลสัมฤทธิ์เฉลี่ยร้อยละ 52.36 เมื่อแทนค่าในสมการจะทำให้ได้ขนาดประชากร 316 คนในแต่ละกลุ่ม อย่างไรก็ตาม จำนวนนักศึกษาแพทย์ทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกประชากรมีไม่มากพอ ผู้นิพนธ์จึงสุ่มประเมินนักศึกษาแพทย์จำนวนหนึ่ง โดยคำนวณขนาดประชากรศึกษาจากการคำนวณโดยใช้ค่า alpha เป็น 0.05 และความคาดเคลื่อนเป็นร้อยละ 10 จากการประมาณ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 มีนักศึกษาแพทย์ที่ต้องเรียนเชิงปฏิบัติการในรูปแบบ on-line ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) เมื่อแทนค่าในสมการ จะได้ขนาดประชากร 96 คน

ผลการศึกษา

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 จำนวน 96 คน ที่เข้าร่วมการศึกษายอายุเฉลี่ย 23 ปี เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย ผ่านการเรียนเชิงปฏิบัติการเรื่อง vaginal wet mount มาแล้วประมาณ 21 เดือน มีระดับความมั่นใจในการรับประเมินเพียงร้อยละ 50 ผ่านการเรียนเชิงปฏิบัติการเรื่อง vaginal wet mount ประมาณครึ่งหนึ่งในแต่ละกลุ่มสามารถตอบผลการตรวจได้อย่างถูกต้อง โดยเฉลี่ยเวลาในการตรวจประมาณ 10 นาที หลังจากประเมินแล้ว นักศึกษาแพทย์รู้สึกพึงพอใจต่อการประเมินถึงร้อยละ 80 (ตารางที่ 1)

จากการสุ่มสอบถามผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 20 คน (ร้อยละ 20.8) ทุกคน บอกว่าพอใจกับการประเมิน เพราะ “ทำให้ทราบจุดที่ควรพัฒนาตนเอง” “คิดว่า workshop นี้ควรคงอยู่ต่อไป” “แต่ความจำเกี่ยวกับการเรียน workshop ค่อนข้างเลือนราง” ความรู้สึกเกี่ยวกับการเรียนการสอนเชิงปฏิบัติการแบบ on-line หรือ on-site ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดคิดว่า “on-site น่าจะดีกว่า on-line” แต่การเรียนทั้งสองแบบไม่มีผลต่อความมั่นใจในการประเมินครั้งนี้

ตารางที่ 2 แสดงเกณฑ์การประเมินความสามารถในการตรวจจะดูขาวภายใต้กล้องจุลทรรศน์ จะเห็นได้ว่าการทำขั้นตอนต่างๆ ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มประชากรศึกษาที่เคยเรียนในรูปแบบ on-line และ on-site สิ่งที่มีส่วนร่วมโครงการวิจัยทำน้อยที่สุด คือ การหยดสารละลาย 10% KOH และดมกลืน (ร้อยละ 4.2) การหยดสารละลายระดูขาวอย่างถูกต้องบนแผ่นกระจก (ร้อยละ 38.5) ขั้นตอนที่มีผู้เข้าร่วมทำมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การดูกล้องจุลทรรศน์เริ่มจากการดูที่กำลังขยาย 100 เท่า และ ตามด้วยการดูภายใต้กำลังขยาย 400 เท่า (ร้อยละ 99.00) โดยปิดแผ่นกระจก cover glass ก่อน (ร้อยละ 94.8)

การลงผลตรวจไม่แตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม พบว่าการแสดงการตรวจหาพยาธิในช่องคลอด และเชื้อราไม่แตกต่างกัน แต่ในกลุ่มที่เรียน on-line จะรายงานผลได้ครบสมบูรณ์มากกว่า อย่างไรก็ตาม ผู้ที่เรียน on-site จะมีความสามารถในการตรวจหา clue cell ได้มากกว่า ไม่มีนักศึกษาแพทย์รายใดแจ้งว่า ไม่สามารถทำได้และไม่มีนักศึกษาแพทย์รายใดขอให้สอนเพิ่มเติม

ตารางที่ 1 ลักษณะของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (N=96)

	เรียนแบบ on-site (n=83)	เรียนแบบ on-line (n=13)	p
อายุ (ปี)	23.6±0.6	23.5±1.1	0.758
เพศ			0.891
หญิง	40 (48.2)	6 (46.2)	
ชาย	43 (51.8)	7 (53.8)	
ระยะเวลานับจากวันที่เรียน workshop (เดือน)	21.1±5.5	20±5.1	0.501
ความมั่นใจในการ wet preparation ด้วยตนเอง (0=น้อยที่สุด, 10=มากที่สุด)	5.1±2.4	4.8±2.1	0.732
ผลการตรวจถูกต้อง	43 (51.8)	6 (46.2)	0.705
ระยะเวลาในการตรวจ (นาที)	9.5±4.3	8.8±3.6	0.596
ความพึงพอใจต่อการประเมินครั้งนี้ (0=น้อยที่สุด, 10=มากที่สุด)	8.0±1.0	7.8±0.6	0.464

นำเสนอข้อมูลเป็น ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ จำนวน(ร้อยละ)

ตารางที่ 2 เกณฑ์การประเมินความสามารถในการตรวจตกขาวภายใต้กล้องจุลทรรศน์ (N=96)

	เรียนแบบ on-site (n=83)	เรียนแบบ on-line (n=13)	p
หัวข้อ			
การหยดสิ่งส่งตรวจบน glass slide			
- หยดเป็นหยดหนา ไม่ป้ายเป็นวงกว้าง เพราะ ทำให้แห้งจนตรวจไม่ได้	32 (38.6)	5 (38.5)	0.995
การใช้กล้องจุลทรรศน์			
- เริ่มจากการดูด้วยกล้องขยาย 100 x	68 (81.9)	10 (76.9)	0.667
- ปิดรู diaphragm ของกล้องให้เล็กที่สุด	54 (65.1)	11 (84.6)	0.161
- ปิด cover glass (จะปิดก่อนหรือหลังการดูด้วย กำลังขยาย 100x ก็ได้) โดยจะต้องปิดก่อนดูด้วย กำลังขยาย 400x*	74 (89.2)	13 (100)	0.212
- ดูด้วยกล้องกำลังขยาย 400x	82 (98.8)	13 (100)	0.691
- หยดสารละลายตกขาวใหม่เพื่อใส่ 10% KOH และตรวจหา fungus	65 (78.3)	11 (84.6)	0.603
- ดม fishy odor หลังใส่ 10% KOH	4 (4.8)	0	0.419

	เรียนแบบ on-site (n=83)	เรียนแบบ on-line (n=13)	p
ผลการตรวจ			
- สามารถบอกอัตราส่วนระหว่างเม็ดเลือดขาวและเยื่อปัสสาวะ	36 (43.4)	7 (53.9)	0.480
- สามารถบอกได้ว่ามี Trichomonad	8 (9.6)	2 (15.4)	0.528
- สามารถบอกได้ว่ามี fungus	32 (38.6)	7 (53.9)	0.297
- สามารถตรวจพบ clue cell	83 (100)	12 (92.3)	0.011
คะแนนรวม	6.5±1.7	7±1.8	0.317

นำเสนอข้อมูลเป็น ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ จำนวน(ร้อยละ)

อภิปรายผล

การศึกษานี้แสดงว่า การเรียนการสอนเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การตรวจระดูขาวภายใต้กล้องจุลทรรศน์” ในรูปแบบ on-line ไม่มีผลต่อความสามารถในการตรวจระดูขาวภายใต้กล้องจุลทรรศน์ของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 เมื่ออนุญาตให้มีการหาข้อมูลเพิ่มเติมทางอินเทอร์เน็ตร่วมด้วยในขณะประเมิน โดยพบว่าเมื่อเวลาผ่านไปประมาณ 21 เดือน มีประมาณครึ่งเดียวที่สามารถตรวจระดูขาวภายใต้กล้องจุลทรรศน์ได้อย่างถูกต้อง

จากผลการประเมินรายชั้นตอน พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาบางส่วนไม่ทำในส่วนขั้นตอนที่มีความสำคัญ เช่น มีเพียงร้อยละ 40 ที่หยดสารละลายระดูขาวบนแผ่นกระจกได้อย่างถูกต้อง หากหยดได้ไม่ถูกต้อง จะไม่สามารถตรวจได้เลย เนื่องจากสารละลายจะแห้งและตกผลึก และรูปร่างของเซลล์จะเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ เชื้อก่อโรคพยาธิในช่องคลอดจะไม่เคลื่อนไหว สำหรับการดม fishy odor ภายหลังจากใส่ 10% KOH จะเห็นได้ชัดเจนว่ากลุ่มที่เรียนแบบ on-line ไม่ทำเลย เนื่องจากการเรียนแบบ on-line จะขาดประสบการณ์ในส่วนนี้ จากข้อมูลนี้แสดงว่าการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการแบบ on-site จะสร้างประสบการณ์และทักษะบางอย่างให้นักศึกษาแพทย์ได้ดีกว่า

การเรียนเชิงปฏิบัติงานเป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่ใช้กิจกรรมมาช่วย เพื่อให้มีการสื่อสารแบบสองทางและทำให้ความสนใจของนักศึกษาแพทย์มากขึ้น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมจะทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้น¹² แต่ข้อมูลในด้านความคงอยู่ของความรู้เมื่อเวลาผ่านไปมากกว่า 1 ปียังมีอย่างจำกัด การศึกษานี้แสดงว่าการคงอยู่ของความรู้ค่อนข้างดี ในเงื่อนไขที่นักศึกษาแพทย์สามารถค้นหาข้อมูลจากสื่อออนไลน์ เพื่อทบทวนเป็นระยะเวลานานก่อนปฏิบัติงานได้ ซึ่งตรงกับยุคสมัยปัจจุบันที่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นตลอดเวลา และนักศึกษาแพทย์ต้องเรียนรู้เนื้อหามากมาย ร่วมกับการเข้าถึงข้อมูลทำได้ง่ายและรวดเร็ว

โรคโควิด-19 มีผลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาแพทย์อย่างมาก จากการศึกษาในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2-5 ในมหาวิทยาลัยขอนแก่น มีความเครียดในช่วงเรียน on-line ร้อยละ 54.7 แต่ส่วนใหญ่เป็นความเครียดระดับกลาง โดยความเครียดจะเป็นมากในช่วงการสอบ on-line และการต้องพยายามขวนขวายความรู้เอง ซึ่งกว่าครึ่งหนึ่งสามารถปรับตัวได้ นักศึกษาแพทย์ที่ผ่านช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 นี้ จึงเป็นกลุ่มที่มีทักษะในการเรียนรู้ด้วยตนเองมากขึ้น ร่วมกับในปัจจุบันมีสื่อความรู้คุณภาพดีที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ในภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น นักศึกษาแพทย์ได้พัฒนาทักษะใหม่บางอย่าง และผลลัพธ์ของการศึกษายังคงใกล้เคียงกับวัตถุประสงค์ และจากการศึกษานี้ ไม่มีนักศึกษาแพทย์รายใดแจ้งว่า ไม่สามารถทำได้และไม่มีความรู้ความเข้าใจขอให้อธิบายเพิ่มเติม

ถึงแม้ว่าผลการศึกษาจะแสดงว่าผลการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการเรื่องการตรวจระดูขาว โดยรูปแบบ on-line ไม่แตกต่างจากรูปแบบ on-site แต่เป็นที่ทราบกันว่าความพึงพอใจของนักศึกษาแพทย์ต่อการเรียนแบบ on-site และผลของการเรียนรู้จะดีกว่า¹³ ข้อเสนอสำหรับการเรียนรู้ภายหลังแพร่ระบาดของโควิด-19 ครั้งนี้ คือ ควรเป็นการศึกษาแบบลูกผสม (hybrid) ของทั้งการเรียนแบบ on-line และ on-site สำหรับการเรียนแบบ on-line ควรพัฒนาให้เป็นรูปแบบสื่อสารแบบสองทางให้มากที่สุด และนักศึกษาสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา^{3, 4} นอกจากนี้ควรจัดสื่อการสอนอย่างสั้นและง่ายสำหรับนักศึกษาแพทย์ที่จะเปิดทบทวนในช่วงปฏิบัติงานจริง ที่สามารถเข้าถึงได้ทาง on-line

จุดเด่นของการศึกษานี้ คือ ประชากรศึกษาเป็นนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ซึ่งผ่านการเรียนมานานกว่า 12 เดือน และผ่านการเรียนวิชาอื่นมาตลอดช่วงเวลาระยะทางนี้ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของการเรียนแพทยศาสตร์ ที่มีเนื้อหาวิชามากมายที่จะต้องเรียนรู้ต่อ

เนื่องตลอดชีวิต การศึกษานี้จึงเป็นการสะท้อนประสิทธิภาพของการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาแพทย์ ในช่วงเวลาสั้น ๆ นอกจากนี้ การศึกษานี้เป็นการสนับสนุนว่าการเรียนการสอนบางอย่างที่เดิมเชื่อว่าจะต้องเป็น on-site เท่านั้น อาจจะสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบ on-line เพื่อเสริมการศึกษาด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีจุดด้อย คือ จำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มแตกต่างกัน สาเหตุเกิดจากการเปิดโอกาสให้ผู้สนใจทุกคนเข้าสู่ขบวนการวิจัย ทำให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยดังกล่าวได้ ทางทีมผู้วิจัยขอเสนอให้มีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ในจำนวนประชากรศึกษาที่ใหญ่ขึ้น และมีวิธีในการศึกษาที่ควบคุมขนาดประชากรศึกษาทั้งสองกลุ่มให้ใกล้เคียงกัน

สรุป

หลังจากการเรียนเชิงปฏิบัติการประมาณ 21 เดือน นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ทั้งกลุ่มที่เรียนแบบ on-line และ on-site มีความสามารถในการวินิจฉัยไม่แตกต่างกัน คือประมาณร้อยละ 50 ในเงื่อนไขที่สามารถเปิดสื่อความรู้ทางอินเทอร์เน็ตดูควบคู่ไปได้ ทางทีมผู้วิจัยขอเสนอให้มีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ในจำนวนประชากรศึกษาที่ใหญ่ขึ้น และมีวิธีในการศึกษาที่ครอบคลุมขนาดประชากรศึกษาทั้งสองกลุ่มให้ใกล้เคียงกันต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Liu C, Lin H. The impact of COVID-19 on medical education: Experience from one medical university in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2021;120:1782-4.
2. Papapanou M, Routsis E, Tsamakidis K, Fotis L, Marinou G, Lidoriki I, et al. Medical education challenges and innovations during COVID-19 pandemic. *Postgrad Med J*. 2022;98:321-7.
3. Walters M, Alonge T, Zeller M. Impact of COVID-19 on medical education: perspectives from students. *Academic Medicine*. 2022;97(35):35.
4. Hameed T, Husain M, Kumar S, Singh C, Khan S. Online medical teaching in COVID-19 era: Experience and perception of undergraduate students. *Maedica-A Journal of Clinical Medicine*. 2020;15(4):440-4.
5. พรนภา พัฒนวิทยากุล, ธนกรณ์ ตั้งศิลาถาวร, พัทธ์พิชญา พิษณุวนิชย์, ศณธร โกมลสมณี, กฤตยชญ์ อนวัชพงศ์, วทีญญ เลิศวัชรโสภากุล, et al. ความเครียดระหว่างการเรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ของนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2564;29(4):273-85.
6. Chayachinda C, Baukaew L, Thamkhantho M, Bangpichet A, Sodsee S, Pharkjaksu S. Clue Cell as a Single Diagnostic Tool for Bacterial Vaginosis during Pregnancy. *J Med Assoc Thai*. 2020;103.
7. Cherpes T, Meyn L, Krohn M, Lurie J, Hillier S. Association between acquisition of herpes simplex virus type 2 in women and bacterial vaginosis. *Clin Infect Dis*. 2003;37(3):319-25.
8. Donders G, van Calsteren K, Bellen G, Reybrouck R, van den Bosch T, Riphagen I, et al. Predictive value for preterm birth of abnormal vaginal flora, bacterial vaginosis and aerobic vaginitis during the first trimester of pregnancy. *BJOG*. 2009;116(10):1315-24.
9. Haggerty C, Hillier S, Bass D, Ness R. Evaluation PID, Clinical Health study i. Bacterial vaginosis and anaerobic bacteria are associated with endometritis. *Clin Infect Dis*. 2004;39(7):990-5.
10. Atashili J, Poole C, Ndumbe P, Adimora A, Smith J. Bacterial vaginosis and HIV acquisition: a meta-analysis of published studies. *AIDS*. 2008;22(12):1493-501.
11. Hillier S, Krohn M, Cassen E, Easterling T, Rabe L, Eschenbach D. The role of bacterial vaginosis and vaginal bacteria in amniotic fluid infection in women in preterm labor with intact fetal membranes. *Clin Infect Dis*. 1995;20 Suppl 2:S276-8.
12. Pluempitwiriyaew C. Comparison of learning achievement between online and onsite learning in Database Design Course. *Journal of Information and Learning*. 2022;33:45-56
13. Belay H, Ruairc B, Guerandel A. Workshops: an important element in medical education. *BJ Psych Advances*. 2019;25:7-13.

STI Prophylaxis for Female-Adult Survivors of Sexual Assault

Chenchit Chayachinda

Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(4):278-286

ABSTRACT

Sexual assault (SA) is a non-consensual sexual activity which includes non- penetrative intercourse like kissing, fondling, touching and rape. Rape includes penetration into oral, vaginal or anal orifice using any parts of the body or objects. As lack of negotiation power appears to be the risk factor, the victims of SA were mostly being in very young or very old age, women, disabled people and incapacitation with the drugs. Medical personnel should be well-trained and must emphatically concern about physical injuries, short- and long-term psychological impacts, forensic aspects and evidence collection, prevention of pregnancy and prevention of sexually transmitted infections (STIs). As STIs are prevalent among assailants, the victims become STI high-risk population. Of them, each age group requires slightly different concept of caring. As such, this article focuses only on the prevention of STIs for the victims who are reproductive-aged women. The etiologic organisms of STIs are bacteria, viruses and insects, of which each has different incubation period, target cells and long-term effects. The STI prophylactic medications aims to prevent human immunodeficiency virus, hepatitis B, gonorrhea, chlamydial infection, syphilis and trichomoniasis. However, some STIs are as important owing to the recurrence nature and the life-long seropositivity. The victims should be given tactful and sympathetic psychological support and prepared with adequate information regarding STIs in order to step forward in life smoothly.

Keywords: Prophylaxis; ST; women; sexual assault

Correspondence to: Chenchit Chayachinda

Email: chenchit.cha@mahidol.ac.th

Received: 22 February 2023

Revised: 10 March 2023

Accepted: 10 March 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i4.261462>

การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในผู้ใหญ่เพศหญิงที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ

เจนจิต ฉายะจินดา

หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

การล่วงละเมิดทางเพศเป็นกิจกรรมทางเพศที่เกิดโดยไม่ได้รับความยินยอมจากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง จะครอบคลุมถึงตั้งแต่ การกอดจูบ ลูบไล้ และการสัมผัสภายนอก ในขณะที่การข่มขืนกระทำชำเราซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการล่วงละเมิดทางเพศจะหมายถึงการสอดใส่อวัยวะเพศ หรือส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย หรือวัตถุ เข้าสู่ช่องปาก ช่องคลอด หรือช่องทวารหนักด้วย ผู้ถูกกระทำมักเป็นผู้ซึ่งอายุน้อยกว่า เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้หญิง ผู้พิการ ผู้ติดสารเสพติด เป็นต้น เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น สิ่งที่คุณควรทราบทางการแพทย์จะต้องคำนึงถึง คือ การบาดเจ็บทางร่างกาย ผลกระทบทางจิตใจทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ประเด็นทางด้านนิติเวชและการเก็บหลักฐาน การป้องกันการตั้งครรภ์ และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากผู้กระทำการล่วงละเมิดทางเพศมักเป็นกลุ่มที่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ถูกล่วงละเมิดจึงถือเป็นกลุ่มความเสี่ยงสูง ในแต่ละกลุ่มอายุเองยังมีความแตกต่างในรายละเอียดของการดูแล ดังนั้น ในบทความนี้จะเน้นเฉพาะในส่วนโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในผู้ใหญ่เพศหญิงที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีเชื้อก่อโรคเป็นแบคทีเรีย ไวรัส และแมลง แต่ละชนิดมีระยะฟักตัว เซลล์เป้าหมาย และผลระยะยาวที่แตกต่างกัน โรคที่มีคำแนะนำในการให้การป้องกัน ได้แก่ หนองใน หนองในเทียม พยาธิในช่องคลอด เอชไอวี และไวรัสตับอักเสบบี อย่างไรก็ตาม ยังมีอีกหลายโรคที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปหลายเดือนหรือมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ตลอดชีวิต ข้ำเติมผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ถูกกระทำ บุคลากรทางการแพทย์ควรช่วยให้ผู้ถูกกระทำเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรค เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

คำสำคัญ: การป้องกัน; โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; ผู้ใหญ่เพศหญิง; การล่วงละเมิดทางเพศ

บทนำ

การล่วงละเมิดทางเพศ (sexual assault) คือการปฏิบัติทางเพศอย่างใดอย่างหนึ่งแก่ผู้อื่นโดยไม่ได้รับความยินยอม อาจมีการใช้กำลังข่มขู่คุกคามหรือจากการที่ผู้ถูกกระทำอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถปฏิเสธได้ จะครอบคลุมถึงตั้งแต่ การกอดจูบ ลูบไล้ และการสัมผัสภายนอก ในขณะที่การข่มขืนกระทำชำเรา (rape) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการล่วงละเมิดทางเพศจะหมายถึงการสอดใส่อวัยวะเพศ หรือส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย หรือวัตถุ เข้าสู่ช่องปาก ช่องคลอด หรือช่องทวารหนักด้วย ผู้ถูกกระทำมักเป็นผู้ซึ่งอายุน้อยกว่า เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้หญิง ผู้พิการ ผู้ติดสารเสพติด เป็นต้น¹ เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น สิ่งที่คุณควรทราบทางการแพทย์จะต้องคำนึงถึง คือ การบาดเจ็บทางร่างกาย ผลกระทบทางจิตใจทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ประเด็นทางด้านนิติเวชและการเก็บหลักฐาน การป้องกันการตั้งครรภ์ และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์²

การดูแลผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้และประสบการณ์ เนื่องจากเหยื่อจากเหตุการณ์จะได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจสูง อาจมีการบาดเจ็บตามร่างกายที่ต้อง

ได้รับการซักประวัติเพื่อประกอบการดำเนินการทางกฎหมาย รวมถึงการเก็บหลักฐานทางนิติเวช การประเมินและป้องกันผลที่ตามมาจากเหตุการณ์ ได้แก่ การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะคำนึงถึงสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ พฤติกรรมการล่วงละเมิดทางเพศ ช่วงระยะเวลาที่เหตุการณ์ผ่านไป สิ่งที่คุณควรทำก่อนมารับการตรวจ เช่น การอาบน้ำ และการล้างบริเวณช่องทางการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ความเสี่ยงหรือการมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของผู้กระทำ (โดยในบางกรณีอาจมีมากกว่า 1 คน) ประวัติการได้รับวัคซีนของผู้ถูกกระทำ และโอกาสที่ผู้ถูกกระทำจะมารับการตรวจติดตามต่อเนื่อง³

ในปัจจุบันหลายสถาบัน ได้แก่ Center for Disease Control and Prevention (CDC)³, British Association for Sexual Health and HIV (BASHH)⁴ และ Australian Sexual Health Alliance (ASHA)⁵ แนะนำยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะหนองใน หนองในเทียม พยาธิในช่องคลอด ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี และเอชไอวี แต่ยังมีอีกหลายโรคที่อาจแสดงอาการภายหลัง และส่งผลต่อชีวิตในระยะยาว โรคต่าง ๆ เหล่านี้ส่ง

ผลต่อสุขภาพและสร้างความอับอายแก่ผู้ถูกระทำ ดังนั้นบทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับเหยื่อของเหตุการณ์ โดยจะเน้นในส่วนผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับการล่วงละเมิดทางเพศ

โดยทั่วไป ผู้กระทำเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบ่อยครั้งที่มียาหลายโรคพร้อมกัน ดังนั้นผู้ถูกระทำจึงเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเช่นเดียวกัน เชื้อก่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีทั้งแบคทีเรีย ไวรัสและแมลง สามารถถ่ายทอดได้ แม้ไม่มีการสอดใส่อวัยวะเพศ แต่เป็นเพียงการสัมผัสภายนอกหรืออนอนอยู่ในสถานที่เดียวกัน (ตารางที่ 1) จากการศึกษาหนึ่งใน

ประเทศนอร์เวย์ในผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศจำนวน 412 คน ในช่วงปีพ.ศ.2546-2553 พบว่าการติดเชื้อ *C. trachomatis* ร้อยละ 6.4⁶ และจากการรายงานผลการตรวจหาเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในผู้ใหญ่ชาวฝรั่งเศสที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศจำนวน 326 คน ในช่วงปีพ.ศ.2555-2556 พบว่าการติดเชื้อ *C. trachomatis* ร้อยละ 15 *N. gonorrhoeae* ร้อยละ 5 และพบการติดเชื้อทั้งสองโรคร้อยละ 3⁷ สำหรับอีกการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ ในผู้หญิงที่รายงานว่าตนเองถูกล่วงละเมิดทางเพศจำนวน 1,066 คน ในช่วงปี พ.ศ. 2548-2559 อายุเฉลี่ย 24 ปี พบความชุกของ *C. trachomatis* ร้อยละ 10.3, *N. gonorrhoea* ร้อยละ 1.8, ซิฟิลิส ร้อยละ 0.1, และการติดเชื้อเอชไอวีใหม่ ร้อยละ 0.2⁸ ข้อมูลเบื้องต้นที่ผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศควรได้รับดังแสดงในแผนภาพที่ 1

ตารางที่ 1 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เชื้อก่อโรค ระยะฟักตัว (ระยะตั้งแต่ติดเชื้อจนกระทั่งมีอาการ) และอาการ

โรค	เชื้อก่อโรค	ระยะฟักตัว	อาการ
เชื้อก่อโรคเป็นแบคทีเรีย			
พยาธิในช่องคลอด	<i>T. vaginalis</i>	5-28 วัน	ตกขาวมากกว่าปกติ คันช่องคลอด
หนองใน	<i>N. gonorrhea</i>	2-7 วัน	ตกขาวมากกว่าปกติ ปัสสาวะแสบขัด
หนองในเทียม	<i>C. trachomatis</i> <i>M. genitalium</i> <i>U. urealyticum</i> <i>U. parvum</i> <i>M. hominis</i>	7-14 วัน	ตกขาวมากกว่าปกติ
ซิฟิลิส	<i>T. pallidum subsp. pallidum</i>	9-90 วัน	แผลที่อวัยวะเพศ ผื่นตามตัว ผื่นร่วง ผื่นที่อวัยวะเพศ
แผลริมอ่อน	<i>H. ducreyi</i>	4-10 วัน	แผลขอบรุ่งริ่ง เจ็บ
ฝีมะม่วง	<i>C. trachomatis serovar L1-3</i>	3-30 วัน	แผลที่ทวารหนัก ต่อม้ำเหลือง ที่ขาหนีบโต
เชื้อก่อโรคเป็นไวรัส			
เริม	Herpes simplex virus	7-14 วัน	แผลเจ็บแสบที่อวัยวะเพศ
หูดหงอนไก่	Human papillomavirus	1 สัปดาห์- หลายเดือน	ตุ่มก้อนขรุขระบริเวณอวัยวะเพศ
เอชไอวี	Human immunodeficiency virus	1-4 สัปดาห์	ไข้คล้ายเป็นหวัด และอาการตามร่างกาย
หูดข้าวสุก	Poxviridae	1 สัปดาห์-6 เดือน	ตุ่มกระจายบริเวณอวัยวะเพศ
เชื้อก่อโรคเป็นแมลง			
หิด	<i>Sarcoptes scabiei</i>	4-8 สัปดาห์	คันที่อวัยวะเพศ ง่ามนิ้วมือ นิ้วเท้า
โลน	Pediculosis pubis	1 สัปดาห์-1 เดือน	คันบริเวณอวัยวะโดยเฉพาะบริเวณขน

ที่มา: ดัดแปลงจาก ABC of Sexually transmitted infections. 6th ed. Singapore: Ho Printing Singapore Pte Ltd 2011.⁹

แผนภาพที่ 1 เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ถูกระทำความรุนแรงทางเพศที่เกี่ยวข้องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ถูกระทำความรุนแรงทางเพศที่เกี่ยวข้องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กิจกรรมทางเพศที่ไม่ได้รับความยินยอมจากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ทั้งในรูปแบบที่มีหรือไม่มีการสอดใส่อวัยวะเพศเข้าสู่ช่องปาก ช่องคลอดหรือช่องทวารหนัก ถือเป็นเรื่องที่ไม่ถูกต้องและเป็นความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เชื้อก่อโรคมียหลายชนิด ได้แก่ กลุ่มไวรัส (เอชไอวี เริม ไวรัสตับอักเสบบี หูดหงอนไก่ หูดข้าวสุก) กลุ่มแบคทีเรีย (หนองใน หนองในเทียม ซิฟิลิส) และกลุ่มแมลง (หิด โลน) การถ่ายทอดเชื้ออาจเกิดขึ้นโดยการสัมผัสหรือเพียงนอนในสถานที่เดียวกัน การตรวจรักษาและตรวจติดตามมีความจำเป็นอย่างมาก เพราะหลายโรคก่อให้เกิดอาการในหลายเดือนต่อมา และหลายโรคหากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น หนองใน และหนองในเทียม อาจทำให้เกิดอัมพาต อวัยวะสืบพันธุ์อักเสบ นำมาซึ่งภาวะมีบุตรยาก ปวดท้องน้อยเรื้อรัง และตั้งครภ์นอกโพรงมดลูกได้ นอกจากนี้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในช่วงตั้งครรภ์ ยังสามารถถ่ายทอดไปยังทารกได้

อาการและอาการแสดงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

แต่ละโรคจะก่อให้เกิดอาการที่แตกต่างกัน ได้แก่ คัน เจ็บ ระบุขาวผิดปกติ เลือดออก ปวดท้อง เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ติดเชื้อจำนวนมากไม่มีอาการใด จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยด้วยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจและการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ภายหลังการถูกระทำความรุนแรงทางเพศ

เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น ควรขอความช่วยเหลือให้เร็วที่สุด เพื่อตรวจร่างกายอย่างครบถ้วน เก็บหลักฐานทางชีวภาพจากร่างกายเพื่อนำไปสู่การมัดตัวผู้กระทำ และตรวจร่างกายรวมถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ในปัจจุบัน แนะนำทางเลือกในการป้องกันการติดเชื้อหนองใน หนองในเทียม พยาธิในช่องคลอด ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบีและเอชไอวี สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูง หรือตามความสมัครใจ

ถ้าเหตุการณ์เกิดขึ้นครั้งล่าสุดไม่เกิน 72 ชั่วโมง คุณอาจจะได้รับยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หากเหตุการณ์ไม่เกิน 120 ชั่วโมง ท่านอาจจะได้รับยาป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ได้แก่ หนองใน หนองในเทียม พยาธิในช่องคลอด ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี

สำหรับโรคซิฟิลิสจะขึ้นกับความชุกของโรคและโอกาสที่ผู้กระทำจะติดเชื้อ นอกจากนี้ยังพิจารณาให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีเข็มที่ 1 และส่งตรวจเลือด หากผู้ถูกกระทำยังไม่เคยได้รับเชื้อและไม่มีภูมิคุ้มกัน ควรได้รับวัคซีนจนครบ 3 เข็ม

อย่างไรก็ตาม ไม่มียาใดที่มีประสิทธิภาพร้อยละ 100 ยังคงต้องการติดตามต่อเนื่อง

การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เพื่อเป็นการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อต่อเนื่อง จึงแนะนำให้งดการมีเพศสัมพันธ์ไปจนถึงอย่างน้อย 2-3 สัปดาห์ หลังเกิดเหตุการณ์ หรือได้รับการตรวจประเมินอย่างครบถ้วนว่าปลอดภัยจากการติดเชื้อ

ที่มา: เจนจิต ฉายะจินดา หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในผู้ที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ

การเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หลังจากได้ซักประวัติความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แล้ว ควรได้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะเหตุการณ์ของการล่วงละเมิดทางเพศ สิ่งที่ยกย่องทำหลังเหตุการณ์มาจนถึงก่อนได้รับการตรวจประเมินครั้งนี้ หากผู้ถูกละเมิดได้รับการตรวจในทันที ซึ่งอยู่ในช่วงระยะฟักตัว การตรวจวินิจฉัยยังไม่ให้ผลบวก การตรวจนี้อาจเป็นเพียงการบอกความเสี่ยงพื้นฐานของผู้ถูกละเมิดเอง ทางเลือกของการปฏิบัติ คือ การให้ยารักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อหรือการรอนกว่าจะมีอาการของโรคจึงเริ่มรักษา

การเก็บสิ่งส่งตรวจจะทำบริเวณทุกช่องทางที่มีเพศสัมพันธ์ โดยการตรวจ nucleic acid amplification test (NAAT) เพื่อหาเชื้อ *C. trachomatis* และ *N. gonorrhoeae*¹⁰ โดย CDC แนะนำให้ตรวจ *T. vaginalis* ร่วมด้วยเสมอเนื่องจากเป็นโรคที่พบบ่อย³ การเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอด ควรใช้ speculum แห้ง และไม่หล่อลื่นด้วยสารใด เก็บสิ่งส่งตรวจจากบริเวณ fornix เพื่อตรวจ wet preparation หาเชื้อพยาธิในช่องคลอด เชื้อรา และภาวะเสียสมดุลของช่องคลอด (bacterial vaginosis) เพื่อให้การรักษาในคราวเดียวกัน

หากต้องการสิ่งส่งตรวจจากปากมดลูกควรใช้ไม้พันสำลีขีดปากมดลูกแล้วจึงใช้ไม้สำหรับเก็บสิ่งส่งตรวจใส่เข้าไปในปากมดลูกลึก 1-2 ซม. และหมุนประมาณ 3-4 รอบ เพื่อให้ได้เซลล์เยื่อเมือกด้วย ควรได้รับการตรวจ wet preparation, gram stain และส่งเพาะเชื้อหา *N. gonorrhoeae* ร่วมด้วย การตรวจเลือดเพื่อประเมินการติดเชื้อเอชไอวี (human immunodeficiency virus antibody, HIV antibody; p24 antigen; อย่างน้อย fourth generation test) ไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg, HBs antibody, HBc antibody) และซิฟิลิส (*Treponema pallidum* antibody) ควรทำทุกราย โดย BASHH แนะนำให้ตรวจไวรัสตับอักเสบบีร่วมกับด้วย⁴

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากเชื้อกลุ่มแบคทีเรีย

เชื่อกันว่าโรคที่พบบ่อยที่สุด คือ *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* และ *T. vaginalis* โดยเชื้อ *N. gonorrhoeae* และ *C. trachomatis* อาจทำให้เกิดการติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์สตรีส่วนบนหรือภาวะอักเสบเชิงกรานอักเสบ เกิดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเรื้อรังตามมา ได้แก่ ผังผืดในเชิงกราน ภาวะมีบุตรยาก และการตั้งครรภ์นอกโพรงมดลูก เป็นต้น¹¹ เนื่องจากผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศมักไม่กลับมารับการรักษาต่อเนื่อง การให้การรักษาก็เลยจึงเป็นที่นิยมมากกว่า อย่างไรก็ตาม การให้การรักษาก็เลยมีข้อเสีย ได้แก่ การใช้ยาโดยไม่จำเป็น การเสียโอกาสในการติดตามคู่เพศสัมพันธ์มารับการรักษานำไปสู่โอกาสการติดเชื้อซ้ำ และการแพ้ยา⁴

BASHH ไม่แนะนำให้ยาป้องกันในทุกคน ยกเว้นว่าไม่สามารถมาใน 2 สัปดาห์แรกหลังเหตุการณ์ซึ่งเป็นระยะฟักตัว⁴

ในขณะที่ CDC แนะนำให้ยาไปได้เลยเพราะผู้ถูกละเมิดมักไม่กลับมารับการตรวจติดตาม ได้แก่ ceftriaxone 500 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว และ doxycycline 100 มก. รับประทานวันละสองครั้ง 7 วัน และ metronidazole 500 มก. รับประทานวันละสองครั้ง 7 วัน³ สำหรับ ASHA แนะนำให้แพทย์ที่รับผิดชอบพิจารณาเป็นรายๆ ไป และได้เสนอเพิ่มเติมว่าหากผู้กระทำมีลักษณะที่เข้าได้กับโรคซิฟิลิสสามารถพิจารณาให้การรักษาส่งผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศได้เลย⁵ ผู้ถูกละเมิดควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรคและผลกระทบในระยะยาว ควรเปิดโอกาสให้ผู้ถูกละเมิดทำร่วมตัดสินใจในการรับยาป้องกันโรค ยกตัวอย่างเช่น การให้ข้อมูลเรื่องการติดเชื้อซิฟิลิส จะทำให้ผลเลือดผิดปกติตลอดชีวิต เป็นต้น

ในกรณีที่เหตุการณ์ครั้งสุดท้ายเกิดขึ้นมานานมากกว่า 7 วัน ซึ่งเป็นระยะฟักตัวเฉลี่ยของทั้งสามโรค การวินิจฉัยโดยใช้ NAAT จะช่วยในการวินิจฉัยที่แม่นยำก่อนการพิจารณาการรักษา ในกรณีที่ไม่สามารถส่งตรวจ NAAT หรือไม่สามารถรอผลได้ ควรพิจารณาในการรักษาเช่นเดียวกัน

สำหรับบริบทของประเทศไทย ผู้ถูกละเมิดมีแนวโน้มไม่มาตรวจติดตาม¹² จึงอาจพิจารณาให้การรักษาล่วงเลย แต่หากมีการตรวจวินิจฉัยก่อน ราชวิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทย ได้จัดทำแนวทางการรักษาดังตารางที่ 2¹³

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กลุ่มไวรัส

การติดเชื้อเอชไอวี

Human immunodeficiency virus (HIV) ถ่ายทอดผ่านการมีเพศสัมพันธ์ ทางเลือด การสัมผัสสารคัดหลั่ง และถ่ายทอดจากมารดาสู่ทารก ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อจากการล่วงละเมิดทางเพศ ได้แก่ ผู้กระทำเป็นผู้ที่ทราบผลเลือดอยู่เดิมว่าติดเชื้อเอชไอวี ผู้กระทำมีพฤติกรรมความเสี่ยงสูง หรือมาจากบริเวณที่มีความชุกของเอชไอวีสูง มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นร่วมด้วย มีบาดแผลบริเวณอวัยวะเพศหรือมีผู้กระทำหลายคน

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะช่องทางการมีเพศสัมพันธ์มีความสำคัญมาก ในการพิจารณาความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี (ตารางที่ 3) CDC ได้แนะนำว่า ควรเริ่มการประเมินความเสี่ยงจากผลเลือดเอชไอวีของผู้กระทำ แต่หลายครั้งการพิสูจน์ผู้กระทำหรือจำนวนผู้กระทำยังคงทำไม่ได้ในวันที่ผู้ถูกละเมิดได้รับการตรวจ และกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะไม่มาติดตามการรักษา³ และไม่ให้ยินยอมของคำว่าความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ที่มากพอ คือ สัมผัสเลือด น้ำอสุจิ สารคัดหลั่งจากช่องคลอด สารคัดหลั่งจากทวารหนัก น้ำนม หรือสารคัดหลั่งของร่างกายส่วนใดก็ตามที่มีเลือดปนของผู้ที่ติดเชื้อ HIV ไปที่ตำแหน่งต่อไปนี้ ช่องคลอด ทวารหนัก เยื่อบุตา ปาก หรือเยื่อบุอื่น ๆ ผิวหนังที่ฉีกขาดหรือแทงทะลุ นอกเหนือจากนี้ให้พิจารณาเป็นราย ๆ ไป กรณีที่ไม่เสี่ยงเลย คือ การสัมผัสกับบัสสาวะ สารคัดหลั่งจากจมูก น้ำลาย เหงื่อ น้ำตา ไม่ว่าผู้ให้นั้นจะติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ก็ตาม

ตารางที่ 2 สูตรยารักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อย

โรค	สูตรยารักษา
พยาธิในช่องคลอด	ยาแนะนำ - Metronidazole 2 กรัม รับประทานครั้งเดียว - Metronidazole 400-500 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง 5-7 วัน ยาทางเลือก - Tinidazole 2 กรัม รับประทานครั้งเดียว หากยังมีอาการและตรวจพบเชื้อให้ metronidazole 400-500 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้งอีก 7 วัน หากยังมีอาการและตรวจพบเชื้อให้ metronidazole 2 กรัม รับประทานวันละครั้ง 5- 7 วัน หรือ metronidazole 800 มก. รับประทานวันละ 3 ครั้ง 7 วัน
หนองใน	ยาแนะนำ - Ceftriaxone 500 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว ยาทางเลือก - Cefixime 800 มก. รับประทานครั้งเดียว - Gentamicin 240 มก. เข้าหลอดเลือด ร่วมกับ azithromycin 2 กรัม รับประทานครั้งเดียว ในกรณีที่ผู้ป่วยแพ้ยา กลุ่ม cephalosporin *รักษา <i>C. trachomatis</i> ร่วมด้วยหากไม่สามารถแยกโรคได้
หนองในเทียม <i>C. trachomatis</i>	ยาแนะนำ - Doxycycline 100 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร 7 วัน - Azithromycin 1 กรัม รับประทานครั้งเดียว - Erythromycin stearate 500 มก. รับประทานวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร 14 วัน - Amoxycillin 500 มก. วันละ 3 ครั้ง 7 วัน

ที่มา: Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of abnormal vaginal discharge in reproductive-aged women. Siriraj Medical Bulletin 2023;16:18-29.¹³

สำหรับ BASHH แนะนำว่า ควรให้ยาหากมีความเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV มากกว่า ร้อยละ 0.1 (1 ใน 1000)¹⁴ โดยมีการคำนวณจากความเสี่ยงของพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ (ตารางที่ 3) และความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในผู้กระทำการล่วงละเมิดทางเพศ โดยเป็นข้อมูลเฉพาะของประชากรในประเทศ จึงอาจนำมาปรับใช้กับประเทศอื่น ๆ ไม่ได้¹⁴

การพิจารณาให้ post-exposure prophylaxis (PEP) เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จะทำเมื่อความเสี่ยงครั้งสุดท้ายเกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมง แนวทางเวชปฏิบัติ HIV/AIDS (ประเทศไทย) ประจำปี พ.ศ. 2564-2565¹⁵ แนะนำการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ยาประกอบด้วย nucleos(t)ide reverse transcriptase inhibitors (NRTIs) สองตัวหลัก ได้แก่ ยาสูตรแนะนำ Tenofovir disoproxil fumarate (TDF)/ Emtricitabine (FTC) 300/200 มก. วันละครั้ง หรือ TDF 300 มก. + Lamivudine (3TC) 300 มก. วันละครั้ง หรือ tenofovir alafenamide (TAF)/FTC 25/200 มก. วันละครั้ง กรณีมีปัญหาเรื่องไต (creatinine clearance <50 มล./นาที) ควรใช้ Zidovudine (AZT) แทน TDF ร่วมกับยากลุ่มอื่นอีกหนึ่งตัว (รวมเป็นยาด้านไวรัสสามตัว) สูตรแนะนำสำหรับคนทั่วไป ยกเว้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศคือ Dolutegravir (DTG) 50 มก. ดังนั้น ในกรณีที่ผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ควรใช้สูตรทางเลือกของยาตัวที่สาม คือ Rilpivirine (RPV) 25 มก. วันละครั้ง หรือ Atazanavir/ritonavir (ATV/r) 300/100 มก. วันละครั้ง หรือ Darunavir/

ritonavir (DRV/r) 800/100 มก. วันละครั้ง หรือ Bictegravir (BIC) 50 มก. วันละครั้ง สำหรับยากลุ่ม RPV ควรรับประทานพร้อมมื้ออาหาร และควรหลีกเลี่ยงการใช้ ATV/r และ DRV/r กับยากลุ่ม ergotamine เช่น ยารักษาโรคไมเกรน (Cafergot®)

การให้ยาอาจทำได้โดยการใช้ชุดแรก 3-7 วัน เพื่อประเมินผลข้างเคียงของยา แล้วจึงพิจารณาการให้ยาต่อเนื่องจนครบ 28 วัน อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไม่มารับการติดตาม วิธีการให้ยาครบ 28 วันในคราวเดียวจึงเป็นที่นิยมมากกว่า ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นซึ่งมีโอกาสเกิดน้อย และเปิดช่องทางให้สามารถติดต่อกลับมาได้หากเกิดภาวะไม่พึงประสงค์

ไวรัสตับอักเสบบี

hepatitis B virus ถ่ายทอดเชื้อผ่านทางเลือดหรือการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ที่ติดเชื้อ ปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มการถ่ายทอดเชื้อเหมือนกับเอชไอวี สำหรับในประเทศไทยมีการให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีแก่เด็กทุกคน แต่พบว่าบางคนอาจไม่ตอบสนองต่อวัคซีน คือ การตรวจไม่พบภูมิคุ้มกัน สำหรับผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศที่เคยได้รับการตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันในระยะเวลานานก่อนเหตุการณ์และพบว่าระดับภูมิคุ้มกันอยู่ในเกณฑ์สูงพอที่จะป้องกันการติดเชื้อ อาจไม่จำเป็นต้องให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในกรณีที่มั่นใจว่ามีระดับภูมิคุ้มกันที่เพียงพอเนื่องจากไม่เคยได้รับการตรวจหรือระดับ

ตารางที่ 3 โอกาสการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและไม่ได้รับยาด้านไวรัส

ช่องทางการมีเพศสัมพันธ์	โอกาสต่อการมีเพศสัมพันธ์แต่ละครั้ง
ฝ่ายรับทางทวารหนักที่มีการหลั่งน้ำอสุจิ	1:65
ฝ่ายรับทางทวารหนักที่ไม่มีการหลั่งน้ำอสุจิ	1:170
ฝ่ายรุกทางทวารหนักที่รับหนังหุ้มปลาย	1:909
ฝ่ายรุกทางทวารหนักไม่ได้รับหนังหุ้มปลาย	1:161
ฝ่ายรับทางช่องคลอด	1:1219
ฝ่ายรุกหรือฝ่ายรับทางช่องปาก	<1:10000
การสัมผัสสารคัดหลั่งผ่านเยื่อ	1:1000
การกัด	<1:10000

หมายเหตุ: โอกาสติดเชื้อจากการที่เข็มที่ปนเปื้อนเลือดของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีตำคือ 30/10,000

ที่มา: ดัดแปลงจาก British HIV Association, British Association for Sexual Health and HIV. UK Guideline for the use of HIV Post-Exposure Prophylaxis 2021¹⁴

ภูมิคุ้มกันอาจลดต่ำตามกาลเวลา และไม่สามารถรอผลการตรวจวัดระดับภูมิคุ้มกันได้ ควรพิจารณาให้วัคซีนเลย

วัคซีนที่ใช้มี 2 ชนิด คือ Hepatitis B vaccine (กระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกัน) และ Hepatitis B immunoglobulin (HBIG) (ออกฤทธิ์กำจัดเชื้อไวรัส) ข้อบ่งชี้ที่จะต้องให้วัคซีนทั้งสองตัว มีเพียงกรณีเดียว คือ ทราบผลเลือดของผู้กระทำว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และผู้ถูกกลั่นแกล้งละเมิดทางเพศไม่มีภูมิคุ้มกัน ร่วมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความเสี่ยงสูงต่อการถ่ายทอดเชื้อ สำหรับ HBIG ขนาด 500 iu ฉีดเข้ากล้ามเนื้อโดยเร็วที่สุด คือไม่เกิน 24 ชั่วโมง และหากการกลั่นแกล้งละเมิดทางเพศนั้นเกิดขึ้นเกิน 7 วัน การให้ HBIG จะไม่มีประโยชน์⁴ สำหรับแนวทางของประเทศออสเตรเลียแนะนำว่า HBIG อาจยังมีประโยชน์ภายหลังเหตุการณ์ได้ถึง 14 วัน⁵ ในกรณีที่ผู้ถูกกลั่นแกล้งละเมิดทางเพศ มีประวัติได้รับวัคซีนครบแล้ว แต่ไม่เคยตรวจวัดระดับภูมิคุ้มกัน พิจารณาให้ HBV vaccine กระตุ้น 1 เข็ม³ เนื่องจากระยะฟักตัวของไวรัสตับอักเสบบียาวนาน การได้รับวัคซีนนี้ภายใน 6 สัปดาห์หลังเหตุการณ์ยังมีประสิทธิภาพในการลดการติดเชื้อได้⁴ ในช่วงการติดตาม หากพบว่ายังไม่มีภูมิคุ้มกัน ควรให้วัคซีนต่อให้ครบ 3 เข็ม

ในกรณีที่ต้องให้ HBV vaccine CDC แนะนำ ช่วงเวลาในการให้วัคซีนคือ 0, 1-2, 4-6 เดือน³ สำหรับ BASHH แนะนำสูตรการฉีดวัคซีนที่ใช้เวลาสั้นลงเพื่อลดการรับวัคซีนไม่ครบ ได้แก่สูตรให้วัคซีนที่ 0, 7, 21 วัน และกระตุ้นที่ 12 เดือน หรืออีกสูตรคือการให้วัคซีนที่ 0, 1, 2 เดือน และกระตุ้นที่ 12 เดือน⁴

การติดเชื้อ human papillomavirus

human papillomavirus (HPV) ถ่ายทอดผ่านการสัมผัสโดยตรง แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ กลุ่มก่อมะเร็งชนิดที่พบบ่อยที่สุดคือ 16,18 สัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งของระบบสืบพันธุ์และทางเดินหายใจส่วนบน และกลุ่มไม่ก่อมะเร็ง ชนิดที่พบบ่อยที่สุด คือ 6,11 สัมพันธ์กับการเกิดหูดหงอนไก่ เนื่องจากระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อจนก่อให้เกิดโรคใช้ระยะเวลานาน การให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV สำหรับผู้ถูกกลั่นแกล้งละเมิดทางเพศจึงยังคงมีประโยชน์ ในปัจจุบันแนะนำให้รับการรับวัคซีนป้องกัน HPV ตั้งแต่อายุ 9 ขวบขึ้นไป โดยกลุ่มอายุน้อยกว่า 15 ปี สามารถลดการรับวัคซีนจาก 3 เป็น 2 เข็ม ภายหลังการรับวัคซีนครบระดับภูมิคุ้มกันคงอยู่ยาวนาน

แนวปฏิบัติสำหรับผู้ถูกกลั่นแกล้งละเมิดทางเพศคือ การชักประวัติการรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV ทั้งชนิดวัคซีนและความครบถ้วน (ฉีดครบ 3 เข็ม หรือ 2 เข็มหากได้รับวัคซีนก่อนอายุ 15 ปี) ในกรณีที่ผู้ถูกกลั่นแกล้งละเมิดทางเพศไม่เคยได้รับวัคซีนมาก่อน แพทย์ควรแนะนำเกี่ยวกับวัคซีนนี้ร่วมด้วย อย่างไรก็ตามวัคซีนไม่สามารถป้องกันรอยโรคจาก HPV ได้ทั้งหมด ในการตรวจติดตามจึงยังคงต้องมีการตรวจประเมินเพื่อค้นหาโรคต่อไป และการตัดสินใจรับวัคซีน รวมถึงช่วงเวลารับวัคซีนควรเป็นการตัดสินใจของผู้กระทำเอง

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ

เหตุการณ์ล่วงละเมิดทางเพศ อาจนำไปสู่การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ได้อีกด้วย (ตารางที่ 1) ในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้ออื่น ๆ การติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินอาการและพิจารณารักษาต่อไป

การติดตามหลังเหตุการณ์การล่วงละเมิดทางเพศ เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การตรวจติดตามเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพื่อประเมินอาการและอาการแสดงที่เป็นผลจากเหตุการณ์การล่วงละเมิดทางเพศ การฟังผลเลือดที่ตรวจคัดกรองแล้ว การประเมินอาการแสดงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดตามการรับยาต่อเนื่อง และ/หรือวัคซีนรวมถึงผลข้างเคียง หากผลการตรวจเลือดครั้งแรกเป็นลบ CDC แนะนำการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสซ้ำที่ 4-6 สัปดาห์ และ 3 เดือน คัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีที่ 6 สัปดาห์และ 3 เดือน³ ในกรณีที่ได้ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (PEP) ระยะเวลาที่นับจะเริ่มนับหลังจากใช้ยาครบ⁴

สรุป

การล่วงละเมิดทางเพศ ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อก่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตรวจประเมินและรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด สามารถช่วยลดการติดเชื้อลงได้มากและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว การตรวจติดตามเป็นขั้นตอนที่สำคัญเนื่องจากอาการและอาการแสดงที่เป็นผลจากการล่วงละเมิดทางเพศอาจตรวจพบได้ยาวนานมากกว่า 3 เดือนภายหลังเหตุการณ์ การให้ข้อมูลแก่ผู้ถูกกระทำอย่างครบถ้วนและเปิดโอกาสการให้ซักถามอย่างเต็มที่ในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมั่นคงยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Hernández Ragpa L, Valladolid Urdangaray A, Ferrero Benítez O, Díez Sáez C. Sexually transmitted infections in the context of a sexual assault. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)*. 2019;37:187-94.
- World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines 2013. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf.
- Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021;70:1-187.
- British Association for Sexual Health and HIV National guidelines for the management of individuals disclosing sexual violence in sexual health services (2022) 2022. Available from: <https://www.bashhguidelines.org/media/1327/bashh-sv-2022.pdf>.

5. Freedman E. Clinical management of patients presenting following a sexual assault. The Royal Australian College of General Practitioners. 2020;49(7):406-11.
6. Hagemann C, Nordbø S, Myhre A, Ormstad K, Schei B. Sexually transmitted infections among women attending a Norwegian Sexual Assault Centre. *Sex Transm Infect.* 2014;90:283-9.
7. Jauréguy F, Chariot P, Vessières A, B P. Prevalence of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections detected by real-time PCR among individuals reporting sexual assaults in the Paris, France area. *Forensic Sci Int.* 2016 266:130-3.
8. van Rooijen M, Schim van der Loeff M, van Kempen L, de Vries H. Sexually Transmitted Infection Positivity Rate and Treatment Uptake Among Female and Male Sexual Assault Victims Attending The Amsterdam STI Clinic Between 2005 and 2016. *Sex Transm Dis.* 2018;45:534-41.
9. ABC of Sexually transmitted infections. 6th ed. Rogstad K, editor. Singapore: Ho Printing Singapore Pte Ltd; 2011.
10. Cybulska B, Forster G, Welch J, Lacey H, Rogstad K, Lazaro N. UK National Guidelines on the management of adult and adolescent complainants of sexual assault 2011 2013.
11. Chayachinda C, Rekhawasin T. Reproductive outcomes of patients being hospitalised with pelvic inflammatory disease. *Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2016.
12. กรกฎ ศิริมัย, อรนิช นาวานุเคราะห์. ความรุนแรงทางเพศกับการข่มขืนกระทำชำเรา (Sexual violence and Rape) In: กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์ ปต, มงคล เบญจจาภิบาล, อรรถพล ใจชื่น, ธันยรัตน์ วงศ์วานนุรักษ์, editor. ตำรานรีเวชวิทยา ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4 ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; 2560. p. 415-42.
13. Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of abnormal vaginal discharge in reproductive-aged women. *Siriraj Medical Bulletin* 2023;16:18-29.
14. British HIV Association, British Association for Sexual Health and HIV. UK Guideline for the use of HIV Post-Exposure Prophylaxis 2021/2021. Available from: <https://www.bashhguidelines.org/media/1269/pep-2021.pdf>.
15. Ruxrungtham K, Chokephaibulkit K, Chetchotisakd P, Chariyalertsak S, Kiertburanakul S, Putacharoen O, et al. Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2021/2022. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control; 2022.

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 นียาพรรณ*, ภัทริยา จิรวัดนาตล*, ธฤต หุตะโชค*, วรัญญู ประสงค์*, กิตติภูมิ ชินธิรัญ**

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

บทคัดย่อ

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

คำสำคัญ: แผลที่อวัยวะเพศ; แผลที่ทวารหนัก; โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; โรคเริ่มที่อวัยวะเพศ; โรคซิฟิลิส

บทนำ

แผลที่อวัยวะเพศและทวารหนักเป็นอาการแสดงที่สำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ สาเหตุของแผลอาจเกิดจากการติดเชื้อ เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และจากสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ การประเมินผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยและรักษาเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนั้นยังสามารถนำไปสู่การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อสู่คู่เพศสัมพันธ์ได้ในกรณีที่โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์¹

สาเหตุของแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนัก

แผลที่อวัยวะเพศและทวารหนัก เกิดได้จากหลายสาเหตุ โดยสามารถแบ่งสาเหตุได้เป็นสองกลุ่ม¹ ได้แก่

1. แผลที่อวัยวะเพศและทวารหนักที่เกิดจากการติดเชื้อ ซึ่งโรคส่วนใหญ่ในกลุ่มนี้จะเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยโรคที่เป็นสาเหตุให้เกิดแผลที่อวัยวะเพศและทวารหนักได้บ่อย ได้แก่

- 1.1. โรคเริ่มที่อวัยวะเพศ 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 ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 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 ที่ฐานแผลจะมีน้ำเหลืองและหนองทำให้อูมสกปรก 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 ที่ครบถ้วนจะช่วยในการนำไปสู่การวินิจฉัยได้มากขึ้น 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-*

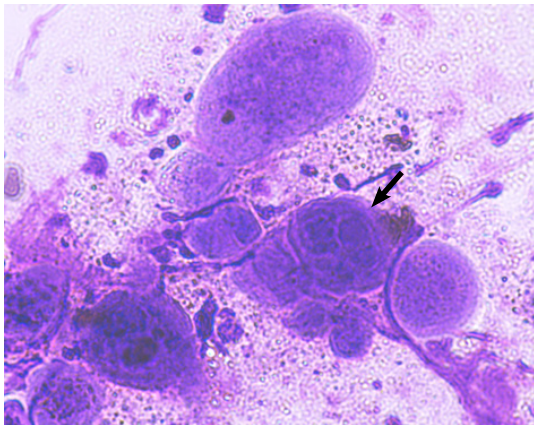
nema pallidum particle agglutination assay (TP-PA) และ *Treponema pallidum* enzyme immunoassay (TP-EIA)

การส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับโรคแผลริมอ่อน

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

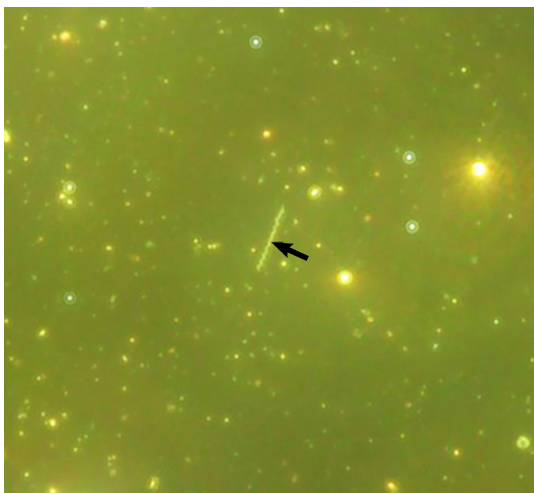
การส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับโรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง

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



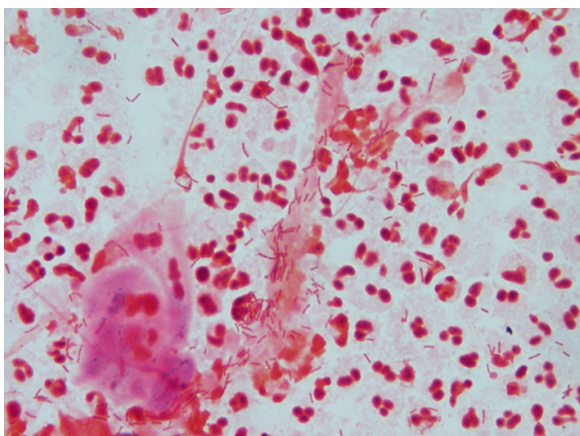
ภาพที่ 1 ตัวอย่างการตรวจ Tzanck smear พบ Multinucleated giant cells (บริเวณลูกศรชี้) ในโรคเริม

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, Kaewwichit 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.

Gender-Affirming Hormone Therapy and Antiretroviral Drugs of Human Immune Deficiency Virus

Ammarin Suwan, Krasean Panyakhamlerd

Gender, Sexual and Climacteric Medicine Division, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(4):295-305

ABSTRACT

Transgender healthcare consists of three main components, including social transition, gender-affirming hormone treatment, and gender-affirming surgery. Not all transgender individuals need all available treatment options, they have different ways to select the appropriate and suitable therapeutic options. Gender-affirming hormone therapy should be prescribed individually based on benefits versus potential short- and long-term individual risks. There is a major difference in hormone therapy between transgender women and transgender men. In adult transgender women, estrogen and antiandrogen are used to replace female hormone and suppress endogenous male hormone, respectively. On the other hand, estrogen-only therapy should be used in transgender women who had undergone orchiectomy-based gender affirming surgery. In transgender men, testosterone-only therapy can be prescribed for transgender individuals who had or had not undergone gender affirming surgery. Testosterone therapy simultaneously suppresses endogenous female hormone and replaces exogenous male hormone with a single agent. Antiretroviral therapy for Human Immune Deficiency Virus (HIV) prevention, including pre-exposure prophylaxis (PrEP) and post-exposure prophylaxis (PEP) are very interesting options due to its efficacy. Combinations of transgender hormone therapy and HIV prophylaxis in transgender individuals are common in clinical practice. The drug interaction of the concurrent use of gender-affirming hormone therapy and some antiretroviral drugs for HIV should be taken into account. Some types of antiretroviral drugs affect circulating sex hormone levels. However, some serum antiretroviral drug levels are affected by sex hormone treatment. In clinical practice, the concurrent use of both groups of drugs could be considered. The appropriate strategies are to select the right agents, monitor serum sex hormones, and the appropriate adjustment dose of gender-affirming hormone therapy.

Keywords: Gender affirming hormone therapy; antiretroviral drug; HIV; transgender

Correspondence to: Ammarin Suwan

Email: Ammarin.chula@gmail.com

Received: 9 May 2023

Revised: 17 July 2023

Accepted: 4 August 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i4.262963>

ฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศกับยาต้านไวรัสเอชไอวี

อัมรินทร์ สุวรรณ, กระเชียร ปัญญาคำเลิศ

สาขาเวชศาสตร์ทางเพศและวัยหมดระดู ภาควิชาสูติศาสตร์รีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

การให้บริการทางสุขภาพแก่คนข้ามเพศ ประกอบด้วย การยืนยันเพศสภาพด้วยวิธีทางสังคม การใช้ฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศและการผ่าตัดเพื่อการเปลี่ยนเพศ ผู้รับบริการที่เป็นคนข้ามเพศแต่ละรายอาจเลือกรับบริการแตกต่างกันออกไปตามความเหมาะสม โดยไม่จำเป็นต้องรับบริการครบทั้งสามส่วน การใช้ฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศควรมีการพิจารณาเป็นราย ๆ ไป โดยคำนึงถึงประโยชน์เมื่อเทียบกับความเสี่ยงทั้งในระยะสั้นและระยะยาวที่อาจเกิดขึ้น ความแตกต่างที่สำคัญระหว่างการใช้ฮอร์โมนข้ามเพศในหญิงและชายข้ามเพศคือ ในหญิงข้ามเพศวัยผู้ใหญ่ควรได้รับทั้งฮอร์โมนเอสโตรเจนและยาต้านฮอร์โมนแอนโดรเจน เพื่อเป็นการทดแทนฮอร์โมนเพศหญิงและกดฮอร์โมนเพศชายในร่างกายตามลำดับ ในอีกทางหนึ่ง หญิงข้ามเพศที่ผ่าตัดเปลี่ยนเพศที่ตัดอัณฑะออกแล้ว ควรใช้เพียงเอสโตรเจน ส่วนในชายข้ามเพศ การใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนเพียงตัวเดียวสามารถทำหน้าที่ได้ทั้งทดแทนและสามารถกดฮอร์โมนเดิมได้ด้วย โดยไม่ต้องคำนึงว่าได้ตัดต่อมเพศเดิมออกแล้วหรือไม่ การใช้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในรูปแบบของ pre-exposure prophylaxis (PrEP) และ post-exposure prophylaxis (PEP) เป็นทางเลือกที่น่าสนใจเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีประสิทธิภาพสูงในการลดการติดเชื้อในทางปฏิบัติ มีโอกาสที่คนข้ามเพศจะมีการใช้ฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศร่วมกับยาต้านไวรัสเอชไอวี การใช้ยาร่วมกันดังกล่าว ควรมีการคำนึงถึงโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาทั้งสองกลุ่ม การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีอาจส่งผลกระทบต่อระดับฮอร์โมนในเลือดและยาฮอร์โมนก็ส่งผลต่อระดับของยาต้านไวรัสบางชนิด ในทางเวชปฏิบัติ การใช้ยาทั้งสองกลุ่มร่วมกันสามารถทำได้ โดยควรมีการเลือกชนิดของยา การตรวจติดตามระดับฮอร์โมนในเลือด และปรับขนาดของฮอร์โมนเพศให้เหมาะสม

คำสำคัญ: ฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศ; ยาต้านไวรัส; เอชไอวี; คนข้ามเพศ

บทนำ

คนข้ามเพศ (Transgender) คือ ผู้ที่มีเพศสภาพไม่ตรงกับเพศกำเนิด โดยเกณฑ์ทางการแพทย์ ที่ใช้วินิจฉัยว่าเป็นคนข้ามเพศ มักอาศัยเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา¹ โดยเรียกความแตกต่างด้านเพศสภาพนี้ว่า gender dysphoria ส่วนในเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ในอดีตใช้คำว่า transsexual² ในการวินิจฉัยและกำลังจะเปลี่ยนชื่อเรียกเป็น gender incongruence ในอนาคต³ หญิงข้ามเพศ (transwoman, transgender female, transfeminine) คือ ผู้ที่มีเพศกำเนิดเป็นชายและมีเพศสภาพเป็นหญิง ชายข้ามเพศ (transman, Transgender male, transmasculine) คือ ผู้ที่มีเพศกำเนิดเป็นหญิงและมีเพศสภาพเป็นชาย

การให้บริการทางสุขภาพแก่คนข้ามเพศ มีองค์ประกอบ คือ

1. การยืนยันเพศสภาพด้วยวิธีทางสังคม (Social transition)
2. การใช้ฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศ (Gender-affirming hormone therapy หรือ cross sex hormone therapy)
3. การผ่าตัดเพื่อการเปลี่ยนเพศ (Gender-affirming surgery)

โดยผู้รับบริการที่เป็นคนข้ามเพศแต่ละรายอาจเลือกรับบริการแตกต่างกันออกไป บางรายอาจรับบริการครบทั้งสามส่วน ในขณะที่บางรายอาจรับบริการเพื่อการข้ามเพศเพียงบางองค์ประกอบ ในบทความนี้ มีจุดมุ่งหมาย มีจุดมุ่งหมายเพื่อเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศกับการติดเชื้อ HIV จึงมีได้มีเนื้อหาในด้านการผ่าตัดเพื่อการเปลี่ยนเพศและการยืนยันเพศสภาพด้วยวิธีทางสังคม

การรักษาด้วยฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศ (Gender-Affirming Hormone Treatment)

การใช้ฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศควรมีการพิจารณาเป็นราย ๆ ไป โดยคำนึงถึงประโยชน์ เมื่อเทียบกับความเสี่ยงทั้งในระยะสั้นและระยะยาวที่อาจเกิดขึ้น ก่อนให้ฮอร์โมนเพศทุกชนิดสำหรับวัยรุ่นและผู้ใหญ่ข้ามเพศ ผู้ให้บริการควรแจ้งผลดี ผลเสียที่อาจเกิดขึ้นต่อร่างกาย ควรแนะนำเรื่องการคุมกำเนิด และควรให้ข้อมูลเรื่องผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ รวมทั้งให้คำปรึกษาและแนะนำทางเลือกในการเก็บเซลล์สืบพันธุ์แช่แข็งไว้ก่อน

การใช้ฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศในวัยผู้ใหญ่ (Adult trans-gender)

1. การใช้ฮอร์โมนในหญิงข้ามเพศวัยผู้ใหญ่ (Adult female trans-gender)^{4, 5}

1.1 ฮอร์โมนเอสตราไดอล (estradiol)

- เอสตราไดอลชนิดรับประทาน
- เอสตราไดอล ชนิดผ่านทางผิวหนัง
- เอสตราไดอล ชนิดฉีด (estradiol valerate หรือ cypionate)

การให้เอสตราไดอลในแต่ละรูปแบบ ให้ทำการปรับขนาดของยาตามผลของเอสตราไดอลในเลือดของผู้รับบริการแต่ละราย

1.2 ยาด้านฮอร์โมนเพศชาย (Anti-androgens)

ในกรณีหญิงข้ามเพศที่ยังไม่ได้ตัดอวัยวะ การใช้เอสโตร

เจนเพียงอย่างเดียวไม่สามารถกดระดับของเทสโทสเตอโรนในเลือดให้อยู่ในระดับเป้าหมายได้ ดังนั้นควรพิจารณาใช้ยาด้านฮอร์โมนเพศชาย (anti-androgens) เพื่อกดฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนที่สร้างจากอวัยวะควบคู่กับการใช้เอสโตรเจน แต่หลังการตัดอวัยวะให้พิจารณาหยุดยาด้านฮอร์โมนเพศชายและคงไว้เพียงเอสโตรเจน

ชนิดของยาด้านฮอร์โมนเพศชาย^{4, 5}

ยาด้านฮอร์โมนเพศชายที่มีใช้แพร่หลายในหญิงข้ามเพศของประเทศไทยมี 2 ชนิด คือ spironolactone และ cyproterone acetate หากมีข้อห้ามในการใช้ยาสองชนิดดังกล่าว อาจพิจารณาใช้ยากลุ่ม GnRH-agonist แทนได้ ไม่แนะนำให้ใช้ยากลุ่ม 5 α -reductase inhibitors เป็นยาด้านฮอร์โมนเพศชายในกลุ่มหญิงข้ามเพศเนื่องจากไม่ช่วยกดระดับของเทสโทสเตอโรนในเลือดและมีผลข้างเคียงสูง⁵

ตารางที่ 1 ฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศในหญิงข้ามเพศวัยผู้ใหญ่

ชนิดของยา	ขนาดที่แนะนำ
ฮอร์โมนเอสตราไดอล (estradiol)	
เอสตราไดอล ชนิดรับประทาน*	
17 β -estradiol หรือ estradiol valerate	2-6 มิลลิกรัม/ วัน
เอสตราไดอล ชนิดผ่านทางผิวหนัง**	
17 β -estradiol ชนิดแผ่นแปะ เปลี่ยนแผ่นแปะทุก 3.5 วัน (สัปดาห์ละ 2 ครั้ง)	25 -200 ไมโครกรัม/24 ชั่วโมง (1/2 - 4 แผ่น)
0.06% 17 β -estradiol ชนิดเจล	2.5- 10 กรัม/ วัน ทาวันละหนึ่งครั้ง
เอสตราไดอล ชนิดฉีด ***	
estradiol valerate หรือ cypionate	ขนาด 5-30 มิลลิกรัม ทุก 2 สัปดาห์ หรือ ขนาด 2-10 มิลลิกรัม ทุก 1 สัปดาห์
- การให้เอสตราไดอลในทุก ๆ แบบ ให้ทำการปรับขนาดของยาตามผลของเอสตราไดอลในเลือด โดยมีจุดมุ่งหมายของระดับเอสตราไดอลในเลือดที่ 100-200 พิโคกรัม/มิลลิลิตร	
*ไม่แนะนำให้ใช้เอสโตรเจนที่อยู่ในยาคุมกำเนิดชนิดเม็ด (ethinyl estradiol) ในหญิงข้ามเพศ ^{4, 5} เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดดำอุดตันสูงกว่าการใช้ 17 β -estradiol อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในหญิงข้ามเพศที่อายุมากกว่า 40 ปี ⁵ มีข้อควรระวังหากใช้ conjugated equine estrogens หรือ conjugated estrogens เนื่องจากอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอุดตันสูงกว่าการใช้ 17 β -estradiol โดยเฉพาะในหญิงข้ามเพศที่อายุมากกว่า 40 ปี (ในปัจจุบันประเทศไทยไม่มี conjugated equine estrogens ที่ผลิตจากปัสสาวะม้าจำหน่ายแล้ว แต่ยังคงมี conjugated estrogen ที่ผลิตจากพืชจำหน่าย แต่เป็นยาที่มีการศึกษาทางคลินิกไม่มาก จึงไม่ได้รับความนิยม)	
**เอสตราไดอล ชนิดผ่านทางผิวหนังเป็นการบริหารยาที่เหมาะสมในหญิงข้ามเพศที่อายุ > 45 ปี หรือรายที่มีความเสี่ยงเรื่องหลอดเลือดดำอุดตัน ^{4, 5}	
***ยานี้ฉีดเอสตราไดอล ไม่มีใช้ในโรงพยาบาลทั่วไป	

ชนิดของยา	ขนาดที่แนะนำ
2. ยาด้านฮอร์โมนเพศชาย (Anti-androgens) ในกรณีที่ยังไม่ได้ตัดอวัยวะ	
ทางเลือกหลัก	
Spironolactone	ขนาด 100–300 มิลลิกรัม/ วัน
Cyproterone acetate	ขนาด 25–50 มิลลิกรัม/ วัน
ทางเลือกรอง	
- GnRH agonist** (ยาราคาสูง และกดฮอร์โมนเพศลงในระดับต่ำมาก)	ขนาด 3.75 มิลลิกรัม ฉีดทุก 1 เดือน หรือ ขนาด 11.25 มิลลิกรัม ทุก 3 เดือน
เป้าหมายในการลดการทำงานของฮอร์โมนจากอวัยวะด้วยยาด้านฮอร์โมนเพศชาย (anti-androgens) คือทำให้ระดับเทสโทสเตอโรนในเลือด (total testosterone) ต่ำกว่า 50 นาโนกรัม/เดซิลิตร	

ที่มา: ดัดแปลงจาก Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2017;102(11):3869-903⁵

2. การใช้ฮอร์โมนในชายข้ามเพศวัยผู้ใหญ่ (Adult male trans-gender)^{4, 5}

หลักการสำคัญคือ ทำให้ระดับเทสโทสเตอโรนในเลือดอยู่ในระดับใกล้เคียงกับชายเพศกำเนิดทั่วไปโดยพยายามหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะการเกิดภาวะเลือดข้น ความดันโลหิตสูง การคั่งของเกลือและน้ำ การเปลี่ยนแปลงของไขมันในเลือด สิวรุนแรง และการหยุดหายใจระหว่างนอนหลับ โดยในชายข้ามเพศสามารถใช้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนเพียงตัวเดียว โดยที่ไม่ต้องการยากดเอสโตรเจน ยาที่พิจารณาเลือกใช้ มีดังนี้

ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน

- Testosterone enanthate หรือ cypionate (Testosterone cypionate ไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย)
- Testosterone undecanoate
- 1% Testosterone gel
- Testosterone transdermal patch (ไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย)

คนข้ามเพศกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

คนข้ามเพศมีโอกาสเผชิญกับการถูกตีตราและมีอุปสรรคในการเข้าถึงการรับบริการทางสุขภาพของ ดังนั้นคนข้ามเพศจึงมีความเสี่ยงที่ทำให้เพิ่มโอกาสติดเชื้อ Human Immune Deficiency Virus (HIV) และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นสูงขึ้น⁶ ผู้ให้บริการทางสาธารณสุขควรซักประวัติเพศสัมพันธ์โดยละเอียดโดยเป็นไปอย่าง

สุภาพและให้เกียรติผู้รับบริการ ควรมีการให้ข้อมูลเรื่องการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การให้ข้อมูลเรื่องการใช้ยาป้องกันการติดเชื้อ การปฏิบัติตัวทางสุขภาพที่เหมาะสม

หญิงข้ามเพศกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ข้อมูลการศึกษาอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์แบบอภิมานในสหรัฐอเมริกาพบการติดเชื้อ HIV ในหญิงข้ามเพศ สูงถึงร้อยละ 14⁷ สอดคล้องไปกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบความชุกที่ร้อยละ 13⁸ ส่วนความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากเชื้อแบคทีเรีย (Bacterial sexually transmitted infection, STI) ในหญิงข้ามเพศ มีข้อมูลค่อนข้างจำกัด ในสหรัฐอเมริกาพบว่าความชุกและอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ gonorrhea และ chlamydia ในหญิงข้ามเพศเทียบเท่ากับในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (cisgender men who have sex with men, MSM)⁹ สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาในหญิงข้ามเพศ 764 คน พบความชุกของการติดเชื้อ gonorrhea และ chlamydia อย่างน้อยหนึ่งตำแหน่งได้ร้อยละ 30 คิดเป็นอุบัติการณ์ที่ร้อยละ 24 ต่อ 100 รายต่อปี หากเรียงลำดับตำแหน่งที่ติดเชื้อที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ ที่ลำไส้ตรงพบ chlamydia ร้อยละ 19 พบ gonorrhea ร้อยละ 10 และที่คอหอย พบ gonorrhea ร้อยละ 8¹⁰ ผู้ให้บริการทางสาธารณสุขควรมีความรู้เกี่ยวกับกายวิภาคและพฤติกรรมทางเพศของผู้รับบริการแต่ละรายก่อนที่จะให้คำแนะนำ ตัวอย่างเช่น สตรีข้ามเพศที่ยังไม่ได้ผ่าตัดเปลี่ยนเพศยังมีองคชาติที่อาจใช้สอดใส่เข้าทางปาก ช่องคลอด และทวารหนัก ในขณะเดียวกัน

ตารางที่ 2 ฮอโมนในชายข้ามเพศวัยผู้ใหญ่ (Adult male transgender)

ฮอโมนเทสโทสเตอโรน (testosterone)

• Testosterone enanthate

- เป็นฮอโมนที่ถูกใช้มากที่สุด เนื่องจากราคาจำหน่ายในประเทศไทยไม่สูง
- ขนาดยาที่ใช้ คือ 100-200 มิลลิกรัม ฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือเข้ากล้ามเนื้อ ทุก 2 สัปดาห์ อาจลดขนาดลงครึ่งหนึ่ง แต่ฉีดเป็นทุก 1 สัปดาห์

• Testosterone undecanoate

ขนาด 1000 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 12 สัปดาห์

- 1% Testosterone gel เจลทาผิวหนัง ทาวันละครั้ง ขนาดยา คือ 50–100 มิลลิกรัม/ วัน
- Testosterone transdermal patch แบบแผ่นแปะ (ไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย)
 - การให้เทสโทสเตอโรนในทุกๆแบบ ให้ทำการปรับขนาดของยาตามผลของเทสโทสเตอโรน (total testosterone) ในเลือด โดยมีจุดมุ่งหมายของระดับในเลือดที่ ประมาณ 400 -700 นาโนกรัม/เดซิลิตร
 - ไม่แนะนำให้ใช้เทสโทสเตอโรนชนิดรับประทานที่มี alkylation ที่คาร์บอนอะตอมตำแหน่งที่ 17 เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อตับ อีกทั้งยังมีการดูดซึมที่ไม่แน่นอนโดยต้องอาศัยระบบน้ำเหลืองในการดูดซึมยา

ที่มา: ดัดแปลงจาก Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2017;102(11):3869-903.⁵

ก็อาจจะเป็นฝ่ายถูกสอดใส่ทางปากและทางทวารหนักได้ นอกจากนี้ ร้อยละเอ็ดของชนิดการผ่าตัดช่องคลอดใหม่ ยังส่งผลต่อความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่แตกต่างกัน การผ่าตัดที่นิยมทำมากที่สุดทั้งในสหรัฐอเมริกาและไทย คือการทำ penile skin inversion vaginoplasty ซึ่งใช้ผิวหนังบริเวณองคชาตม้วนเข้าไปสร้างช่องคลอดใหม่ ดังนั้นเชื้อแบคทีเรียประจำถิ่นมักเป็นเชื้อที่พบที่ผิวหนังและในช่องคลอด เช่น *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Enterococcus*, *Corynebacterium*, *Mobiluncus* และ *Bacteroides species* ส่วนเชื้อ *Lactobacilli* พบเพียงราวหนึ่งในสามของช่องคลอดใหม่ในหญิงข้ามเพศ และมักไม่พบเชื้อ *Candida* ในช่องคลอดใหม่จากการทำ penile skin vaginoplasty¹² การดูแลรักษาความสะอาดและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของช่องคลอดใหม่จึงมีความแตกต่างไปจากการดูแลของช่องคลอดในผู้หญิงที่เป็น ciswomen ทั่วไป นอกจากนี้ ข้อมูลการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 15 ของหญิงข้ามเพศที่ได้รับการผ่าตัดช่องคลอดใหม่ ยังคงมีเพศสัมพันธ์ทั้งทางช่องคลอดใหม่และทางทวารหนัก¹³ ดังนั้นในการประเมินหญิงข้ามเพศ อาจยังพบความเสี่ยงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในช่องทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ด้วย

ข้อมูลการศึกษาเรื่องการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในช่องคลอดใหม่มีไม่มากนัก มีการตรวจพบไวรัส *herpes simplex*¹⁴

และ *human papilloma*¹⁵ รวมไปถึงการเกิดหูด ข้อมูลใน penile skin inversion vaginoplasty มีรายงานกรณีศึกษาที่ตรวจพบ *Chlamydia trachomatis* สองรายจากช่องใหม่จาก penile skin และในการผ่าตัดที่ใช้ peritoneal lining นอกจากนี้ยังมีการพบ gonorrhea ในช่องคลอดใหม่ที่เป็น penile skin ได้ด้วย¹⁶

คำแนะนำการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในคนข้ามเพศโดย Centers for Disease Control and Prevention¹⁷

- โดยทั่วไปแนะนำให้คัดกรอง *C. trachomatis* และ *N. gonorrhea* ในผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 25 ปีที่มีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นในชายข้ามเพศหรือ gender nonbinary ที่ยังมีปากมดลูกควรถูกคัดกรองด้วย
- ควรให้ข้อมูลเรื่องการตรวจคัดกรอง HIV ในคนข้ามเพศทุกราย การพิจารณาตรวจซ้ำขึ้นกับระดับความเสี่ยง
- ในคนข้ามเพศที่ติดเชื้อ HIV แนะนำให้ตรวจคัดกรอง โดยตรวจเลือดหาการติดเชื้อ syphilis, Hepatitis C Virus (HCV), gonorrhea และ chlamydia ที่อวัยวะเพศและอวัยวะอื่นโดยวิธี Nucleic acid amplification test (NATT) อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง
- หญิงข้ามเพศที่ผ่านการผ่าตัดช่องคลอดใหม่ควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นกิจวัตร ในทุกตำแหน่งที่มีเพศสัมพันธ์ เช่น เพศสัมพันธ์ทางปาก ทวาร และช่องคลอด ใน

ปัจจุบัน ยังไม่มีข้อมูลถึงวิธีที่เหมาะสมที่สุด (ตรวจปัสสาวะหรือป้ายจากช่องคลอด) เพื่อตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในช่องคลอดใหม่

- ในชายข้ามเพศที่ผ่านการผ่าตัด metoidioplasty โดยไม่ได้ตัดช่องคลอดออก แนะนำให้ตรวจโดยป้ายบริเวณปากมดลูก (cervical swab) เนื่องจากการตรวจปัสสาวะมักไม่ไวพอในการตรวจหาการติดเชื้อที่ปากมดลูก

- การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสัมพันธ์กับการติดเชื้อ Human Papilloma Virus (HPV) ในชายข้ามเพศหรือ non-binary ที่มีปากมดลูก ควรพิจารณาตามคำแนะนำคัดกรองเหมือนใน ciswomen

สุขภาพของคนข้ามเพศกับการติดเชื้อ HIV

U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) และ Centers for Disease Control and Prevention (CDC) แนะนำให้ตรวจคัดกรองการติดเชื้อ HIV ในประชากรทุกคน (universal screening) ดังนั้นคนข้ามเพศทุกคนควรได้รับการตรวจคัดกรอง HIV อย่างน้อยหนึ่งครั้ง การตรวจคัดกรองซ้ำในประชากรทุกกลุ่มให้พิจารณาความเสี่ยงของ HIV ของแต่ละราย การได้ทราบประวัติของลักษณะทางกายวิภาคและพฤติกรรมทางเพศทั้งในอดีตและปัจจุบันจึงสำคัญมาก ควรซักประวัติโดยใช้คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ และควรได้รายละเอียดของการมีเพศสัมพันธ์ เช่น เพศสัมพันธ์แบบสอดใส่ในคนข้ามเพศที่ยังมีองคชาตและควรถามประวัติในกรณีที่น่าจะถูกสอดใส่ (receptive intercourse) ในอีกกรณีหนึ่ง ควรซักประวัติการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดทั้งในหญิงข้ามเพศที่ผ่านการผ่าตัดหรือในชายข้ามเพศที่ยังมีช่องคลอด รวมไปถึงเพศสัมพันธ์ทางทวาร อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการรับเชื้อ HIV ผ่านทางช่องคลอดใหม่มียังมีอยู่อย่างจำกัด เช่นเดียวกับความเสี่ยงของการติดเชื้อ HIV ที่สัมพันธ์กับการผ่าตัดเปลี่ยนเพศชนิด phalloplasty หรือ metaoidioplasty ในชายข้ามเพศที่ยังไม่มีข้อมูล¹⁷

การป้องกัน HIV ในคนข้ามเพศ

การใช้ถุงยางอนามัยยังคงเป็นวิธีสำคัญในการป้องกัน HIV อย่างไรก็ตาม มีประเด็นในทางปฏิบัติที่ควรคำนึงในกลุ่มหญิงข้ามเพศบางประการ เช่น การใช้ถุงยางอนามัยในหญิงข้ามเพศที่ยังมีองคชาตที่ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนหรือยาต้านฮอร์โมนเพศชายอาจเป็นไปได้ยาก เนื่องจากปัญหาจากการแข็งตัวของอวัยวะเพศ นอกจากนี้ หญิงข้ามเพศหลายรายอาจไม่มีอำนาจต่อรองในการใช้ถุงยางอนามัยในขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะรายที่เป็นผู้ขายบริการ ส่วนในชายข้ามเพศที่ได้รับการผ่าตัด phalloplasty บทบาทของถุงยางอนามัยไม่ชัดเจน ในอีกกรณีหนึ่งการใช้ female condom ในชายข้ามเพศที่ยังมีช่องคลอด นับเป็นทางเลือกหนึ่งในการป้องกัน HIV

การใช้อยาเพื่อลดความเสี่ยงต่อการรับเชื้อ HIV

การใช้อยาเพื่อลดความเสี่ยงต่อการรับเชื้อ HIV นับเป็นวิธีการที่ได้ผลน่าพอใจ โดยใช้อยาในสองรูปแบบใหญ่ คือ pre-exposure prophylaxis (PrEP) และ non-occupational post-exposure prophylaxis (nPEP)

Pre-Exposure Prophylaxis for HIV

การป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (HIV Pre-Exposure Prophylaxis: HIV PrEP) โดยการให้ยาขนาดคงที่ (fixed dose) เป็นยาผสมของ emtricitabine (FTC) ร่วมกับ tenofovir disoproxil fumarate (TDF) หรือ tenofovir alafenamide (TAF) นับเป็นยาที่ค่อนข้างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูงในการลดอัตราการติดเชื้อในกลุ่ม MSM¹⁸ โดยมีหลักฐานว่า TDF/FTC ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพทั้งในชายและหญิงที่เป็น heterosexual¹⁹ ในขณะที่ยังไม่มีข้อมูลของ TAF/FTC ในผู้หญิงที่เป็น heterosexual ความต่อเนื่องในการใช้ยา นับเป็นปัจจัยสำคัญมากต่อการโอกาสในการติดเชื้อ

ความเสี่ยงสำคัญประการหนึ่งในการรับเชื้อ HIV คือ การมีเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากเชื้อแบคทีเรีย พบว่าในกลุ่ม MSM ที่พบ gonorrhea หรือ chlamydia ในทวารหนัก จะพบการติดเชื้อ HIV รว 1 ใน 15 คน ภายในหนึ่งปี และพบว่าหลังจากติด syphilis จะพบการติดเชื้อ HIV 1 ใน 18 คนภายในหนึ่งปี หากเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีโรคติดเชื้อแบคทีเรียและ syphilis จะพบ HIV ได้ที่ 1 ใน 53 คนเท่านั้น²⁰ ดังนั้นควรพิจารณาการใช้ HIV PrEP ในผู้ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากเชื้อแบคทีเรียด้วย

ผู้ที่เหมาะสมในการใช้ PrEP²¹

- ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย บุคคลข้ามเพศ ชายหรือหญิงที่ทำงานขายบริการ
- ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดที่ฉีดครั้งสุดท้ายภายใน 3 เดือน
- ผู้ที่มาขอรับบริการ Post-Exposure Prophylaxis (PEP) อยู่เป็นประจำ โดยไม่สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงลงได้
- ผู้ที่มีความเสี่ยงรายบุคคล ดังนี้
 - มีความเสี่ยงเหล่านี้ภายใน 6 เดือน และมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกันอีกใน 3 เดือนข้างหน้า
 - มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนที่มี HIV และยังไม่ได้รับยาต้านหรือยังคงไวรัสไม่สำเร็จ
 - มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย กับคู่นอนที่ไม่ทราบผล HIV
 - มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น gonorrhea ทางทวารหนัก หรือติดเชื้อ syphilis
 - ใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการติด HIV เช่น สารกลุ่มแอมเฟตามีน
 - มีการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อ HIV หรือผู้ที่ไม่ทราบสถานะการติด และมีแนวโน้มพฤติกรรมนี้ในอีก 3 เดือนข้างหน้า

อย่างไรก็ตาม หากมีผู้รับบริการต้องการใช้ PrEP แต่ไม่ได้ อยู่ในกลุ่มดังกล่าว ควรพิจารณาเป็นรายกรณี โดยทำความเข้าใจเชิงลึกว่าผู้รับบริการมีความกังวลเรื่องใดและยึดหลักว่า ทุกคนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ได้ในอนาคต ถึงแม้จะไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงในอดีตที่ผ่านมาหรือในปัจจุบันก็ตาม

รูปแบบการใช้ PrEP²¹

การใช้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี หรือ PrEP มีใช้สองแบบ คือแบบการใช้ PrEP แบบทุกวัน (Daily PrEP) และแบบใช้เฉพาะช่วง (On-demand PrEP) ซึ่งมีข้อมูลการใช้ทั้งสองแบบในประชากรกลุ่ม MSM อย่างไรก็ดี ในประเทศไทย แนะนำให้ใช้ยาทุกวันเป็นแบบหลักสำหรับประชากรในทุกกลุ่ม โดยเฉพาะในผู้หญิงและกลุ่มที่มีการใช้ฮอร์โมนเพศร่วมด้วย โดยในสูตรยา TDF/FTC วันละ 1 ครั้งนี้ ระดับยาในช่องคลอด และทวารหนักจะขึ้นถึงระดับสูงสุดที่จะป้องกันการติดเชื้อ HIV ที่ประมาณ 7 วัน ดังนั้นหากมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 7 วันแรกหลังเริ่มยา ควรใช้ถุงยางอนามัยร่วมด้วย ในประเทศไทย มีการแนะนำให้ใช้ PrEP โดยยา Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) ขนาด 300 มิลลิกรัม และ Emtricitabine (FTC) ขนาด 200 มิลลิกรัม ซึ่งรวมอยู่ในเม็ดเดียวกัน

ก่อนการเริ่ม และในขณะที่ติดตามการให้ PrEP ควรมีการซักประวัติความเสี่ยง และมีการเลือดหา HIV เพื่อหาว่ามีการติดเชื้อ HIV ในขณะที่ใช้ยา PrEP หรือไม่ (กรณีใช้ PrEP โดยที่มีการติดเชื้อ HIV อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการดื้อยา ควรพบอายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อ) ตรวจ creatinine, syphilis, gonorrhea, chlamydia, HBsAg, Anti-HCV และตรวจหาการตั้งครรภ์ในกรณีที่มีความเสี่ยง

การหยุด PrEP ให้ใช้ยาเป็นเวลา 7 วันหลังจากที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิง กลุ่มที่ใช้ฮอร์โมนเพศร่วมด้วย สำหรับในกลุ่ม MSM ให้หยุดยา 2 วันหลังจากมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย และให้ตรวจหา HIV ก่อนหยุด PrEP แนะนำให้ผู้รับบริการกลับมาปรึกษาอีกครั้ง หากประเมินว่าตนเองเริ่มมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ได้ในอนาคต²¹

การป้องกันการติดเชื้อ HIV หลังการสัมผัส (HIV Post-Exposure Prophylaxis: HIV PEP)²¹

HIV PEP แบ่งเป็นสองชนิด คือ

1. การป้องกันการติดเชื้อ HIV ในบุคลากรหลังการสัมผัสจากการทำงาน (HIV occupational PEP: HIV oPEP)
2. การป้องกันการติดเชื้อ HIV สำหรับการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งจากการมีเพศสัมพันธ์และการใช้เข็มฉีดยา การถูกเข็มตำนอกสถานพยาบาลและการได้รับบาดเจ็บ (HIV non-occupational PEP: HIV nPEP) กรณีที่มีข้อบ่งชี้ในการให้ nPEP จะต้องให้ยาเร็วที่สุดภายใน 1-2 ชั่วโมงหลังสัมผัส อย่างช้าที่สุดไม่เกิน 72 ชั่วโมง โดยต้องใช้ยาให้ครบ 4 สัปดาห์และควรอยู่ภายใต้การติดตามของแพทย์

ยา PEP ที่นิยมใช้ในประเทศไทย ประกอบด้วยยา 3 ตัวในเม็ดเดียว ได้แก่ Tenofovir (FTC) 300 มิลลิกรัม, Emtricitabine (FTC) 200 มิลลิกรัม และ dolutegravir (DTG) 50 มิลลิกรัม อย่างไรก็ดี ควรพิจารณาประวัติของแหล่งสัมผัสโรคและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ หากแหล่งสัมผัสโรคมีประวัติดื้อยา

โอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาด้านไวรัสกับฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศ

ใน Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8 (WPATH 8) ตีพิมพ์ใน พ.ศ. 2565⁴ แนะนำให้ตระหนักถึงโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาด้านไวรัสกับฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศ อย่างไรก็ดี ควรคำนึงเสมอว่า การรักษาด้วยยาด้านไวรัส HIV ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการใช้ร่วมกับฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศ¹¹ ความจริงแล้ว หากสามารถรวมบริการให้ฮอร์โมนร่วมไปกับการให้บริการเกี่ยวกับ HIV ได้ในครั้งเดียว อาจเป็นการทำให้การมาตรวจติดตามของผู้รับบริการดีขึ้นอีกด้วย

โดยทั่วไป ฮอร์โมนเอสโตรเจนถูกเปลี่ยนในร่างกายได้โดยเอนไซม์ในระบบ cytochrome P450 ดังนั้นอาจจะมีอันตรกิริยากับยาด้านไวรัส HIV ข้อมูลการศึกษาของอันตรกิริยานี้มักเป็นข้อมูลในอดีต ซึ่งศึกษาเอสโตรเจนที่อยู่ในยาคุมกำเนิด ซึ่งเป็นเอสโตรเจนชนิด ethinyl estradiol ที่มีคุณสมบัติบางอย่างแตกต่างจาก 17β- estradiol ที่เป็นยาที่ใช้เป็นหลักในคนข้ามเพศ อย่างไรก็ตาม มีข้อมูลว่ายาด้าน HIV ส่วนใหญ่สามารถใช้ร่วมกับฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศได้ ยกเว้นยา Amprenavir (Agenerase) และ unboosted fosamprenavir (Lexiva) ที่ไม่แนะนำให้ใช้ร่วมกับเอสโตรเจน เนื่องจากอาจทำให้ระดับของ amprenavir ในเลือดลดลง²²

อย่างไรก็ตามยาทั้งสองชนิดนี้ไม่มีใช้ในประเทศไทย นอกจากยาด้านไวรัสชนิดดังกล่าวนี้แล้ว ข้อมูลส่วนใหญ่ จะเป็นข้อมูลที่ยาต้านไปส่งผลต่อระดับของฮอร์โมน มากกว่าที่จะเป็นฮอร์โมนส่งผลต่อระดับของยาด้านไวรัส

มีข้อมูลอย่างจำกัด ที่แสดงถึงยาในกลุ่ม non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs), ritonavir (RT-V)-boosted protease inhibitors (PIs) หรือ cobicistat with integrase strand inhibitors (INSTIs) ว่าอาจส่งผลต่อระดับของฮอร์โมนที่ใช้คุมกำเนิด ยังไม่มีข้อมูลอันตรกิริยาระหว่าง ethinyl estradiol กับ nucleoside reverse transcriptase (NRTIs), CCR5 antagonists, fusion inhibitors หรือ non-boosted INSTs โดยอาจมีผลหลากหลาย ทั้งเพิ่มหรือลดระดับของ ethinyl estradiol, norethindrone และ norgestimate¹¹ อย่างไรก็ดี แม้ว่าจะมีข้อมูลหลากหลาย แต่ในคำแนะนำการใช้ยาคุมกำเนิดในผู้หญิงทั่วไปขององค์การอนามัยโลก ฉบับล่าสุดใน พ.ศ. 2557 ไม่ได้จำกัดหรือห้ามการใช้ยาด้าน HIV ในทุกกลุ่มร่วมกับฮอร์โมนเพื่อการคุมกำเนิดแต่อย่างใด²³

เนื่องจากฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจของคนข้ามเพศ หากคนข้ามเพศกังวลผลของการใช้ยาต้าน HIV ที่อาจทำให้ระดับฮอร์โมนเพศลดลง และอาจส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ความคิดดังกล่าวนี้อาจทำให้ความสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการใช้ยาต้าน HIV แย่ลง ดังนั้นผู้ให้บริการควรมีความรู้ให้ข้อมูลอย่างถูกต้อง ควรมีการวัดระดับฮอร์โมนในเลือดและปรับขนาดของฮอร์โมนให้ได้ตามระดับเป้าหมาย

การใช้ PrEP ร่วมกับฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศ

ข้อมูลโดยตรงของการใช้ PrEP ในคนข้ามเพศตีพิมพ์ใน พ.ศ. 2563 ให้ความเห็นว่า แม้ว่าข้อมูลจากการศึกษาขนาดเล็กที่พบว่ามีปฏิกิริยานี้เล็กน้อยระหว่าง GAHT กับ tenofovir/emtricitabine (TFV/FTC) โดยพบว่าระดับของ TFV/FTC ต่ำกว่าร้อยละ 12-27 เมื่อเทียบกับ cisgender men อย่างไรก็ตามระดับของ TFV/FTC ยังคงอยู่ในระดับความเข้มข้นที่คาดหวัง ส่วนการใช้ tenofovir-diphosphate/ FTC-triphosphate พบว่าความเข้มข้นไม่แตกต่างกันระหว่างหญิงข้ามเพศและ cisgender men จึงสรุปได้ว่า TDF/FTC สามารถเข้าถึงระดับยาเป้าหมายและควรสนับสนุนให้ใช้เป็นสูตรยา PrEP ในกลุ่มคนข้ามเพศ²⁴ อีกการศึกษาหนึ่ง ตีพิมพ์ใน พ.ศ. 2564 ศึกษาใน cisgender men และกลุ่มคนข้ามเพศที่ได้รับ PrEP เป็น TDF/ FTC พบว่าระดับของ TFV-DP หลังได้ PrEP เป็นเวลาสี่สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันใน cisgender men ชายข้ามเพศ และหญิงข้ามเพศ นอกจากนั้นยัง

พบว่า ระดับของ เทสโทสเตอโรนและเอสทราไดออลไม่แตกต่างกันเมื่อเทียบระหว่างก่อนและหลังได้ PrEP ในชายข้ามเพศและหญิงข้ามเพศตามลำดับ²⁵ การศึกษาที่ทำในหญิงข้ามเพศในประเทศไทยในพ.ศ.2562²⁶ พบว่าระดับของ TVF ลดลงในหญิงข้ามเพศที่ได้รับฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศ แต่ระดับของเอสทราไดออลไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากการได้ PrEP

การใช้ฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศในผู้ที่ติดเชื้อ HIV

จากคำแนะนำของ Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents:²² Guidelines for the use of antiretroviral agents in adults and adolescents with HIV: Transgender people with HIV ที่มีการปรับปรุกล่าสุดเมื่อ พ.ศ. 2564 กล่าวว่า ยาต้าน HIV บางตัวมีอันตรกิริยากับฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศ ควรมีการประเมินผลของฮอร์โมนทั้งทางคลินิกและตรวจเลือดเป็นกิจวัตร เพื่อปรับขนาดของเอสทราไดออลและเทสโทสเตอโรน และยาต้านแอนโดรเจนให้เหมาะสมตามระดับเป้าหมาย

เนื่องจากการศึกษาอันตรกิริยาของฮอร์โมนเพศกับยาต้าน HIV ส่วนใหญ่ เป็นการศึกษาที่ใช้ฮอร์โมนเพื่อการคุมกำเนิด (ethinyl estradiol) ไม่ใช่ฮอร์โมนที่ใช้เป็นมาตรฐานสำหรับคนข้ามเพศ (17β-estradiol) และเป็นการศึกษาใน ciswomen ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ร่างกายที่แตกต่างกับหญิงข้ามเพศ ดังนั้นการแปลผลและนำข้อมูลมาใช้ ควรพิจารณาอย่างระมัดระวัง ขอสรุปโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาต้านไวรัสและฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาต้านไวรัสและฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศ

อันตรกิริยาของยาต้านไวรัสกับฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศ	ชนิดของยาต้านไวรัส	ฮอร์โมนที่มีการเปลี่ยนแปลงจากผลของยาต้านไวรัส	คำแนะนำในการใช้ฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศ
ยาต้านไวรัสที่ลดความเข้มข้นของฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศ	ยา PI/r	Estradiol	เพิ่มขนาดของฮอร์โมนเพื่อให้ได้ระดับของฮอร์โมนตามเป้าหมาย ร่วมกับการดูอาการทางคลินิก
	ยาในกลุ่ม NNRTIs ดังนี้ • EFV • ETR • NVP		
	ยาในกลุ่ม NNRTIs ดังนี้ • EFV • ETR • NVP	Testosterone Dutasteride Finasteride	

อันตรกิริยาของยาต้านไวรัสกับ ฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศ	ชนิดของยาต้านไวรัส	ฮอร์โมนที่มีการเปลี่ยนแปลง จากผลของยาต้านไวรัส	คำแนะนำในการใช้ฮอร์โมน เพื่อการเปลี่ยนเพศ
ยาต้านไวรัสที่เพิ่มความเข้มข้น ของฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศ	ยา EVG/c ยาในกลุ่ม boosted PIs ทุกตัว	Testosterone Dutasteride Finasteride	ติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ใช้ขนาดฮอร์โมนเท่าที่จำเป็น โดยให้ฮอร์โมนในเลือดอยู่ใน ระดับเป้าหมาย
ยาต้านไวรัสที่ผลต่อความเข้มข้น ของฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศ ไม่ชัดเจน	ยา EVG/c ยา PI/c	Estradiol	ปรับขนาดของเอสโตรเจน เพื่อ ให้ได้ระดับของเอสตราไดออล ตามเป้าหมาย ร่วมกับการดู อาการทางคลินิก
ยาต้านไวรัสที่ส่งผลต่อระดับ ฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศ น้อยมาก	ยาในกลุ่ม NRTIs ทุกตัว ยา Entry Inhibitors ดังนี้ • IBA • MVC • T-20 ยา Unboosted INSTIs ดังนี้ • BIC • DTG • RAL NNRTIs • RPV • DOR	ไม่มี	ไม่ต้องการปรับขนาดยาจากการ ใช้ยาต้านไวรัส

ที่มา: ดัดแปลงจาก Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2022). Guidelines for the use of antiretroviral agents in adults and adolescents with HIV: Transgender people with HIV. Department of Health and Human Services: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv/transgender-people-hiv>²²

คำย่อ: ARV = antiretroviral; BIC = bictegravir; DOR = doravirine; DTG = dolutegravir; EFV = efavirenz; ETR = etravirine; EVG/c = elvitegravir/cobicistat; GAHT = gender-affirming hormone therapy; IBA = ibalizumab; INSTI = integrase strand transfer inhibitor; MVC = maraviroc; NNRTI = non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor; NRTI = nucleoside reverse transcriptase inhibitor; NVP = nevirapine; PI = protease inhibitor; PI/c = protease inhibitor/cobicistat; PI/r = protease inhibitor/ritonavir; RAL = raltegravir; RPV = rilpivirine; T-20 = enfuvirtide

สรุป

การให้บริการทางสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม ไม่เลือกปฏิบัติต่อคนข้ามเพศ นับเป็นส่วนสำคัญในกระบวนการพัฒนาการให้บริการ การใช้ฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้รับบริการ การให้ยา PrEP, PEP หรือการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ที่ติดเชื้อ HIV ร่วมกับ

ฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศ อาจเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาโดยอาจส่งผลต่อระดับฮอร์โมนในเลือด ในกรณีที่ระดับฮอร์โมนลดลงอาจนำไปสู่ความไม่พึงพอใจ หรือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่ผู้รับบริการไม่ต้องการ ในอีกทางหนึ่ง หากระดับฮอร์โมนสูงขึ้น อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ฮอร์โมน ในปัจจุบัน ข้อมูลอันตรกิริยาของการใช้ยาต้านไวรัสชนิดต่าง ๆ ร่วมกับ

ฮอร์โมนยังมีความจำกั ในทางปฏิบัติ ผู้ให้บริการควรให้คำแนะนำอย่างครอบคลุมและตรงตามหลักวิชาการเท่าที่มีข้อมูล เพื่อให้เกิดการติดตามการรักษาที่ดี พิจารณาตรวจระดับของฮอร์โมนเพศในผู้ที่เข้าด้านไวรัสชนิดที่อาจส่งผลต่อฮอร์โมนในเลือดและปรับขนาดฮอร์โมนอย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 5th ed. American Psychiatric Publishing; Arlington: 2013.
2. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and related health problems: Alphabetical index. Vol. 3. World Health Organization, 2004.
3. International Classification of Diseases 11th Revision: World Health Organization. [cited 2023 May 6]; Available from: <https://icd.who.int/en>
4. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health*. 2022;23(Suppl 1):S1-S259.
5. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017;102(11):3869-903.
6. Poteat T, Reisner SL, Radix A. HIV epidemics among transgender women. *Curr Opin HIV AIDS*. 2014;9(2):168-73.
7. Becasen JS, Denard CL, Mullins MM, Higa DH, Sipe TA. Estimating the Prevalence of HIV and Sexual Behaviors Among the US Transgender Population: A Systematic Review and Meta-Analysis, 2006-2017. *Am J Public Health*. 2019;109(1):e1-e8.
8. Guadamuz TE, Wimonasate W, Varangrat A, Phanuphak P, Jommaroeng R, McNicholl JM, et al. HIV prevalence, risk behavior, hormone use and surgical history among transgender persons in Thailand. *AIDS Behav*. 2011;15(3):650-8.
9. Allan-Blitz LT, Konda KA, Calvo GM, Vargas SK, Leon SR, Segura ER, et al. High incidence of extra-genital gonorrheal and chlamydial infections among high-risk men who have sex with men and transgender women in Peru. *Int J STD AIDS*. 2018;29(6):568-76.
10. Hiransuthikul A, Janamnuyasook R, Sungsing T, Jantarakpakde J, Trachunthong D, Mills S, et al. High burden of chlamydia and gonorrhoea in pharyngeal, rectal and urethral sites among Thai transgender women: implications for anatomical site selection for the screening of STI. *Sex Transm Infect*. 2019;95(7):534-9.
11. UCSF Gender Affirming Health Program, Department of Family and Community Medicine, University of California San Francisco. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People; 2nd edition. Deutsch MB, ed. June 2016. Available at transcare.ucsf.edu/guidelines.
12. Dahlhamer JM, Galinsky AM, Joestl SS, Ward BW. Barriers to Health Care Among Adults Identifying as Sexual Minorities: A US National Study. *Am J Public Health*. 2016;106(6):1116-22.
13. Thammapiwat P, Suwan A, Panyakhamlerd K, Suwajo P, Phanuphak N, Taechakraichana N. The sexual function among transgender women who have undergone gender-affirming surgery using penile skin inversion vaginoplasty in Thailand. *Eur J Plast Surg*. 2022;45:101-7.
14. Elfering L, van der Sluis WB, Mermans JF, Buncamper ME. Herpes neolabialis: herpes simplex virus type 1 infection of the neolabia in a transgender woman. *Int J STD AIDS*. 2017;28(8):841-3.
15. Uaamnuichai S, Panyakhamlerd K, Suwan A, Suwajo P, Phanuphak N, Ariyasriwatana C, et al. Neovaginal and anal high-risk human papillomavirus DNA among Thai transgender women in Gender Health Clinics. *Sex Transm Dis*. 2021;48:547-9.
16. Bodsworth NJ, Price R, Davies SC. Gonococcal infection of the neovagina in a male-to-female transsexual. *Sex Transm Dis*. 1994;21(4):211-2.
17. 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.
18. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al; iPrEx Study Team. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med*. 2010;363(27):2587-99.
19. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J, et al; Partners PrEP Study Team. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *N Engl J Med*. 2012;367(5):399-410.
20. Pathela P, Braunstein SL, Blank S, Shepard C, Schilling JA. The high risk of an HIV diagnosis following a diagnosis of syphilis: a population-level analysis of New York City men. *Clin Infect Dis*. 2015 ;61(2):281-7.
21. Ruxrungtham K, Choekphaibulkit K, Chetchotisakd P, Chariyalertsak S, Kiertburanakul S, Putacharoen O, et al. Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2021/2022. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control; 2022.
22. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services [Internet]. [cited 2023 Jan 27]. Available from: <https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf>
23. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2015. PMID: 26447268.
24. Yager JL, Anderson PL. Pharmacology and drug interactions with HIV PrEP in transgender persons receiving gender affirming hormone therapy. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2020;16(6):463-74.

25. Grant RM, Pellegrini M, DeFecheux PA, Anderson PL, Yu M, Glidden DV, et al. Sex Hormone Therapy and Tenofovir Diphosphate Concentration in Dried Blood Spots: Primary Results of the Interactions Between Antiretrovirals And Transgender Hormones Study. *Clin Infect Dis*. 2021;73(7):e2117-e2123.

26. Hiransuthikul A, Janamnuysook R, Himmad K, Kerr SJ, Thammajaruk N, Pankam T, et al; iFACT Study Team. Drug-drug interactions between feminizing hormone therapy and pre-exposure prophylaxis among transgender women: the iFACT study. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(7):e25338.

Adolescent and Youths Sexually Transmitted Infections: Current Trends and Interesting Associated Factors

Orasri Wittawatmongkol, Boonying Manaboriboon

Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(4):306-312

ABSTRACT

Sexually transmitted infections (STIs) have emerged as a significant public health concern in our country. The incidence of STIs among adolescents and youths has been steadily increasing, primarily due to engaging in unprotected sexual activities. In order to effectively address and mitigate these issues, it is crucial to comprehend the various factors associated with risky sexual behaviors among adolescents and youths. Factors such as adolescent growth and development, cognitive and brain development during this phase, history of adverse childhood events, sleep problems, family background, and the influence of society play roles in shaping their sexual behaviors. In today's digital society, individuals have easy access to social media, applications, and various sources of information related to sexual issues. These can include pornography videos, dating applications, cybersex, substances, chemsex, and more. As the secular trend in puberty continues, with adolescents experiencing an earlier onset of sexual maturation, several factors contribute to an increase risk of sexual behavior among these age groups. The decrease in quality family time, limitations in the monitoring system, and the emergence of imitating behaviors among adolescents and youths, all play a role in exacerbating this risk. In this article, authors review situation of STIs among adolescents and youths, factors related with sexual risk behaviors among adolescents and youths, and upcoming trends of risky behaviors contributing to have STIs among adolescents and youths, based on current evidence base.

Keywords: Adolescents; youths; sexually transmitted infections; sexual risk; pornography; cybersex; chemsex

Correspondence to: Orasri Wittawatmongkol

Email: orasriw@hotmail.com

Received: 7 June 2023

Revised: 26 July 2023

Accepted: 4 August 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i4.263332>

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชน: สถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

อรศรี วิทวัสมงคล, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ และมีแนวโน้มของโรคเพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนเป็นผลมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน ดังนั้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนจำเป็นต้องทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น พัฒนาการในช่วงวัยรุ่น ความรู้สึกรู้จักคิด การเปลี่ยนแปลงของสมองวัยรุ่น ประวัติการถูกล่วงละเมิด ปัญหาการนอน ประวัติครอบครัว และสังคมรอบตัว เป็นต้น การอยู่ในสังคมดิจิทัลทำให้วัยรุ่นเข้าถึงสื่อ แอปพลิเคชัน และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศ เช่น คลิปโป๊อนาจาร แอปพลิเคชันหาคู่ การใช้เครือข่ายคอมพิวเตอร์เป็นสื่อกลางในการทำกิจกรรมทางเพศ (cybersex) สารเสพติด หรือการใช้สารเคมี หรือยาต่างๆ เพื่อเพิ่มความรู้สึกทางเพศ หรือความพึงพอใจทางเพศ อาจจะเป็นก่อน หรือระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ก็ได้ (chemsex) ในขณะที่แนวโน้มเด็กเข้าสู่วัยรุ่นเร็วขึ้น เวลาคุณภาพของครอบครัวลดลง ระบบเฝ้าระวังทางเทคโนโลยีของประเทศยังมีข้อจำกัด และพฤติกรรมเลียนแบบในวัยรุ่นและเยาวชนพบเพิ่มขึ้นตามสมัย ประเด็นเหล่านี้ทำให้มีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงได้เร็วขึ้น และมากขึ้นได้ ในบทความนี้จะกล่าวถึงสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และพฤติกรรมเสี่ยงแปลกใหม่ที่พบในวัยรุ่น และเยาวชนซึ่งเอื้อต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้

คำสำคัญ: วัยรุ่น; เยาวชน; โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

บทนำ

วัยรุ่นเป็นช่วงเวลาสำคัญของชีวิตที่ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน องค์การอนามัยโลก และสหประชาชาติให้นิยามวัยรุ่นว่า เป็นช่วงหนึ่งของชีวิตที่มีอายุ 10-19 ปี^{1,2} ส่วนเยาวชนเป็นช่วงอายุ 15-24 ปี³ จากรายงานขององค์การกองทุนเด็กระหว่างประเทศ สหประชาชาติ (UNICEF) ปี ค.ศ. 2022 พบว่า ประชากรวัยรุ่นมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 16 ของประชากรโลก หรือประมาณ 1.3 พันล้านคน² ซึ่งประชากรวัยรุ่นเกินครึ่งอาศัยอยู่ในทวีปเอเชีย⁴ สำหรับประเทศไทย จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2565 พบว่า ประชากรวัยรุ่นไทยมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 12.1 หรือประมาณ 8 ล้านคนจากประชากรทั้งประเทศ 66 ล้านคน โดยกรุงเทพมหานครมีประชากรวัยรุ่นประมาณ 6.4 แสนคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11.7 ของประชากรที่อาศัยในกรุงเทพมหานครทั้งหมด 5.5 ล้านคน⁵ จากรายงานของกรมควบคุมโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2018 พบว่า เกินครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่เป็นกลุ่มเยาวชน⁶ ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนเป็นผลจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลให้เกิดผลกระทบด้านลบอื่น ๆ ตามมา เช่น การตั้ง

ครรภ์ไม่พร้อม ขณะเดียวกันปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนยังมีความเชื่อมโยงกับปัญหาสังคมด้านอื่นด้วย เช่น ปัญหาการใช้สารเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน ละเอียดย่อย และเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพแวดล้อมทางสังคม การแก้ปัญหาในระดับประเทศอาจทำได้ไม่ง่าย ดังนั้นการป้องกันการเกิดปัญหาจึงมีความสำคัญมาก นโยบายของประเทศควรให้ความสำคัญกับการป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) และระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) โดยเริ่มตั้งแต่การส่งเสริมให้มีการตั้งครรภ์คุณภาพ ปลูกฝังให้มีบุตรเมื่อพร้อมเพื่อให้ครอบครัวมีคุณภาพ เด็กที่เกิดมามีความเข้มแข็งทางร่างกาย และจิตใจ มีความรู้ และทักษะที่สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง ส่งเสริมให้การพูดคุยเรื่องเพศเป็นเรื่องที่คุยได้ในสังคม จนถึงการมีระบบบริการที่เอื้อให้วัยรุ่นและเยาวชนสามารถมาใช้บริการอนามัยเจริญพันธุ์ได้จริง เป็นต้น

ในบทความนี้ผู้เขียนจะกล่าวถึงสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมเสี่ยงแปลกใหม่ที่พบในวัยรุ่นกลุ่มนี้ซึ่งเอื้อต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้โดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีในปัจจุบัน

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชน

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี แม้ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน รายงานจากกรมควบคุมโรค ประเทศสหรัฐอเมริกาปี พ.ศ.2563 พบมีผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ 2.4 ล้านคน โดยร้อยละ 53 เป็นกลุ่มเยาวชน โดยโรคหนองในเทียมเป็นโรคที่พบมากที่สุด เมื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2559 พบว่า แนวโน้มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยอัตราป่วยด้วยโรคหนองในแท้เพิ่มขึ้นร้อยละ 45 และโรคซิฟิลิสเพิ่มขึ้นร้อยละ 52 ทั้งนี้พบอัตราการเพิ่มสูงสุดในวัยรุ่นและเยาวชนหญิง ส่งผลให้อัตราป่วยด้วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในทารกเพิ่มขึ้นตามอย่างมากถึงร้อยละ 235⁷ นอกจากนี้ อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังเพิ่มสูงขึ้นในวัยรุ่นและเยาวชนกลุ่มชายรักชายโดยพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยซิฟิลิสระยะ primary และ secondary เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย⁸

สำหรับประเทศไทย พบอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงสุดในกลุ่มเยาวชนเช่นกัน จากรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2561 พบอุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ได้แก่ ซิฟิลิส หนองในแท้ หนองในเทียม แผลริมอ่อน กามโรคต่อมน้ำเหลือง มีค่าสูงสุดในกลุ่มเยาวชนโดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 104.7 ต่อประชากรกลุ่มเดียวกันแสนคน โดยเยาวชนชายมีอัตราป่วย 155.8 และเยาวชนหญิงมีอัตราป่วยเท่ากับ 51.2 ต่อประชากรกลุ่มเดียวกันแสนคน โรคที่มีอัตราป่วยสูงสุดเรียงตามลำดับได้แก่ โรคหนองในแท้ ซิฟิลิส หนองในเทียม แผลริมอ่อน และกามโรคต่อมน้ำเหลือง ทั้งนี้อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรกลุ่มอื่น โดยพบว่า กลุ่มเยาวชนมีอัตราป่วยด้วยโรคซิฟิลิสร้อยละ 36.9 ของผู้ป่วยซิฟิลิสทั้งหมด ในปีพ.ศ. 2561 และเพิ่มเป็นร้อยละ 39.7 ในปี พ.ศ. 2565⁹ ในขณะที่อัตราป่วยด้วยโรคหนองในแท้ในกลุ่มเยาวชนเพิ่มจากร้อยละ 60.2 ของผู้ป่วยโรคหนองในแท้ทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 61.6 ในปี พ.ศ. 2565¹⁰ และในกลุ่มเยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชายพบความชุกการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 6.2¹¹

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชน

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนเป็นผลมาจากการที่วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศโดยการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งนิยามของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ¹² หมายถึง พฤติกรรมทางเพศใด ๆ ที่ก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบ เช่น เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือตั้งครรภ์ ตัวอย่างของพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ การไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ การมีคู่นอนหลายคน เปลี่ยนคู่นอนบ่อย การใช้สารเสพติด

ขณะมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น การที่วัยรุ่นและเยาวชนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศรวมถึงมีอัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ นั้น มีปัจจัยเกี่ยวข้องที่น่าเชื่อถือได้ และสามารถนำมาอธิบายเพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ ดังนี้

การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ ระบบสืบพันธุ์ และพัฒนาการทางสมอง

การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ระบบสืบพันธุ์ และพัฒนาการทางสมองเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

ช่วงวัยรุ่นร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง มีการเพิ่มขึ้นของความสูง และน้ำหนัก ระบบสืบพันธุ์ทั้งภายนอก และภายในรวมทั้งฮอร์โมนเพศ และฮอร์โมนการเจริญเติบโตเริ่มทำงาน หรือมีบทบาทชัดเจน ซึ่งแนวโน้มเด็กยุคใหม่เข้าสู่วัยรุ่นได้เร็วขึ้นเมื่อเทียบกับอดีต โดยเด็กหญิงเข้าสู่วัยสาว หรือเริ่มมีเต้านม (thelarche) ที่อายุ 9.6 ปี¹³ และเด็กชายเข้าสู่วัยหนุ่ม หรือมีขนาดอัณฑะ 4 มล. (gonadarche) ที่อายุ 10.6 ปี¹⁴ แนวโน้มอายุเฉลี่ยของเด็กหญิงที่เริ่มมีเต้านม และอายุที่เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยอายุของเด็กหญิงที่เริ่มมีเต้านมจะลดลง 0.24 ปี หรือลดลง 3 เดือนทุก ๆ 10 ปีที่เปลี่ยนไป¹⁵ ในขณะที่อายุที่เด็กชายเข้าสู่วัยหนุ่มลดลงประมาณ 0.15 ปี หรือลดลงประมาณ 7 สัปดาห์ทุก ๆ 10 ปีที่เปลี่ยนไป^{13, 16}

ในส่วนของระบบสืบพันธุ์ของวัยรุ่นหญิงพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูก (cervical ectopy) และปริมาณเยื่อเมือกที่น้อยเมื่อเทียบกับวัยผู้ใหญ่ ส่งผลให้ร่างกายขาดระบบป้องกันในระดับเซลล์ ดังนั้นหากได้รับเชื้อ จะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ง่าย¹⁷

ในส่วนของพัฒนาการทางสมองพบว่า ในช่วงวัยรุ่น สมองส่วนต่าง ๆ มีการพัฒนาด้วยอัตราที่ต่างกัน สมองส่วนอยาก และส่วนที่ควบคุมอารมณ์ (limbic and reward system) พัฒนามาก่อน ในขณะที่สมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมความคิด วิเคราะห์ วางแผน ประเมินความเสี่ยง และตัดสินใจ พัฒนาช้าที่สุด ทำให้เกิดความไม่สมดุลของการทำงานของสมองได้ นอกจากนี้สมองยังมีกระบวนการปรับเปลี่ยน (reorganization) เช่น มีการลดลงของสมองส่วน grey matter จากกระบวนการ synaptic pruning เพื่อลดการเชื่อมต่อของเซลล์ประสาทส่วนที่ไม่ได้ใช้ และการเพิ่มขึ้นของสมองส่วน white matter เพื่อเพิ่มการเชื่อมต่อการสื่อสารของสมองส่วนต่าง ๆ จากการเปลี่ยนแปลงของสมองที่กล่าวมา ทำให้เข้าใจพฤติกรรมที่พบในวัยรุ่น เช่น วัยรุ่นคิดเร็ว ทำเร็ว ทำกิจกรรมหลายอย่างได้ในเวลาเดียวกัน (multitask) หรือขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำโดยไม่นึกถึงผลเสียที่เกิดตามมา ยิ่งในสถานการณ์ที่มีความอยาก และความต้องการเข้ามาเกี่ยวข้อง วัยรุ่นจะใช้อารมณ์อยู่เหนือเหตุผลมากขึ้นได้ ซึ่งเป็นที่มาของพฤติกรรมเสี่ยง^{18, 19} สำหรับ

ขบวนการพัฒนาของสมองให้มีความสามารถในการคิด และตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องใช้เวลาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และค่อยเป็นค่อยไปจนถึงวัยผู้ใหญ่

การเปลี่ยนแปลงของครอบครัว สังคม ค่านิยม และนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศ

ปัจจุบันสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ครอบครัวซึ่งเป็นพื้นฐานของความรัก ความอบอุ่น ความเข้าใจ และเป็นที่บ่มเพาะความเข้มแข็งทางจิตใจของเด็กมีขนาดเล็กลง สมาชิกในครอบครัวมีจำนวนลดลงโดยจำนวนครอบครัวที่มีสมาชิกคนเดียวและ 2 คนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมาก มีบิดา มารดาเลี้ยงเดี่ยวเพิ่มขึ้น ขณะที่จำนวนครอบครัวที่มีสมาชิก 3 คนขึ้นไปกลับมีแนวโน้มลดลง²⁰ สมาชิกในครอบครัวมีเวลาให้กันน้อยลง โดยเฉพาะเวลาคุณภาพ จากผลสำรวจสถานการณ์ครอบครัวไทยผ่านตัวแทนวัยรุ่นและเยาวชนทั่วประเทศจำนวน 824 คนพบว่า ร้อยละ 10 ของวัยรุ่นและเยาวชนไทยมีครอบครัวที่ไม่เข้มแข็ง และไม่อบอุ่น²¹ นอกจากนี้ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 นั้น คอมพิวเตอร์ สมาร์ทโฟน และอินเทอร์เน็ตเข้ามามีบทบาทอย่างเห็นได้ชัดในชีวิตประจำวัน อัตราการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 69.6 ในปีพ.ศ. 2562 เป็นร้อยละ 76.54 ในปี พ.ศ. 2566²² อินเทอร์เน็ตเป็นตัวอย่างของเครื่องมือที่เอื้อให้วัยรุ่นเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ได้มาก ทำให้การสื่อสารไร้พรมแดน และตอบสนองความอยากรู้ อยากรองของวัยรุ่นได้รวดเร็ว ขณะเดียวกันหากใช้โดยขาดความรู้เท่าทัน ขาดความรู้และทักษะอย่างปลอดภัย หรือขาดระบบเฝ้าระวังอาจส่งผลเสียตามมาได้

ความเชื่อ และค่านิยมบางอย่างที่พบได้ในบางสังคม เช่น การยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน การเก็บแค้นคุณอน การไม่ใส่ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เป็นการผูกใจคนรักไม่ให้นอกใจ และเป็นการแสดงถึงความเชื่อใจ²³ ซึ่งพฤติกรรมที่กล่าวมานี้ส่งผลให้วัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์กันเร็วขึ้น²⁴ และมีความเสี่ยงที่จะติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้

สำหรับนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่น โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนั้น ได้แก่ พระราชบัญญัติการป้องกัน และแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปี พ.ศ. 2559²⁵ ที่กำหนดให้สถานบริการต้องให้ข้อมูล ความรู้ และจัดบริการอนามัยเจริญพันธุ์รวมทั้งส่งเสริมการรักษาทันทีนอกเหนือจากการป้องกัน และแก้ไขการตั้งครรภ์ การมีแนวปฏิบัติของแพทย์เกี่ยวกับการตรวจเอชไอวี พ.ศ. 2557 ในวัยรุ่น โดยให้สิทธิ์ผู้ที่มาขอตรวจการติดเชื้อเอชไอวีที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ไม่จำเป็นต้องขออนุญาตจากผู้ปกครองเพื่อตรวจ หากผู้ที่มาขอตรวจเข้าใจเรื่องการติดเชื้อ และความหมายของการตรวจเลือด (การตรวจวินิจฉัย ไม่ใช่การทำนิติกรรม)²⁶ และการให้บริการของคลินิกนิรนาม สภาวิชาชีพไทย เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ของความพยายามป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนไทยยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร จะเห็นได้จาก

อัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนในกลุ่มนี้ เพิ่มขึ้นจาก 103.4 ต่อประชากรกลุ่มอายุเดียวกันแสนคนในปี พ.ศ. 2557 เป็น 131.2 ในปีพ.ศ. 2564²⁷ แม้อัตราการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.5 ในปีพ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 84.6 ในปี พ.ศ. 2562 และอัตราการใส่ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดของนักเรียนชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.7 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 77.6 ในปี พ.ศ. 2562 ก็ตาม²⁸ ซึ่งเหตุผลที่สามารถนำมาอธิบายได้ เช่น นักเรียนอาจไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ หรืออาจใช้ถุงยางอนามัยเฉพาะที่มีการรู้จำเข้าไปในช่องคลอด หรือทวารหนักไม่ได้รวมการมีเพศสัมพันธ์ด้วยวิธีอื่น เป็นต้น นอกจากนี้ข้อจำกัดอื่น ๆ ที่เป็นไปได้ อาจเกิดจากการที่วัยรุ่นยังไม่สามารถเข้าถึงข่าวสาร และบริการด้านสุขภาพทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะกลุ่มที่อยู่สถานศึกษา รวมทั้งการให้บริการที่ยังไม่เอื้อให้วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึงได้ง่าย เช่น มีขบวนการหลายขั้นตอน การเก็บความลับผู้ป่วยยังไม่น่าเชื่อถือพอ หรือมีค่าใช้จ่าย เป็นต้น

ประวัติการถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก (adverse childhood events)

การทารุณกรรมในเด็กส่งผลต่อเด็กด้านอารมณ์ จิตใจ ความรู้สึกนึกคิด และพัฒนาการด้านต่าง ๆ เด็กที่ถูกทารุณกรรมหรือถูกล่วงละเมิดทางเพศส่วนใหญ่ ผู้กระทำมักเป็นผู้ที่เด็กใกล้ชิดหรือไว้วางใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ที่มีประวัติถูกล่วงละเมิดทางเพศในวัยเด็กและวัยรุ่นจะสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเมื่อโตขึ้นมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติถูกล่วงละเมิด เช่น มีจำนวนคู่นอนมากกว่า ไม่ใช้ถุงยางอนามัย ค่าบริการทางเพศ และป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่า เป็นต้น^{29, 30} นอกจากนี้การศึกษา meta-analysis เพื่อหาความสัมพันธ์ของการมีประวัติถูกล่วงละเมิดทางเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นชายพบว่า วัยรุ่นชายที่มีประวัติถูกล่วงละเมิดทางเพศในวัยเด็ก มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน มีคู่นอนหลายคน และทำให้คู่นอนตั้งครรภ์ คิดเป็น 1.91, 2.91 และ 4.81 เท่าเมื่อเทียบกับวัยรุ่นชายที่ไม่มีประวัติถูกล่วงละเมิดดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน³¹

ปัญหาการนอนในวัยรุ่น

ในช่วงวัยรุ่น ร่างกายมีการปรับเปลี่ยนเวลาอนตามนาฬิกาชีวภาพ (circadian rhythm) ทำให้วัยรุ่นนอนดึกขึ้น กอปรกับวัยรุ่นบางรายอาจมีกิจกรรมก่อนนอนอื่น ๆ ทำให้เวลานอนถูกลื่อนออกไป และต้องตื่นเข้าไปโรงเรียน ส่งผลให้วัยรุ่นมีปัญหาอนไม่เพียงพอและไม่มีคุณภาพได้ การศึกษาระยะยาวในวัยรุ่น 6,504 คน พบว่า วัยรุ่นที่มีปัญหาการนอนและนอนไม่พอจะเพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และใช้สารเสพติดได้³² ในส่วนของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนั้นพบว่า การนอนไม่เพียงพออาจสัมพันธ์กับ

การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นได้ โดยจากการศึกษาในวัยรุ่น 1,850 คนถึงลักษณะการนอนและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้แก่ การใช้ chemsex หรือการจูงใจใช้สารเสพติด หรือสารเคมีอื่นเมื่อมีเพศสัมพันธ์เพื่อเพิ่มความสุขทางเพศอาจจะเป็นก่อน หรือระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ และการไม่ใส่ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์พบว่า วัยรุ่นที่นอนน้อยในช่วงวันสุดสัปดาห์มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่าวัยรุ่นที่นอนเพียงพอ 2.2 เท่า อีกทั้งวัยรุ่นที่นอนน้อยและมีคุณภาพการนอนต่ำเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ³³

พฤติกรรมเสี่ยงแปลกใหม่ที่พบในวัยรุ่น

จากที่กล่าวมา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นส่งผลให้เกิดการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ปัจจุบันมีพฤติกรรมเสี่ยงแปลกใหม่ในวัยรุ่น ที่อาจเอื้อให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ไม่ป้องกันได้ ดังนี้

การใช้สารเสพติดชนิดใหม่

จากข้อมูลของ National Institute on Drug Abuse (NIDA)³⁴ ของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2022 ซึ่งสำรวจวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในเกรด 8, 10 และ 12 พบว่า สารเสพติดที่วัยรุ่นใช้มากที่สุดเรียงตามลำดับได้แก่ แอลกอฮอล์ บุหรี่ไฟฟ้า (nicotine vaping) และกัญชา สำหรับอัตราการใช้สารเสพติดภายใน 1 ปีที่ผ่านมาของวัยรุ่นกลุ่มดังกล่าวมีค่าลดลงกว่าช่วงก่อนที่จะมีการระบาดของโรคโควิด-19 และยังคงที่ในปี พ.ศ. 2565 ที่อัตราร้อยละ 11, 21.5 และ 32.6 ตามลำดับ ส่วนสารเสพติดอื่น ๆ ที่ใช้ในวัยรุ่น ได้แก่ โคเคน เฮโรอีน แอมเฟตามีน เค B5 ฯลฯ ซึ่งหาซื้อได้ทางช่องทางออนไลน์ จุดประสงค์ในการใช้ส่วนใหญ่ มักใช้เพื่อความเพลิดเพลิน อย่างไรก็ตามขณะเสพ ผู้เสพยามักขาดสติ จึงมีโอกาสที่จะถูกล่วงละเมิดหรือมีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัยได้ นอกจากนี้บางคนอาจใช้ chemsex โดยการใช้ chemsex มักสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์กันเป็นหมู่คณะ (party sex) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยาที่ใช้บ่อย ได้แก่ Gamma-hydroxybutyrate (GHB), mephedrone, ketamine ยาไอซ์ (crystal methamphetamine) และยาอี (ecstasy)³⁵

Cybersex

เป็นวิธีหนึ่งของการมีเพศสัมพันธ์ที่ใช้เครือข่ายคอมพิวเตอร์หรือเทคโนโลยีเป็นสื่อกลางมาช่วยในกิจกรรมทางเพศ³⁶ ซึ่งรวมถึง การดูภาพยนตร์ หรือคลิปโป๊อนาจาร (pornography) หรือการส่งข้อความ หรือภาพที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศที่เรียกว่า sexting ส่วนหนึ่งของผู้ใช้เชื่อว่า ปลอดภัยเพราะไม่ได้มีเพศสัมพันธ์กันจริง อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาระบบatic review^{37, 38} พบว่า การดูภาพโป๊อนาจารและ sexting มีผลต่อจิตใจ ความสัมพันธ์ การแสดงออก และพฤติกรรมทางเพศของผู้ใช้ อีกทั้งพบว่า

พฤติกรรมการดูภาพโป๊อนาจารสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงทางเพศ (sexual violence) ก้าวร้าว และการล่วงเกินทางเพศด้วย³⁸ สำหรับวัยรุ่นซึ่งความรู้สึกลึกซึ้ง และสมองกำลังพัฒนาอยู่นั้น อาจขาดวุฒิภาวะ ขาดความยับยั้งชั่งใจทำให้มีโอกาสถูกชักจูงหรือหลอกให้มีเพศสัมพันธ์จริงตามมาได้

นอกจากนี้ ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศแปลกใหม่อื่น ๆ³⁹ เช่น rainbow party (การมีเพศสัมพันธ์เป็นหมู่คณะโดยใช้ปากที่ทำลิปสติกร่วมเพศ สีต่างๆ ของลิปสติกจะติดตามบริเวณที่ปากไปสัมผัส ทำให้มีลักษณะคล้ายสีรุ้ง) หรือ blood sucking (การกัด และดูดเลือดคู่นอนขณะมีเพศสัมพันธ์) เป็นต้น

สรุป

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น การแก้ไขและป้องกันปัญหาจำเป็นต้องทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งแตกต่างจากผู้ใหญ่ และควรเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงแปลกใหม่ที่เกิดในวัยรุ่นกลุ่มนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Adolescent health. [Internet]. [cited 2023 April 14]. Available from: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
2. UNICEF. Adolescents. [Internet]. 2022 [cited 2023 July 21]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/adolescents/overview/>.
3. United Nations. Definition of youths. [Internet]. [cited 2023 July 21]. Available from: <https://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf>.
4. Chandra-Mouli V, Ferguson BJ, Plesons M, Paul M, Chalasani S, Amin A, et al. The Political, research, programmatic, and social responses to adolescent sexual and reproductive health and rights in the 25 years since the international conference on population and development. J Adolesc Health 2019;65(6S):S16-s40.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช). สถิติประชากรศาสตร์ ประชากร และเคหะ ปี พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2566 กรกฎาคม 21]. เข้าถึงได้จาก: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>.
6. Centers for Disease Control and Prevention, US. Sexual transmitted disease: Adolescents and young adults [Internet]. [cited 2023 April 14]. Available from: [https://www.cdc.gov/std/life-stages-populations/adolescentsyoungadults.htm#:~:text=While%20sexually%20transmitted%20diseases%20\(STDs\),the%20United%20States%20in%202018.](https://www.cdc.gov/std/life-stages-populations/adolescentsyoungadults.htm#:~:text=While%20sexually%20transmitted%20diseases%20(STDs),the%20United%20States%20in%202018.)
7. Editorial. Youth STIs: an epidemic fuelled by shame. Lancet Child Adolesc Health 2022;6(6):353.
8. Centers for Disease Control and Prevention, US. Sexually transmitted disease surveillance 2018 [Internet]. [cited 2023 May 13]. Available from: <https://www.cdc.gov/std/stats18/STDSSurveillance2018-full-report.pdf>.

9. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง ๕๐๖: ซิฟิลิส. สำนักโรคบาด
วิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2566
พฤษภาคม 18]. เข้าถึงได้จาก: [http://doe.moph.go.th/surdata/disease.
php?ds=37](http://doe.moph.go.th/surdata/disease.php?ds=37)
10. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง ๕๐๖: หนองใน. สำนักโรคบาด
วิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. [cited 2566
พฤษภาคม 18]. เข้าถึงได้จาก: [http://doe.moph.go.th/surdata/disease.
php?ds=38](http://doe.moph.go.th/surdata/disease.php?ds=38).
11. ช่องทางการรับและถ่ายทอดเชื้อ. ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้าน
เอชไอวีของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2566 เมษายน 16]. เข้าถึงได้
จาก: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>.
12. Senn T. Sexual Risk Behavior. In: Gellman MD, Turner
JR, editors. Encyclopedia of Behavioral Medicine. New York, NY:
Springer New York; 2013. p.1779-82.
13. Jaruratanasirikul S, Sriplung H. Secular trends of growth
and pubertal maturation of school children in Southern Thailand.
Ann Hum Biol 2015;42(5):447-54.
14. Jaruratanasirikul S, Yuenyongwiwat S, Kreetapirom
P, Sriplung H. Age of onset of pubertal maturation of Thai boys. J
Pediatr Endocrinol Metab 2014;27(3-4):215-20.
15. Eckert-Lind C, Busch AS, Petersen JH, Biro FM, Butler
G, Bräuner EV, et al. Worldwide secular trends in age at pubertal
onset assessed by breast development among girls: A systematic
review and meta-analysis. JAMA Pediatr 2020;174(4):e195881.
16. Brix N, Ernst A, Lauridsen LLB, Parner E, Støvring H, Olsen
J, et al. Timing of puberty in boys and girls: A population-based study.
Paediatr Perinat Epidemiol 2019;33(1):70-8.
17. Shannon CL, Klausner JD. The growing epidemic of
sexually transmitted infections in adolescents: a neglected popu-
lation. Curr Opin Pediatr 2018;30(1):137-43.
18. Casey BJ, Jones RM, Hare TA. The adolescent brain.
Ann N Y Acad Sci 2008;1124:111-26.
19. Crone EA, van Duijvenvoorde AC, Peper JS. Annual
research review: Neural contributions to risk-taking in adolescence
developmental changes and individual differences. J Child Psychol
Psychiatry 2016;57(3):353-68.
20. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. เปิดบ้าน
ครอบครัวไทยยุคใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2566 กรกฎาคม 16]. เข้าถึง
ได้จาก: <https://www.the101.world/thai-families-diversity-statistic/>.
21. UNFPA. คลังครอบครัวไทย.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2566
กรกฎาคม 16]. เข้าถึงได้จาก: <https://thailand.unfpa.org/th/news/>
22. Statista. Internet penetration rate in Thailand 2019-2028.
[Internet]. [cited 2023 April 14]. Available from: [https://www.statista.
com/statistics/975067/internet-penetration-rate-in-thailand/](https://www.statista.com/statistics/975067/internet-penetration-rate-in-thailand/).
23. Somrngthong R, Panuwatsuk P, Amarathithada D,
Chaipayom O, Sitthi-amorn C. Sexual behaviors and opinions on
sexuality of adolescents in slum community in Bangkok. Southeast
Asian J Trop Med Public Health 2003;Vol 34(2):443-6.
24. Thepthien BO, Celyn. Risky sexual behavior and asso-
ciated factors among sexually-experienced adolescents in Bangkok,
Thailand: findings from a school web-based survey. Reprod Health
2022;19(1):127.
25. กรมอนามัย. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการตั้ง
ครรภ์ในวัยรุ่น [อินเทอร์เน็ต]. พ.ศ. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2566 เมษายน 16]. เข้าถึงได้
จาก: [https://rh.anamai.moph.go.th/web-
upload/2020/2018-8e-89b5c85b44a692da94/tinymce/kpi65/1-35/1.35-1.3.pdf](https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/2020/2018-8e-89b5c85b44a692da94/tinymce/kpi65/1-35/1.35-1.3.pdf).
26. แพทยสภา. แนวปฏิบัติของแพทย์เกี่ยวกับเอชไอวี [อินเทอร์เน็ต]. พ.ศ. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2566 เมษายน 16]. เข้าถึงได้
จาก: [http://
aidssti.ddc.moph.go.th/uploads/file/แนวทางปฏิบัติของแพทย์เกี่ยวกับ
เอชไอวี_2557.pdf](http://aidssti.ddc.moph.go.th/uploads/file/แนวทางปฏิบัติของแพทย์เกี่ยวกับเอชไอวี_2557.pdf).
27. กรมอนามัย. สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นในประเทศไทย ปี
พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2566 เมษายน 16]. เข้าถึงได้
จาก: [https://rh.anamai.moph.go.th/adolescent-mothers-birth-statistics/
4304#wow-book/47](https://rh.anamai.moph.go.th/adolescent-mothers-birth-statistics/4304#wow-book/47).
28. สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียนประเทศไทย
[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2566 เมษายน 16]. เข้าถึงได้
จาก: [http://aidsboe.
moph.go.th/app/book/](http://aidsboe.moph.go.th/app/book/).
29. Senn TE, Carey MP, Venable PA, Coury-Doniger P, Ur-
ban MA. Childhood sexual abuse and sexual risk behavior among
men and women attending a sexually transmitted disease clinic. J
Consult Clin Psychol 2006;74(4):720-31.
30. Greenberg JB. Childhood sexual abuse and sexually
transmitted diseases in adults: a review of and implications for STD/
HIV programmes. Int J STD AIDS 2001;12(12):777-83.
31. Homma Y, Wang N, Saewyc E, Kishor N. The rela-
tionship between sexual abuse and risky sexual behavior among
adolescent boys: a meta-analysis. J Adolesc Health 2012;51(1):18-24.
32. Wong MM, Robertson GC, Dyson RB. Prospective
relationship between poor sleep and substance-related prob-
lems in a national sample of adolescents. Alcohol Clin Exp Res
2015;39(2):355-62.
33. Troxel WM, Rodriguez A, Seelam R, Tucker JS, Shih
RA, D'Amico EJ. Associations of longitudinal sleep trajectories with
risky sexual behavior during late adolescence. Health Psychol
2019;38(8):716-26.
34. National Institute on Drug Abuse. Most reported sub-
stance use among adolescents held steady in 2022. [Internet]. [cited
2023 April 14]. Available from: [https://nida.nih.gov/news-events/
news-releases/2022/12/most-reported-substance-use-among-ad-
olescents-held](https://nida.nih.gov/news-events/news-releases/2022/12/most-reported-substance-use-among-adolescents-held).
35. National Institute on Drug Abuse. Notice of Special
Interest (NOSI): Chemsex and HIV: prevalence, medical/psychoso-
cial consequences, and treatment. [Internet]. [cited 2023 April 14].
Available from: [https://grants.nih.gov/grants/guide/notice-files/
NOT-DA-24-002.html](https://grants.nih.gov/grants/guide/notice-files/NOT-DA-24-002.html).

36. Fuss J, Bóthe B. 15 - Cybersex (including sex robots). In: Stein DJ, Fineberg NA, Chamberlain SR, editors. *Mental Health in a Digital World*: Academic Press; 2022. p.307-44.
37. Doyle C, Douglas E, O'Reilly G. The outcomes of sexting for children and adolescents: A systematic review of the literature. *J Adolesc* 2021;92:86-113.
38. Raine G, Khouja C, Scott R, Wright K, Sowden AJ. Pornography use and sexting amongst children and young people: a systematic overview of reviews. *Syst Rev* 2020;9(1):283.
39. The 10 most ridiculous dangerous teen trends. [Internet]. [cited 2023 April 14]. Available from: <https://www.complex.com/pop-culture/2012/05/the-10-most-ridiculous-dangerous-teen-trends>.

Holistic Care in Adolescents with Sexual Risk

Supinya In-iw

Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(4):313-320

ABSTRACT

Adolescence is a critical period which adolescents require to explore their sexuality. However, engaging in sexual activities during this stage can pose significant risks to an individual's well-being, both physically and emotionally. This review aims to highlight the importance of holistic care in addressing sexual risk among adolescents, focusing on key aspects such as assessment of sexual behaviors, screening for sexually transmitted diseases (STDs), factors associated with sexual risk, and the role of comprehensive sexuality education. To establishing trust, patient confidentiality is the main approach to ensure that adolescents feel safe and secure in disclosing sensitive information such as sexual risk behaviors. A comprehensive structure framework namely HEEADSSS assessment use to evaluate an adolescent's psychosocial well-being and identify individual's relationships, experiences, and sexual behaviors. Screening all sexually active adolescents enhance the detection of STDs and prompt management. Comprehensive sexuality education should be addressed extensively to promote healthy sexual behaviors. Healthcare professionals can provide effective holistic care to support the sexual health well-being of adolescents and prevent risk associated sexual health outcomes.

Keywords: Sexual risk behaviors; sexually transmitted infections; comprehensive sexuality education; screening STDs

Correspondence to: Supinya In-iw

E-mail: supinya.ine@mahidol.ac.th

Received: 7 June 2023

Revised: 11 July 2023

Accepted: 27 July 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i4.263489>

การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงทางเพศอย่างองค์รวม

สุกัญญา อินอิ

สาขากุมารเวชศาสตร์ผู้ปวยนอก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่ต้องการเรียนรู้เรื่องเพศ ซึ่งอาจนำไปสู่ความเสี่ยงทางเพศจนได้รับผลกระทบทางด้านลบต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ วัตถุประสงค์ของบทความนี้เพื่อให้การดูแลวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงทางเพศแบบองค์รวม โดยเน้นประเด็นสำคัญต่าง ๆ ตั้งแต่การประเมินประวัติพฤติกรรมทางเพศ การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงทางเพศ และบทบาทของเพศศึกษาแบบครบถ้วน การรักษาสอดคล้องกับความต้องการของวัยรุ่นเป็นการสร้างความไว้วางใจเพื่อให้วัยรุ่นรู้สึกปลอดภัยในการเปิดเผยข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ แนวทางในการประเมินจิตสังคมของวัยรุ่นโดยใช้ข้อคำถาม HEADS5S ที่มีกรอบโครงสร้างที่ครอบคลุม สามารถประเมินถึงความสัมพันธ์ ประสบการณ์ และพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น การคัดกรองวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์สามารถค้นหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสามารถให้การรักษาทันทีที่ การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างกว้างขวางสามารถส่งเสริมสุขภาวะทางเพศที่ดี บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้การดูแลแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพเพื่อสนับสนุนสุขภาพทางเพศที่ดีของวัยรุ่นและลดความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับสุขภาพทางเพศ

คำสำคัญ: พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ; โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; เพศศึกษาแบบครบถ้วน; การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

บทนำ

การดูแลวัยรุ่นเพื่อให้มีสุขภาวะทางเพศที่เหมาะสมต้องเป็นการดูแลอย่างองค์รวม ตั้งแต่มีการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ และการให้ความรู้ทางเพศศึกษา แพทย์ในเวชปฏิบัติควรมีทักษะความรู้และสามารถในด้านนี้ เพื่อคัดกรองพฤติกรรมวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงทางเพศและให้การดูแลทั้งกาย ใจ และจิตสังคม โดยสามารถให้คำแนะนำช่วยเหลือดูแลเบื้องต้น ส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงการให้คำแนะนำเชิงรุกในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศให้กับวัยรุ่นที่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่นเจริญพันธุ์

การประเมินวัยรุ่นเพื่อหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

การประเมินวัยรุ่นว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีแนวทางในการประเมินที่ชัดเจน แต่การให้ได้มาของข้อมูลที่เป็นความลับจำเพาะ จำต้องมีทักษะในการซักประวัติ ดังนั้นการประเมินเพื่อให้ได้รับข้อมูลส่วนตัวของวัยรุ่น จำต้องมีการให้การดูแลโดยการรักษาสอดคล้องกับความต้องการของวัยรุ่น (patient confidentiality) ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีกฎหมายการรักษาข้อมูลส่วนตัวของวัยรุ่น¹ แม้จะมีความแตกต่างในแต่ละรัฐ แต่กฎหมายนี้สามารถดำเนินการใช้และให้ความคุ้มครองปกป้องข้อมูลของวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นเกิดความไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวโดยเฉพาะประวัติความ

เสี่ยงต่าง ๆ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ การถูกทารุณกรรมทางเพศ การใช้สารเสพติด เป็นต้น ในประเทศไทย พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ที่ให้ไว้ ณ วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2559 ในหมวด 1 การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มาตรา 5 วัยรุ่นมีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง และมีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสาร และความรู้ได้รับการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้รับการรักษาความลับ และความ เป็นส่วนตัว² ดังนั้นแพทย์ที่ให้การดูแลวัยรุ่นในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์จึงมีความมั่นใจในการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของวัยรุ่น

แนวทางในการให้การรักษาสอดคล้องกับความต้องการของวัยรุ่นจะเป็นการเริ่มต้นก่อนที่จะเข้าสู่การซักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ รวมถึงการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของวัยรุ่นในกรณีที่วัยรุ่นอาจได้รับอันตรายหากข้อมูลยังถูกปกปิด³ ซึ่งการเปิดเผยข้อมูลนี้จะต้องแจ้งต่อวัยรุ่นก่อนที่จะนำข้อมูลดังกล่าวไปเปิดเผยต่อผู้ปกครอง โดยข้อมูลที่จะเปิดเผยจะเป็นข้อมูลที่บ่งชี้ถึงภาวะที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตหรือมีผลต่อความปลอดภัยของวัยรุ่น เช่น วัยรุ่นมีความคิดอยากทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรง อยากฆ่าตัวตาย ความคิดอยากทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต และสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความผิดทางกฎหมาย เป็นต้น ล้วนแล้วแต่มีความจำเป็นในการต้องการความช่วยเหลือจากผู้ปกครอง บุคคลที่วัยรุ่นไว้วางใจ พนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อคุ้มครอง

สิทธิเด็ก เพื่อมาร่วมช่วยกันในการดูแลวัยรุ่น

ในการซักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ องค์ประกอบที่นำไปสู่ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง ไม่ปกปิด ควรมีแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้⁴⁻⁶

1. **Privacy setting and confidentiality** สถานที่เหมาะสมเป็นส่วนตัว พร้อมแจ้งเรื่องการรักษาข้อมูลส่วนตัวให้กับวัยรุ่น
2. **Providing screening questionnaires** การใช้แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นขณะรอการตรวจ เพื่อสามารถคัดกรองปัญหาที่อาจพบได้ก่อนสนทนา ซึ่งในคลินิกวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช ได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นมาดำเนินการใช้ในการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงเบื้องต้นก่อนเข้ารับการรักษาจากแพทย์
3. **Establishing rapport** การแนะนำตัวเอง และการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับวัยรุ่นแสดงออกด้วยท่าทางที่เป็นมิตร
4. **Interviewing techniques**

4.1 Using open-ended questions and nonjudgmental questions ใช้คำถามปลายเปิดในการสนทนา รวมถึงการไม่ใช้คำถามในการตัดสินวัยรุ่น

4.2 Active listening การฟังอย่างตั้งใจ จับประเด็นสำคัญ

4.3 Reflection การสะท้อนความคิด ความรู้สึกของวัยรุ่น

4.4 Clarifying ทวนสอบกรณีที่ไม่เข้าใจในคำตอบพยายามอย่าคาดเดา เพราะอาจเข้าใจไม่ตรงกับที่วัยรุ่นต้องการสื่อสาร

4.5 Support and empathy การให้กำลังใจและเข้าใจในบริบทของวัยรุ่น

5. **Summary** การสรุปข้อมูลเป็นระยะในระหว่างสนทนากับวัยรุ่น

นอกจากการดำเนินการข้างต้น การซักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศควรเริ่มด้วยการประเมินทางด้านจิตสังคมในวัยรุ่น ซึ่งแนวทางปฏิบัตินี้เรียกว่า HEADSSS assessment⁷⁻⁸ ซึ่งประกอบด้วยคำถามตามหัวข้อดังนี้

H: Home คำถามเพื่อประเมินครอบครัว สัมพันธภาพคนในครอบครัว บุคคลที่วัยรุ่นไว้วางใจสามารถปรึกษาหารือได้

E: Education/Employment คำถามเพื่อประเมินเรื่องการเรียนหรือการทำงาน โดยพบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น⁹

E: Eating คำถามในการประเมินพฤติกรรมการกิน มื้ออาหาร ปริมาณอาหารที่กินในแต่ละมื้อ อาหารครบ 5 หมู่ ความกังวลในเรื่องน้ำหนักตัว รูปลักษณ์แห่งตนเอง ความพึงพอใจต่อน้ำหนักตัว เนื่องจากอุบัติการณ์โรคอ้วนพบบ่อยในช่วงวัยรุ่น

A: Activities and friends คำถามในการประเมินพฤติกรรมยามว่าง งานอดิเรก การออกกำลังกาย การใช้สื่อสังคมออนไลน์ การเล่นเกม การใช้เวลาอยู่กับเพื่อน การสังสรรค์ในวัยรุ่น

D: Drugs คำถามเพื่อประเมินเรื่องการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นทั่ว ๆ ไป การใช้สารเสพติด เช่น การดื่มเหล้า จะมีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยพบว่าวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันจะสัมพันธ์กับการดื่มเหล้าจนมีอาการเมา¹⁰

S: Sexuality คำถามเพื่อประเมินสุขภาวะทางเพศและพฤติกรรมทางเพศ เช่น อัตลักษณ์ทางเพศประจำเดือน ความพึงพอใจต่อเพศตรงข้าม การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง การมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด การใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งการประเมินความเสี่ยงทางเพศจะกล่าวเพิ่มเติมในหัวข้อต่อไป

S: Suicide คำถามเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า วัยรุ่นเป็นช่วงที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย การมีอารมณ์หงุดหงิด เบื่อ เหน็ด ความคิดอยากฆ่าตัวตาย ล้วนทำให้ส่งสยภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะนี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ¹¹ และการถูกล่วงละเมิดทางเพศ¹²

S: Safety คำถามเพื่อประเมินเรื่องความปลอดภัยของวัยรุ่น เพราะอุบัติการณ์การเสียชีวิตในวัยรุ่นยังคงเกิดจากอุบัติเหตุ นอกจากนี้การออกเดทของวัยรุ่นในปัจจุบัน พบว่ามีการใช้กำลัง บังคับ และความรุนแรงในการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งวัยรุ่นหญิงมีแนวโน้มที่จะเป็นเหยื่อมากกว่าวัยรุ่นชาย¹³

แนวทางการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

สามารถใช้การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศด้วยแนวคำถาม “Five P’s”¹⁴⁻¹⁶ ดังนี้

1. **Partners** คำถามเพื่อประเมินคู่นอน และประเมินรสนิยมทางเพศโดยไม่ตัดสินว่าวัยรุ่นต้องมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามเท่านั้น เช่น “เคยมีเพศสัมพันธ์กับใครบ้าง เป็นผู้หญิง ผู้ชาย หรือได้ทั้งสองเพศ” “สองเดือนที่ผ่านมามีคู่นอนทั้งหมดกี่คน” “ในรอบปีที่ผ่านมามีคู่นอนกี่คนและโอกาสที่คู่นอนอาจมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น” “คู่นอนมีการใช้สารเสพติดเวลาที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยหรือไม่”

2. **Practices** คำถามเพื่อประเมินพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ จะประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ เพื่อหาทางป้องกัน เช่น “เพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่” “เพศสัมพันธ์ที่ผ่านมาเป็นเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด ทางทวารหนัก หรือทางปาก” “ขณะมีเพศสัมพันธ์ได้สวมถุงยางอนามัยหรือไม่ หากไม่เพราะอะไร อะไรคืออุปสรรคในการใช้หรือไม่ใช้” “ใช้ถุงยางอนามัยในสถานการณ์ใดบ้าง” “วัยรุ่นเองหรือคู่นอนเคยมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นเพื่อแลกกับเงินหรือสารเสพติดหรือไม่”

3. **Prevention of pregnancy** คำถามเพื่อประเมินการป้องกันการตั้งครรภ์ เช่น “มีความตั้งใจที่จะท้องหรือไม่ หากไม่ คุมกำเนิดด้วยวิธีใด”

4. **Protection from STDs** คำถามเพื่อประเมินการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการคัดกรองโรค เช่น “ในสถานการณ์ใดที่วัยรุ่นไม่สวมถุงยางอนามัย” “วัยรุ่นและคู่นอนมีการป้องกันตนเองอย่างไรจากโรคเอชไอวี หรือโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์” “วัยรุ่นรู้จักยากินเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

เชื้อเอชไอวีใหม่ ถ้ารู้จักกันอย่างไร ระบุว่าที่ไหน หรือรักษากับแพทย์ท่านใด”

5. Past history of STDs คำถามประเมินการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น “เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่” “คุณเคยมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่” รวมถึงการซักประวัติเพื่อคัดกรองความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบ “คุณเคยใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดดำหรือไม่และตัววัยรุ่นเองเคยใช้หรือไม่” “วัยรุ่นเคยได้รับการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองเชื้อเอชไอวี หรือ การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์”

หากรวบรวมข้อมูลทั้งหมดแล้วพบว่าวัยรุ่นมีความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ แพทย์ควรให้คำแนะนำในการตรวจคัดกรองเพื่อหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการให้ความรู้ในการป้องกันโรคและการตั้งครรรภ์

ปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นมีความเสี่ยงทางเพศ

ปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์¹⁵⁻¹⁶ มีดังนี้

1. **ปัจจัยทางกายภาพ**^{14,17} พบว่าเยื่อของปากมดลูกบริเวณ ectocervix ที่ยังเป็นลักษณะ columnar epithelium อยู่หลายปีหลังประจำเดือนมาในวัยรุ่นหญิง ทำให้ไวต่อการติดเชื้อหนองในและหนองในเทียม และช่วงมีประจำเดือนจะมีการไหลย้อนของเลือดประจำเดือน ทำให้มีโอกาสดูเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงหากมีเพศสัมพันธ์ในช่วงนี้ นอกจากนี้เพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายรักชายอาจเกิดบาดแผลระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ทำให้กลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในวัยรุ่นหญิงที่มีการสวนล้างช่องคลอดอาจทำให้เชื้อที่อยู่ในช่องคลอดและค่ากรดต่างในช่องคลอดเปลี่ยนไปทำให้ง่ายต่อการติดเชื้อ

2. **ปัจจัยทางพฤติกรรมและจิตสังคม**^{14,18} เนื่องจากวัยรุ่นยังมีพัฒนาการทางความคิดที่ยังไม่สมบูรณ์ ทำให้มีการคิดวิเคราะห์ในความเสี่ยงน้อยกว่าความหุนหันพลันแล่น รวมถึงคิดว่าตนเองสามารถควบคุมทุกสิ่งได้ ไม่เกิดความเสี่ยงใด ๆ แม้มีพฤติกรรมที่อาจนำมาซึ่งอันตรายต่อชีวิต (omnipotence) ทำให้มีความคิดว้าว แม้ไม่ใส่ถุงยางอนามัยก็ไม่ติดเชื้อ นอกจากนี้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นไม่ว่าการเปลี่ยนคู่นอน การใช้สารเสพติดร่วมกับมีเพศสัมพันธ์ การไม่คุมกำเนิด ล้วนแล้วแต่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ รวมถึงการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น การขาดความรู้และทักษะการปฏิเสธ การมีคุณค่าในตนเองต่ำล้วนส่งผลให้วัยรุ่นไม่กล้าที่จะปฏิเสธคู่นอน การมองว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นการแสดงออกถึงความรัก หรือให้คู่นอนสวมถุงยางอนามัย

การให้คำแนะนำในการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงทางเพศ

แนวทางการดูแลสุขภาพวัยรุ่น โดยราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ได้มีแนวทางในการให้การคัดกรองโรคติดต่อ

เชื้อทางเพศสัมพันธ์แก่วัยรุ่นทุกคนที่มีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกคนควรได้รับการคัดกรอง วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงสูงมีดังนี้¹⁹

1. วัยรุ่นทุกรายที่เคยมีประวัติติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น หนองใน หนองในเทียม โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใน 24 เดือนที่ผ่านมา
2. วัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้อุปกรณ์ ใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ
3. วัยรุ่นที่มีคู่นอนมากกว่า 1 คนในปีที่ผ่านมา หรือเพิ่งเปลี่ยนคู่นอนคนใหม่ใน 3 เดือนที่ผ่านมา
4. วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่มีประวัติการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือมีความสัมพันธ์ทางเพศกับบุคคลอื่น
5. วัยรุ่นรักร่วมเพศ โดยเฉพาะวัยรุ่นกลุ่มชายรักชายที่มีเพศสัมพันธ์แบบซ้ำซ้อน
6. วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี และมีเพศสัมพันธ์
7. มีประวัติการใช้สารเสพติด เช่น แอลกอฮอล์ การฉีดสารเสพติดเข้าเส้น หรือการมีเพศสัมพันธ์ร่วมกับการใช้สารเสพติด
8. วัยรุ่นที่อยู่ในสถานพินิจ หรือวัยรุ่นที่ไร้ที่อยู่อาศัย (homeless)
9. วัยรุ่นที่มีการค้าประเวณี การแลกเปลี่ยนสารเสพติดกับการมีเพศสัมพันธ์
10. วัยรุ่นที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ

การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น โดยคำแนะนำจาก The Centers for Disease Control and Prevention (CDC), US Preventive Services Task Force (USPSTF), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), American Academy of Family Physicians (AAF), and American Academy of Pediatrics (AAP) สรุปดังตาราง¹⁹

สรุปจากตาราง ควรพิจารณาตรวจคัดกรองเชื้อ CT, GC, HIV, syphilis, hepatitis B and C ในวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์แล้วทุกรายถึงแม้ไม่แสดงอาการแสดงของโรค ส่วนกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่น อาจพิจารณาส่งตรวจคัดกรองเชื่อนั้น ๆ ตามความเหมาะสม หลังการรักษาแนะนำให้ตรวจคัดกรองอีกครั้งใน 3 เดือนหลังให้การรักษา¹⁶ เนื่องจากวัยรุ่นมีโอกาที่จะเป็นซ้ำ จากปัจจัยหลายประการ เช่น คู่นอนยังไม่ได้รับการรักษา เป็นต้น

การให้ความรู้ทางเพศศึกษาในวัยรุ่น

การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาโดยการละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ พบว่า เป็นวิธีการที่ไม่มีประสิทธิภาพในวัยรุ่น รวมถึงไม่ลดอัตราการตั้งครรรภ์ หรือ การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์²¹

การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์¹⁹⁻²⁰

กลุ่ม	การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ความถี่ในการส่งตรวจ	หมายเหตุ
วัยรุ่นหญิง# (11-21 ปี)	เพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม	ปีละครั้ง	คัดกรองถึงขั้นในกลุ่มเสี่ยง
	CT, GC*		
	HIV, Hepatitis B and C	อย่างน้อย 1 ครั้ง	ตรวจหากพบว่ามีความเสี่ยง
	Syphilis	ควรตรวจอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงอายุดังกล่าว	- CDC ไม่แนะนำแต่ USPSTF แนะนำให้ตรวจในรายที่มีความเสี่ยง
	ตั้งครรภ์	ควรตรวจในไตรมาสแรกหรือเมื่อมาฝากครรภ์	แนะนำให้ตรวจซ้ำในไตรมาสที่ 3 หรือก่อนคลอดหากเป็นกลุ่มเสี่ยง
วัยรุ่นชาย# (11-21 ปี)	Hepatitis B	ควรตรวจในไตรมาสแรกและไตรมาสสาม	
	เพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม	ไม่ตรวจคัดกรอง	ตรวจเฉพาะกรณีมีความเสี่ยงต่อเชื้อ CT
	CT, GC		
	HIV	อย่างน้อย 1 ครั้ง	ตรวจคัดกรองหากพบว่ามีความเสี่ยง
	เพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน	ปีละครั้ง	สามารถตรวจทุก 3-6 เดือนในรายที่มีความเสี่ยง
	CT, GC		ตรวจให้ถี่ขึ้นหากมีคู่นอนมากกว่า 1 คน
วัยรุ่นหญิงและชาย# (11-21 ปี)	HIV	ปีละครั้ง	สามารถตรวจทุก 3-6 เดือนในรายที่มีความเสี่ยง
	Syphilis	ปีละครั้ง	
	Hepatitis B and C	อย่างน้อย 1 ครั้ง	
	ติดเชื้อ HIV	ปีละครั้ง	พิจารณาตรวจคัดกรองในวัยรุ่นหญิงที่มีความเสี่ยง และโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงวัยรุ่นชาย ทุก 3-6 เดือน
	Syphilis	ปีละครั้ง	ตรวจหากมีความเสี่ยง
	Hepatitis B and C	ควรตรวจเมื่อเริ่มการรักษา	

หมายเหตุ: CT (*Chlamydia trachomatis*) , GC (*Neisseria gonorrhoeae*) , HIV (Human immunodeficiency virus)

*แนะนำให้ตรวจคัดกรอง GC, CT ในหญิงทุกรายที่อายุน้อยกว่า 25 ปี ที่มีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม

ไม่แนะนำให้มีการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น เชื้อ trichomonas vaginalis, Herpes simplex virus, human papilloma virus

ดังนั้นจากการทบทวนวรรณพบว่า การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาแบบครบถ้วนในโรงเรียน (comprehensive sex education)²² มีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

Comprehensive sexuality education²³ เป็นการให้ความรู้ที่เน้นมุมมองเรื่องเพศและสิทธิ ความเสมอภาคทางเพศ ความรับผิดชอบต่อการมีเพศสัมพันธ์ของตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์โดยไม่วางแผน หรือการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งการให้ความรู้ประกอบไปด้วย

1. การให้ความรู้ถึงพื้นฐานถึงคุณค่าแห่งตนและสิทธิมนุษยชนของบุคคลทุกคนเป็นองค์ประกอบหลัก
2. การให้ข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์ตั้งแต่ความเท่าเทียมกันทางเพศ สิทธิเสรีภาพของบุคคล บรรทัดฐานทางเพศ การเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ความสัมพันธ์ที่เกิดจากความยินยอมพร้อมใจในการมีเพศสัมพันธ์โดยปราศจากการบังคับ และสุขภาวะทางเพศ เช่น ความรู้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การสวมถุงยางอนามัย การคุมกำเนิด และวิธีการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพวัยรุ่น
3. การให้ความรู้ทางเพศวิถี รวมถึงการส่งเสริมสภาพแวดล้อมให้เกิดความเท่าเทียมกันทางเพศ
4. วิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพให้วัยรุ่นมีส่วนร่วม ได้รับข้อมูลให้เหมาะกับตนเอง และเสริมสร้างทักษะต่าง ๆ เช่น ทักษะในการสื่อสาร การตัดสินใจและการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า การคิดเชิงวิพากษ์

ในปัจจุบันในยุคเทคโนโลยี การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาแก่วัยรุ่นจะเน้นการนำบริบทของเกมมาใช้ (gamification) ซึ่งได้รับการยอมรับจากวัยรุ่นมากกว่าการให้ความรู้เพศศึกษาแบบดั้งเดิมโดยครูเป็นผู้สอน และลดอุปสรรคในการเรียนรู้ เช่น ความอาย กังวลใจว่าจะเปิดเผยเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่น และยังไม่สนุก น่าสนใจ ได้รับความรู้ตรงกับชีวิตจริง²⁴ การใช้เกมทั้งผ่านเว็บไซต์และแอปพลิเคชันสามารถสร้างแรงจูงใจ ท้าทายที่ดี เพิ่มพูนความรู้ทางเพศศึกษา ดีกว่าการสอนแบบการให้ความรู้โดยครู²⁵ การนำเกมมาใช้ในการให้ความรู้ทางเพศศึกษา สามารถเพิ่มความรู้ แต่ในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการศึกษาส่วนใหญ่ยังวัดผลลัพธ์ที่ความรู้ เจตคติ มากกว่าการวัดเรื่องการเปลี่ยนพฤติกรรม²⁶

การให้การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น¹⁵ วิธีที่มีประสิทธิภาพที่ดีที่สุดสำหรับวัยรุ่นคือ การคุมกำเนิดแบบชั่วคราวในระยะยาว (long acting reversible contraceptives: LARC) ซึ่งได้แก่ การฝังยาคุมกำเนิด (subdermal progestin implants) และการใส่ห่วงอนามัย (intrauterine devices) ซึ่งในปัจจุบันสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมค่าใช้จ่ายนี้ในวัยรุ่นหญิงทุกคนที่อายุต่ำกว่า 20 ปี แต่ในบางครั้งวัยรุ่นอาจมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได

ป้องกันและไม่ได้เตรียมตัว การให้คำแนะนำการคุมกำเนิดโดยการกินยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน (emergency contraceptive pill) ชนิดฮอร์โมนโปรเจสเทอโรน เช่น Levonorgestrel 0.75 มก. กินพร้อมกัน 2 เม็ด หรือ Levonorgestrel 1.5 มก. กิน 1 เม็ด ภายใน 72 ชั่วโมง

การให้คำแนะนำทางอนามัยเจริญพันธุ์เพื่อส่งเสริมสุขภาพทางเพศ

วัยรุ่นหญิงและชายควรได้รับความรู้ทางอนามัยเจริญพันธุ์ตั้งแต่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายแบบทุติยภูมิ วัยรุ่นชายจะมีหนวด เสียงแตกหนุ่ม กล้ามเนื้อ ขนที่หัวหน่าว การเพิ่มขนาดอวัยวะเพศชาย ทำให้มีการแข็งตัวของอวัยวะเพศ ผื่นเปื่อย ความรู้สึกทางเพศ และรสนิยมทางเพศ ส่วนวัยรุ่นหญิงก็จะมี การเปลี่ยนแปลงของหน้าอก สะโพก ขนที่หัวหน่าว ประจำเดือน ดังนั้น การให้ความรู้ในการดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญ การให้ความมั่นใจในเรื่องการแสดงออกทางเพศ ความสนใจในเพศตรงข้าม หรือเพศเดียวกัน การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองเป็นเรื่องที่วัยรุ่นสนใจและนำไปสู่การเรียนรู้การมีเพศสัมพันธ์

นอกจากนี้การให้คำแนะนำในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นอกจากการสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ การให้วัคซีนที่สามารถป้องกันโรค เช่น วัคซีนป้องกันเชื้อเอชพีวี ซึ่งสามารถให้ในวัยรุ่นตั้งแต่อายุ 9 ปี ขึ้นไป โดยในปัจจุบันตามคำแนะนำการให้วัคซีนในเด็กและวัยรุ่นไทย ตามคำแนะนำของสมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย แนะนำให้วัคซีนเอชพีวีทั้งชนิด 2, 4, 9 สายพันธุ์ในอายุ 9-26 ปี เน้นให้ฉีดในอายุ 11-12 ปี โดยในอายุ 9-15 ปี สามารถฉีด 2 เข็ม ห่างกัน 6-12 เดือน และอาจพิจารณาฉีด 1 เข็มเป็นทางเลือกในผู้ที่มีอายุ 9 – 20 ปี ทั้งหญิงและชาย สำหรับผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องควรฉีดอย่างน้อย 2 เข็ม ห่างกันอย่างน้อย 6 เดือน และหากเป็นไปได้อาจฉีด 3 เข็ม การให้วัคซีนตัวบ่งชี้ลบสำหรับผู้ที่ไม่เคยได้รับวัคซีน หรือไม่มีภูมิคุ้มกัน โดยให้วัคซีน 3 เข็ม ที่ 0, 1, 6 เดือน และวัคซีนป้องกันตัวบ่งชี้ลบสำหรับวัยรุ่นที่ไม่มีภูมิคุ้มกัน โดยฉีด 2 เข็ม ห่างกัน 6-12 เดือน

ในปัจจุบันการให้คำแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนสัมผัสโรค โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงสูง มีความสำคัญ โดยก่อนให้ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่เราเรียกว่า ยาเพร็พ (PrEP: Preexposure prophylaxis) ซึ่งคือยา tenofovir disoproxil fumarate 300 มก. ร่วมกับ emtricitabine 200 มก. (TDF-FTC) โดยให้ก่อนมีการสัมผัสโรค พบว่าประสิทธิผลของการใช้ยาเพร็พสามารถลดความเสี่ยงของการติดเชื้อได้ถึงร้อยละ 44 ในกลุ่มวัยรุ่นรักเพศเดียวกัน ร้อยละ 62 ในกลุ่มวัยรุ่นรักต่างเพศ ร้อยละ 67-75 ในวัยรุ่นที่คู่นอนติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งขึ้นกับความสม่ำเสมอของการกินยาเช่นกัน²⁷ การกินยาเพร็พแนะนำให้กินทุกวันอย่างสม่ำเสมอ โดยเริ่มกินก่อนการมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 7 วันในเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก และ 21 วันในเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด โดย

กินต่อเนื่องทุกวันเพื่อให้ระดับยาคงที่ และยังคงแนะนำให้ใช้ร่วมกับการสวมถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ นอกเหนือจากเชื้อเอชไอวี

สรุป

การดูแลวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงทางเพศแบบองค์รวมจำเป็นต้องมีแนวทางปฏิบัติโดยเริ่มตั้งแต่ การประเมินประวัติความเสี่ยงทางเพศโดยการให้การดูแลโดยเน้นที่การรักษาข้อมูลส่วนตัว การใช้เทคนิคคำถามเพื่อให้วัยรุ่นพร้อมที่จะเปิดใจและเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว การให้คำแนะนำในการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง และที่สำคัญการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาแบบครบถ้วนจะช่วยให้วัยรุ่นมีความรู้และทักษะที่สามารถให้การดูแลตนเอง และป้องกันผลที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ บุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถให้การดูแลแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพเพื่อสนับสนุนสุขภาพทางเพศที่ดีในวัยรุ่นเพื่อให้วัยรุ่นสามารถก้าวข้ามผ่านช่วงวัยเป็นผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

- Berlan ED, Bravender T. Confidentiality, consent, and caring for the adolescent patient. *Curr Opin Pediatr*. 2009;21(4):450-6.
- พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ (2559, มีนาคม 30). *ราชกิจจานุเบกษา*, 133(30ก).
- Maslyanskaya S, Alderman EM. Confidentiality and Consent in the Care of the Adolescent Patient. *Pediatr Rev*. 2019;40(10):508-16.
- Cottrell LA, Nield LS, Perkins KC. Effective interviewing and counseling of the adolescent patient. *Pediatr Ann*. 2006;35(3):164-6, 9-72.
- Sacks D, Westwood M. An approach to interviewing adolescents. *Paediatr Child Health*. 2003;8(9):554-6.
- Shafii T, Burstein GR. The adolescent sexual health visit. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2009;36(1):99-117.
- Doukrou M, Segal TY. Fifteen-minute consultation: Communicating with young people-how to use HEEADSSS, a psychosocial interview for adolescents. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2018;103(1):15-9.
- สุภิญญา อินอิว. การประเมินพฤติกรรมและจิตสังคมของวัยรุ่น. ใน สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์ และคณะ. *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรม เล่ม 4 กรุงเทพฯ : ชมรมพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กแห่งประเทศไทย ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*, 2561.
- Somrongthong R, Panuwatsuk P, Amarathithada D, Chaipayom O, Sitthi-amorn C. Sexual behaviors and opinions on sexuality of adolescents in a slum community in Bangkok. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2003;34(2):443-6.
- Pengpid S, Peltzer K. Alcohol use and associated factors among adolescent students in Thailand. *West Indian Med J*. 2012;61(9):890-6.
- Celentano DD, Aramrattana A, Sutcliffe CG, Siroj B, Quan VM, Taechareonkul S, et al. Associations of substance abuse and sexual risks with self-reported depressive symptoms in young adults in northern Thailand. *J Addict Med*. 2008;2(2):66-73.
- LeMoult J, Humphreys KL, Tracy A, Hoffmeister JA, Ip E, Gotlib IH. Meta-analysis: Exposure to Early Life Stress and Risk for Depression in Childhood and Adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(7):842-55.
- Miller E, Jones KA, McCauley HL. Updates on adolescent dating and sexual violence prevention and intervention. *Curr Opin Pediatr*. 2018;30(4):466-71.
- Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease C, Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015;64(RR-03):1-137.
- สุภิญญา อินอิว. สุขภาวะทางเพศในวัยรุ่น. ใน สุรัชย์ ลิขสิทธิ์ วัฒนกุล, วิฐารณ บุญสิทธิ, วาณี วิสุทธิ์เสวีวงศ์, รัตนาวลัย นิตยารมย์, อัจฉรา สัมบุณณานนท์. *บรรณาธิการ. ตำราการเวชศาสตร์ศิริราช: ภาวะทางคลินิกที่สำคัญ*. บริษัท พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด 2564. หน้า 63-81.
- 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.
- Anderson MM, Neinstein LS. adolescent sexuality. In: Neinstein LS, Gordon CM, Katzman DK, Rosen DS, Woods ER, editors. *Adolescent Health Care: A Practical Guide fifth ed*. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 533-53.
- Straw F, Porter C. Sexual health and contraception. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2012;97(5):177-84.
- Levy SB, Gunta J, Edemekong P. Screening for Sexually Transmitted Diseases. *Prim Care*. 2019;46(1):157-73.
- สุภิญญา อินอิว, วนัทยา พงษ์สามารถ. การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. ใน: พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์, วินัดดา ปิยะศิลป์, วันดี นิงสานนท์, ประสพศรี อังถาวร บรรณาธิการ. *Guideline in child health supervision*. กรุงเทพฯ: สรรพสาร จำกัด, 2557. หน้า 211-225.
- Stanger-Hall KF, Hall DW. Abstinence-only education and teen pregnancy rates: why we need comprehensive sex education in the U.S. *PLoS One*. 2011;6(10):e24658.
- Goldfarb ES, Lieberman LD. Three Decades of Research: The Case for Comprehensive Sex Education. *J Adolesc Health*. 2021;68(1):13-27.
- Haberland N, Rogow D. Sexuality education: emerging trends in evidence and practice. *J Adolesc Health*. 2015;56(1 Suppl):S15-21.
- Chu SK, Kwan AC, Reynolds R, Mellecker RR, Tam F, Lee G, et al. Promoting Sex Education Among Teenagers Through an Interactive Game: Reasons for Success and Implications. *Games Health J*. 2015;4(3):168-74.
- Haruna H, Hu X, Chu SKW, Mellecker RR, Gabriel G, Ndekao PS. Improving Sexual Health Education Programs for Adolescent Students through Game-Based Learning and Gamification. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(9).

26. DeSmet A, Shegog R, Van Ryckeghem D, Crombez G, De Bourdeaudhuij I. A Systematic Review and Meta-analysis of Interventions for Sexual Health Promotion Involving Serious Digital Games. *Games Health J.* 2015;4(2):78-90.

27. Mullins TLK, Lehmann CE. Oral Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) for HIV Prevention in Adolescents and Young Adults. *Curr Pediatr Rep.* 2018;6(2):114-22.

Nurse's Role in taking care of Pregnant Women with Sexually Transmitted Diseases during Childbirth

Watcharaporn Inkasung* Pathamaporn Tiengladdawong* Chenchit Chayachinda**

*Obstetrics and Gynaecological Nursing Division, Department of Nursing Siriraj Hospital, **Unit of Infectious Diseases, Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(4):321-327

ABSTRACT

Sexually transmitted infection (STI) is on the rise in global. According to the Division of Medical statistics, Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of medicine Siriraj Hospital, during 2016-2021, the top three most common STIs among pregnant women being in the process of delivery were syphilis, anogenital warts and herpes genitalis. The incidence of syphilis was doubled in 2021 compared with that in 2016. Women with STIs tend to have adverse reproductive outcomes and poor perinatal outcomes, including infertility, intra-amniotic infection, and prelabour rupture of membranes, post-partum endometritis and pelvic inflammatory diseases as well as psychosocial effects such as embarrassment, sadness, or anxiety about transmitting the infection to the newborn. Nursing care in the labour room is thus pivotal. Nurses at the septic labour room, where pregnant women with any STIs are taken care of, need to be continuously well-trained in order to harmoniously work with obstetricians, pediatricians as well as doctors from other Departments being involved. They are responsible for screening STIs, detecting abnormal findings favor STIs, giving treatment according to the Siriraj clinical pathways, communicating with pregnant women's family and prevention of disease spreading to medical personnel. The optimal goal is to minimize poor maternal and neonatal outcomes; and set zero for the new STI cases in this critical period of women's life.

Keywords: Pregnant women; sexually transmitted infections; labour, nurse's role

Correspondence to: Watcharaporn Inkasung

Email: mamthat0906@gmail.com

Received: 10 March 2023

Revised: 4 April 2023

Accepted: 25 April 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i4.261716>

บทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระยะคลอด

วัชรภรณ์ อินกะสังข์* ปฐมาภรณ์ เตียงลัดดาวงค์* เจนจิต ฉายะจินดา**

*งานพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช, **หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถิติสตรีตั้งครรภ์มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ.2559-2564 พบการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบบ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ ซิฟิลิส หูดหงอนไก่ และเริม ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ.2564 สตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิสเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2559 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสตรีก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์ การตั้งครรภ์และการคลอด เช่น ภาวะมีบุตรยาก การตั้งครรภ์นอกมดลูก การแท้งบุตร คลอดก่อนกำหนด ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า มีความพิการแต่กำเนิด ลูกน้ำคร่ำติดเชื้อ ลูกน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด มารดาหลังคลอดมีเยื่อโพรงมดลูกอักเสบและมีการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน รวมทั้งผลกระทบต่อทางจิตสังคม เช่น อับอาย เคร่งเครียดหรือวิตกกังวลกลัวถ่ายทอดเชื้อไปสู่ทารก ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดต้องมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สามารถให้การปรึกษา คัดกรอง ให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และทารกแรกเกิด ประสานงานกับสูติแพทย์และกุมารแพทย์ รวมถึงแพทย์ในสาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระยะคลอด เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็ว ได้รับการดูแลรักษา ป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะคลอดได้อย่างทัน่วงที มารดาและทารกแรกเกิดปลอดภัย ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูกและบุคลากรทางการแพทย์

คำสำคัญ: สตรีตั้งครรภ์; โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; ระยะคลอด; บทบาทพยาบาล

บทนำ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted infection, STIs) หมายถึงโรคติดเชื้อที่สามารถถ่ายทอดถึงกันผ่านทางเพศสัมพันธ์ ทั้งเพศสัมพันธ์ระหว่างชายและหญิง ตลอดจนเพศสัมพันธ์ของกลุ่มรักร่วมเพศ โดยการสอดใส่ทางช่องคลอด ทวารหนักหรือช่องปาก และสามารถติดต่อจากคนสู่คนผ่านการสัมผัสผิวหนังที่เป็นโรค สัมผัสเลือด อสุจิ มูกในช่องคลอดและของเหลวอื่นๆ ที่มาจากร่างกาย บางโรคสามารถติดต่อจากการถ่ายทอดการใช้เข็มหรือสิ่งของที่สัมผัสเลือด มูกหรือของเหลวของผู้ป่วยที่มีเชื้อและการถ่ายทอดจากแม่สู่ลูก โดยเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคสามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ จากเชื้อไวรัส เช่น เริมที่อวัยวะสืบพันธุ์ (Herpes genitalis) หูดหงอนไก่ (anogenital wart) เอดส์ (human immunodeficiency virus, HIV) จากเชื้อแบคทีเรีย เช่น หนองในแท้ (Gonorrhea) หนองในเทียม (Chlamydia) ซิฟิลิส (Syphilis) และจากเชื้ออื่นๆ เช่น พยาธิช่องคลอด (Trichomonas)¹ อาการและอาการแสดงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แตกต่างกันไปตามชนิดของเชื้อที่ได้รับ อาจส่งผลกระทบต่ออวัยวะสืบพันธุ์เพียงอย่าง

เดียว หรือส่งผลกระทบต่ออวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย หรืออาจไม่ปรากฏอาการเลย โดยอาการทั่วไปที่พบได้ในผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ คัน เป็นผื่น ตุ่มหรือแผลบริเวณอวัยวะเพศ เป็นฝี มีหนองไหล มีสารคัดหลั่งจากองคชาต ช่องคลอด ทวารหนัก มีดิ่งหรือก้อนเนื้อขึ้นบริเวณผิวหนัง เจ็บหรือปวดบริเวณอวัยวะเพศหรือท้องน้อย ปัสสาวะแสบขัด มีตกขาวผิดปกติ มีกลิ่นเหม็นในผู้หญิง มีเลือดออกหลังจากมีเพศสัมพันธ์² จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันกับคู่นอนหลายคน มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ถูกทำร้ายทางเพศ ดื่มแอลกอฮอล์ ใช้ยาและสารเสพติด คำประเวณี มีคู่นอนที่มีเพศสัมพันธ์พร้อมกันหลายคนหรือมีประวัติเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาก่อน³

สถานการณ์การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั่วโลก องค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามีการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 ล้านรายต่อวัน โดยในปี พ.ศ.2563 มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 374 ล้านราย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีการติดเชื้อมากที่สุด ได้แก่ หนองในเทียม (129 ล้านราย) หนองใน (82 ล้านราย)

ซิฟิลิส (7.1 ล้านราย) และพยาธิในช่องคลอด (156 ล้านราย)⁴ เช่นเดียวกับข้อมูลจากศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ (CDC) ของสหรัฐอเมริกาที่พบว่า จำนวนผู้ป่วยซิฟิลิสแต่กำเนิดเพิ่มขึ้นประมาณ 3 เท่า จาก 641 รายในปีพ.ศ. 2559 เป็น 2,148 รายในปี พ.ศ. 2563⁵ สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กลุ่ม 7 โรคหลัก ประกอบด้วย ซิฟิลิส หนองในแท้ เริ่มที่อวัยวะสืบพันธุ์ หูดหงอนไก่แฝงเรื้อรัง หนองในเทียมและกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง เพิ่มขึ้นจาก 26.8 รายต่อประชากรแสนคน ในปีพ.ศ. 2557 เป็น 32.7 รายต่อประชากรแสนคน ในปีพ.ศ. 2564 โดยกลุ่มเยาวชนอายุ 15–24 ปี มีสัดส่วนการป่วยมากที่สุด สอดคล้องกับสถานการณ์การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสตรีไทยที่เพิ่มขึ้นจาก 20.9 รายต่อประชากรแสนคน ในปีพ.ศ. 2557 เป็น 33.5 รายต่อประชากรแสนคนในปีพ.ศ. 2565⁶ สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสตรีในปัจจุบันถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากแนวโน้มอัตราป่วยที่เพิ่มขึ้นเป็นสัญญาณที่บ่งชี้ถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีโดยเฉพาะสตรีที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์เพิ่มขึ้น⁷ โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ.2559-2564 มีการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบบ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ ซิฟิลิส หูดหงอนไก่ และเริ่มที่อวัยวะสืบพันธุ์ ตามลำดับ โดยพบว่าแม้สตรีตั้งครรภ์มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลศิริราชจะมีจำนวนลดลงจากประมาณ 9,000 รายต่อปีเป็น 6,000 รายต่อปี เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค COVID-19 และสถานะเศรษฐกิจที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์เลือกไปใช้บริการที่โรงพยาบาลตามสิทธิการรักษาของตนเอง เพื่อลดค่าใช้จ่าย

ในการฝากครรภ์และการคลอด เช่น สิทธิประกันสุขภาพหรือสิทธิประกันสังคมเพิ่มขึ้น แต่พบว่าสถิติสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลศิริราชติดเชื้อซิฟิลิสและเชื้อราในช่องคลอด ในปี พ.ศ.2559 เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในปี พ.ศ.2564 ดังข้อมูลในตารางที่ 1

ผลกระทบของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อภาวะเจริญพันธุ์ การตั้งครรภ์และการคลอด

การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสตรีก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์ การตั้งครรภ์และการคลอด เช่น เชื้อซิฟิลิสในสตรีตั้งครรภ์สามารถติดต่อผ่านรกไปยังทารกได้ทุกระยะของการตั้งครรภ์ ผลของการติดเชื้อในครรภ์อาจทำให้แท้ง คลอดก่อนกำหนด ทารกโตช้าในครรภ์ ทารกพิการแต่กำเนิด ทารกบวม น้ำอวัยวะแรงถึงเสียชีวิตระหว่างคลอดได้ การติดเชื้อหนองในกรณีติดเชื้อเรื้อรังหรือไม่ได้รับการรักษามีการอักเสบในอุ้งเชิงกราน ท่อนำไข่อักเสบและติ่งตัน ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก ทำให้เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูก ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ ทำให้ถุงน้ำคร่ำติดเชื้อ ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า เยื่อปอดอักเสบและมีการคัดหลั่งคล้ายหนอง มารดาหลังคลอดมีเยื่อปอดอักเสบและมีการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน การติดเชื้อเริ่ม อาจทำให้แท้งบุตร คลอดก่อนกำหนด ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า มีความพิการแต่กำเนิด ชัก หรือตาบอดได้ การติดเชื้อหูดหงอนไก่ กรณีหูดหงอนไก่ในช่องคลอดมีขนาดใหญ่ อาจขัดขวางการคลอด จำเป็นต้องผ่าตัดคลอด ทารกทางหน้าท้อง การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระยะคลอดนอกจากเป้าหมายสำคัญคือ “ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย” การดูแลรักษาเพื่อลดผลกระทบของการติดเชื้อต่อสตรี

ตารางที่ 1 สถิติสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2559-2564

โรค	2559	2560	2561	2562	2563	2564	รวม
ซิฟิลิส	31	41	38	47	54	64	275
หูดหงอนไก่	62	51	59	58	24	18	272
เริ่มที่อวัยวะสืบพันธุ์	32	33	31	17	8	17	138
หูดข้าวสุก	9	9	8	0	0	8	34
พยาธิช่องคลอด	7	1	0	2	2	1	13
หนองในแท้	2	0	0	0	4	0	6

ที่มา: Annual Statistical report 2016-2021, Division of Obstetric & Gynecologic registry, Department of Obstetrics & Gynecology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University.

ตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูกถือเป็นภารกิจที่สำคัญเช่นเดียวกัน² ถึงแม้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสตรีจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์และการคลอด แต่โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย และโปรโตซัว เช่น หนองในเทียม หนองใน ซิฟิลิส และพยาธิช่องคลอด สามารถรักษาได้ด้วยการให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการดูแลรักษาที่ถือว่าปลอดภัยสำหรับการบริหารยาในสตรีตั้งครรภ์ ในกรณีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากเชื้อไวรัสที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยทั่วไปก็สามารถควบคุมผลกระทบของโรคต่อการตั้งครรภ์และการคลอด โดยการให้ยาต้านไวรัสหลายชนิดแก่สตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและทารกแรกเกิดในระยะหลังคลอด

แนวทางการวินิจฉัยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสตรีตั้งครรภ์

การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพมีปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องรวดเร็ว เพื่อให้การรักษาอย่างทันเวลาที่ ซึ่งสามารถลดผลกระทบของการติดเชื้อต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก รวมถึงการค้นหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นที่ยังไม่มีการ เช่น การติดเชื้อเอชไอวี¹⁰ โดยหน่วยงานป้องกันโรคติดต่อในสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention; CDC 2015) แนะนำให้ตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสตรีตั้งครรภ์ ดังนี้¹⁰⁻¹¹

- ตรวจคัดกรองการติดเชื้อ HIV โดยตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีในเลือดด้วยวิธี ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) สตรีตั้งครรภ์ทุกรายในครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ และตรวจอีกครั้งในช่วงไตรมาสที่ 3 (ก่อนอายุครรภ์ 36 สัปดาห์) ในสตรีที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV (ใช้สารเสพติด ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์ มีคู่นอนหลายคนขณะตั้งครรภ์ อยู่ในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของ HIV สูง และมีคู่นอนที่ติดเชื้อ HIV)

- ตรวจคัดกรองซิฟิลิส โดยตรวจ Treponemal test ด้วยวิธี Chemiluminescence immunoassay (CMIA) สตรีตั้งครรภ์ทุกรายในครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ และตรวจอีกครั้งในช่วงต้นไตรมาสที่ 3 (อายุครรภ์ประมาณ 28 สัปดาห์) และตรวจอีกครั้งขณะคลอดบุตร ในรายที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อซิฟิลิส หรืออาศัยในพื้นที่ที่พบการติดเชื้อซิฟิลิสมาก

- ตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) โดยตรวจหา Hepatitis B surface Antigen (HBsAg) ในเลือด ด้วยวิธี Laboratory-based immunoassays สตรีตั้งครรภ์ทุกรายในครั้งแรกที่มาฝากครรภ์แม้ว่าจะได้รับวัคซีนมาแล้ว ถ้าหากไม่ได้ตรวจแล้วมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือมีอาการตับอักเสบให้ทำการตรวจขณะที่มาคลอดบุตรด้วย

- ตรวจคัดกรองการติดเชื้อหนองในและหนองในเทียม โดยการเก็บตัวอย่างเชื้อ (Swap Test) จากสารคัดหลั่งที่บริเวณ

ปากมดลูก ปลายท่อปัสสาวะ ทวารหนักไปตรวจหาเชื้อ ในสตรีตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 25 ปี และสตรีที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโกโนเรีย และคลาไมเดีย (มีคู่นอนใหม่ มีคู่นอนหลายคน คู่นอนไปมีคู่นอนหลายคนคู่นอนทราบว่า เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์) เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และตรวจอีกครั้งในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ และหากมีการติดเชื้อและได้รับการรักษา ควรทำการตรวจซ้ำอีกครั้งหลังการรักษา 3 เดือน

- ตรวจคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยการตรวจเลือดหาภูมิต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดซี (Anti-HCV) แต่พบว่ายังไม่มีแนวทางการรักษาในสตรีตั้งครรภ์ และยังไม่สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูกได้

- ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจ Pap smear สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ได้เช่นเดียวกับสตรีทั่วไป

บทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ของสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และครอบครัว ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยให้การปรึกษาเรื่องแนวทางการคัดกรองและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากการชักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการเมื่อสตรีตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์⁵ เพื่อให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ถูกต้องรวดเร็ว สามารถให้การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ให้ปลอดภัย และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดอย่างทันเวลาที่

ปัญหาการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์คือสตรีตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งไม่ฝากครรภ์ทำให้ไม่ได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระยะฝากครรภ์ หรือได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แต่ยังไม่ได้รับการรักษาหรือรับการรักษาไม่ครบ/ไม่หาย/เป็นซ้ำ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า สตรีตั้งครรภ์ไม่ฝากครรภ์ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ.2553-2557 ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 7.6 และติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 5.9¹² ซึ่งเป็นอัตราการติดเชื้อที่สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์หลายเท่า ดังนั้น สตรีตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดในกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เนื่องจากการติดเชื้อส่งผลกระทบต่อทางด้านลบต่อการตั้งครรภ์ทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เช่น ทารกอาจเสียชีวิตตั้งแต่ในครรภ์ เด็กน้ำหนักตัวน้อย เยื่อぶตาอักเสบ ปอดบวม พิการทางสมอง ตาบอด หู หนวก โรคตับ ดังนั้น พยาบาลห้องคลอดจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์หรือไม่ได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เมื่อมาคลอดบุตร รวมทั้ง

สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ยังได้รับการรักษา ไม่ครบ/ไม่หาย/เป็นซ้ำ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ผ่านการคลอดอย่างปลอดภัย ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องในระยะหลังคลอด

บทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระยะคลอด

พยาบาลห้องคลอดมีบทบาทในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระยะคลอด ดังนี้

1. การให้การปรึกษาการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระยะคลอด บทบาทพยาบาลห้องคลอดในการให้การปรึกษาการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระยะคลอด มีดังนี้^{7, 14}

1.1 การให้การปรึกษาก่อนการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ใช้กระบวนการให้การปรึกษาโดยเน้นหลัก 3C คือ การรักษาความลับ (confidential) การบริการปรึกษา (counseling) และการยินยอมรับบริการตรวจ (consent) พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพให้สตรีตั้งครรภ์ไว้วางใจ รับรู้ถึงผลดีของการตรวจคัดกรอง การปรึกษาก่อนการคัดกรองในห้องคลอดจึงต้องทำอย่างรวดเร็ว เพื่อให้การดูแลรักษาอย่างทันที่ โดยขั้นตอนนี้เป็น การให้ข้อมูลแนวทางการคัดกรอง การขอความยินยอมในการคัดกรองความเสี่ยง รวมทั้งให้ความมั่นใจสตรีตั้งครรภ์เรื่องข้อมูลการตรวจคัดกรองจะถูกเก็บเป็นความลับ บุคลากรทางการแพทย์ใช้สำหรับการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เท่านั้น

1.2 การให้การปรึกษาหลังทราบผลการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรณีผลการคัดกรองปกติ เช่น ผลตรวจร่างกายปกติไม่พบรอยโรค ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นลบ พยาบาลสามารถแจ้งผลตรวจได้ทันที รวมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในระยะคลอดตามมาตรฐานการพยาบาลในห้องคลอด กรณีผลการคัดกรองผิดปกติ เช่น ผลตรวจร่างกายพบรอยโรค ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นบวก พยาบาลต้องประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม ความรู้และการรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์ เพื่อประเมินความพร้อมก่อนแพทย์แจ้งผลการคัดกรอง โดยภายหลังสตรีตั้งครรภ์ทราบผลการคัดกรอง พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้และคำแนะนำแนวทางการดูแลรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาวะโรคในระยะคลอด ลดความเครียด ความวิตกกังวลภายหลังทราบผลตรวจ โดยการรับฟังปัญหาด้วยความสนใจ ปลอดภัยใจให้สตรีตั้งครรภ์ได้ระบายความรู้สึก ฝึกวิธีการคลายเครียดต่างๆ ค้นหาศักยภาพ กำลังใจในการเสริมสร้างพลังบวกและพลังสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ผ่านระยะคลอดอย่างปลอดภัย ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก

2. การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระยะคลอด บทบาทพยาบาลห้องคลอดในการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระยะ

คลอดมีดังนี้^{1, 7, 14}

2.1 การซักประวัติ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล อาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะแสบขัด มีมูกหรือหนองไหลจากช่องคลอด มีตกขาวผิดปกติ สีหรือกลิ่นผิดปกติ ขาวปนเทา เหลืองหรือเขียวปนเทา คัน และมี จำนวนคู่เพศสัมพันธ์ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การใช้สารเสพติด ประวัติการแพ้ยา ประวัติการป่วย/ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของสตรีตั้งครรภ์และคู่สมรส เพื่อค้นหาความเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.2 การตรวจร่างกายร่วมกับแพทย์ที่รับผิดชอบ การตรวจร่างกายทั่วไป ควรตรวจทุกระบบ โดยเฉพาะผิวหนัง ผม ช่องปาก กระพุ้งแก้ม ลิ้น และไต้ลิ้น ต่อมทอนซิล ต่อมน้ำเหลืองที่หน้าหู หลังหู คอ รักแร้ ขาหนีบว่ามีต่อมน้ำเหลืองโตหรือไม่ เพื่อหาอาการแสดงของโรค เช่น โรคซิฟิลิสระยะที่ 2 จะตรวจพบผื่นนูนบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า ผื่นร่วงเป็นหย่อมๆ ตุ่มนูนหรือผื่นนูนแดงบริเวณรอบๆ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตรวจพบเชื้อราในช่องปาก ต่อมน้ำเหลืองโต การตรวจบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนัก เพื่อดูแผล ผื่น ตุ่ม เพื่อหาแผลริม หูดหงอนไก่ หูดข้าวสุก โលน ไขว้และรอยโรคต่างๆ และการตรวจภายในด้วย speculum เพื่อดูการอักเสบ แผลหรือหนองบริเวณผนังช่องคลอดหรือปากมดลูก จากการติดเชื้อรา เชื้อแบคทีเรียหรือพยาธิในช่องคลอด

2.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมกับแพทย์ที่รับผิดชอบ เพื่อค้นหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การตรวจเลือด เช่น ซีฟิสิส โรคเอดส์ โรคตับอักเสบบี โรคตับอักเสบซี การตรวจปัสสาวะ เช่น โรคหนองในแท้ หนองในเทียม และการตรวจสารคัดหลั่งจากอวัยวะเพศ ปากมดลูก ทางเดินปัสสาวะหรือทวารหนัก เพื่อหาโรคหนองใน การติดเชื้อรา เชื้อแบคทีเรียหรือพยาธิในช่องคลอด

3. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และทารกแรกเกิดในระยะคลอด บทบาทพยาบาลห้องคลอดในการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และทารกแรกเกิดในระยะคลอด มีดังนี้¹³⁻¹⁵

3.1 การส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด มีเป้าหมายเพื่อดูแลให้การคลอดดำเนินไปปกติ ป้องกันการกระตุ้นการคลอดเกินความจำเป็น โดยประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ สังเกตอาการผิดปกติของการหดตัวของมดลูก และดูแลความสบายทั่วไป ให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ เพิ่มพลังงานให้กับร่างกาย เพื่อลดการเกิดความล่าช้าในการคลอด และการไหลเวียนของเลือดดี ช่วยให้มีมดลูกหดตัวดีขึ้น จัดท่าในระยะที่ 1 และ 2 ของการคลอด ไม่จำเป็นต้องจำกัดกิจกรรมของสตรีตั้งครรภ์ ควรส่งเสริมการลุกเดิน หรืออยู่ในท่าแนวตั้ง เพื่อช่วยให้มีการเคลื่อนตัวของส่วนนำเร็วขึ้น และการดูแลระบบขับถ่ายให้กระเพาะปัสสาวะว่างจะส่งเสริมการหดตัวของมดลูกและลดการขัดขวางการเคลื่อนตัวของส่วนนำ

3.2 การจัดการความปวดในทุกระยะของการคลอด ความปวดจะทำให้มารดาเกิดความเครียดส่งผลให้ทารกในครรภ์อาจมีภาวะขาดออกซิเจน ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงกรณีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของมารดา ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวด ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความปวดและระยะการคลอดของสตรีตั้งครรภ์แต่ละบุคคล โดยการจัดการความปวดกรณีไม่ใช้ยา โดยการลดตัวกระตุ้นความปวด เช่น การจัดทำที่กั้นหน้าท้องไม่ให้กดมดลูก การใช้แรงกดด้านหรือลดแรงกดต่อท้องขณะมดลูกหดตัว โดยสอนการนวดแบบหมุนมือเป็นวงกลมบริเวณท้อง หรือนวดบริเวณแขนและขาด้วยตนเอง การประคบร้อนและเย็น การบำบัดโดยน้ำ การกระตุ้นด้วยเครื่องไฟฟ้า และการฝังเข็มกดจุด การส่งเสริมการยับยั้งการส่งกระแสประสาทจากไขสันหลังในระดับสมอง เช่น การใช้ดนตรี การเพ่งและเบี่ยงเบนความสนใจ และการใช้สารให้กลิ่นหอม และการจัดการความปวดกรณีใช้ยา จากการเจ็บครรภ์รุนแรงไม่สามารถใช้วิธีการเผชิญความเจ็บปวดได้จำเป็นต้องได้รับยาระงับปวด พยาบาลจะทำการประเมินความปวดโดยใช้ visual analogue scale (VAS) และร่วมประเมินความปวดพร้อมกับแพทย์ที่ดูแลเพื่อพิจารณาการให้ยา ซึ่งยาที่ใช้ระงับความปวดอาจส่งผลกระทบต่อการคลอดและทารกในครรภ์ ทำให้เกิดการคลอดล่าช้า ก่อการหายใจของทารกกรณีคลอดก่อนหมดฤทธิ์ยา ดังนั้นควรพิจารณาให้ยากรณีจำเป็นเท่านั้น และภายหลังได้รับยาสูตรตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลอย่างใกล้ชิด

3.3 การจัดการสิ่งแวดล้อม สถานที่ให้สงบ ไม่มีแสงสว่างจ้าเกินไป เพื่อลดการกระตุ้นและทำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถพักผ่อนได้ดีขึ้น ส่งเสริมให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลให้แรงสนับสนุนทางบวกต่อการเจ็บครรภ์และความพึงพอใจในประสบการณ์คลอด การจัดเวลาการเยี่ยมที่เหมาะสมกับระยะของการคลอด เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีโอกาสติดต่อกับครอบครัวและญาติ โดยพยาบาลเป็นสื่อกลางในการแจ้งข้อมูลข่าวสารและสิ่งที่สตรีตั้งครรภ์ต้องการให้ครอบครัวและญาติทราบ

3.4 การประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ในระยะคลอด โดยการประเมินการเต้นของหัวใจทารกในระยะคลอดอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ อาจใช้เครื่อง electronic fetal monitoring ในระยะ Active phase โดยเฉพาะในระยะที่ปากมดลูกเปิดเร็ว หรือมารดาได้รับยากระตุ้นการคลอดเนื่องจากทารกเกิดภาวะเครียด และการหดตัวของมดลูกมีผลทำให้เลือดหยุดไปเลี้ยงมดลูก หรือมารดาที่ได้รับยากระตุ้นการคลอด เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะ fetal distress ได้ การประเมินลักษณะหน้าคร่ำ ถ้ามีซีเทาปนน้ำคร่ำจะมีสีเขียว หรือมีสีเหลืองน้ำตาลและข้น ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะทารกขาดอากาศหายใจ (fetal asphyxia) และประเมินการดิ้นของทารกในครรภ์ ในรายที่ทารกดิ้นมากและแรงขึ้นทันทีทันใดอาจแสดงถึงภาวะ fetal distress ต้องเร่งหาสาเหตุและพิจารณาให้การคลอดสิ้นสุดอย่างรวดเร็ว

4. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระยะคลอด บทบาทในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในระยะคลอด พยาบาลจะต้องปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิดกับแพทย์ ดังนี้¹³⁻¹⁵

4.1 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแพร่เชื้อจากการดาสู่ทารก เนื่องจากระยะคลอดเป็นระยะที่มีการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูกมากที่สุด จากการส่งผ่านเลือดขณะมดลูกหดตัว การติดเชื้อจากถุงน้ำคร่ำแตก การติดเชื้อขณะผ่านหนทางคลอด ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงการทำสูติศาสตร์หัตถการด้วยเครื่องมือ เช่น คีมช่วยคลอด หรือเครื่องดูดสุญญากาศที่ทำให้เกิดแผลลอกที่หนังศีรษะทารก หลีกเลี่ยงไม่ให้ทารกสัมผัสกับรอยโรคขณะคลอดบุตร เช่น พิจารณาผ่าตัดคลอด กรณีสตรีตั้งครรภ์มีประวัติติดเชื้อเริ่มบริเวณอวัยวะเพศ หรือมีหูดหงอนไก่ชัดเจนทางหนทางคลอด ไม่ดูดเมือกจากปากและลำคอของทารกอย่างรุนแรงจนทำให้เกิดแผลลอก เช็ดตัวทารกทันทีหลังคลอดเพื่อล้างสิ่งปนเปื้อนออกไปก่อนที่จะย้ายออกจากห้องคลอดและก่อนให้นม หลีกเลี่ยงการใส่สายยางสวนอาหารในกระเพาะทารกโดยไม่จำเป็นเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดบาดแผล ดูแลทำความสะอาดร่างกายมารดาด้วยน้ำยา 2% Chlorhexidine in 70% Isopropyl Alcohol ก่อนสัมผัสทารกเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อ การให้นมแม่แพทย์จะพิจารณาตามโอกาสการถ่ายทอดเชื้อของโรคแต่ละชนิด กรณีมารดาติดเชื้อเอชไอวี ให้นมแม่โดยให้ทารกแรกเกิดกินนมผสม ไม่ต้องงดนมแม่กรณีมารดาติดเชื้อไวรัสแบบเรื้อรัง เช่น ไวรัสตับอักเสบบีและซี มารดาที่เป็นเริ่มสามารถให้นมทารกได้โดยที่ทารกต้องไม่สัมผัสรอยโรค เช่นเดียวกับมารดาที่ติดเชื้อหนองในหรือหนองในเทียม สามารถให้นมแม่ได้ขณะรับการรักษา เนื่องจากยาที่ใช้ยาที่ใช้ในผู้ที่ให้นมแม่ได้ แต่กรณีมารดากำลังรักษาพยาธิในช่องคลอดแพทย์อาจพิจารณางดนมแม่เพราะยาเมโทรนิดาโซลอาจเป็นอันตรายต่อทารก

4.2 การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อของบุคลากรจากการสัมผัสเลือด รอยโรคและสิ่งคัดหลั่ง โดยใช้หลัก universal precaution ในการปฏิบัติงาน ทั้งในระยะรอคลอดและขณะคลอด อุปกรณ์ในการทำคลอดควรใช้ชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง หากเป็นเครื่องมือแพทย์ให้ส่งนึ่งโดยใช้หม้อนึ่งแรงดันสูง (autoclave) นึ่งที่ 121 °C ภายใต้อุณหภูมิ 15 ปอนด์ต่อหนึ่งตารางนิ้วประมาณ 15 นาที หรือการใช้ฟอร์มาลินความเข้มข้น 5% ใส่ถุงมือทุกครั้งเมื่อจับตัวทารกที่ปนเปื้อนเลือดและสิ่งคัดหลั่ง ตัดสายสะดือด้วยความระมัดระวังไม่ให้เลือดกระเด็น ลดการแพร่กระจายของเชื้อทางอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัวโดยการทำลายเชื้ออย่างถูกวิธี และทำความสะอาดพื้นผิวของภาชนะและเฟอร์นิเจอร์ต่าง ๆ ด้วยน้ำผสมผงซักฟอกในอัตรา 1:10 และหากมีผู้ดูแลการทำมาสะอาดให้ผู้ดูแลสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง เช่น ถุงมือ เสื้อคลุมและหน้ากากทุกครั้ง

5. การประสานงานกับหอผู้ป่วยหลังคลอด เมื่อสิ้นสุดกระบวนการ

คลอดแล้ว มารดาหลังคลอดและ/หรือทารกแรกเกิดจะถูกส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยหลังคลอด พยาบาลในห้องคลอดจะมีการส่งต่อข้อมูล ดังนี้

5.1 ข้อมูลมารดาหลังคลอด ได้แก่ ข้อมูลการคลอดและภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ข้อมูลโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการรักษาที่ได้รับ การดูแลรักษาต่อเนื่อง เช่น บุคคลที่ยินยอมให้แจ้งข้อมูลโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อให้เข้ารับการคัดกรองและดูแลรักษาโรค รวมถึงแผนการคุมกำเนิดหลังคลอด

5.2 ข้อมูลทารกแรกเกิด ได้แก่ ภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก การดูแลรักษาต่อเนื่อง กรณีมีโอกาสดูดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากมารดา ผลการคัดกรองและดูแลรักษาตามอาการของโรค รวมทั้งการส่งเสริมให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามโอกาสการถ่ายทอดเชื้อของโรคแต่ละชนิด

สรุป

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดต้องมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สามารถให้การปรึกษาแนวทางการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อช่วยแพทย์ในการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องรวดเร็ว ให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และทารกแรกเกิดในระยะคลอด ป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะคลอดได้อย่างทันท่วงที รวมทั้งสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระยะคลอด ให้สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ปลอดภัย ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูกและบุคลากรทางการแพทย์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ พว.ปิยนุช สายสุขอนันต์ พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ ประจำหน่วยงานวิจัยและสารสนเทศการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted infections STIs). Available from https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=30. (เข้าถึงข้อมูล 2 มกราคม 2566).
2. Mayo Foundation for Medical Education and Research. Sexually transmitted diseases (STDs). Available from <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/sexually-transmitted-diseases-stds/symptoms-causes/syc-20351240>. (Accessed 10 January 2023).

3. Michael Ray Garcia; Stephen W. Leslie; Anton A. Wray. Sexually Transmitted Infections. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560808/>. (Accessed 2 January 2023).
4. World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs). Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-stis>. (Accessed 1 April 2023).
5. Centers for Disease Control and Prevention. STDs increased during the first year of the COVID-19 pandemic. Available from <https://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/2022/2020-STD-surveillance-report.html>. (Accessed 1 April 2023).
6. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ระบบส่งออกข้อมูลโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. Available from http://aidsboe.moph.go.th/aids_system/index.php?link=bss. (เข้าถึงข้อมูล 10 มกราคม 2566).
7. นิสิต คงกริกเกียรติ, รสพร กิตติเยวามาลย์, เอกชัย แดงสอาด, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558. กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: หจก. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2558.
8. Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital. Annual Statistical Report 2016-2021. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2017-2022.
9. สุนันทา ย่างนิชเศรษฐ, วรางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ, เบญญาภา ธิติมาพงษ์. ตำราการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ (เล่ม 1). สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.
10. สันติภาพ ศรีสมบูรณ์. Sexually transmitted infections in pregnancy โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสตรีตั้งครรภ์. Available from <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturesttopics/topic-review/5038/>. (เข้าถึงข้อมูล 21 มกราคม 2566).
11. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64(RR-03):1-137.
12. Tiengladdawong P, Chayachinda C, Saisukanun P, Chaemsaitong P. Sexually transmitted infections and pregnancy outcomes in women without antenatal Care at Siriraj Hospital. Siriraj Med J 2017; 69:137-42.
13. สมบูรณ์ บุญยเกียรติ, ขวณพิศ เจริญพงศ์. บทบาทของพยาบาลกับการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์ (Nursing Role and Screening about Infection Disease in pregnant Women). วารสารเกื้อการุณย์ 2559; 23(1):163-79.
14. จันทรัตน์ เจริญสันติ. การพยาบาลหญิงมีครรภ์ที่เป็นโรคตับอักเสบบี (Nursing care for pregnant women with hepatitis B). พยาบาลสาร 2556; 40(4):177-85.
15. เยาวรัตน์ ดุสิตกุล. การพัฒนารอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2561.

Healthcare Management for Pregnant Women Living with Human Immunodeficiency Virus at Siriraj Hospital

Chenchit Chayachinda*, Suprattra Rungmaitree**, Oranich Navanukroh***, Chanon Neungton*, Payaow Aneklap****, Pathamaporn Tiengladdawong****

*Unit of Infectious Diseases, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, **Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, ***Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, ****Obstetrics and Gynecological Nursing Division, Department of Nursing Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(4):328-341

ABSTRACT

Human immunodeficiency virus (HIV) has been one of the global concerns. At the moment, owing to the development of better and newer anti-viral drugs as well as the great support provided by the Government of Thailand, pregnant women living with HIV receive an equal access to the sufficient standard of care, including free routine screening, medication, care and referral system; and social support as well as long term follow-up for children who are born to HIV-infected mothers. This results in the current low rate of new HIV infection cases aiming to the zero case in the year 2030. The 2021/2022 Thai National Guideline for HIV/AIDS provides information and management guidelines for all HIV-infected groups, including pregnant women. However, some obstetric part remains missing due to the lack of clear supporting evidence; or the practice guidelines from different countries are not similar due to each country's resources and context. As such, the Siriraj clinical pathway has been developed with great collaboration from the Unit of Infectious Diseases, Department of Obstetrics and Gynecology, the Department of Nursing, the Department of Pediatrics, the Department of Preventive and Social Medicine and all related units to provide the best healthcare management to this population. And, it may also be applicable to other hospitals in Thailand.

Keywords: HIV; pregnant women; service; Siriraj

Correspondence to: Pathamaporn Tiengladdawong

Email: pathamaporn.tig@mahidol.edu

Received: 1 April 2023

Revised: 20 June 2023

Accepted: 3 July 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i4.262181>

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่โรงพยาบาลศิริราช

เจนจิต ฉายะจินดา*, สุพัตรา รุ่งไมตรี**, อรนิช นาวานุเคราะห์***, ชานนท์ เนืองตัน*, พเยาว์ เอนกกลา****, ปฐมาภรณ์ เตียงลัดดาวงศ์****
 *หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, **หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์, ***ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม, ****งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ถึงแม้ในปัจจุบันจะมีการศึกษาผลกระทบทำให้เกิดโรคเอดส์จากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี การพัฒนายาต้านไวรัสและวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีอายุที่ยืนยาวขึ้น มีโอกาสในการตั้งครรภ์สูงขึ้น รวมถึงมีมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์และการสนับสนุนอย่างดีจากรัฐบาลทั้งในเรื่องยา การติดตามคู่เพศสัมพันธ์มารับการตรวจรักษา ยาต้านไวรัส และระบบการติดตามเด็กที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการควบคุมอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ดีมาก โดยสามารถลดการถ่ายทอดเชื้อจากหญิงตั้งครรภ์สู่ทารก เพื่อเป้าหมายการติดเชื้อใหม่ในเด็กภายในปี พ.ศ.2573 เท่ากับศูนย์ แต่พบว่าแนวปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันในรายละเอียด ทำให้การนำมาปรับใช้กับหญิงไทยจะต้องคำนึงถึงบริบทของประเทศไทย แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบันอ้างอิงจากแนวปฏิบัติการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ประเทศไทยปี พ.ศ.2564/2565 ซึ่งในบทความนี้จะนำเสนอรายละเอียดแนวทางการดูแลที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมเพิ่มเติมสำหรับแนวปฏิบัติการดูแลของโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งได้รับความร่วมมือจากฝ่ายการพยาบาล ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ รวมถึงหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ: เอชไอวี; หญิงตั้งครรภ์; บริการ; ศิริราช

บทนำ

การติดเชื้อ Human immunodeficiency virus (HIV, เอชไอวี) เป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถึงแม้จะมีการศึกษาทางจรรยาบรรณและการทำให้เกิดโรคของไวรัสชนิดนี้อย่างละเอียด และมีการพัฒนายาต้านไวรัสรวมถึงวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง¹⁻³ ในปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีอายุที่ยืนยาวขึ้น เนื่องจากประเทศไทยมีการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อที่มีมาตรฐานตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก จากการคาดประมาณปีพ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 520,000 คน และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 6,400 คนต่อปี ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเยาวชนอายุ 15–24 ปี ซึ่งมีโอกาสการตั้งครรภ์สูง แต่ประเทศไทยสามารถควบคุมอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้ดีมาก โดยลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้ปีละประมาณ 3,500 คน ทำให้มีเด็กทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากการมรดกต่ำกว่า 50 รายต่อปี สำหรับโรงพยาบาลศิริราชพบว่า อุบัติการณ์การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราชพ.ศ. 2564 เท่ากับ

ร้อยละ 0⁴ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลการตรวจเลือดเอชไอวีเป็นบวกจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด รวมทั้งได้รับยาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์ประสิทธิภาพสูง (HAART) เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ.2560-2573 มุ่งมั่นจะลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ไม่เกิน 1,000 คนต่อปีและไม่มีการติดเชื้อใหม่ในเด็กเลยภายในปี พ.ศ.2573⁵ จากการปฏิบัติงานพบว่าแนวปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันในรายละเอียด ซึ่งการนำมาปรับใช้กับหญิงไทยจะต้องคำนึงถึงบริบทของประเทศไทย ในปัจจุบันแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีอ้างอิงจากแนวปฏิบัติการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ประเทศไทยปี พ.ศ.2564/2565 ซึ่งบทความนี้ต้องการนำเสนอรายละเอียดแนวทางการดูแลที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมเพิ่มเติมสำหรับแนวปฏิบัติการดูแลของโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งได้รับความร่วมมือจาก

ฝ่ายการพยาบาล ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ภาควิชา
กุมารเวชศาสตร์ รวมถึงหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันดูแล
รักษาหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี ในการลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอ
วีจากแม่สู่ลูก จนไม่มีการติดเชื้อใหม่ในเด็กเลยภายในปี พ.ศ.2573
ซึ่งมีรายละเอียดและแนวทางการดูแลที่เกี่ยวข้องดังนี้

ไวรัสเอชไอวีและกลไกการติดเชื้อ⁶⁻⁷

โครงสร้างของเชื้อเอชไอวี คือเยื่อหุ้มไวรัสมีต้นกำเนิดจาก
เยื่อหุ้มของเซลล์ทั่วไปซึ่งมีลักษณะเป็นชั้นไขมันสองชั้น (bilipid lay-
er) มีส่วนโปรตีนยื่นออกไปลักษณะเป็นปุ่ม เรียกว่า glycoprotein
120 (gp120) และ glycoprotein 41 (gp41) ส่วนถัดเข้าไปเป็นส่วน
นอกของแกนของไวรัสที่เรียกว่า capsid จะมีโปรตีนที่ชื่อว่า p24
ส่วนในสุดประกอบด้วย single stranded ribonucleic acid (RNA)
จำนวน 2 เส้น ส่วน pol เกี่ยวข้องกับการสร้างเอนไซม์ต่าง ๆ ได้แก่
reverse transcriptase, integrase และ protease

ไวรัสเอชไอวีใช้ส่วน gp120 ที่อยู่ส่วนนอกสุดของอนุภาค
ไวรัส จับกับตัวรับบนเซลล์เป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วยตัวรับหลักคือ
CD4 ร่วมกับมีตัวรับร่วม (co-receptor) ได้แก่ chemokine recep-
tors ที่เรียกว่า CXCR4 หรือ CCR5 จากนั้นส่วนแกนของไวรัสจะเข้าไป
ในชั้นไซโตพลาสซึมและมีการสลายไปของส่วน capsid ทำให้ viral
RNA และ เอนไซม์ต่าง ๆ ออกมา ต่อมาจะมีการนำส่ง nucleoside
(Adenine Thymine Guanine Cytosine) ออกมาจากนิวเคลียส
เพื่อสร้าง proviral deoxyribonucleic acid (proviral DNA) โดยใช้เอนไซม์
reverse transcriptase

จากนั้น proviral DNA จะเดินทางเข้าไปในนิวเคลียส
เอนไซม์ integrase จะทำการเชื่อม proviral DNA กับ DNA ของ
เซลล์เป้าหมาย ต่อมาเซลล์เป้าหมายจะมีขบวนการสร้าง RNA จาก
DNA และ การสร้างโปรตีนตามปกติ ผลผลิตจะได้เป็น viral RNA
และ messenger RNA (mRNA) ในส่วนของ mRNA จะไปที่ ribo-
some สร้างโปรตีนของไวรัสเอชไอวีออกมาอยู่ในส่วนไซโตพลาส-
ซึม ส่วนของ viral RNA ก็ออกมาจากนิวเคลียส ทั้งสองส่วนจะมา
ประกอบกันที่บริเวณขอบของเยื่อหุ้มเซลล์ และมีการแตกหน่อออก
ไปจากเซลล์นั้น ในช่วงแรกอนุภาคเอชไอวีจะยังไม่สมบูรณ์จำเป็นต้อง
ใช้เอนไซม์ protease ของตัวไวรัสเองย่อยโปรตีนบางชนิดใน
อนุภาคเพื่อให้เป็นอนุภาคที่สมบูรณ์และสามารถติดเชื้อไปสู่เซลล์
อื่นๆ ได้ ในการแตกหน่อนี้ยังทำให้เซลล์ต้นกำเนิดนั้นโดนทำลายไป
ดังนั้น เชื้อเอชไอวีทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกายอย่างมาก

การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี³

การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีจะต้องประกอบด้วยผลตรวจ
หาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีในร่างกายที่เป็นบวกของการทดสอบ
โดยวิธีที่แตกต่างกัน 3 วิธี ซึ่งต้องเป็นการทดสอบด้วยแอนติเจนของ
ไวรัสเอชไอวีที่แตกต่างกัน โดยอาจมีหลักการที่เหมือนกันก็ได้ การ
ใช้ rapid test ถือเป็นการตรวจอันหนึ่งได้ วิธีการตรวจที่ใช้เป็นอัน

แรกจะต้องเป็นวิธีที่มีความไวมากที่สุด คือสูงกว่าร้อยละ 99 หากผล
อันใดอันหนึ่ง “สรุปผลไม่ได้ (inconclusive)” ให้ติดตามมารับการ
ตรวจซ้ำที่ 2 สัปดาห์ เนื่องจากปัจจุบันแนะนำให้ชุดตรวจหาการติด
เชื้อที่ตรวจได้ทั้งแอนติเจนและแอนติบอดี (4th generation) ซึ่งลด
window period เหลือประมาณ 2 สัปดาห์ สำหรับการตรวจหา
ระดับของ HIV VL และ CD4 count ไม่ได้ใช้ในการวินิจฉัยเอชไอวี
แต่ใช้ในการประเมินเบื้องต้นและติดตามผลการรักษา

เมื่อหญิงตั้งครรภ์มารับการฝากครรภ์ครั้งแรก จะได้รับ
ข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี บุคลากรทางการแพทย์จะทำการ
ตรวจเลือดเมื่อหญิงตั้งครรภ์นั้นยินยอม หากหญิงตั้งครรภ์ไม่ยินยอม
รับการตรวจเลือด จะมีการติดตามต่อเนื่องเพื่อให้สมัครใจตรวจโดย
เร็ว และให้ข้อมูลอีกครั้งในช่วงต้นไตรมาสสามเพื่อตรวจซ้ำในกรณีที่
ผลเลือดเป็นลบในครั้งแรก

ยาต้านไวรัสเอชไอวี³

ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีในปัจจุบันมีหลายกลุ่ม ได้แก่ nu-
cleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs), nucleotide
reverse transcriptase inhibitors (NRTIs), non-nucleoside
reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs), protease inhibitors
(PIs), integrase inhibitors, fusion inhibitors, attachment in-
hibitors, post-attachment inhibitors and pharmacokinetics
enhancer การใช้ยาเพื่อควบคุมการติดเชื้อเอชไอวีจะประกอบด้วย
ยา 3 ชนิด ซึ่งเรียกว่า combination anti-retroviral therapy
(cART) สำหรับการให้ cART ในหญิงตั้งครรภ์ ผลของยาต่อการ
ตั้งครรภ์จะอ้างอิงตาม Food and Drug Administration (FDA)
pregnancy category โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม A คือ มี
การศึกษาในหญิงตั้งครรภ์เพียงพอที่จะแสดงให้เห็นว่าไม่มีความเสี่ยง
ต่อทารก กลุ่ม B คือ มีการศึกษาในสัตว์ทดลองว่าไม่มีความเสี่ยง
ต่อทารก กลุ่ม C คือ ไม่มีการศึกษา แต่ควรใช้เมื่อพิจารณาแล้วว่า
ประโยชน์ที่ได้มีมากกว่าความเสี่ยง กลุ่ม D คือ มีหลักฐานว่ามีความ
เสี่ยงต่อทารก แต่สามารถใช้ได้หากประโยชน์มีมากกว่าความเสี่ยงที่
อาจเกิดขึ้น และกลุ่ม X คือ มีการศึกษาในสัตว์ทดลองหรือรายงาน
การไม่พึงประสงค์ พบว่าความเสี่ยงสูงกว่าประโยชน์ใด ๆ ที่พึงได้รับ
ในบทความนี้จะกล่าวถึงเฉพาะยาที่ใช้บ่อยในสูตรกรรม (ตารางที่ 1)

การตรวจประเมินทางห้องปฏิบัติการ³

1. ประเมินความเสี่ยงของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและวัณโรค
และส่งตรวจตามความเหมาะสม หากตรวจพบโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
หรือวัณโรค แพทย์จะทำการรักษาก่อนพิจารณาให้ยาต้านเอชไอวี
เพื่อลดการเกิดกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันฟื้นตัว (Immune reconstitu-
tion inflammatory syndrome; IRIS)

2. CD4 count ตรวจทันทีหลังทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี
ก่อนเริ่มยา และตรวจซ้ำทุก 6 เดือนหลังเริ่มยา หาก CD4 count
มากกว่า 350cells/mm³ อาจตรวจปีละ 1 ครั้งได้

ตารางที่ 1 ยาด้านไวรัสเอชไอวีที่ใช้บ่อยในสูติกรรม

ยาด้านไวรัสเอชไอวี	Pregnancy category	ผลข้างเคียงที่พบบ่อย
Nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs)		
Emtricitabine (FTC)	B	ปวดตัว เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก ปวดศีรษะ
Tenofovir disoproxil fumarate (TDF)	B	การทำงานของไตผิดปกติ
Zidovudine (AZT)	C	คลื่นไส้ อาเจียน ซีด
Lamivudine (3TC)	C	ปวดศีรษะ ท้องเสีย อาเจียน นอนไม่หลับ ไอ
Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs)		
Efavirenz (EFV)	D	ผื่น ตับอักเสบ เวียนศีรษะมาก
Protease inhibitors (PIs)		
Atazanavir/ritonavir (ATV/r)	B	ตัวเหลือง ตับอักเสบ นิ่วในไต
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	C	ถ่ายเหลว คลื่นไส้ อาเจียน น้ำตาลในเลือดสูง
Darunavir/ritonavir (DRV/r)	C	คลื่นไส้ อาเจียน แพ้ยา ตับอักเสบ น้ำตาลในเลือดสูง
Integrase inhibitors		
Raltegravir (RAL)	C	ถ่ายเหลว คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ผื่นตามร่างกาย
Dolutegravir (DTG)	C	ผื่น ตับอักเสบ ปวดข้อ ผื่นตามตัว ปวดตามข้อ

ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจวินิจฉัย รักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565

3. HIV viral load ไม่จำเป็นต้องตรวจก่อนเริ่มยา ถ้าเริ่มยาด้านเอชไอวีตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์และกินยาอย่างน้อย 12 สัปดาห์ให้ตรวจ HIV VL ที่อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ หากพบว่า HIV VL >50-1,000 copies/mL ให้รีบให้คำปรึกษาเรื่องการกินยาอย่างเคร่งครัด แล้วตรวจซ้ำอีก ที่ 4 สัปดาห์หลังจากกินยาสม่ำเสมอ หากพบว่า HIV VL > 1,000 copies/mL และกินยาสูตร ที่ไม่มี DTG แนะนำให้เปลี่ยนสูตรยาเป็น (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + DTG หรือเพิ่มยา DTG เป็น ยาดูที่ 4 (ถ้าไม่มีให้ใช้ RAL แทน) และตรวจ HIV VL ซ้ำที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ในรายที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์แล้ว และยังไม่ได้ตรวจ HIV VL ให้ตรวจทันที แม้จะกินยาด้านไวรัสไม่ครบ 12 สัปดาห์เพื่อการพิจารณาช่องทางการคลอด

4. 50g glucose challenge test ตรวจก่อนการเริ่มสูตรยาที่มี LPV/r ในรายที่มีความเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หากได้ผล ≥ 140 มิลลิกรัม/dL ให้ส่งทำ 100 g OGTT ต่อ ผู้ที่ได้ยาสูตร LPV/r ทุกรายตรวจซ้ำที่อายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ หรือ หลังจากเริ่ม

ยาไปอย่างน้อย 4 สัปดาห์ หากได้ผล ≥ 140 mg/dL ให้ส่งทำ 100 g OGTT ต่อ

5. Urine sugar ตรวจก่อนเริ่มยาทุกราย ทุกครั้งที่มีการตรวจครรภ์ หากตรวจพบ urine sugar เป็นบวกและใช้ยาสูตร LPV/r ควรเปลี่ยนเป็น EFV หากกำลังใช้ TDF ควรตรวจทุก 6 เดือน และดู urine protein ร่วมด้วย

6. Complete blood count (CBC) ตรวจก่อนเริ่มยาทุกราย หาก Hb <8g/dL หรือ Hct <24% ไม่ควรใช้ AZT แต่ควรใช้ TDF หรือ TAF ตรวจซ้ำหลังได้รับ AZT 4-8 สัปดาห์ หากในช่วงติดตาม Hb <8g/dL หรือ Hct <24% ให้เปลี่ยน AZT เป็น TDF หรือ TAF แต่ในช่วงคลอดยังคงให้ AZT เช่นเดิม

7. Creatinine ตรวจก่อนเริ่มยาทุกราย หากคำนวณ creatinine clearance <60 mL/min ไม่ควรใช้ TDF ตรวจซ้ำหลังได้รับ TDF 3 เดือน จากนั้นตรวจทุก 6 เดือน หากคำนวณ creatinine clearance <60 mL/min ควรเปลี่ยนยาเป็น AZT

8. Alanine transaminase (ALT) ตรวจก่อนเริ่มยาทุกราย หากผลสูงกว่า 2.5 เท่าของค่าสูงสุดของค่าปกติ ไม่ควรใช้ EFV ตรวจซ้ำหากมีอาการสงสัยตับอักเสบ และตรวจทุก 6 เดือน หากผลการตรวจเลือดสูงกว่า 2.5 เท่าของค่าสูงสุดของค่าปกติ และได้รับ EFV อยู่ ควรเปลี่ยนเป็น DTG หรือ LPV/r

9. ตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ได้แก่ ไวรัสตับอักเสบบี พยาธิในช่องคลอด หนอนใน หนอนในเทียม

10. ตรวจมะเร็งปากมดลูก

บทบาทของอายุรแพทย์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

อายุรแพทย์หรืออายุรแพทย์โรคติดเชื้อมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยให้การดูแลรักษาตั้งแต่ก่อนวางแผนตั้งครรภ์ไปจนถึงหลังคลอดบุตร เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพจนกดไวรัสได้เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก

หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องเพื่อหาการติดเชื้อฉวยโอกาสและโรคร่วมอื่น ๆ หากไม่พบโรคติดเชื้อฉวยโอกาส อายุรแพทย์จะส่งยาต้านไวรัสให้แก่หญิงตั้งครรภ์โดยอาจเริ่มวันเดียวกับที่วินิจฉัยได้เลยหากไม่มีข้อห้ามและหญิงตั้งครรภ์พร้อมรับยาด้านไวรัส หากไม่สามารถเริ่มวันที่วินิจฉัยได้ควรเริ่มยาด้านไวรัสให้เร็วที่สุด สูตรยาด้านไวรัสสูตรแรกที่แนะนำในปัจจุบัน (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + DTG โดยพิจารณาให้ยาเม็ดรวม TDF/3TC/DTG เป็นลำดับแรกเนื่องจากจำนวนเม็ดยาน้อย บริหารง่าย หากไม่มียาเม็ดรวมอาจใช้แยกเม็ด TDF/FTC + DTG แทน ส่วน TAF เป็นยาที่มีผลข้างเคียงต่อไตและกระดูกน้อยกว่า TDF แต่เนื่องจากยังมีข้อจำกัดด้านสิทธิการเข้าถึงยาในระบบบัตรประกันสุขภาพและประกันสังคมและยายังมีราคาแพง จึงไม่ได้นำมาใช้ในผู้ติดเชื้อที่มีสิทธิการรักษาดังกล่าว

หลังเริ่มยาด้านไวรัส อายุรแพทย์จะนัดมาประเมินอาการข้างเคียง การเกาะติดยา ตรวจติดตามการทำงานของไต และโรคร่วมอื่น ๆ เน้นย้ำให้ผู้ติดเชื้อกินยาสม่ำเสมอและตรงเวลา แนะนำการกินยาเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรกิริยาที่บดบังยาระหว่างตั้งครรภ์ เช่น หากผู้ติดเชื้อได้สูตรยาที่มี DTG ร่วมกับธาตุเหล็กหรือแคลเซียม ควรกินยาด้านไวรัสหลังธาตุเหล็กหรือแคลเซียมอย่างน้อย 6 ชั่วโมง หรือหลังอย่างน้อย 2 ชั่วโมง เป็นต้น โดยทางโรงพยาบาลศิริราชจะนัดติดตามอาการพร้อมกับวันที่มาฝากครรภ์ เมื่อถึงอายุครรภ์ 32 – 36 สัปดาห์ แพทย์จะนัดตรวจ HIV VL ก่อนคลอด หากสามารถกดไวรัสได้ให้กินยาสูตรเดิมต่อ หากกดไวรัสไม่ได้จะมีการซักถามเพื่อหาเหตุปัจจัยที่อาจมีผลต่อการดื้อยาด้านไวรัส ส่งเลือดตรวจ HIV genotypic resistance และเปลี่ยนสูตรยาด้านไวรัสตามดุลพินิจของแพทย์ เช่น อาจเพิ่มยากลุ่ม protease inhibitor ไปก่อนระหว่างรอผลตรวจการดื้อยา ระหว่างคลอดให้การดูแลต่อเนื่องร่วมกับสูติแพทย์ และนัดตรวจเพื่อรับยาด้านไวรัสต่อเนื่องหลังคลอด

แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี³

แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีดังแผนภาพที่ 1

แนวทางการให้ยาด้านไวรัส สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีเมื่อมาฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาด้านไวรัสมาก่อนการตั้งครรภ์ และ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงมาคลอดไม่เคยฝากครรภ์ และไม่ได้รับยาด้านเอชไอวีใดมาก่อน

กรณีที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ไม่เคยได้รับยาด้านเอชไอวีก่อนเริ่มตั้งครรภ์

ควรเริ่มยาทันทีโดยไม่ต้องรอผล CD4 count ยาสูตรแรกที่แนะนำคือ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + DTG สูตรทางเลือกสูตรแรกที่แนะนำคือ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + EFV สูตรทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + LPV/r หรือ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + ATV/r หรือ AZT + 3TC + LPV/r หรือ AZT + 3TC + ATV/r ควรพิจารณาสูตรยาที่เหมาะสมสำหรับในหญิงตั้งครรภ์มีประวัติความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้ ซึ่งแสดงถึงความเสี่ยงที่อาจติดเชื้อดื้อยา คือ

หนึ่ง มีประวัติสามีของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการรักษาด้วยยาด้านเอชไอวีและสงสัยการดื้อยา เช่น กินยาไม่สม่ำเสมอ มีผล HIV VL >50 copies/mL หรือไม่มีผล HIV VL หรือ

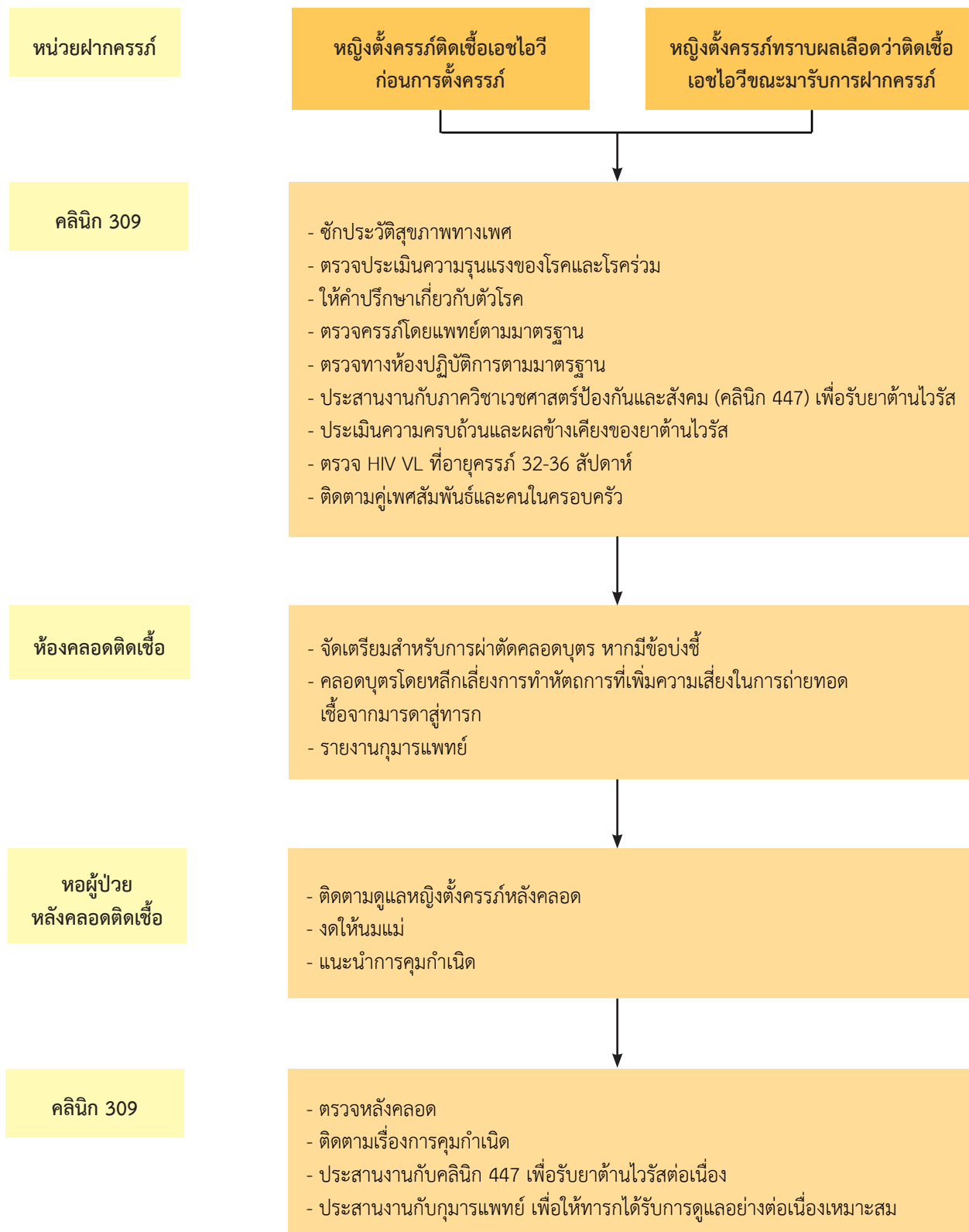
สอง หญิงตั้งครรภ์เคยรับยาสูตร AZT + single dose NVP มาก่อน หรือเคยได้รับยาสูตรที่มี NNRTI มาก่อนและหยุดยาไปก่อนตั้งครรภ์ หรือ ตรวจพบการดื้อยาด้านเอชไอวีกลุ่ม NNRTIs มาก่อน

กรณีที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาด้านไวรัสมาก่อนการตั้งครรภ์

กรณีได้ยาสูตร Maraviroc, Etravirine, Cobicistat, Elvitegravir ควรพิจารณาส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรับยาเป็นสูตรอื่นหรือหากยังกินยาสูตรเดิมต่อให้ติดตามระดับ HIV VL อย่างใกล้ชิดเนื่องจากมีข้อมูลว่าระดับยาอาจไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการรักษาล้มเหลวได้ หากมีการเปลี่ยนสูตรยา ควรเลือกใช้ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + DTG เป็นยาสูตรแรก อย่างไรก็ตาม หากกำลังใช้สูตรอื่นและทำให้ HIV VL ≤50 copies/mL สามารถใช้ยาเดิมต่อได้และให้ส่งเสริมวินัยการกินยา หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ DTG ก่อนตั้งครรภ์และ กินต่อเนื่องถึงช่วงปฏิสนธิ ควรได้รับข้อมูลความเสี่ยงเรื่องความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยของการเกิด NTD ที่จาก 1:1000 เป็น 2:1000) และควรรับยา DTG ต่อเนื่องร่วมกับ folic acid แล้วตรวจอัลตราซาวด์ทารกตามมาตรฐานที่อายุครรภ์ 18-20 สัปดาห์

หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาด้านเอชไอวีที่ไม่มี DTG มานานกว่า 12 สัปดาห์ และมี HIV VL >1,000 copies/mL เมื่ออายุครรภ์

แผนภาพที่ 1 แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่โรงพยาบาลศิริราช



คลินิก 309 คือ ห้องตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี ชั้น 3 อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช

คลินิก 447 คือ ห้องตรวจโรคของภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ชั้น 4 อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช

ที่มา: หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

≥32 สัปดาห์ ควรเจาะตรวจหาการติดเชื้อ และเพิ่มยา DTG ถ้าไม่มีให้ใช้ RAL แทน จากนั้นควรตรวจระดับ HIV VL ซ้ำอีกครั้งที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์เพื่อพิจารณาช่องทางการคลอด หากไม่มีการติดเชื้อสามารถหยุดยา RAL หรือ DTG หลังคลอดได้ทันที สำหรับหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาต้านเอชไอวีที่มี DTG มานานกว่า 12 สัปดาห์ แต่ยังมี HIV VL >1,000 copies/mL เมื่ออายุครรภ์ ≥32 สัปดาห์ควรส่งพบอายุรแพทย์โรคติดเชื้อ และพิจารณาผ่าตัดคลอดที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ และให้ AZT 600 มก. ก่อนเริ่มผ่าตัดอย่างน้อย 4 ชั่วโมง

กรณีที่ 3 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงมากคลอดไม่เคยฝากครรภ์ และไม่ได้รับยาด้านเอชไอวีใดมาก่อน

ควรให้การวินิจฉัยเร็วที่สุดเมื่อผลการตรวจอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นบวกโดยไม่จำเป็นให้ผลการตรวจเป็นบวกทั้งสามวิธี และให้ยาด้านไวรัสโดยเร็วที่สุด พร้อมกับแจ้งทีมกุมารแพทย์เพื่อเริ่มยาในลูกให้เร็วที่สุดหลังคลอด สูตรยาที่แนะนำ ได้แก่ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) +DTG กินทันที ร่วมกับให้ AZT 600 มก. ครั้งเดียว หากไม่สามารถใช้ DTG ได้ แนะนำให้ใช้ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + EFV หรือ (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + LPV/r เมื่อเจ็บครรภ์คลอดให้ AZT 600 มก. ครั้งเดียว ปัจจุบันไม่แนะนำให้ยา NVP ครั้งเดียว ในหญิงตั้งครรภ์

หากยังไม่เจ็บครรภ์คลอด ควรพิจารณาผ่าท้องคลอดที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ หรือก่อนนั้นหากมีข้อบ่งชี้ทางสูติกรรม ควรให้ยาทันที ได้แก่สูตรยา (TDF หรือ TAF) + (3TC หรือ FTC) + DTG และ AZT 600 มก. ก่อนเริ่มผ่าตัดอย่างน้อย 4 ชั่วโมง

หลังคลอดบุตร แนะนำให้ยาด้านไวรัสต่อเนื่องหลังคลอดทุกรายตามแนวทางการรักษาของผู้ใหญ่โดยส่งต่อให้อายุรแพทย์หรืออายุรแพทย์โรคติดเชื้อดูแลต่อเนื่อง

การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในหญิงตั้งครรภ์³

กรณีมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หญิงตั้งครรภ์จะต้องได้รับการรักษาก่อนรับยาด้านเอชไอวี

ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อมีจำนวน CD4 count <200 cells/mm³ จะมีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาส Pneumocystis jirovecii pneumonia จึงแนะนำให้รับยา Trimethoprim-Sulfamethoxazole (TMP-SMX) โดยควรเริ่มยาหลังเริ่มยาด้านไวรัสอย่างน้อย 2 สัปดาห์เพื่อให้แน่ใจว่าสามารถรับยาด้านไวรัสได้ดี ไม่ต้องหยุด TMP-SMX ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาอยู่แล้วถึงแม้การตั้งครรภ์จะอยู่ในช่วงไตรมาสแรกและให้เสริม folic acid ไปด้วย

หญิงตั้งครรภ์ไม่ป่วยเป็นวัณโรคแต่มีประวัติสัมผัสหรือใกล้ชิดที่เป็นวัณโรคปอด หรือวัณโรคกล่องเสียงภายใน 1 ปี พิจารณาให้ TPT (Tuberculosis Preventive Therapy) คำแนะนำ คือ ให้เริ่มยาด้านเอชไอวีก่อนอย่างน้อย 2 สัปดาห์แล้วจึงเริ่มให้ TPT แต่หากต้องให้ PCP prophylaxis ร่วมด้วย ให้เริ่มยา

ด้านเอชไอวีก่อนอย่างน้อย 2 สัปดาห์ แล้วจึงให้ TMP-SMX อย่างน้อย 2 สัปดาห์ แล้วจึงเริ่มให้ TPT

การตรวจวินิจฉัยทารกก่อนคลอด

ควรเลือกใช้วิธีที่ไม่มีการสัมผัสกันระหว่างเลือดมารดาและทารกในครรภ์ก่อนเสมอ ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องทำหัตถการที่มีความเสี่ยง จะยอมรับเฉพาะการเจาะน้ำคร่ำเพื่อวินิจฉัย (amniocentesis) โดยหญิงตั้งครรภ์นั้นควรมี VL ≤ 50 copies/mL ก่อนที่จะทำหัตถการ

การให้ยาด้านเอชไอวีในช่วงการคลอด³

กรณีไม่มีผล HIV VL หรือมีระดับ HIV VL เมื่ออายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ >50 copies/mL ให้ยาด้านเอชไอวีตามที่ได้ในระหว่างตั้งครรภ์ต่อเนื่องไปโดยไม่ต้องหยุดยา ให้ AZT 600 มก. ครั้งเดียว เพิ่มเข้าไปด้วย กรณียังไม่คลอดใน 24 ชม. ให้เพิ่ม AZT 600 มก. ซ้ำได้อีก ถึงแม้ว่าจะมีประวัติคือ AZT มาก่อน เพื่อเป็นการเตรียมระดับ AZT ในทารกให้พร้อมสำหรับการป้องกันการติดเชื้อระหว่างคลอด กรณีจะคลอดโดยการผ่าตัดให้กินยา AZT 600 มก. ก่อนเริ่มผ่าตัดอย่างน้อย 4 ชั่วโมง

กรณีมี HIV VL ≤50 copies/mL เมื่อใกล้คลอดและมีวินัยการกินยาที่ดี ให้กินยาที่ได้รับระหว่างตั้งครรภ์ต่อเนื่อง และสามารถยกเว้นการให้ AZT เมื่อเจ็บครรภ์คลอดได้

ข้อพึงระวังคือ ในช่วงหลังคลอดทันที ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยา ergometrine เพื่อลดภาวะตกเลือดหลังคลอด ในผู้ป่วยที่ใช้สูตรยาด้านไวรัสที่มียา protease inhibitors เนื่องจากยาเหล่านี้จะไปยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ CYP3A4 จึงทำให้การทำงานของ ergometrine สูงขึ้น เกิดการหดตัวของเส้นเลือดที่รุนแรง ในทางตรงข้าม EFV เป็น CYP3A4 enzyme inducer จะลดฤทธิ์ของ ergometrine

แนวทางการคลอด³

แนะนำให้ผ่าท้องคลอดก่อนการเจ็บครรภ์คลอด (scheduled caesarean section) ที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ (หากอายุครรภ์เชื่อถือได้) ในกรณีต่อไปที่ตรวจ HIV VL ≥1000 copies/mL ที่อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ หรือไม่ได้รับการตรวจ VL ที่อายุครรภ์ ≥36 สัปดาห์หรือมีความเสี่ยงต่อไปนี้ รับประทานยาด้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ หรือไม่เคยได้รับยามาก่อน หรือ รับประทานยาไม่ครบ 4 สัปดาห์ หรือมีข้อบ่งชี้ทางสูติกรรมอื่น ๆ หรือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีแนวโน้มจะต้องผ่าตัดคลอดบุตรในที่สุด ได้แก่ รายที่คาดน้ำหนักทารกในครรภ์ >3,500 กรัม ภาวะน้ำคร่ำน้อย (oligohydramnios) เป็นต้น สำหรับการผ่าตัดคลอดบุตรแบบเร่งด่วน (emergency caesarian section) ข้อมูลปัจจุบันแสดงว่าประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกยังไม่ชัดเจน

ในกรณีที่ตรวจปริมาณ VL < 1000 copies/mL ที่อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ ถือว่ามีความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อ อย่างไรก็ตามสามารถแบ่งย่อยเป็น VL < 50 copies/mL สามารถให้การดูแลได้เช่นเดียวกับหญิงที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี หาก VL 51-999 copies/mL ยังต้องระมัดระวังในการเจาะถุงน้ำคร่ำแรงคลอดและการใช้หัตถการช่วยคลอด ทั้งหมดนี้ควรพิจารณาให้คลอดภายหลังถุงน้ำคร่ำแตกไม่เกิน 12 ชั่วโมง

ในกรณีมีภาวะน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์คลอด แต่อายุครรภ์ < 34 สัปดาห์ ควรยับยั้งการคลอดและให้การดูแลโดยคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนจากภาวะคลอดก่อนกำหนดมากกว่าการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารก

บทบาทของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

หญิงตั้งครรภ์เมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีถือว่าเป็นข่าวร้ายเนื่องจากโรคนี้ยังไม่มียารักษาให้หาย มีความวิตกกังวล ทุกข์ใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การรักษา การติดเชื้อจากแม่สู่ลูก การถูกเปิดเผยความลับ กลัวสังคมรังเกียจ ปัญหาสัมพันธภาพกับคู่ การอยู่ร่วมกับครอบครัว การงานภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบอยู่ ดังนั้นพยาบาล

จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งด้านร่างกายและจิตใจแบบองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาลและกระบวนการให้คำปรึกษา ทักษะต่างๆ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเกิดการปรับตัวและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบผลเลือดติดเชื้อก่อนการตั้งครรภ์หรือทราบผลเลือดขณะตั้งครรภ์ครั้งนี้มาจากคลินิกหรือโรงพยาบาลอื่น และต้องการมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราช สามารถมาติดต่อทำการฝากครรภ์ใหม่ได้ที่ห้องตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรี (คลินิก 309) ซึ่งจะได้รับการตรวจเลือดฝากครรภ์เหมือนหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป โดยหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์จะได้รับความรู้เป็นกลุ่มก่อนการตรวจเลือดเพื่อค้นหาการติดเชื้อเอชไอวี ซีฟิลิสและไวรัสตับอักเสบบี กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่ผลเลือดตรวจเอชไอวีเป็นบวก จะถูกส่งต่อมาที่คลินิก 309 ซึ่งจะมีการให้การปรึกษาเป็นรายบุคคล พยาบาลหนึ่งคนจะดูแลและให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์รายนั้นตลอดระยะเวลาที่มารับบริการ มีการสำรวจปัญหาและช่วยลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ ประเมินความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ แนวทางใน

ตารางที่ 2 แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยแบ่งตามปริมาณ HIV RNA viral load เมื่อได้รับการตรวจที่อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลศิริราช

	VL ≤ 50 copies/mL	VL 51-999 copies/mL	VL ≥ 1,000 copies/mL
ช่วงเวลาและช่องทางการคลอด	เหมือนหญิงที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี	สามารถเลือกคลอดทางช่องคลอดหรือผ่าตัดคลอด หากต้องการคลอดเอง ไม่ควรรอให้น้ำเดินเกิน 12 ชั่วโมง	นัดผ่าตัดคลอดบุตร โดยยังไม่เจ็บครรภ์คลอดที่ 38 สัปดาห์
หัตถการช่วยคลอด เช่น vacuum/ forcep extraction	ได้	ไม่ควร	ไม่ควร
การให้ AZT ช่วงเจ็บครรภ์คลอด	ไม่ให้	4 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัดคลอดโดยยังไม่มีอาการเจ็บครรภ์ หากมีน้ำเดินหรือเจ็บครรภ์มาก่อน สามารถให้ได้เลย หากยังไม่คลอดใน 24 ชั่วโมง พิจารณาให้ช้า เมื่อเข้าสู่ขบวนการคลอด	

กรณีมีน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์คลอดหรือมีการเจ็บครรภ์คลอดเองก่อนอายุครรภ์ 38 สัปดาห์

อายุครรภ์ ≥ 34 สัปดาห์	กระตุ้นการคลอดได้ ไม่ควรรอให้น้ำเดินเกิน 24 ชั่วโมง	กระตุ้นการคลอดได้ ไม่ควรรอให้น้ำเดินเกิน 12 ชั่วโมง
อายุครรภ์ < 34 สัปดาห์	ให้ steroid , antibiotics ตามมาตรฐานการดูแล ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนจากภาวะคลอดก่อนกำหนดมากกว่าการติดเชื้อเอชไอวี และพยายามยืดระยะเวลาตั้งครรภ์ไปจนถึงอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ เป็นต้นไป	

ที่มา: หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

การดูแลรักษาหากมีผลเลือดผิดปกติ ให้ความมั่นใจในเรื่องการรักษา ความลับ ให้ข้อมูลเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยโดยใช้ถุงยางอนามัยหรือถุงเพศสัมพันธ์ก่อนในระหว่างที่ยังไม่ทราบผลเลือดที่ชัดเจน ผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤตจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ประวัติการทำร้ายตนเอง เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการแจ้งผลเลือด กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มาร่วมสามีก็จะให้สามีมารับคำปรึกษาพร้อมกัน และขอความยินยอมในการตรวจเลือดสามีและนัดฟังผลเลือดพร้อมกัน

การแจ้งผลเลือด พยาบาลผู้ให้การปรึกษาทบทวนเรื่องการตรวจเลือด ประเมินความคาดหวังต่อผลการตรวจเลือด ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ประเมินความพร้อมที่จะรับรู้ผลการติดเชื้อ แจ้งผลเลือดหากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นบวกอย่างตรงไป ตรงมา รอดูปฏิกิริยาตอบสนอง สังเกตน้ำเสียง คำพูด การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง รับฟังสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีพูด ให้การประคับประคองจิตใจ สำนวณสิ่งที่กังวลใจอยู่ ความวิตกกังวลในเรื่องโอกาสการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก สุขภาพตนเอง การเปิดเผยผลเลือดกับสามี ปัญหาภายในครอบครัว ประเมินแรงสนับสนุนด้านอื่น ๆ เช่น ฐานะทางการเงิน บุคคลใกล้ชิด เป็นต้น ให้ข้อมูลเรื่องการดูแลสุขภาพ การรับประทานยาต้านเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้อง การป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม โอกาสติดเชื้อจากแม่สู่ลูก การงดนมแม่ การเปิดเผยผลเลือด การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด การรักษาตามสิทธิ กรณีที่สามีไม่ได้มาร่วมกัน แนะนำ ติดตามให้สามีมารับการปรึกษา ตรวจเลือดและเข้าสู่ระบบการรักษาต่อไปหากผลเลือดสามีเป็นบวก หากสามีผลเลือดปกติให้ข้อมูลเรื่อง window period นัดตรวจเลือดซ้ำ

บทบาทการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะคลอด ที่สำคัญคือคัดกรองความเสี่ยง ประเมินสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก โดยใช้แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ห้องคลอดติดเชื้อ (HIV in LR Bundle) ดังแผนภาพที่ 2 และ 3 ตั้งแต่ระยะแรกรับและระหว่างรอคลอด โดยดูแลให้การพยาบาลผู้คลอดตามมาตรฐานเพื่อดำเนินการคลอดตามมาตรฐาน ใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวดจากการคลอด ดูแลความสุขสบายทั่วไป เพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด และสังเกตอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะคลอด ช่วยแพทย์ทำคลอดอย่างปลอดภัยด้วยวิธีการคลอดที่เหมาะสมกับระยะของโรค พยาบาลต้องป้องกันไม่ให้เกิดการสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งของมารดาในระยะคลอด เช็ดตัวทารกทันทีหลังคลอดเพื่อล้างสิ่งปนเปื้อนออกไปก่อนที่จะย้ายออกจากห้องคลอดและก่อนฉีดยา ไม่ใส่สายยางสวนอาหารในกระเพาะทารกโดยไม่จำเป็นเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดบาดแผล งดให้นมแม่แต่ยังคงทำ Bonding ภายหลังมารดาทำความสะอาดร่างกายเรียบร้อยและดูแลทำความสะอาดร่างกายมารดาด้วยน้ำยา 2% Chlorhexidine in 70% Isopropyl Alco-

hol ก่อนสัมผัสทารกเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อ รวมทั้งป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อของบุคลากรจากการสัมผัสเลือดและสิ่งคัดหลั่ง โดยใช้หลัก universal precaution ในการปฏิบัติงาน

บทบาทการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะหลังคลอด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะหลังคลอดอย่างทันท่วงที โดยการเฝ้าระวังและให้การพยาบาลมารดาและทารกหลังคลอดอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะหลังคลอด เช่น การให้ยาต้านไวรัสของทารกแรกเกิด และการวางแผนคุมกำเนิด ส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาและทารก นอกจากนี้หากมีปัญหาค่าใช้จ่าย เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่านม เนื่องจากหลังคลอดมารดาติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถให้นมแม่แก่ทารกได้ พยาบาลควรประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การช่วยเหลือต่อเนื่อง เน้นย้ำความสำคัญของการมาตรวจตามนัด และติดตามผลการตรวจเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีของทารก กรณีที่มารดาได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีจะมีการนัดติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและการดูแลรักษาเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อแก่ทารกแรกเกิดอย่างต่อเนื่อง

การดูแลทารกแรกเกิดที่มารดาติดเชื้อเอชไอวี³ (แผนภาพที่ 4)

การดูแลทารกในห้องคลอด มีข้อแนะนำดังนี้

- ใส่ถุงมือทุกครั้งเมื่อจับตัวทารกที่ปนเปื้อนเลือดและสิ่งคัดหลั่ง
- ตัดสายสะดือด้วยความระมัดระวังไม่ให้เลือดกระเด็น
- เช็ดตัวทารกทันทีหลังคลอดเพื่อล้างสิ่งปนเปื้อน และห่อตัวเพื่อให้ความอบอุ่นก่อนที่จะย้ายทารกออกจากห้องคลอด เนื่องจากทารกอาจมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำได้
- หลีกเลี่ยงการใส่สายยางสวนอาหารในกระเพาะโดยไม่จำเป็นเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดบาดแผล
- สามารถให้ vitamin K วัคซีน BCG และวัคซีน HBV ได้เช่นเดียวกับเด็กปกติ

การดูแลทารกหลังคลอด

1. จดนมแม่

แนะนำให้ทารกกินนมผสม เพื่อไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอด แม้ว่าแม่จะมี HIV VL ≤ 50 copies/mL เนื่องจากแนวคิด undetectable = untransmissible (U=U) ไม่สามารถนำมาใช้ในการให้นมแม่ เพราะอาจมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ มาเกี่ยวข้อง เช่น เต้านมอักเสบ แผลที่เต้านม หรือแผลที่ช่องปากของทารก เป็นต้น รวมทั้งห้ามให้นมแม่สลับกับนมผง ในกรณีที่แม่มีความประสงค์จะให้นมแม่ ควรให้คำแนะนำถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับกับแม่เพื่อใช้ในการตัดสินใจ ปัจจุบันกรมอนามัยให้การสนับสนุนนมผสมสำหรับทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีพรีนา 18 เดือน

2. ให้อาหารต้านเอชไอวีในทารกเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

ทารกที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ดังนั้นการให้อาหารต้านเอชไอวีในทารกนับเป็นมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อ โดยเฉพาะกรณีที่แม่มี VL สูงในขณะใกล้คลอด สำหรับการให้อาหารต้านเอชไอวีในทารกแรกเกิด พิจารณาตามลักษณะความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

2.1 ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทั่วไป (standard risk) ได้แก่ ทารกที่แม่มี VL เมื่อใกล้คลอด ≤ 50 copies/mL หรือหากไม่มีผล VL ในแม่ช่วงใกล้คลอดให้พิจารณาจากประวัติแม่ คือ แม่กินยาต้านเอชไอวีสม่ำเสมอ และได้รับยาต้านเอชไอวี >12 สัปดาห์ก่อนคลอด

- แนะนำให้ยา 1 ตัว ได้แก่ AZT ขนาด 4 มก./กก. ทุก 12 ชม. นาน 4 สัปดาห์ โดยให้เริ่มยาต้านเอชไอวีเร็วที่สุดหลังคลอด

2.2 ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง (high risk) ได้แก่ ทารกที่แม่มี VL เมื่อใกล้คลอด >50 copies/mL หรือหากไม่มีผล VL ให้พิจารณาจากประวัติแม่ คือ แม่กินยาต้านเอชไอวีไม่สม่ำเสมอ หรือได้รับยาต้านเอชไอวีมา <12 สัปดาห์ก่อนคลอด หรือมีประวัติกินนมแม่หลังคลอด

- แนะนำให้ยา 3 ตัว ได้แก่ AZT ขนาด 4 มก./กก. ทุก 12 ชม. + 3TC ขนาด 2 มก./กก. ทุก 12 ชม. + NVP ขนาด 4 มก./กก. ทุก 24 ชม. นาน 4 สัปดาห์ โดยให้เริ่มยาต้านเอชไอวีเร็วที่สุดหลังคลอด

หมายเหตุ: กรณีที่ทารกยังไม่ได้ยาต้านเอชไอวีใด ๆ หลังคลอด และมีอายุ ≤ 48 ชั่วโมง ให้เริ่มยาต้านเอชไอวี (ตามความเสี่ยง) ทันทีโดยเร็วที่สุด แต่หากทารกอายุ >48 ชั่วโมงแล้ว การให้อาหารป้องกันอาจจะไม่มีประโยชน์จึงไม่แนะนำให้ยาต้านเอชไอวี แต่ให้ติดตามทารกอย่างใกล้ชิดและวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารกให้ได้โดยเร็ว

3. สังเกตอาการเพื่อการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารก (early infant diagnosis)

การวินิจฉัยทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีได้เร็ว จะทำให้เพิ่มโอกาสในการเริ่มรักษาทารกได้ตั้งแต่อายุน้อย ซึ่งจะทำให้ได้ผลการรักษาที่ดีและลดอัตราการเสียชีวิตของทารก อีกทั้งกรณีที่วินิจฉัยว่าทารกไม่ติดเชื้อได้เร็วจะช่วยคลายความกังวลของบิดามารดา สำหรับการสังเกตอาการเพื่อการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารก แนะนำตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยการตรวจ HIV DNA PCR สำหรับแนวทางปฏิบัติให้พิจารณาตามลักษณะความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่นเดียวกับการให้อาหารต้านเอชไอวีในทารก ดังนี้

3.1 ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทั่วไป (standard risk)

- แนะนำตรวจ HIV DNA PCR 2 ครั้ง ที่อายุ 1 เดือน และ 2 - 4 เดือน (อาจพิจารณาเพิ่มการตรวจ HIV DNA PCR ที่แรกเกิดในที่ที่สามารถทำได้)

3.2 ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง (high risk)

- แนะนำตรวจ HIV DNA PCR 4 ครั้ง ที่แรกเกิด อายุ 1 เดือน 2 เดือน และ 4 เดือน

3.3 ทารกกกลุ่มความเสี่ยงทั้ง 2 กรณี แนะนำตรวจ HIV antibody ที่อายุ 18 - 24 เดือน

หมายเหตุ: กรณีผลการตรวจ PCR ที่แรกเกิด หรืออายุ 1 เดือนเป็นบวก ให้เปลี่ยนยาต้านเอชไอวีเป็นขนาดการรักษา โดยเพิ่มขนาด AZT และ 3TC เป็นขนาดรักษา และเปลี่ยนยาจาก NVP ขนาดป้องกัน เป็น LPV/r หากไม่มียา LPV/r ให้ใช้ AZT + 3TC + NVP ต่อไปก่อน แต่ปรับขนาดยาเป็นขนาดรักษา พร้อมทั้งส่งตรวจ HIV DNA PCR ซ้ำครั้งที่สองทันทีเพื่อยืนยันการวินิจฉัยก่อนเริ่มการรักษา

ไม่ควรใช้ LPV/r ในทารกคลอดครบกำหนดอายุ <14 วัน และทารกที่คลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์หลังปฏิสนธิ <42 สัปดาห์ (postconceptional age, PCA) เนื่องจากมีรายงานการเกิดผลข้างเคียงจากยาต่อระบบไหลเวียนโลหิตและหัวใจอย่างรุนแรงได้ อย่างไรก็ตามหากจำเป็นต้องใช้ยา LPV/r ในทารกอายุ <14 วัน ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

การดูแลติดตามทารก

ทารกที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย แนะนำตรวจติดตามดังต่อไปนี้

1. ตรวจประเมินภาวะสุขภาพ หรืออาการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี ติดตามน้ำหนัก การเจริญเติบโตและการพัฒนาการเช่นเดียวกับเด็กปกติ

2. นัดที่อายุ 1 เดือน เพื่อหยุดยาต้านเอชไอวี และเริ่มยา Co-trimoxazole เพื่อป้องกันโรคปอดอักเสบจากเชื้อ PJP จนกว่าจะทราบว่าไม่ติดเชื้อ (ผล HIV DNA PCR เป็นลบ 2 ครั้ง)

3. ติดตามดูผลข้างเคียงจากยาต้านเอชไอวี ได้แก่ ภาวะซีด ซึ่งอาจเกิดจากยา AZT หากตรวจร่างกายทารกพบภาวะซีด พิจารณาส่งตรวจเลือด (CBC)

- กรณีค่าฮีโมโกลบิน (Hb) 7-10 กรัม/เดซิลิตร หรือฮีมาโตคริต (Hct) 21-30% และทารกไม่มีอาการผิดปกติ ให้นัดติดตามอาการและผลเลือดอีก 2 สัปดาห์

- กรณีค่า Hb <7 กรัม/เดซิลิตร หรือ Hct $<21\%$ ให้ซักประวัติประเมินการกินยา ขนาดยา ร่วมกับหาสาเหตุอื่น ๆ ของภาวะซีด หากกินยาขนาดถูกต้อง ให้พิจารณาปรับลดขนาด AZT ลงจากเดิมร้อยละ 20-30 นัดติดตามอาการและผลเลือดอีก 1 สัปดาห์ แต่หากภาวะซีดไม่ดีขึ้นหลังปรับลดขนาด AZT ให้ส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาหยุด AZT ก่อนกำหนด หรือพิจารณาให้เลือดหากทารกมีอาการผิดปกติจากภาวะซีดมาก

4. ให้อาหารเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคตามวัยได้เช่นเดียวกับเด็กปกติ ยกเว้นทารกที่ติดเชื้อเอชไอวี หากยังไม่ได้ BCG ที่แรกเกิดไม่ควรฉีด BCG

แผนภาพที่ 2 แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ห้องคลอดติดเชื้อ

HIV in LR Bundle

ANC with HIV Positive	No ANC with Rapid test HIV Positive
1. คัดกรองความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก - ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทั่วไป (Standard risk) กรณี • Viral load เมื่อ GA 32-36 wks $\leq$ 50 copies/ml • กินยาสม่ำเสมอ $\geq$ 12 สัปดาห์ ก่อนคลอด³ - ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากแม่สูง (High risk) กรณี • กินยาไม่สม่ำเสมอ • กินยาสม่ำเสมอ < 12 สัปดาห์ ก่อนคลอด • Viral load เมื่อ GA 32-36 สัปดาห์ > 50 copies/ml • ไม่มีผล Viral load เมื่อ GA 32-36 สัปดาห์³	1. ถือว่าทุกรายมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากแม่สูง (High risk) • เจาะ LAB: Anti-HIV, CD4, Viral load เพื่อวินิจฉัยและหา ระยะของโรค • ให้ยา ARV ทันทีที่เข้าสู่ระยะคลอด
2. การให้ยา ARV ในระยะ Latent phase ให้ยาเดิมเหมือนขณะตั้งครรภ์	2. การให้ยา ARV ในระยะ Latent phase ให้ยา TDF/3TC/DTG ทุก 24 ชั่วโมง
3. การให้ยา ARV ในระยะ Active phase - ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทั่วไป (Standard risk) ให้ยาเดิมเหมือนขณะตั้งครรภ์ - ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากแม่สูง (High risk) ให้ยาเดิม + AZT 600 mg single dose ***กินซ้ำทุก 24 ชั่วโมง หากยังไม่คลอด	3. การให้ยา ARV ในระยะ Active phase ให้ยา TDF/3TC/DTG+AZT 600 mg single dose
4. วิธีการคลอด - ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทั่วไป (Standard risk) พิจารณาให้คลอดปกติ ยกเว้นมีข้อบ่งชี้การทำหัตถการทาง สูติกรรม - ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากแม่สูง (High risk) พิจารณาให้คลอดด้วยวิธี C/S กรณี • ไม่มีผล Viral load • ในระยะตั้งครรภ์กินยา ARV < 4 สัปดาห์ หรือกินยาไม่ สม่ำเสมอ • Viral load เมื่อ GA 32-36 สัปดาห์ $\geq$ 1,000 copies/ml⁶	4. วิธีการคลอด พิจารณาให้คลอดด้วยวิธี C/S ทุกราย โดยต้องได้รับยา ARV ก่อนเริ่ม C/S อย่างน้อย 4 ชั่วโมง
5. การให้ยา ARV แก่ทารก ให้ syrup AZT หลังคลอดนาน 4 สัปดาห์³ ให้ syrup AZT + 3TC + NPV หลังคลอดนาน 4 สัปดาห์	5. การให้ยา ARV แก่ทารก ให้ syrup AZT + 3TC + NPV หลังคลอดนาน 4 สัปดาห์
6. ส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก Bonding No BF	
7. การป้องกันการเกิด Drug interaction จากการได้รับยา Ergotamine (Methergin) • ในห้องคลอด งดฉีดยา Methergin หลังคลอดทุกราย ติดและแขวนป้าย ห้ามฉีดยา Methergin ที่ฟอร์มโปรทและเตียงผู้ป่วย • ในห้องผ่าตัด กรณีส่งผู้ป่วยไป OR ติดป้าย ห้ามฉีดยา Methergin ไว้ที่หน้าฟอร์มโปรทผู้ป่วย	
8. การให้ยา ARV แก่ทารกที่มารดาอายุครรภ์ < 35 สัปดาห์ ปรับลดขนาดยา syrup AZT เป็น 2 mg/kg.⁵	

ที่มา: ห้องคลอดติดเชื้อ งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช

แผนภาพที่ 3 Checklist การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีระยะเจ็บครรภ์คลอด

วันที่รับไว้ในความดูแล _____ เวลา _____
 ข้อมูลผู้คลอด G__ P__ A__ GA _____ สัปดาห์ (ณ.วันคลอด)

Sticker

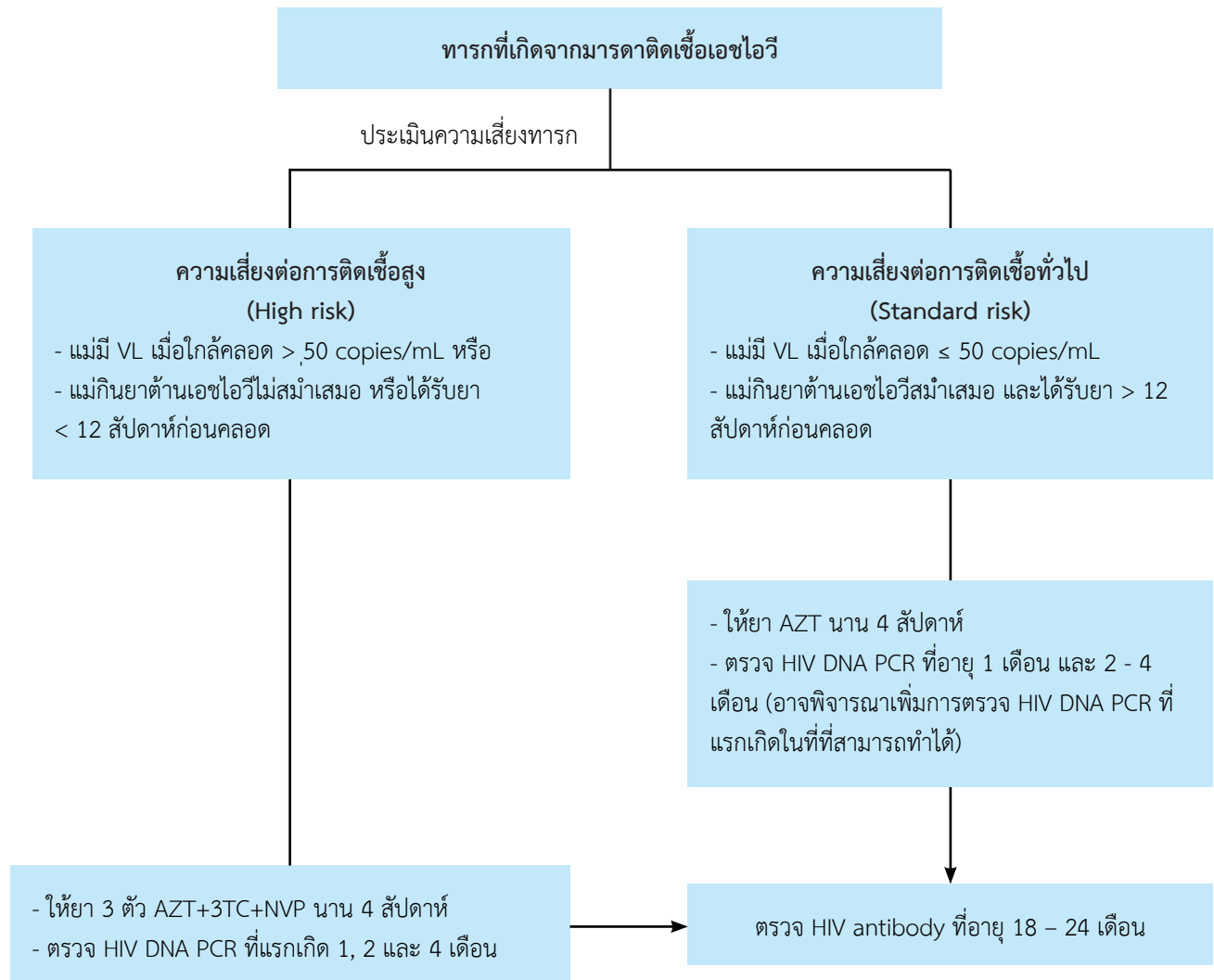
☐ Know case Precaution (ได้รับยา ARV ขณะตั้งครรภ์) ☐ ANC ☐ NO ANC		☐ New case Precaution (No ANC Rapid test HIV Positive)
HIV Viral load _____ copies/ml เจาะเมื่อวันที่ _____ GA _____ สัปดาห์ CD4 _____ cell/mm ³ เจาะเมื่อวันที่ _____ GA _____ สัปดาห์ สูตรยาที่ได้รับขณะตั้งครรภ์ ¹ ☐ TDF/3TC/DTG (Acriptega) ☐ TAF/FTC/DTG (Kocitaf) ☐ TDF/FTC/EFV (Teevir) ☐ สูตรอื่น ๆ ระบุ _____		Rapid test HIV Positive เวลา _____ เข้าสู่ระยะคลอด เวลา _____ ให้นยา ARV ครั้งแรก เวลา _____
☐ 1. ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทั่วไป (Standard risk) o Viral load เมื่อ GA 32-36 wks $\leq$ 50 copies/ml o กินยาสม่ำเสมอ $\geq$ 12 สัปดาห์ ก่อนคลอด ³	☐ 1. ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากแม่สูง (High risk) o กินยาไม่สม่ำเสมอ o กินยาสม่ำเสมอ < 12 สัปดาห์ ก่อนคลอด o Viral load เมื่อ GA 32-36 สัปดาห์ > 50 copies/ml o ไม่มีผล Viral load เมื่อ GA 32-36 สัปดาห์ ³	☐ 1. ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากแม่สูง (High risk) เจาะ LAB: Anti-HIV, CD4, Viral load ให้นยา ARV ทันทีที่เข้าสู่ระยะคลอด
☐ 2. Latent phase กินยาเดิม ☐ 3. Active phase กินยาเดิม ☐ 4. พิจารณาให้คลอดปกติ ยกเว้นมี ข้อบ่งชี้การทำหัตถการทางสูติกรรม	☐ 2. Latent phase กินยาเดิม ☐ 3. Active phase กินยาเดิม + AZT 600 mg single dose ***กินซ้ำทุก 24 ชั่วโมง หากยังไม่คลอด ☐ 4. พิจารณาให้คลอดด้วยวิธี C/S กรณี - ไม่มีผล Viral load - ในระยะตั้งครรภ์กินยา ARV < 4 สัปดาห์ หรือ กินยาไม่สม่ำเสมอ - Viral load เมื่อ GA 32-36 สัปดาห์ $\geq$ 1,000 copies/ml ⁵	☐ 2. Latent phase กินยา TDF/3TC/DTG ทุก 24 ชั่วโมง ☐ 3. Active phase กินยา TDF/3TC/DTG + AZT 600 mg single dose ☐ 4. พิจารณาให้คลอดด้วยวิธี C/S ทุกราย โดยต้องได้รับยา ARV ก่อนเริ่ม C/S อย่างน้อย 4 ชั่วโมง
☐ 5. ทารกกิน syrup AZT นาน 4 สัปดาห์ ³	☐ 5. ทารกกิน syrup AZT+3TC+NPV นาน 4 สัปดาห์ ³	☐ 5. ทารกกิน syrup AZT + 3TC + NPV นาน 4 สัปดาห์ ³
☐ 6. งด BF หลังคลอดทุกราย		
☐ 7. งดฉีดยา Methergin หลังคลอดทุกราย o ในห้องคลอด ติดและแขวนป้าย ห้ามฉีดยา Methergin ที่ฟอร์มปรอทและเตียงผู้ป่วย o ในห้องผ่าตัด กรณีส่งผู้ป่วยไป OR ติดป้าย ห้ามฉีดยา Methergin ไว้ที่หน้าฟอร์มปรอทผู้ป่วย		
☐ 8. ทารกที่มารดาอายุครรภ์ < 35 สัปดาห์ ปรับลดขนาดยา syrup AZT เป็น 2 mg/kg. ⁵		

*ผลเลือด HIV ของสามี ☐ ลบ ☐ บวก : O กินยาด้านไวรัส O ไม่ได้กินยาด้านไวรัส ☐ ไม่ทราบผล

ข้อมูลการคลอด
 วันที่ _____
 เวลา _____ น.
 น้ำหนัก _____ gm.

ที่มา: ห้องคลอดติดเชื้อ งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช

แผนภาพที่ 4 แนวการดูแลทารกแรกที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี



หมายเหตุ: หากมีผล PCR เป็นบวก เปลี่ยนยาทันที จาก NVP ขนาดป้องกัน เป็น LPV/r + เพิ่มขนาด AZT และ 3TC เป็นขนาดรักษา (ถ้าไม่มี LPV/r ให้ NVP ต่อได้ แต่ให้เพิ่มขนาดเป็นขนาดรักษา)

ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจวินิจฉัย รักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565

แนวทางการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวอย่างต่อเนื่องในช่วงหลังคลอด³

การดูแลสุขภาพกายในหญิงหลังคลอด ได้แก่ การดูแลตามมาตรฐานหญิงหลังคลอด เฝ้าระวังการติดเชื้อหลังคลอด ผลข้างเคียงที่เกิดจากการให้ยาด้านเอชไอวี การให้ยารับการหลังน้ำนม การป้องกันและคัดกรองการอักเสบของเต้านม การตรวจหลังคลอดที่ 4-6 สัปดาห์ โดยตรวจ pap smear ร่วมด้วย (และตรวจซ้ำปีละ 1 ครั้ง) การส่งเสริมสุขภาพทางด้านต่างๆ เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย การส่งต่อแพทย์ด้านอายุรกรรม เพื่อให้การดูแลตาม

แนวทางการดูแลรักษาผู้ใหญ่ การดูแลสุขภาพจิตในหญิงหลังคลอด เช่น ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด รวมทั้งการให้การสนับสนุนทางจิตใจ และ วางแผนการเลี้ยงดูทารกและครอบครัวในระยะยาว

การดูแลสามี ในกรณีที่สามียังไม่ทราบผลเลือด ควรประเมินความพร้อมเรื่องการเปิดเผยผลเลือดแก่สามี ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการเปิดเผยผลเลือดซึ่งกันและกัน และการชักชวนให้สามีมาตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อโดยสมัครใจ สามีติดเชื้อเอชไอวีให้การดูแลและรักษาตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ใหญ่ สำหรับสามีไม่ติดเชื้อเอชไอวี ควรแนะนำให้ปฏิบัติดังนี้ ส่งเสริมการมีเพศ

สัมพันธ์ที่ปลอดภัยเพื่อมิให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีในอนาคต โดยแนะนำให้ใช้ pre-exposure prophylaxis (PrEP) ส่งเสริมสุขภาพในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด แนะนำ/ให้ความรู้เรื่องการใช้ชีวิตร่วมกับภรรยาที่ติดเชื้อได้อย่างเป็นสุข และนัดสามเฝ้าตรวจเลือดซ้ำเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นระยะ

การคุมกำเนิดในสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี

หญิงที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีควรที่จะใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อ หญิงที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีในช่วงหลังคลอดบุตรไม่ควรเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงทำให้หญิงกลุ่มนี้มีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำได้ง่ายขึ้นหากใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ จึงจำเป็นต้องคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย บางคนสามารถเลือกวิธีการ เช่น การทำหมัน

การคุมกำเนิดตามคำแนะนำในการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิด โดยองค์การอนามัยโลก (5th Edition Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use)¹⁰ แบ่งเป็น Medical Eligibility Criteria (MEC) 4 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คือ ไม่มีข้อจำกัดในการใช้วิธีการคุมกำเนิดนั้น ๆ กลุ่มที่ 2 คือ ประโยชน์ของการคุมกำเนิดมีมากกว่าความเสี่ยงทางทฤษฎีหรือทางปฏิบัติ กลุ่มที่ 3 คือ ความเสี่ยงทางทฤษฎีหรือทางปฏิบัติมากกว่าประโยชน์ และกลุ่มที่ 4 คือ รายงานความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้หลังการใช้วิธีการคุมกำเนิดนั้น ๆ

ยาเม็ดคุมกำเนิด จัดการคุมกำเนิดโดยยาเม็ดทั้งสองแบบอยู่ในกลุ่มที่ 1 เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นไม่ได้รับประทานยาต้านไวรัสใด กลุ่มที่ 2 เมื่อสำหรับผู้รับยาต้านไวรัสที่ประกอบด้วย NNRTIs หรือ PIs

ยาฉีดคุมกำเนิด จัดให้อยู่ในกลุ่มที่ 1 อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ ผลข้างเคียงจากการฉีดยาคุมกำเนิด นั่นคือ การมีเลือดออกกะปริดกะปรอย ซึ่งอาจมีผลต่อการรับเชื้อหรือแพร่เชื้อเอชไอวีได้

ยาฝังคุมกำเนิด จัดให้อยู่ในกลุ่มที่ 1 ในกรณีผู้ติดเชื้อยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส และเป็นกลุ่มที่ 2 ในกรณีที่เริ่มรับยาต้านไวรัสที่มี NNRTIs หรือ PIs แล้ว ในบางการศึกษารายงานว่า การตั้งครรภ์มักเกิดขึ้นในช่วงขึ้นปีที่ 3 ของการใช้ยาฝัง ในอนาคต มีแนวโน้มที่จะแนะนำการเปลี่ยนยาฝังให้เร็วขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ห่วงคุมกำเนิด จัดการคุมกำเนิดวิธีนี้เป็นกลุ่มที่ 2 สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่จัดเป็นกลุ่มที่ 3 สำหรับผู้ป่วยเอดส์

สรุป

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคเรื้อรังและนำไปสู่การเสียชีวิตได้ เนื่องจากไวรัสเอชไอวีเพิ่มจำนวนในเซลล์ภูมิคุ้มกันของร่างกายและทำลายเซลล์นั้น การพัฒนาต้านไวรัสเป็นไปอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ออกฤทธิ์ได้หลากหลายตำแหน่งในวงจรชีวิตของเชื้อเอชไอวีและให้ผลที่ดี ทำให้อัตราการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารก

ในครรภ์ลดลงอย่างมาก การถ่ายทอดการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกเกิดขึ้นได้มากที่สุดในช่วงการตั้งครรภ์ตอนปลายและช่วงการคลอด ดังนั้น บุคลากรทางสูติกรรมเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลช่วงคลอด ประสานงานกับบุคลากรทางกุมารเวชกรรมเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องและผลลัพธ์ที่ดีที่สุด และประสานงานกับอายุรแพทย์หรืออายุรแพทย์โรคติดเชื้อเพื่อให้ยาต้านเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Chuachoowong R, Shaffer N, Siriwasin W, Chaisilwatana P, Young N, Mock P, et al. Short-course antenatal zidovudine reduces both cervicovaginal human immunodeficiency virus type 1 RNA levels and risk of perinatal transmission. Bangkok Collaborative Perinatal HIV Transmission Study Group. *J Infect Dis*. 2000;181:99-106.
2. Shaffer N, Chuachoowong R, Mock P, Bhadrakom C, Siriwasin W, Young N, et al. Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomised controlled trial. Bangkok Collaborative Perinatal HIV Transmission Study Group. *Lancet*. 1999;353:773-80.
3. Ruxrungtham K, Chokephaibulkit K, Chetchotisakd P, Chariyalertsak S, Kiertburanakul S, Putacharoen O, et al. Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2021/2022. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control; 2022.
4. 100 years SomdejPhrasrinakarin 4/2. Annual statistics 2021. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2022.
5. World Health Organization. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030. 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053779>
6. Harrington P, Swanstrom R. The biology of HIV, SIV, and other Lentiviruses. In: Holmes K, Sparling P, Stamm W, Piot P, Wasserheit J, Corey L, et al., editors. *Sexually Transmitted Diseases*. New York: McGrawHill Companies; 2008. p. 323-39.
7. Moir S, Chun T, Fauci A. Immunology and pathogenesis of human immunodeficiency virus infection. In: Holmes K, Sparling P, Stamm W, Piot P, Wasserheit J, Corey L, et al., editors. *Sexually Transmitted Diseases*. 4th ed. New York: McGrawHill Companies; 2008. p. 341-58.
8. กาญจนาศรีสวัสดิ์. บทบาทพยาบาลในการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ Role of Midwife in Preconception Care. *Songklanagarind J Nurs*. 2017; 37(4): 157-65.
9. World Health Organization. Hormonal contraceptive methods for women at high risk of HIV and living with HIV 2014 guidance statement 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128537/1/WHO_RHR_14.24_eng.pdf?ua=1.
10. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva; 2015.

Management for Pregnant Women with Syphilis at Siriraj Hospital

Chenchit Chayachinda*, Suprattra Rungmaitree**, **, Chanakan Kerdlinhom ***, Pathamaporn Tiengladdawong***

*Unit of Infectious Diseases, Department of Obstetrics and Gynecology, **Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, ***Obstetrics and Gynecological Nursing Division, Department of Nursing Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(4):342-352

ABSTRACT

As a global concern, the number of patients with syphilis is increasing in many parts of the world, including Thailand. The incidence is remarkable in young people who are likely to be in the early stage of syphilis. According to the fact that teenage pregnancy is another national health problem, the increasing trend of congenital syphilis (CS) has been observed. The barriers to eliminate CS include delayed diagnosis, no/delayed treatment, lack of awareness regarding re-infection, no/inadequate partner treatment, loss to follow-up after treatment and little collaboration between obstetricians and pediatricians. As a result, the Unit of Infectious Diseases, Department of Obstetrics and Gynecology has developed the clinical pathway for caring pregnant women infected with syphilis with great support and contribution from the Department of Nursing, the Department of Pediatrics and the Department of Internal Medicine. This brings about the higher standard of care. Pregnant women with syphilis from other hospitals are also welcome. Apart from the service of penicillin desensitization and antenatal care, the Unit has prepared education materials, consultation and clinical visits. Many on-going projects and further collaboration as well as introduction to our innovations have been working on.

Keywords: Syphilis; healthcare; pregnant women; Siriraj

Correspondence to: Pathamaporn Tiengladdawong

Email: pathamaporn.tig@mahidol.edu

Received: 1 April 2023

Revised: 30 April 2023

Accepted: 21 July 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i4.262182>

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสที่โรงพยาบาลศิริราช

เจนจิต ฉายะจินดา*, สุพัตรา รุ่งไมตรี**, ชนากานต์ เกิดกลิ่นหอม***, ปฐมภรณ์ เติงลัดดาวงค์***

*หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, **หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, ***งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบมากขึ้นในหลายภูมิภาคทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรอายุน้อย ผสมกับปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในประชากรกลุ่มนี้ ทำให้อุบัติการณ์ของซิฟิลิสแต่กำเนิดสูงเพิ่มขึ้นตามมาด้วย อุปสรรคต่อการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด คือ การตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษาที่ล่าช้า คู่เพศสัมพันธ์ไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาไม่ครบตามที่กำหนด การไม่ตระหนักถึงโอกาสในการติดเชื้อซ้ำ ขาดการติดตามผลการรักษาอย่างเหมาะสม และขาดการประสานงานระหว่างสูติแพทย์และกุมารแพทย์ ดังนั้นหน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา จึงจัดทำแนวทางการดูแลตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสขึ้น ซึ่งเป็นการร่วมมือระหว่างหน่วยฝากครรภ์ ห้องตรวจโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์สตรี ห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอดติดเชื้อ ทีมกุมารแพทย์และทีมอายุรแพทย์ เพื่อให้ทำงานสอดคล้องกันเป็นอย่างดี นำมาซึ่งมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด และลดอุบัติการณ์ของโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดลง ทั้งนี้ยังเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลต่าง ๆ สามารถส่งผู้ป่วยมารับบริการรักษาและฝากครรภ์หรือส่งมาเพื่อดูแลสำหรับปัญหาแพ้ยาลินโดลาม รวมถึงการขอรับข้อมูลเพื่อการสอน และการปฏิบัติงานที่หน่วยตรวจโรค ทางหน่วยฯ ยังมีการศึกษาวิจัย และพัฒนานวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ซิฟิลิส; การดูแล; หญิงตั้งครรภ์; ศิริราช

บทนำ

โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis) เป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา การติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรับการรักษาอย่างถูกต้องจะมีโอกาสถ่ายทอดเชื้อไปยังทารกโดยผ่านทางรก ซึ่งการถ่ายทอดเชื้อสามารถเกิดได้ทุกระยะของการตั้งครรภ์ ในซิฟิลิสระยะที่ 1 และ 2 มีอัตราการแพร่เชื้อร้อยละ 60-100 ซิฟิลิสระยะแฝงช่วงต้น (early latent syphilis) มีอัตราการแพร่เชื้อร้อยละ 40 และลดลงเหลือร้อยละ 8 ในซิฟิลิสระยะแฝงช่วงปลาย (late latent syphilis) มีส่วนน้อยที่เกิดระหว่างการคลอด¹ ปัจจุบันสถานการณ์โรคซิฟิลิสมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและพบมากขึ้นในประชากรกลุ่มวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 15-24 ปี เนื่องจากอัตราการติดเชื้อที่สูงขึ้นในกลุ่มประชากรวัยเจริญพันธุ์ดังกล่าว ส่งผลให้พบโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์มากขึ้นและพบอัตราการเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดเพิ่มสูงขึ้นในทิศทางเดียวกัน²

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ตั้งเป้าหมายในการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก³ หรือเรียกว่า “triple elimination” โดยตั้งเป้าหมายในการยุติการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกให้หมดไปภายในปี พ.ศ. 2573 โดยกำหนดเป้าหมาย คือ อัตราการเกิด

ซิฟิลิสแต่กำเนิดต่ำกว่า 0.05 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต หรือ 50 ต่อ 100,000 ทารกเกิดมีชีวิต

ซิฟิลิสแต่กำเนิดเกิดจากการถ่ายทอดเชื้อ *Treponema pallidum* subsp. *pallidum* จากมารดาสู่ทารกในครรภ์ ในช่วงตั้งครรภ์หรือช่วงคลอด จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ซิฟิลิสทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ได้สูงถึงร้อยละ 52⁴ สำหรับข้อมูลในโรงพยาบาลศิริราช จากการเก็บข้อมูลรวบรวมหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสและมาคลอดที่โรงพยาบาลศิริราชในช่วงปีพ.ศ. 2549-2558 จำนวน 195 ราย พบว่ามีทารกที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิดจำนวน 58 ราย (ร้อยละ 29.7) แท้งบุตร 5 ราย (ร้อยละ 2.4) และทารกตายคลอดจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 3.6) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดซิฟิลิสแต่กำเนิด ได้แก่ มารดาอายุน้อย ได้รับการรักษาช้า (น้อยกว่า 4 สัปดาห์) ก่อนคลอด และไม่เคยได้รับการรักษาใด ๆ ซึ่งมักพบในกลุ่มมารดาที่ไม่มารับการฝากครรภ์⁵

ระยะของโรคซิฟิลิส⁶

แบ่งระยะของโรคเป็นระยะต้นประกอบด้วย ระยะที่ 1, 2 และระยะแฝงช่วงต้น และระยะท้ายประกอบด้วยระยะที่ 3 ระยะแฝงช่วงปลาย รวมถึงกลุ่มที่ไม่ทราบระยะที่ชัดเจน สำหรับซิฟิลิสระยะแฝงและซิฟิลิสไม่ทราบระยะ กลุ่มนี้จะไม่มีการ แบ่งเป็น

ระยะต้นและระยะท้ายจากระยะเวลาที่คาดว่าติดเชื้อ 1-2 ปี ระยะของโรคในหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับโอกาสถ่ายทอดเชื้อไปยังทารกโดยซิฟิลิสระยะต้นจะมีความสัมพันธ์กับซิฟิลิสแต่กำเนิดมากกว่า นอกจากนี้ซิฟิลิสยังสามารถผ่านเยื่อหุ้มสมองและไขสันหลัง (meninges) จนทำให้เกิดซิฟิลิสของระบบประสาทได้อีกด้วย

ซิฟิลิสระยะที่ 1 เป็นซิฟิลิสระยะเชื้อเพิ่งเข้าสู่ร่างกายจนทำให้เกิดแผลบริเวณทางเข้าของเชื้อ ลักษณะแผลจะมีขอบนูนและไม่เจ็บ สามารถหายได้เอง เรียกว่า แผลริมแข็ง

ซิฟิลิสระยะที่ 2 จะเป็นระยะหลังจากที่เชื้อเข้าสู่กระแสเลือดจนทำให้เกิดอาการแสดงตามที่ต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ผื่นร่วงเป็นหย่อม ๆ ผื่นตามร่างกายรวมถึงฝ่ามือฝ่าเท้า และผื่นขอบนูนไม่เจ็บจำนวนมากที่บริเวณอวัยวะเพศ เป็นต้น

ซิฟิลิสระยะที่ 3 มักเป็นระยะที่เชื้ออยู่ในร่างกายเกินกว่า 10 ปี จนทำให้เกิดการสะสมและทำลายอวัยวะต่าง ๆ เช่น หลอดเลือด arteriole จนเกิดภาวะหลอดเลือดบริเวณนั้นเปราะ และมีความเสี่ยงแทรกซ้อนตามมา

แนวทางการตรวจคัดกรองเพื่อวินิจฉัยซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์⁷

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แนะนำการตรวจเลือดคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และที่อายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ จำนวน 3 โรค ได้แก่ เอชไอวี (human immunodeficiency virus; HIV) ซิฟิลิสและไวรัสตับอักเสบบี และแนะนำการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยตลอดการตั้งครรภ์ แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสที่โรงพยาบาลศิริราช ดังแผนภาพที่ 1

การวินิจฉัยแบ่งได้เป็น 2 กรณี ได้แก่ กลุ่มมีอาการ และกลุ่มไม่มีอาการ

กรณีที่มีอาการทางผิวหนัง เช่น แผลบริเวณอวัยวะเพศ การวินิจฉัยทำได้โดยการขูดบริเวณแผลเพื่อตรวจหาเชื้อโดยตรง ในกลุ่มที่ไม่มีอาการของระบบประสาท ให้เจาะน้ำไขสันหลังเพื่อตรวจยืนยันการวินิจฉัย

สำหรับกลุ่มที่ไม่มีอาการ จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยโดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจซีโรโลยีซึ่งแบ่งเป็นสองกลุ่มได้แก่ non-treponemal test เช่น rapid plasma reagin (RPR) และ Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) และกลุ่ม treponemal test เช่น Treponema pallidum haemagglutination assay (TPHA), chemiluminescence immunoassay (CMIA) เป็นต้น ในปัจจุบันมีการตรวจโดยใช้กระดาษ (strip test) ซึ่งเป็นการตรวจใช้เวลาสั้น (rapid test) การตรวจนี้จัดอยู่ในกลุ่ม treponemal test การวินิจฉัยจะได้จากการตรวจให้ผลบวกทั้งสองกลุ่ม

สำหรับประเทศไทย แนะนำการใช้วิธีการตรวจแบบย้อนกลับ (reverse sequence) โดยการตรวจด้วย treponemal test ก่อน ถ้าผลเป็นบวกให้ตรวจด้วย non-treponemal test ต่อ

เนื่องจากแนวทางการตรวจเช่นนี้ จะช่วยเพิ่มโอกาสการค้นหาผู้ที่เพิ่งติดเชื้อมานานและผู้ติดเชื้อมานาน (ระยะแฝงตอนท้าย) ได้มากขึ้น และ ค่า titer ของ non-treponemal test มีความจำเป็นในการติดตามผลการรักษา หากผลตรวจไม่ไปด้วยกัน จะยืนยันการวินิจฉัยอีกครั้งด้วย treponemal test อีกชนิดหนึ่ง ถ้าผลการตรวจ treponemal test ครั้งที่ 2 เป็นบวกถือว่ายืนยันการวินิจฉัย แต่ถ้าผลเป็นลบแสดงว่าเป็นผลบวกлож ผู้ป่วยกลุ่มซิฟิลิสระยะท้ายจะมีโอกาสแพร่เชื้อสู่ทารกในครรภ์น้อย แต่การรักษาให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้หายจากโรคจะช่วยตัดตอนการแพร่เชื้อและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตของผู้ป่วยเอง

แนวทางการรักษาโรคซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์⁷

เพนิซิลลินเป็นยารักษาโรคซิฟิลิสเพียงตัวเดียวที่มีข้อมูลว่าสามารถป้องกันการเกิดซิฟิลิสแต่กำเนิด แต่เนื่องจากการใช้ยานี้ลดลงไปอย่างมาก ทำให้บริษัทที่ผลิตยานี้ลดลง และมีการขาดคร่าวของยาบ่อยครั้ง นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายมีประวัติแพ้ยา

กลุ่ม beta-lactam ถึงแม้ว่าเพียงร้อยละ 10 ของผู้ที่มีประวัติแพ้ยาเพนิซิลลินจะได้รับการยืนยันว่าแพ้ยาจริง⁸ แต่ผู้ให้บริการสาธารณสุขยังคงต้องระมัดระวังในการใช้ยา ในแนวปฏิบัติของ Center for Disease Control and Prevention⁶ แนะนำการทำ desensitization สำหรับที่โรงพยาบาลศิริราช มีความร่วมมือระหว่างภาควิชาสูติศาสตร์-รีเวชวิทยา และภาควิชาอายุรศาสตร์ ในการจัดทำแนวทางการทำ desensitization โดยให้บริการเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์⁹

การรักษาซิฟิลิสระยะต้น

สูตรยาแนะนำ คือ Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพก

สูตรยาทางเลือก ที่เคยมีการนำมาใช้เช่น erythromycin และ azithromycin ไม่แนะนำให้ใช้เนื่องจากไม่สามารถรักษามารดาให้หายขาดและไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อในทารกได้ ส่วน ceftriaxone หรือ cephalosporins ตัวอื่น ข้อมูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะแนะนำให้รักษามารดาและการป้องกันซิฟิลิสแต่กำเนิด¹⁰

รอยโรคมักจะดีขึ้นที่สองสัปดาห์ หากอาการไม่ดีขึ้น จำเป็นต้องประเมินการตอบสนองต่อการรักษาใหม่ ระดับยาเพนิซิลลินในเลือดที่ต้องการเพื่อกำจัดเชื้อ T. pallidum $\geq 0.018 \mu\text{g/mL}$ การให้ Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อคอขาดหวังให้ระดับยาสูงกว่า $0.018 \mu\text{g/mL}$ ต่อเนื่องกันนานเกิน 1 สัปดาห์ แต่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 36 ที่มีระดับยาไม่ถึงตามเป้า¹¹ อีกการศึกษาหนึ่ง หญิงตั้งครรภ์ที่จำเป็นต้องได้รับยา Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อจำนวน 2 ครั้ง พบว่าระดับยายังคงสูงกว่า $0.20 \mu\text{g/mL}$ ที่ระยะ 30 วันหลังเริ่มการรักษา¹¹ จึงมีผู้เชี่ยวชาญแนะนำว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสระยะต้นบางรายอาจมีความจำเป็นต้องได้รับยาเพนิซิลลิน เพิ่มอีก 1 ครั้ง การศึกษา

ขนาดใหญ่ในประเทศจีนสนับสนุนแนวคิดนี้ ผลการติดตามหญิงตั้งครรภ์ชาวจีนจำนวน 535,537 คน พบหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสจำนวน 1,471 คน ทั้งหมดได้รับการรักษาตามมาตรฐาน แต่ยังมีร้อยละ 12.5 ของทารกตรวจพบเป็นซิฟิลิสในเวลาต่อมา¹²

สำหรับคำแนะนำของหน่วยฯ คือ หากผู้ป่วยมีรอยโรคควรติดตามดูรอยโรคที่ 7-14 วัน หากอาการไม่ดีขึ้นเลย ควรให้การรักษาเพิ่มอีกเป็นครั้งที่สอง อย่างไรก็ตามรอยโรคมักหายสนิทที่ 4-6 สัปดาห์ ให้ติดตามที่ 3 เดือน เพื่อตรวจ VDRL/RPR หากเข้าเกณฑ์นิยามการรักษาล้มเหลว (treatment failure) ซึ่งนิยามคือ มีข้อใดข้อหนึ่งในต่อไปนี้ ไม่มีการตอบสนองของอาการหรืออาการแสดงเลย หรือตรวจพบ VDRL/RPR เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 4 เท่า ที่ระยะเวลา 3 เดือนหลังให้การรักษาหรือตรวจพบ VDRL/RPR ลดลงน้อยกว่า 4 เท่าหรือยังคงมีระดับอย่างน้อย 1:8 ที่ระยะเวลา 6 เดือนหลังทำการรักษาครบ คำแนะนำในการรักษาซ้ำ จะแบ่งเป็น 2 กรณี หนึ่งไม่มีประวัติการติดเชื้อซ้ำ จะให้การรักษาโดย Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพก สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 3 ครั้ง และสองมีประวัติการติดเชื้อซ้ำ จะให้การรักษาโดย Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพก ครั้งเดียว ควรตรวจ VDRL/RPR ใหม่ทุกครั้ง เมื่อเริ่มให้การรักษาใหม่

ปัจจุบัน แนวปฏิบัติของ CDC ปี 2021 แนะนำให้ฉีด benzathine penicillin 2.4 ล้านยูนิต เข้ากล้ามเนื้อสะโพก ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 1 สัปดาห์ ในมารดาที่เป็นซิฟิลิสระยะที่ 1, 2 และระยะแฝงช่วงต้น เนื่องจากมีหลักฐานพบว่า มีประโยชน์ สามารถป้องกันซิฟิลิสแต่กำเนิดได้¹⁰

ในการรักษาผู้ป่วยสัมผัสพันธุกรรมตามระยะของโรค โดยไม่จำเป็นต้องตรวจเลือด ได้แก่ ในช่วง 3 เดือนก่อนหน้าสำหรับผู้ที่เป็นซิฟิลิสระยะที่หนึ่ง ในช่วง 6 เดือนก่อนหน้าสำหรับซิฟิลิสระยะที่สองและในช่วง 2 ปีก่อนหน้าสำหรับซิฟิลิสระยะแฝงช่วงต้น

การรักษาซิฟิลิสระยะท้าย

สูตรยาแนะนำ คือ Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพก สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 3 ครั้ง โดยช่วงห่างของแต่ละครั้ง คือ 7 วัน และสามารถยืดออกได้โดยไม่ต้องไม่เกิน 9 วัน หากเกิน 9 วัน จะจำเป็นต้องเริ่มการรักษาใหม่ทั้งหมด¹⁰

ในกลุ่มนี้มักมีอาการที่ไม่ชัดเจนจึงใช้การติดตามด้วยการตรวจซีโรโลยีเป็นหลัก โดยตรวจ VDRL/RPR ติดตามที่ระยะเวลา 3 เดือน ในกรณีที่สงสัยมีภาวะการรักษาล้มเหลว (treatment failure) ซึ่งนิยามคือ มีข้อใดข้อหนึ่งในต่อไปนี้ คือ ไม่มีการตอบสนองของอาการหรืออาการแสดงเลย หรือตรวจพบ VDRL/RPR เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 4 เท่า ที่ระยะเวลา 3 เดือนหลังให้การรักษา หรือตรวจพบ VDRL/RPR ลดลงน้อยกว่า 4 เท่า หรือยังคงมีระดับอย่างน้อย 1:8 ที่ระยะเวลา 6 เดือนหลังทำการรักษาครบ คำแนะนำในการรักษาซ้ำ จะแบ่งเป็น 2 กรณี¹⁾ ไม่มีประวัติการติดเชื้อซ้ำ จะให้การรักษาแบบเดิมอีกครั้ง ยกเว้นในกรณีที่มียาอาการและอาการ

แสดงที่บ่งถึงซิฟิลิสของระบบประสาท ได้แก่ เจ็บตา ตาแดง กลัวแสง หูดับ เป็นต้น และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย กลุ่มนี้จะให้การรักษาแบบซิฟิลิสของระดับประสาทโดยไม่จำเป็นต้องเจาะน้ำไขสันหลังส่งตรวจ และ 2) มีประวัติการติดเชื้อซ้ำ จะให้การรักษาโดย Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกครั้งเดียว ควรตรวจ VDRL/RPR ใหม่ทุกครั้ง เมื่อเริ่มให้การรักษาใหม่

การรักษาผู้ป่วยสัมผัสพันธุกรรม จะทำเมื่อผู้ป่วยสัมผัสพันธุกรรมนั้นได้รับการวินิจฉัยเป็นซิฟิลิส โดยแนวทางการวินิจฉัยจะใช้แนวทางเดียวกับการตรวจวินิจฉัยในหญิงตั้งครรภ์ (แผนภาพที่ 1,2)

การรักษาซิฟิลิสของระบบประสาท

สูตรยาแนะนำ คือ Aqueous crystalline penicillin G 18-24 ล้านยูนิต ต่อวัน แบ่งฉีดเข้าหลอดเลือดครั้งละ 3-4 ล้านยูนิต ทุก 4 ชั่วโมง หรือการให้ยาเข้าหลอดเลือดอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา 10-14 วัน

ไม่แนะนำการเจาะน้ำไขสันหลังเพื่อวินิจฉัยในหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากการจัดทำ ทำได้ยาก และหญิงตั้งครรภ์อาจมีปัญหาการแข็งตัวของเลือดท ในกรณีที่มิใช่ข้อสงสัยโรคซิฟิลิสของระบบประสาทและจำเป็นต้องได้รับการรักษา แนะนำให้เริ่มรักษาก่อน และตรวจติดตามประเมินน้ำไขสันหลัง ภายหลังจากสิ้นสุดขบวนการตั้งครรภ์และการคลอดแล้ว หรืออย่างน้อย 6 สัปดาห์ภายหลังการคลอดบุตร

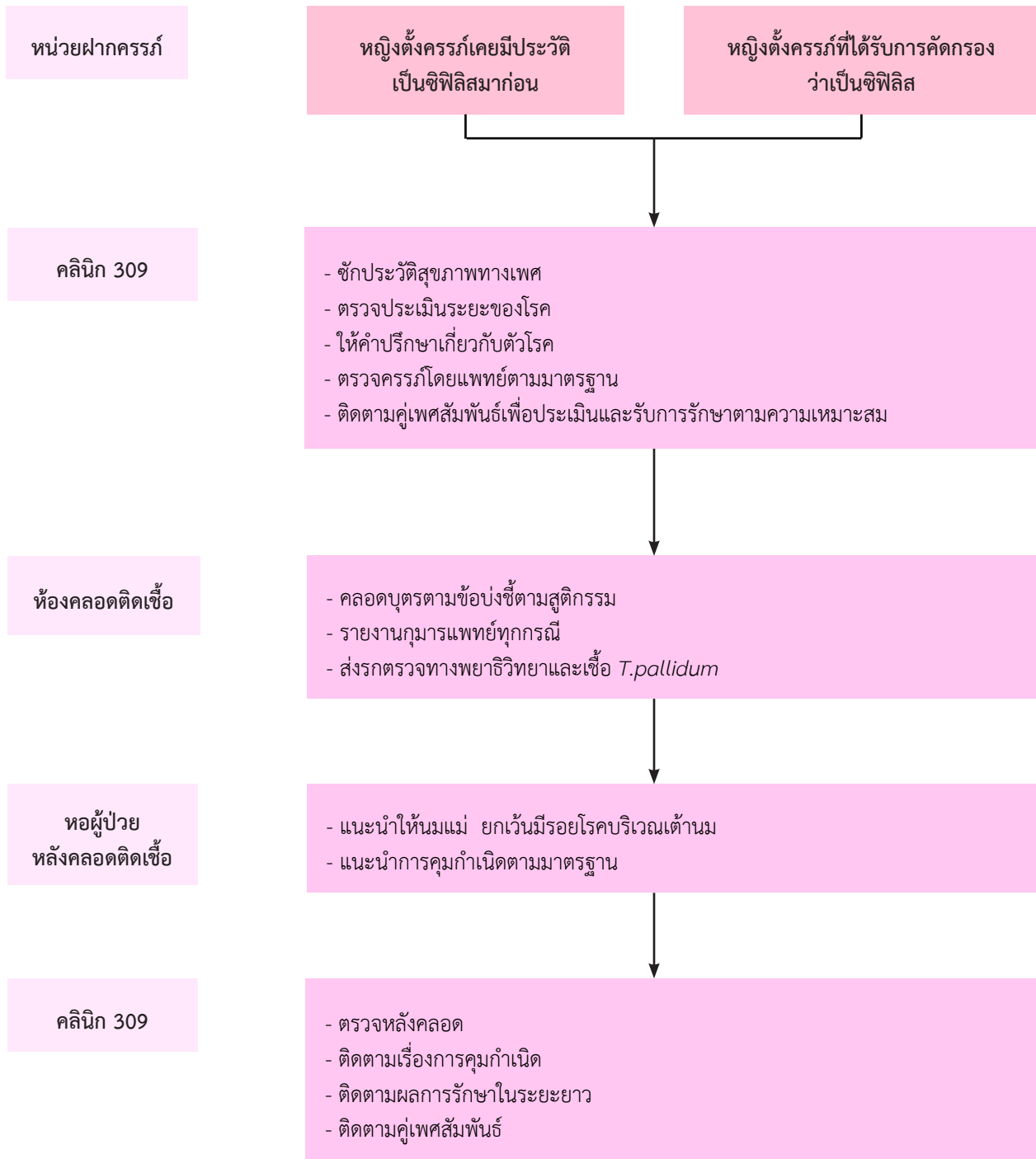
การรักษาผู้ป่วยสัมผัสพันธุกรรม จะทำเมื่อผู้ป่วยสัมผัสพันธุกรรมนั้นได้รับการวินิจฉัยเป็นซิฟิลิส โดยแนวทางการวินิจฉัยจะใช้แนวทางเดียวกับการตรวจวินิจฉัยในหญิงตั้งครรภ์

การดูแลในช่วงการคลอด⁷

แนวทางปฏิบัติในปี พ.ศ. 2563 ให้ความสำคัญกับการประสานงานระหว่างทีมสูติกรรมและกุมารเวชกรรมมากขึ้น โดยแนะนำให้มีการสื่อสารระหว่างกัน เมื่อมีผู้ป่วยกลุ่มนี้มาคลอดโดยไม่คำนึงถึงเรื่องประวัติการรักษา และต้องระมัดระวังในเรื่องการสัมผัสสารคัดหลั่งของหญิงตั้งครรภ์อย่างมาก โดยกำหนดว่า ผู้มีประวัติการรักษาไม่ครบหรือไม่ได้รับการรักษา หรือผล VDRL $\geq$ 1:8 หรือ RPR $\geq$ 1:4 หรือได้รับการรักษาด้วยยาที่ไม่ใช่เพนิซิลลิน ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่เคยมีประวัติเป็นซิฟิลิส ควรได้รับการส่งตรวจ VDRL/RPR ในวันคลอดเพื่อเปรียบเทียบกับระดับดังกล่าวในเลือดของทารก โดยหากระดับ VDRL/RPR ในเลือดทารกสูงกว่าในเลือดมารดา อย่างน้อย 4 เท่า จะแสดงถึงการติดเชื้อในทารก นอกจากนี้ยังแนะนำการส่งตรวจรก เพื่อประเมินพยาธิสภาพต่อทารกจากซิฟิลิสในช่วงตั้งครรภ์ และการตรวจหาเชื้อ T. pallidum หากสามารถทำได้

อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่สำคัญคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดโดยไม่ได้รับการฝากครรภ์เลย หรือเป็นผู้ที่เพิ่งติดเชื้อใหม่ โดยไม่ทราบมาก่อน กลุ่มนี้ถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการแพร่เชื้อ

แผนภาพที่ 1 แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสที่โรงพยาบาลศิริราช



ที่มา: หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ต่อทั้งทารกและบุคลากรทางการแพทย์ จึงมีคำแนะนำสำหรับการป้องกันการติดเชื้อภายหลังการสัมผัสโรค (post-exposure prophylaxis) ดังนี้ บุคลากรที่สัมผัสสารคัดหลั่งของหญิงตั้งครรภ์หรือทารกอย่างชัดเจน ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเริ่มการรักษา แพทย์สามารถพิจารณาเริ่มการรักษาได้เลย โดยไม่จำเป็นต้องรอผลการตรวจเลือด เนื่องจากการติดเชื้อในระยะแรกผลเลือดจะยังไม่ให้ผลผิดปกติ และหากบุคลากรติดเชื้อจริง ผลเลือด treponemal test อาจจะเป็นบวกตลอดชีวิต บุคลากรที่สัมผัสสารคัดหลั่งทุกคนจะต้องได้รับการตรวจเลือดทั้ง non-treponemal test และ treponemal test เป็นพื้นฐาน และตรวจซ้ำอีกครั้งที่ระยะเวลา 3 เดือน ในระหว่างนี้ควรใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอเมื่อมีเพศสัมพันธ์

แนวทางการติดตามภายหลังการรักษา⁷

แนะนำให้ตรวจติดตามภายหลังการรักษาครบครั้งแรกที่ 3 เดือน โดยเน้นให้ตรวจ VDRL/RPR ในวันที่เริ่มรับการรักษาหรือใกล้เคียงมากที่สุด เพื่อได้การเปรียบเทียบที่แม่นยำที่สุด จากข้อมูลของหน่วยฯ ที่ระยะเวลา 3 เดือนหลังเริ่มรักษา ร้อยละ 65 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มี VDRL อย่างน้อย 1:8 จะมีระดับ VDRL ลดลง 4 เท่า ดังนั้นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ระยะเวลา 3 เดือนน่าจะเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการติดตามผลเลือดครั้งแรกภายหลังการรักษาครบ¹³ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยซิฟิลิสระยะท้าย กลุ่มนี้มักมี VDRL/RPR ต่ำกว่าตั้งแต่ต้น การติดตามการลดลงของ VDRL/RPR ทำได้ยากกว่ากลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นซิฟิลิสระยะต้น

การติดตามในระยะยาวทำได้โดยการตรวจ VDRL ตามมาตรฐาน หาก VDRL ไม่เป็นลบที่ระยะเวลา 2 ปี โดยไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อซ้ำ ทางหน่วยฯ ได้ประสานกับหน่วยโรคประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ เพื่อเจาะน้ำไขสันหลังเพื่อส่งตรวจและแยกโรคซิฟิลิสของระบบประสาท หากผล VDRL เป็นลบที่ 2 ปี และไม่มีความเสี่ยงเพิ่มเติม ทางหน่วยฯ จะไม่มีการนัดติดตามต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ทางหน่วยฯ เปิดโอกาสให้เข้ามารับคำปรึกษา และตรวจวินิจฉัย ตามความสมัครใจ

บทบาทของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส

พยาบาลต้องให้ความสำคัญและมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ครอบคลุมทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด เพื่อลดผลกระทบและความรุนแรงของโรคซิฟิลิสต่อหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด โดยบทบาทของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสมีรายละเอียด ดังนี้¹⁴

ระยะตั้งครรภ์

พยาบาลมีบทบาทในการประเมิน วางแผน และติดตามภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส โดยการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสแก่หญิงตั้งครรภ์และสามี

อธิบายความสำคัญของการตรวจและวิธีการตรวจ ความสำคัญของการตรวจคัดกรองเป็นคู่ (ชวนสามี/คู่เพศสัมพันธ์มาตรวจ) อธิบายประโยชน์ของหญิงตั้งครรภ์และบุตรในการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส และอธิบายกรณีผลตรวจคัดกรองเป็นบวกต้องมีการตรวจซ้ำเพื่อยืนยัน กรณีผลการตรวจคัดกรองซิฟิลิสเป็นลบ แจ้งหญิงตั้งครรภ์ว่าจะมีการตรวจคัดกรองซ้ำเมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ กรณีหญิงตั้งครรภ์มีผลการตรวจยืนยันซิฟิลิสเป็นบวก พยาบาลประเมินสภาพจิตใจก่อนแจ้งผลการตรวจยืนยัน และทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซิฟิลิส อธิบายวิธีการรักษา อาการข้างเคียงของยา และการปฏิบัติตัวขณะรักษารวมถึงผลกระทบของโรคซิฟิลิสที่ส่งผลกระทบต่อทารก ผลตรวจเลือดสามี/คู่เพศสัมพันธ์แตกต่างกัน ให้คำปรึกษาแยกและสอบถามความยินยอมของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการแจ้งผลการตรวจให้แก่สามี/คู่เพศสัมพันธ์หรือคนในครอบครัวรับทราบ แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและรีบมาพบแพทย์ รวมถึงประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศ แนะนำการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ดูแลตรวจครรภ์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหรือความเสี่ยงที่พบบ่อยในทารก เช่น ทารกบวม น้ำ ทารกตบและม้ามโต ทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือตายคลอด ทารกโตช้าในครรภ์ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด นัดหญิงตั้งครรภ์เพื่อติดตามผลภายหลังได้รับการรักษา โดยติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผลการรักษาของแพทย์ และปฏิกิริยาภายหลังได้รับยา การแพ้ยาโดยแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ (1) ระยะก่อนการรักษา (2) ระยะระหว่างทำการรักษา (3) ระยะหลังการรักษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การพยาบาลในระยะก่อนการรักษา

1.1 พยาบาลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลต่าง ๆ ให้ครบถ้วน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นโดยปฏิบัติดังนี้

- 1.1.1 ตรวจสอบชื่อ นามสกุล อายุ โดยการถามและตรวจสอบกับเอกสารใบฝากครรภ์
- 1.1.2 ตรวจสอบผลเลือดในใบฝากครรภ์กับผลการตรวจเลือดในระบบ Éclair คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลศิริราชให้ถูกต้อง
- 1.1.3 ทำแฟ้มประวัติ (STD file) บันทึกข้อมูลเก็บเป็นความลับไว้ในหน่วยฯ เพื่อเป็นข้อมูลด้านสุขภาพและติดตามผลการรักษา

1.2 ประเมินสัญญาณชีพและการตรวจร่างกายทั่วไป

1.3 พยาบาลซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ เพศสัมพันธ์ การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และประวัติอื่น ๆ ซึ่งมียาละเอียดต่อไปนี้

- 1.3.1 ซักประวัติการตั้งครรภ์ตามมาตรฐาน
- 1.3.2 ซักประวัติเกี่ยวกับการติดเชื้อ โดยเฉพาะในกรณีไม่มีอาการหรือแสดงอาการไม่ชัดเจน ได้แก่ อาการสำคัญ อาการร่วม พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์

ช่องทางที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ (ทางทวารหนักหรือทางปาก) การใช้ถุงยางอนามัย ถุงยางอนามัยแตกขาด รั่ว จำนวนคู่นอนที่ผ่านมา พฤติกรรมเสี่ยงของสามี/คู่นอนและพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ (เช่น การใช้เข็มของมีคมร่วมกับผู้อื่น การสัก การเจาะตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย) อาการผิดปกติและประวัติการติดเชื้อของสามี/คู่นอน และประวัติการรักษา รวมถึงการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคต่าง ๆ เป็นต้น เพื่อประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วยที่ผ่านมา

1.3.3 ประวัติดื่น ๆ ได้แก่ การใช้ยา สารเสพติดหรือวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้อุปกรณ์ทางเพศ ประวัติการเป็นผู้ต้องขัง ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา เป็นต้น

บทบาทการพยาบาลในระยะนี้เป็นการให้การปรึกษาเพื่อแจ้งผลการตรวจเลือดเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง ให้ความรู้โดยใช้กระบวนการให้การปรึกษาที่เกี่ยวกับโรคซิฟิลิส การรักษาขณะตั้งครรภ์ การปฏิบัติตัวและสอนวิธีการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง ประเมินสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก เสริมพลังให้มีความมั่นใจและไปสื่อสารกับสามีให้มาตรวจเลือดได้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม โดยให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และครอบครัว

2. การพยาบาลในระยะระหว่างทำการรักษา

เนื่องจากยาฉีด Benzathine penicillin เป็นยาที่ใช้เฉพาะฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ด้วยยาถูกดูดซึมช้า และทำให้มีอาการปวดค่อนข้างมาก อันตรายที่เกิดจากการใช้ยาจะเป็นลักษณะของการแพ้ยา (hypersensitivity or drug allergy) ซึ่งเกิดจากร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันต่อยาดังกล่าวขึ้น อาการแพ้ยาอาจรุนแรงจนเป็นสาเหตุให้ถึงแก่ความตายได้ จึงต้องมีการประเมินอย่างใกล้ชิดและเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อม

บทบาทของพยาบาล คือ การประเมินการแพ้ยา ประเมินสัญญาณชีพ ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อน อาการแพ้ยา และการสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้น ตรวจสอบข้อมูล เตรียมยาให้ถูกต้อง จัดทำนอนให้เหมาะสม แนะนำการปฏิบัติตัวไม่เกร็งกล้ามเนื้อ ใช้ cold pack วางบนตำแหน่งที่ฉีดยาทั้งก่อนและหลังฉีดยา แนะนำให้กำหนดลมหายใจเข้า-ออกอย่างสม่ำเสมอเพื่อเบี่ยงเบนจากความเจ็บปวด พร้อมทั้งสังเกตอาการแพ้ยาและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ แสดงความเข้าใจความรู้สึกต่อความเจ็บปวด ชื่นชมและเสริมพลัง เน้นให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้ยาครบตามแผนการรักษา รวมถึงอาการผิดปกติและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และช่องทางการมาตรวจก่อนนัด

3. การพยาบาลในระยะหลังการรักษา

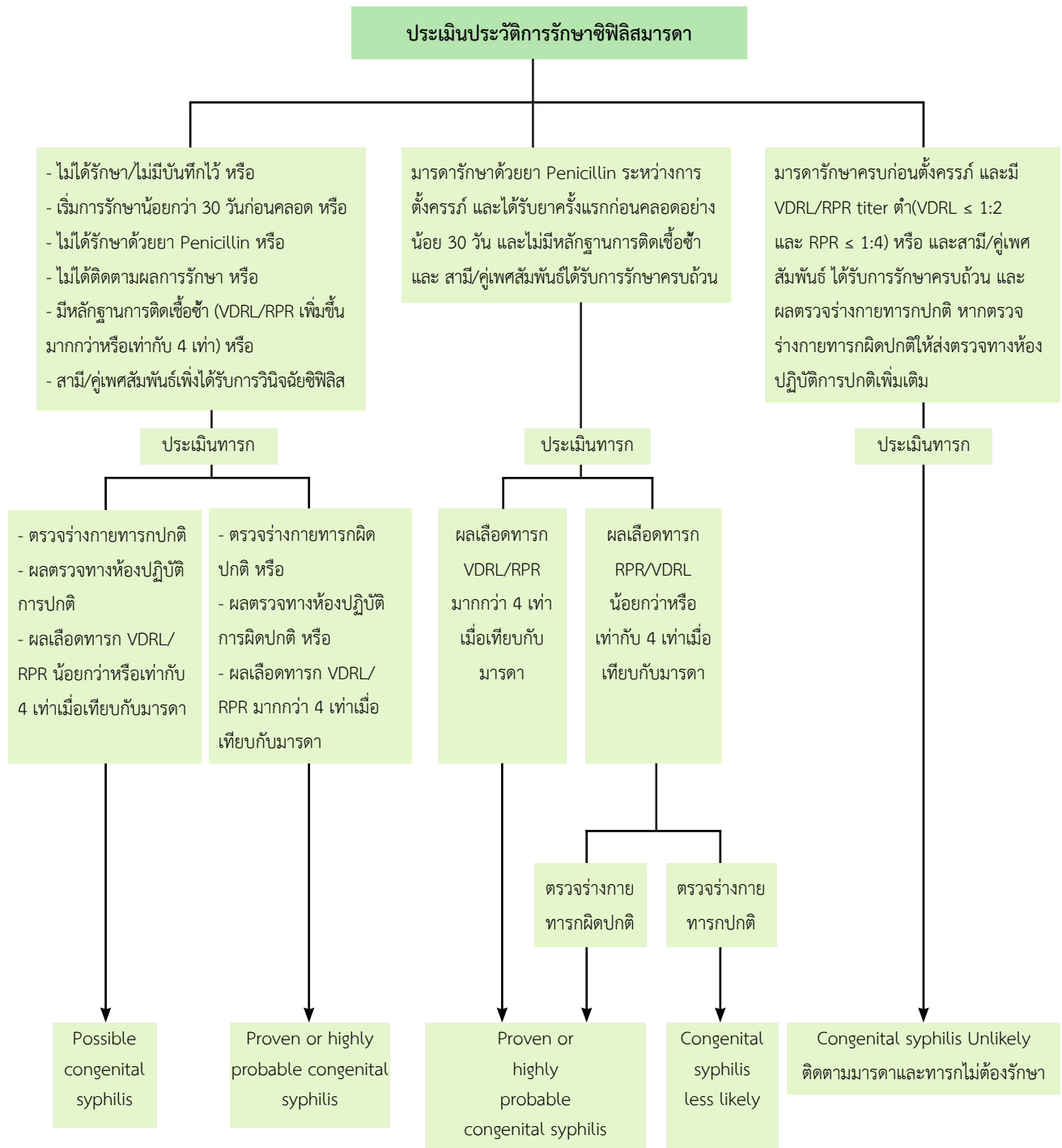
บทบาทของพยาบาลหลังจากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาแล้ว คือการให้การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ตามมาตรฐานต่อเนื่องไปจนคลอด เช่น การตรวจครรภ์ การตรวจด้วยอัลตราซาวด์ การตรวจ non-stress test ตรวจเลือดติดตามหลังรักษา การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การนับและบันทึกลูกดิ้น การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนนัด การบันทึกข้อมูลและส่งต่อไปยังห้องคลอดเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดและหลังคลอด รวมถึงการติดตามสามีมาตรวจเลือด การฟังผลเลือด และการใช้ถุงยางอนามัย สนับสนุนส่งเสริมสัมพันธภาพ พูดคุยระบายความรู้สึกที่ดีต่อกัน ให้สามีมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งติดตามสามีที่ยังไม่มาให้ได้ตรวจเลือดและรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคซ้ำ

ระยะคลอด

พยาบาลมีบทบาทในการคัดกรองความเสี่ยง ประเมินสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ แรกรับและในระหว่างการคลอด ดูแลให้การพยาบาลผู้คลอดตามมาตรฐานเพื่อดำเนินการคลอดตามปกติ ใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวดจากการคลอด ดูแลความสุขสบายทั่วไป เพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด และการสังเกตอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะคลอด ดูแลท่าคลอดหรือช่วยแพทย์ท่าคลอดอย่างปลอดภัย กรณีมารดาคลอดไม่มีผลตรวจซิฟิลิส ซึ่งส่วนใหญ่จะพบในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์ ชักประวัติ ตรวจร่างกายดูลักษณะรอยโรคบริเวณอวัยวะเพศที่อาจส่งผลกระทบต่อช่องทางการคลอด และตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หากผลตรวจผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อทำการวินิจฉัย ประเมินสภาพทารกในครรภ์เพื่อเตรียมทีมในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด หากแพทย์วินิจฉัยและทราบระยะของซิฟิลิส ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์

กรณีมารดาคลอดติดเชื้อซิฟิลิสมาคลอด ชักประวัติเกี่ยวกับการได้รับยาปฏิชีวนะครบตามแผนการรักษา และประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ เพื่อวางแผนการดูแลในระยะรอคลอด เช่น ทารกเกิดความพิการ ทารกคลอดก่อนกำหนด เพื่อเตรียมทีมในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด รวมถึงตรวจร่างกายดูลักษณะรอยโรคบริเวณอวัยวะเพศที่อาจส่งผลกระทบต่อช่องทางการคลอด ควรตรวจรกให้ละเอียดเนื่องจากทารกผู้คลอดที่ติดเชื้อซิฟิลิส จะมีลักษณะใหญ่ ชีตและบวม น้ำ อาจมีเศษชิ้นส่วนของรกตกค้างในโพรงมดลูกส่งผลให้ผู้คลอดตกเลือดหลังคลอด การดูแลทารกแรกเกิด ให้การพยาบาลทารกแรกเกิดทันทีตามมาตรฐาน ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของทารกที่เกิดจากการติดเชื้อซิฟิลิส โดยการตรวจร่างกายทารกที่ติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิด เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนย้ายทารกไปรักษาตัวที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด รวมทั้งป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยใช้หลัก universal precaution ในการปฏิบัติงานทุกขั้นตอน

แผนภาพที่ 2 แนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาทารกที่เกิดจากมารดาที่เกิดจากมารดาที่ตรวจพบซิฟิลิส^{1, 6-7}



ที่มา: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁷

ระยะหลังคลอด

พยาบาลมีบทบาทในการประเมินภาวะ สุขภาพมารดา หลังคลอดและให้การดูแลอย่างเหมาะสม ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว หลังคลอด วางแผนครอบครัว ประเมินและดูแลสุขภาพทารกแรกเกิด ประเมินภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก รวมถึงจัดการเบื้องต้น และส่งต่ออย่าง เหมาะสม โดยให้การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล มารดาหลังคลอดทั่วไป ประเมินภาวะสุขภาพของมารดาส่งเสริมการ ปฏิบัติตัวหลังคลอด การปรับบทบาทในการเป็นมารดา การส่งเสริม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ควรดื่มนม แม่กรณีที่มีการดื่มนมที่บริเวณเต้านมหรือ รักแร้ หรือมีหัวนม ถลอก หัวนมแตก เต้านมอักเสบ เพราะจะทำให้ทารกติดเชื้อซิฟิลิส ได้ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่น โดยอาจดูแลให้มารดา แยกจากมารดาหลังคลอดและทารกคนอื่น และแยกอุปกรณ์เครื่อง ใช้หลังคลอดที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ แนะนำการคุมกำเนิดที่ เหมาะสมกับมารดา หลังคลอดและสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ เพื่อเว้น ระยะการมีบุตร ให้มารดาและสามีได้รับการรักษานานหลาย แนะนำ การปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การมาตรวจตามนัด และ ติดตามผลการรักษาต่อเนื่องของมารดาและทารก กรณีที่มารดาได้ รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิสเมื่อมาคลอดบุตร

การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดอาศัยทั้งประวัติมารดา อาการและอาการแสดงของทารก ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังต่อไปนี้

- มารดา ประวัติและข้อมูลการรักษาที่สำคัญในมารดา ได้แก่ อาการและอาการแสดงของโรคซิฟิลิสในมารดาเพื่อประเมิน ระยะของโรค การรักษาโรคซิฟิลิสของมารดา โดยเฉพาะวิธีการรักษา ยาที่ใช้ในการรักษา ความเหมาะสมของการรักษา และวันแรกที่ได้รับ การรักษา ระดับแอนติบอดีในเลือดต่อเชื้อซิฟิลิสของมารดา (VDRL/RPR) ตั้งต้น และระดับแอนติบอดี VDRL/RPR หลังการรักษาว่าตอบสนองต่อการรักษาหรือไม่ โดยมีเกณฑ์กำหนด คือ หากค่า VDRL/RPR เพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 4 เท่าจากค่าตั้งต้นถือว่าการรักษาล้มเหลว (เช่น จาก 1:4 เป็น 1:16)

*กรณีไม่ทราบผลการตรวจซิฟิลิสของมารดาขณะตั้งครรภ์หรือช่วง คลอด ไม่ควรให้มารดาและทารกกลับบ้านจนกว่าจะทราบผล

- ทารก อาการและอาการแสดงของซิฟิลิสในทารก (early congenital syphilis) เช่น ตับโต ม้ามโต ต่อมทอนซิลโต ซีด และ อาการแสดงทางผิวหนังและเยื่อเมือก (mucocutaneous lesion) มือ เท้าลอก น้ำมูกไหลและมีเลือดปน (snuffle), osteochondritis, pseudoparalysis

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยโรค (basic tests) ทารกซิฟิลิสแต่กำเนิดอาจตรวจพบมีความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ตรวจนับเม็ดเลือด (complete

blood count, CBC) พบจำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น (leukocytosis) ภาวะซีด (anemia) เกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) การตรวจการทำงานของตับ (liver function test, LFT) พบระดับ บิลิรูบินและ/หรือเอนไซม์ตับสูงขึ้น

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค (confirmatory tests)

1. การตรวจหาเชื้อ *T. pallidum* โดยตรงจากสิ่งส่งตรวจจากรก สายสะดือ สารคัดหลั่งหรือรอยโรคจากทารก เช่น สารคัดหลั่งในโพรงจมูก และสารคัดหลั่งจากแผลที่ผิวหนัง แล้วนำมาตรวจหาเชื้อด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การตรวจทางกล้องจุลทรรศน์ชนิด dark field (dark field microscopy) เพื่อหาเชื้อ *T. pallidum* ซึ่งมีรูปร่างทรงเกลียว การตรวจโดยใช้แอนติบอดีต่อ *T. pallidum* ที่ติดสลากระเบียงแสงทำปฏิกิริยากับตัวเชื้อ (direct fluorescent antibody test, DFA), การตรวจทางอณูชีวโมเลกุล (nucleic acid amplification test หรือ NAAT)

2. การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา เป็นการตรวจวินิจฉัยโดยการตรวจหาแอนติบอดีในเลือดต่อเชื้อซิฟิลิส ซึ่งสามารถตรวจได้ 2 วิธี คือ

- 2.1 Non-treponemal test ถ้าผล VDRL/RPR ในทารกมีค่ามากกว่า 4 เท่าขึ้นไปของมารดา จะสามารถให้การวินิจฉัยว่าทารกเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด ไม่แนะนำให้ใช้เลือดจากสายสะดือ (cord blood) เนื่องจากอาจมีการปนเปื้อนของเลือดมารดาและ Wharton jelly ข้อควรระวัง กรณีมารดาหรือทารกมีอาการหรืออาการแสดงเข้าได้กับซิฟิลิส แต่ผลตรวจ VDRL/RPR เป็นลบ อาจเกิดจาก prozone phenomenon ซึ่งหมายถึงผู้ติดเชื้อมี titer ของแอนติบอดีต่อซิฟิลิสสูงมาก ดังนั้นหากสงสัยควรแจ้งทางห้องปฏิบัติการเพื่อทดสอบซ้ำโดยการเจือจางซีรัม (serum dilution)

- 2.2 Treponemal test เนื่องจากเมื่อมีการติดเชื้อซิฟิลิสแล้ว treponemal test จะให้ผลบวกไปตลอด จึงควรส่งตรวจคู่กับการส่ง non-treponemal test เสมอ

เกณฑ์การวินิจฉัยซิฟิลิสแต่กำเนิด

การวินิจฉัยซิฟิลิสแต่กำเนิดในทารกที่เกิดจากมารดาที่ตรวจพบซิฟิลิส หากมีข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1) มีอาการและอาการแสดงเข้าได้กับซิฟิลิสแต่กำเนิด 2) ผลตรวจแอนติบอดี VDRL/RPR ในทารกมีค่ามากกว่า 4 เท่าขึ้นไป เมื่อเทียบกับมารดา ณ วันคลอด 3) ตรวจพบเชื้อ *T. pallidum* จากสิ่งส่งตรวจจากรก สายสะดือ และสารคัดหลั่งหรือรอยโรคจากทารกด้วยวิธี dark field, NAAT, Immunohistochemistry (IHC) หรือการตรวจทางพยาธิของรกหรือสายสะดือให้ผลบวก

การวินิจฉัยซิฟิลิสแต่กำเนิดที่มีความผิดปกติของระบบประสาท หากมีข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1) ผลตรวจน้ำไขสันหลังผิดปกติ คือ ในเด็กอายุ ≤ 30 วัน เม็ดเลือดขาวในน้ำไขสันหลัง > 25 ตัว/มม³ หรือโปรตีนในน้ำไขสันหลัง > 150 มก./ดล. ในเด็กอายุ $>$

30 วัน เม็ดเลือดขาวในน้ำไขสันหลัง > 5 ตัว/มม³ หรือโปรตีนในน้ำไขสันหลัง > 40 มก./ดล. หรือ 2) ผลตรวจ VDRL ในน้ำไขสันหลังให้ผลบวก (ไม่ใช้การทดสอบ RPR แทน VDRL)

การรักษาซิฟิลิสแต่กำเนิด

การรักษาทารกที่เกิดจากการติดเชื้อซิฟิลิสขึ้นกับการวินิจฉัยในทารก ตามแนวทางการวินิจฉัยทารกที่เกิดจากการติดเชื้อซิฟิลิส แบ่งเป็น 3 กรณี ได้แก่

กรณีที่ 1 มารดาไม่ได้รับการรักษาที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งมีนิยามคือไม่ได้รับการรักษาหรือไม่บันทึกไว้ หรือ เริ่มการรักษาน้อยกว่า 30 วันก่อนคลอด หรือ ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา Penicillin หรือ ไม่ได้ติดตามผลการรักษา หรือ มีหลักฐานการติดเชื้อซ้ำ (VDRL/RPR เพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 4 เท่า) หรือ สามี/คู่เพศสัมพันธ์เพิ่งได้รับการวินิจฉัยซิฟิลิส

กรณีที่ 2 มารดาได้รับการรักษาครบถ้วนสมบูรณ์ และ

กรณีที่ 3 มารดาได้รับการรักษาครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งนิยามคือ มารดาที่เคยวินิจฉัยติดเชื้อซิฟิลิสและได้รับการรักษาครบถ้วน ครรภ์มานานเกิน 1 ปี และมี VDRL/RPR titer ต่ำ (VDRL $\leq 1:2$ และ RPR $\leq 1:4$) และสามี/คู่เพศสัมพันธ์ได้รับการรักษาครบถ้วน

การรักษากรณีทารกได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด หรือ มีโอกาสสูงที่จะเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด (highly probable congenital syphilis) คือยา aqueous penicillin G 50,000 ยูนิต/กก. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 12 ชม. ในทารกที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน และให้ทุก 8 ชั่วโมง ในทารกที่อายุมากกว่า 7 วัน ระยะเวลา 10 วัน หรือยา procaine penicillin G 50,000 ยูนิต/กก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อวันละครั้ง นาน 10 วัน หากขาดยาต่อเนื่องนานเกิน 24 ชั่วโมง ให้เริ่มการรักษาใหม่ ยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนการให้ยาปฏิชีวนะชนิดอื่นในการรักษาซิฟิลิสแต่กำเนิด ดังนั้นกรณีมีความจำเป็นต้องรักษาการติดเชื้ออื่น ๆ ในทารกไปด้วย แนะนำให้ยา aqueous penicillin 10 วัน ร่วมกับยาปฏิชีวนะชนิดอื่น

การรักษากรณีทารกได้รับการวินิจฉัยว่าอาจเป็น (possible) หรือ มีโอกาสน้อยที่จะเป็น ซิฟิลิสแต่กำเนิด (less likely congenital syphilis) คือยา Benzathine penicillin G 50,000 ยูนิต/กก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว

การรักษาซ้ำ

พิจารณาให้การรักษาซ้ำเมื่อทารกมีผลตรวจแอนติบอดี RPR/VDRL ลดลงน้อยกว่า 4 เท่าหรือเพิ่มขึ้นใน 6-12 เดือนหลังการรักษา โดยทำการตรวจประเมินทารกซ้ำ รวมทั้งตรวจน้ำไขสันหลัง และให้การรักษาด้วย aqueous penicillin G ทางหลอดเลือดดำ โดยให้ยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำอีก 10 วัน

การติดตามทารกซิฟิลิสแต่กำเนิดภายหลังการรักษา

ให้นัดตรวจติดตามอาการทารกที่อายุ 2, 4, 6, 9, 12 และ

18 เดือน พร้อมกับรับวัคซีนตามปกติ และที่อายุ 4 และ 6 เดือน ให้ตรวจแอนติบอดี VDRL/RPR และติดตามจนกระทั่งผลเลือดเป็นลบ โดยระดับ VDRL/RPR จะเริ่มลดลงภายหลังการรักษาประมาณ 3 เดือน และจะเป็นลบภายหลังการรักษาประมาณ 6 เดือน นอกจากนี้ที่อายุ 18 เดือน ให้ตรวจ TPHA เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (การตรวจ TPHA ในทารกช่วง 12-15 เดือนแรก อาจให้ผลบวกได้เนื่องจากแอนติบอดีในมารดาสามารถส่งผ่านรกไปยังทารก แม้จะได้รับการรักษาที่ถูกต้องจึงไม่สามารถนำมาวินิจฉัยได้) การแปลผล หากผล TPHA เป็นลบ แปลได้ว่าทารกไม่ได้เป็นซิฟิลิสแต่หาก TPHA เป็นบวก แปลได้ว่าเป็นแอนติบอดีจากทารกเอง และสามารถยืนยันการวินิจฉัยได้ว่าทารกเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด

การตรวจติดตามน้ำไขสันหลัง^{1,5}

ในทารกที่ตรวจน้ำไขสันหลังพบความผิดปกติของเม็ดเลือดขาว และ/หรือค่าโปรตีนผิดปกติ หรือ cerebrospinal fluid VDRL ให้ผลบวก ปัจจุบันตามแนวทางการรักษาสถาบันกุมารเวชศาสตร์แห่งอเมริกา (American Academy of Pediatrics; AAP) ฉบับ พ.ศ. 2564 แนะนำว่าไม่จำเป็นต้องตรวจน้ำไขสันหลังซ้ำที่อายุ 6 เดือน ยกเว้นกรณีที่ภายหลังการติดตามทารกพบว่าระดับแอนติบอดี VDRL/RPR ไม่ลดลงที่ 6-12 เดือนหลังการรักษา

สรุป

เป้าหมายในการกำจัดซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทยเป็นสิ่งท้าทาย เนื่องจากอุบัติการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสสูงขึ้นในหลายภูมิภาคในประเทศไทย โดยมักเป็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยและเป็นซิฟิลิสระยะต้น ซึ่งเป็นระยะที่แพร่เชื้อได้มาก จึงมีการปรับแนวปฏิบัติเพื่อลดซิฟิลิสแต่กำเนิดเพื่อแก้ไขปัญหา โดยเพิ่มการค้นหาผู้ที่เป็นโรค เริ่มการรักษาให้เร็วขึ้น สนับสนุนการตรวจรกในช่วงคลอด รวมถึงเพิ่มระบบการประสานงานกับกุมารแพทย์ปรับแนวทางการตรวจติดตามภายหลังการรักษาให้เหมาะสม รวมถึงแนวทางการตรวจติดตามคู่เพศสัมพันธ์เพื่อรับการรักษาอย่างครบถ้วน “แนวทางระดับชาติเรื่องการจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563” ได้จัดทำขึ้นโดยความร่วมมือของคณะผู้เชี่ยวชาญจากสหวิชาชีพเพื่อให้ความเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน สำหรับบุคลากรแพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใช้ในการคัดกรองดูแลรักษา และการรายงานโรค ดังนั้นความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกคน ส่งผลให้การป้องกันควบคุมโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และซิฟิลิสแต่กำเนิดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และลดอัตราการเกิดโรค

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. American Academy of Pediatrics. Redbook 2021: Report of the Committee on Infectious Diseases. 32 ed. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2021.

2. Ministry of Public Health, The Royal Thai Government. Maintenance for Thailand: The Validation of the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis, 2018-2019. Available from: <https://www.hp.anamai.moph.go.th/th/mch-emag/download/?did=203667&id=69447&reload=1>. (Accessed 15 January 2023).
3. World Health Organization. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis, and hepatitis B virus. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039360>. (Accessed 15 January 2023).
4. World Health Organization (Initiative for the global elimination of congenital syphilis). Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis, Promoting better maternal and child health and stronger health systems. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504348/en/>. (Accessed 20 January 2023).
5. Rungmaitree S, Mookhamakun C, Phongsamart W, Lolekha R, Wittawatmongkol O, Lapphra K, et al. Incidence of and factors associated with congenital syphilis at a tertiary hospital in bangkok, Thailand. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health* 2019;50(6):1-12.
6. Workowski K, Bachmann L, Chan P, Johnston C, Muzny C, Park I, et al. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021;70(4):1-184.
7. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2564.
8. Gonzalez-Estrada A, Radojicic C. Penicillin allergy: a practical guide for clinicians. *Cleve Clin J Med* 2015;82:295-300.
9. Wongsas C, Sompornrattanaphan M, Chayachinda C, Swasdimongkol P, Thongngarm T. Penicillin-allergic pregnant women with syphilis: Flow of management at Siriraj Hospital. *Siriraj Med Bull* 2021;14(4):62-73.
10. CDC guideline Syphilis during pregnancy – STI treatment guidelines. Available from: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/syphilis-pregnancy.htm>. (Accessed 10 April 2023).
10. Nathan L, Bawdon R, Sidawi J, Stettler R, McIntire D, Wendel GJ. Penicillin levels following the administration of benzathine penicillin G in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1993;82:338-42.
11. Weeks J, Myers S, Lasher L, Goldsmith J, Watkins C, Gall S. Persistence of penicillin G benzathine in pregnant group B streptococcus carriers. *Obstet Gynecol* 1997;90:240-3.
12. Zhu L, Qin M, Du L, Xie R, Wong T, Wen S. Maternal and congenital syphilis in Shanghai, China, 2002 to 2006. *International Journal of Infectious Diseases* 2010;14S:e45-e8.
13. Thamkhantho M, Chayachinda C, Yindeear-rom P. Prevalence of incomplete post-treatment follow-up visits in female patients with syphilis and the associating factors. *J Med Assoc Thai* 2020;103(2):163-7.
14. ญัฎฐยา อ่อนผิว, พรณยุพา เนาว์ศรีสอน, พยอม สิ้นธุศิริ. สตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิส: บทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2020; 21(3): 1-10.

Non-Chlamydial Non-Gonococcal Infection

Kittipoom Chinhiran*, Rossaphorn Kittiyaowamarn*, Chenchit Chayachinda**

*Bangrak STIs Center, Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Bangkok, **Unit of Infectious Diseases, Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(4):353-357

ABSTRACT

Non-gonococcal infection is a sexually transmitted infection (STI) which has many etiologic organisms such as *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum* etc. Of them, the most common one is *C. trachomatis*. However, *M. genitalium* has been increasingly reported and recent evidence shows that it can cause acute or persistent urethritis and cervicitis. Some species of *Mycoplasma* spp. and *Ureaplasma* spp. are normal commensal flora in the both male and female genital tracts. *U. urealyticum* has also been reported as a pathogen but more evidence is further required. *M. genitalium* and *U. urealyticum* infections are diagnosed by the swabs of the urethra, cervix, vagina, and first void urine for culture or nucleic acid amplification test (NAAT). The culture of these organisms is complicated and impractical in real-life practice. For the NAATs, only few hospitals can accommodate due to its high cost. Thailand follows the treatment guideline provided by the Centers for Disease Control and Prevention, United States which uses a combination of two antibiotics based on the antibiotic susceptibility. For the treatment of *U. urealyticum* infection, there is no consensus on the recommended treatment regimen. As a result, in case of non-gonococcal infection of which the specific organisms cannot be identified, antibiotics for the treatment of *C. trachomatis* should be initiated and follow-up should be scheduled. If the patient has persistent symptoms or other organisms are later detected, consultation or referral to a specialist is recommended for further proper management.

Keywords: Non-gonococcal infection; sexually transmitted infection; *Mycoplasma genitalium*; *Ureaplasma urealyticum*; persistent urethritis

Correspondence to: Kittipoom Chinhiran

Email: x_destiny_war@hotmail.com

Received: 19 April 2023

Revised: 27 June 2023

Accepted: 5 July 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i4.262481>

โรคหนองในเทียมที่ไม่ได้มีสาเหตุจากเชื้อ *Chlamydia trachomatis*

กิตติภูมิ ชินหิรัญ*, รสพร กิตติเยาวมาลย์*, เจนจิต ฉายะจินดา**

*ศูนย์การแพทย์บางรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,

**หน่วยโรคติดต่อ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

โรคหนองในเทียม เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีสาเหตุจากเชื้อก่อโรคได้หลายชนิด เช่น *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum* ซึ่งเชื้อที่พบมากที่สุดคือ *C. trachomatis* แต่ในปัจจุบันพบว่า เชื้อ *M. genitalium* พบได้มากขึ้น โดยจะทำให้เกิดท่อปัสสาวะและปากมดลูกอักเสบเฉียบพลันหรือท่อปัสสาวะอักเสบเรื้อรังได้ เชื้อกลุ่ม *Mycoplasma* spp. บางชนิด และเชื้อ *Ureaplasma* spp. เป็นเชื้อแบคทีเรียประจำถิ่นที่พบได้บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ทั้งเพศชายและหญิง แต่เชื้อ *M. genitalium* พบว่าเป็นเชื้อก่อโรค ส่วนเชื้อ *U. urealyticum* อาจก่อโรคหรือไม่ก็ได้ โดยการวินิจฉัยการติดเชื้อ *M. genitalium* และ *U. urealyticum* สามารถตรวจได้จากการ swab บริเวณท่อปัสสาวะ ปากมดลูก ช่องคลอด และปัสสาวะช่วงแรกหลังกลั้นปัสสาวะอย่างน้อย 1 ชั่วโมง ส่งเพาะเชื้อหรือหาสารพันธุกรรม โดยการเพาะเชื้อทำได้ยาก ส่วนการวินิจฉัยด้วยการส่งตรวจหาสารพันธุกรรมนั้น สถานพยาบาลที่สามารถส่งตรวจได้ในประเทศไทยยังมีน้อย และมีราคาสูง การรักษาการติดเชื้อ *M. genitalium* มีหลายแนวทาง แต่ประเทศไทย ใช้แนวทางการรักษาของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้ยาปฏิชีวนะ 2 ชนิดร่วมกันในการรักษา ขึ้นกับการดื้อยาของเชื้อ ส่วนการรักษาการติดเชื้อ *U. urealyticum* ยังไม่มีแนวทางการรักษาที่ชัดเจน แต่แนะนำให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเช่นเดียวกับการรักษาโรคหนองในเทียมที่เกิดจากการติดเชื้อ *C. trachomatis* อย่างไรก็ตาม หากให้การรักษาตามแนวทางการรักษามาตรฐานแล้ว ผู้ป่วยยังมีการหรือยังตรวจพบการติดเชื้ออยู่ แนะนำให้ปรึกษาหรือส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: โรคหนองในเทียม; โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; *Mycoplasma genitalium*; *Ureaplasma urealyticum*; ท่อปัสสาวะอักเสบเรื้อรัง

บทนำ

ภาวะท่อปัสสาวะอักเสบหรือปากมดลูกอักเสบเกิดจากหลายสาเหตุ ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคหนองใน (gonorrhea) โรคหนองในเทียม (nongonococcal infection) โดยในกลุ่มโรคหนองในเทียม มีสาเหตุจากเชื้อก่อโรคได้หลายชนิด เช่น *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum* ซึ่งเชื้อที่พบมากที่สุดคือ *C. trachomatis*¹ แต่ในปัจจุบันพบมีการรายงาน ว่า *M. genitalium* และ *U. urealyticum* เป็นเชื้อก่อโรคมากขึ้น เชื้อกลุ่ม *Mycoplasma* spp. และเชื้อ *Ureaplasma* spp. บางชนิดเป็นเชื้อแบคทีเรียประจำถิ่นที่พบได้บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ทั้งเพศชายและหญิง ส่วนเชื้อ *M. hominis* และ *U. parvum* ข้อมูลในปัจจุบันยังคงไม่เป็นที่แน่ชัดในการก่อโรค เชื้อ *M. hominis* พบ

ในเพศชายได้ประมาณร้อยละ 20 และพบในเพศหญิงประมาณร้อยละ 3.1-15 และยังไม่พบหลักฐานแน่ชัดว่าก่อโรคหนองในเทียม การศึกษาของ McCormack และคณะ แสดงว่ามีการเพิ่มจำนวนของเชื้อเหล่านี้จากการมีเพศสัมพันธ์ และการศึกษาของ Taylor-Robinson และคณะ² พบว่าการเพิ่มจำนวนของเชื้อแปรผันตรงกับจำนวนคู่เพศสัมพันธ์ สำหรับเชื้อ *U. parvum* ในเพศชาย พบในผู้ที่ไม่มีภาวะท่อปัสสาวะอักเสบได้บ่อย อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Cox C และคณะ³ และการศึกษาของ Deguchi และคณะ⁴ พบว่าหากมีปริมาณเชื้อมาก จะพบเซลล์เม็ดเลือดขาวสูงขึ้น (> 5 polymorphonuclear leukocytes/oil field) สำหรับในเพศหญิง ไม่มีความแตกต่างของอาการปัสสาวะแสบขัด ตกขาว เจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ ปวดท้องน้อยระหว่างผู้ที่พบและไม่พบเชื้อ *Ureaplasma* spp. แต่การเพิ่มขึ้นของเชื้อ *M. hominis*, *U. urealyticum*, *U. parvum* สัมพันธ์กับการเกิดความไม่สมดุลของจุลินทรีย์ในช่องคลอด⁵

การวินิจฉัยการติดเชื้อ *M. genitalium* และ *U. urealyticum* จากการเพาะเชื้อทำได้ยากเนื่องจาก *M. genitalium* มีขนาดเล็ก (0.6 x 0.3 ไมครอน) ไม่มีผนังเซลล์ มีสารพันธุกรรมเพียง DNA 580 kbp สำหรับ *U. urealyticum* เป็นเชื้อแบคทีเรียอยู่ใน Class Mollicutes เช่นเดียวกับ *Mycoplasma* spp. มีขนาด 0.2-0.8 ไมครอน ไม่มีผนังเซลล์ มีสารพันธุกรรม 947 kbp และสามารถสร้าง urease ได้ ซึ่งแตกต่างจาก *Mycoplasma* spp. ทั้งสองเชื้อต้องพึ่งพาโปรตีนจาก host cell ก่อนข้างมากในการดำรงชีวิต⁶ การตรวจ Nucleic Acid Amplification Tests (NAATs) สำหรับโรคหนองในเทียมที่ไม่ใช่ *C. trachomatis* ในปัจจุบัน มีในรูปแบบเป็นชุดตรวจทางการค้าสามารถตรวจหลายเชื้อในคราวเดียวกัน ได้แก่ *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *T. vaginalis*, *U. urealyticum*, *U. parvum*, *M. hominis*, *M. genitalium* ข้อด้อยคือ ราคาสูง ทำให้การส่งตรวจ NAATs นั้น ในประเทศไทย มีห้องปฏิบัติการเพียงบางแห่งเท่านั้นที่ทำได้ นับเป็นความท้าทายของประเทศไทยที่จะพัฒนาเครื่องมือช่วยในการวินิจฉัยที่ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป

สำหรับการวินิจฉัยในผู้ป่วยหญิง ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเสนอแนวทางการวินิจฉัยทางเลือก คือ การตรวจระดูขาวภายใต้กล้องจุลทรรศน์กำลังขยาย 400 เท่า หากพบจำนวนเม็ดเลือดขาวอย่างน้อย 30 ตัวต่อหนึ่งภาพ สามารถให้การรักษาแบบการติดเชื้อ *C. trachomatis* ได้เลย เนื่องจากเป็นภาวะหนองในเทียมที่พบบ่อยที่สุด และแนะนำให้ติดตามดูที่สองสัปดาห์ โดยนับจำนวนเม็ดเลือดขาวภายใต้กล้องจุลทรรศน์เช่นเดิมเพื่อประเมินการตอบสนองต่อยา หากจำนวนเม็ดเลือดขาวไม่ลดลง อาจพิจารณาการรักษาแบบ *M. genitalium* และ *U. urealyticum* หรือตรวจวินิจฉัยด้วย NAATs เพื่อหาการติดเชื้ออื่นต่อไป⁷

Mycoplasma genitalium

เชื้อ *M. genitalium* พบว่าเป็นเชื้อก่อโรค โดยทำให้เกิดภาวะท่อปัสสาวะอักเสบโดยอาจมีหรือไม่มีอาการ โดยพบว่าเป็นสาเหตุในการเกิดโรคหนองในเทียมร้อยละ 15-20 โดยเป็นเชื้อก่อโรคหนองในเทียมที่ไม่ได้เกิดจาก *C. trachomatis* ร้อยละ 20-25 และเป็นสาเหตุของภาวะท่อปัสสาวะอักเสบเรื้อรัง (persistent urethritis) หรือเป็นซ้ำร้อยละ 40¹ โดยข้อมูลของศูนย์การแพทย์บางรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปีพ.ศ. 2562-2565 พบการติดเชื้อ *M. genitalium* ในผู้ป่วยที่มี persistent urethritis/cervicitis/proctitis ประมาณร้อยละ 3.6

ในผู้หญิงที่ติดเชื้อ *M. genitalium* ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ แต่หากมีอาการจะพบอาการของปากมดลูกอักเสบได้ร้อยละ 10-30 นอกจากนี้ การติดเชื้อ *M. genitalium* ยังเพิ่มโอกาสการเกิดโพรงมดลูกอักเสบ ปีกมดลูกอักเสบ และยังส่งผลให้เกิดภาวะมีบุตรยากหรือท้องนอกมดลูกได้ นอกจากนี้ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อ *M. genitalium* ยังอาจจะเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดหรือแท้งได้^{1,8}

ในต่างประเทศ พบความชุกของการติดเชื้อ *M. genitalium* ในเพศหญิงที่เป็นอู้งิงกรานอักเสบ (pelvic inflammatory disease: PID) ร้อยละ 4-22 และมีบางการศึกษาที่พบใน postabortal PID ได้ร้อยละ 60¹ นอกจากนี้ บางการศึกษาพบว่า การติดเชื้อ *M. genitalium* จะพบได้มากในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะช่องคลอดเสียสมดุล โดยเฉพาะในกลุ่มที่มี bacterial vaginosis และ mixed vaginitis⁹ การติดเชื้อ *M. genitalium* บริเวณทวารหนัก พบในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (men who have sex with men; MSM) ได้ร้อยละ 1-26 และพบในผู้หญิงร้อยละ 3 ซึ่งมักไม่มีอาการ¹

การวินิจฉัย

เชื้อ *M. genitalium* เป็นเชื้อที่เติบโตช้า และการเพาะเชื้อทำได้ยาก ต้องใช้เวลาจนถึง 6 เดือน¹ ซึ่งในประเทศไทยยังไม่สามารถทำการเพาะเชื้อชนิดนี้ได้ ดังนั้น การวินิจฉัยจึงสามารถทำได้โดยการส่ง NAATs ซึ่งองค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา แนะนำว่าสามารถเก็บตรวจได้จากการเก็บสิ่งส่งตรวจจากท่อปัสสาวะ ปากมดลูก ช่องคลอด และปัสสาวะช่วงแรกหลังกลั้นปัสสาวะอย่างน้อย 1 ชั่วโมง¹

การรักษา

แนวทางการรักษาการติดเชื้อ *M. genitalium* มีหลายแนวทาง ขึ้นกับแต่ละประเทศ เช่น แนวทางการรักษาขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ปีพ.ศ. 2564 แนะนำให้รักษาด้วย azithromycin 500 มิลลิกรัม รับประทานวันแรก หลังจากนั้นให้รับประทาน 250 มิลลิกรัม ติดต่อกันอีก 4 วัน¹⁰ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention, United States; US CDC)¹ แนะนำการรักษาดังนี้

หากสามารถตรวจการดื้อต่อยากลุ่ม macrolide ได้ แบ่งเป็น ไม่พบการดื้อยา แนะนำการรักษาคือ doxycycline 100 มิลลิกรัม รับประทาน 2 ครั้งต่อวัน เป็นเวลา 7 วัน หลังจากนั้น รับประทาน azithromycin 1 กรัม วันถัดไป ตามด้วยรับประทาน azithromycin 500 มิลลิกรัม ต่อวัน ติดต่อกัน 3 วัน (รวม 2.5 กรัม) และหากพบการดื้อยา แนะนำการรักษาคือ doxycycline 100 มิลลิกรัม รับประทาน 2 ครั้งต่อวัน เป็นเวลา 7 วัน หลังจากนั้น รับประทาน moxifloxacin 400 มิลลิกรัม ต่อวัน เป็นเวลา 7 วัน

ในกรณีที่ไม่สามารถตรวจการดื้อยา macrolide ได้ แนะนำการรักษาเช่นเดียวกับการตรวจพบการดื้อยา สำหรับแนวทางการรักษาในประเทศไทย ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการรักษาภาวะระดูขาวผิดปกติในสตรีวัยเจริญพันธุ์ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย แนะนำการรักษาด้วย doxycycline 100 มิลลิกรัม รับประทาน 2 ครั้งต่อวัน เป็นเวลา 7 วัน หลังจากนั้น รับประทาน azithromycin 1 กรัม วันถัดไป ตามด้วยรับประทาน azithromycin

500 มิลลิกรัม ต่อวัน ติดต่อกัน 3 วัน (รวม 2.5 กรัม) แต่ถ้ายังคงมีอาการอยู่ ให้เพิ่มการรักษาโดยให้ moxifloxacin 400 มิลลิกรัม รับประทานวันละครั้ง 10 วัน⁷

ส่วนการรักษาภาวะอู้งเชิงกรานอักเสบ ตามแนวทางการรักษาทั่วไป ยังไม่สามารถรักษาการติดเชื้อ *M. genitalium* ได้ ดังนั้น ในช่วงแรกระหว่างที่ผลการตรวจหาเชื้อยังไม่มา แนะนำให้รักษาด้วย doxycycline 100 มิลลิกรัม รับประทาน 2 ครั้งต่อวัน เป็นเวลา 14 วัน และเมื่อผลตรวจพบการติดเชื้อ *M. genitalium* จึงให้การรักษาด้วย moxifloxacin 400 มิลลิกรัม ต่อวัน เป็นเวลา 14 วัน¹

ปัจจุบัน พบการดื้อยาของเชื้อ *M. genitalium* เพิ่มมากขึ้น โดยพบการดื้อต่อยากลุ่ม macrolide ประมาณร้อยละ 50 และกลุ่ม fluoroquinolones ประมาณร้อยละ 7.7 จึงได้มีการเสนอแนวทางการรักษาใหม่ ๆ เช่น การใช้ pristinamycin หรือ sitafloxacin ใน การรักษา ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มียา pristinamycin แต่มียา sitafloxacin นอกจากนี้ ยังมีการศึกษายาอื่น ๆ ได้แก่ solithromycin, zoliflodacin อย่างไรก็ตาม หากให้การรักษาตามแนวทางหลักแล้วยังไม่หาย แนะนำให้ส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินและดูแลรักษาต่อไป⁸

Ureaplasma urealyticum

เชื้อ *U. urealyticum* เป็นเชื้อแบคทีเรียประจำถิ่นที่พบได้บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ทั้งเพศชายและหญิง ในปัจจุบันพบว่า มีแนวโน้มความสัมพันธ์กับการเกิดท่อปัสสาวะอักเสบ ต่อมลูกหมากอักเสบ ท่อนำสุจิอักเสบ¹¹ และการเกิดปากมดลูกอักเสบ โพรงมดลูกอักเสบ¹² ภาวะน้ำคร่ำอักเสบ แท้งบุตร และทารกน้ำหนักน้อยได้¹¹ ข้อมูลในปัจจุบันยังคงไม่เป็นที่แน่ชัดในการก่อโรคของเชื้อนี้ แต่เชื่อว่าหากเชื้อมีปริมาณมาก อาจก่อให้เกิดโรคได้^{1,13}

ในต่างประเทศ พบความชุกของการติดเชื้อ *U. urealyticum* ในเพศหญิงที่ไม่มีอาการร้อยละ 2-28.5^{11,14,15} ในขณะที่เพศชายพบได้ร้อยละ 2.3-2.5^{11,16} นอกจากนี้ ยังอาจพบร่วมกับการติดเชื้อ *C. trachomatis* ได้ร้อยละ 0.3-7.3^{11,17} โดยข้อมูลของศูนย์การแพทย์บางรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปีพ.ศ. 2562-2565 พบการติดเชื้อ *U. urealyticum* ในผู้ป่วยที่มี persistent urethritis/cervicitis/proctitis ประมาณร้อยละ 7.9

การวินิจฉัย

การเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อส่งตรวจวินิจฉัยหาการติดเชื้อสามารถเก็บสิ่งส่งตรวจได้จากท่อปัสสาวะ ปากมดลูก ช่องคลอด และปัสสาวะช่วงแรกหลังกลั้นปัสสาวะอย่างน้อย 1 ชั่วโมง เช่นเดียวกับการตรวจหาเชื้อ *M. genitalium* โดยการเพาะเชื้อ *U. urealyticum* เป็นวิธีมาตรฐานในการวินิจฉัย แต่ทำได้ยาก ดังนั้น การวินิจฉัยจึงมักทำโดยการส่ง NAATs^{18,19} ซึ่งสถานพยาบาลที่สามารถส่งตรวจได้ในประเทศไทยยังมีน้อย และการส่งตรวจมีราคาสูง จึงทำให้ยากในการวินิจฉัย

การรักษา

การรักษาการติดเชื้อ *Ureaplasma* spp. ยังไม่มีแนวทางการรักษาที่ชัดเจน โดยอาจให้การรักษาเหมือนโรคหนองในเทียมที่เกิดจากการติดเชื้อ *C. trachomatis* แต่จากการศึกษาความไวต่อยา พบว่าเชื้อมีความไวต่อยากลุ่ม tetracyclines, macrolides, fluoroquinolones และ streptogramins โดยพบว่าเชื้อมีความไวต่อยา doxycycline สูง^{20,21} นอกจากนี้ ในปัจจุบัน พบว่าเชื้อมีแนวโน้มต่อการดื้อต่อยากลุ่ม fluoroquinolones มากขึ้น โดยดื้อต่อ levofloxacin ร้อยละ 84.7 และ moxifloxacin ร้อยละ 51.4²⁰

สรุป

โรคหนองในเทียมที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อ *C. trachomatis* เป็นความท้าทายของวงการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากตัวเชื้อที่มีลักษณะพิเศษในเรื่องการวินิจฉัยและการรักษาที่ยาก การศึกษาเกี่ยวกับเชื้อเหล่านี้ยังมีน้อย ทำให้ทางเลือกในการใช้ยากจำกัด โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ เช่น หญิงตั้งครรภ์ นอกจากนี้ ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเชื้อ การถ่ายทอดเชื้อ ผลระยะยาวของการติดเชื้อยังเป็นสิ่งที่ไม่ชัดเจน นำไปสู่ข้อคำถามในเรื่องความคุ้มค่าของการคัดกรองการติดเชื้อมีค่าในวงกว้าง อย่างไรก็ตาม ข้อมูลในปัจจุบันบ่งชี้ถึงผลกระทบของการติดเชื้อที่รุนแรง และความพยายามในการค้นหาวิธีการรักษา อันจะเป็นการต่อยอดองค์ความรู้ต่อไป แนวทางการรักษาทั้งสองโรคที่ใช้เวลายาวนานมากกว่าการติดเชื้อหนองในหรือ *C. trachomatis* และอาการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มักมีไม่มาก ทำให้การอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญและเหตุผลในการรักษาอย่างครบถ้วนเป็นสิ่งที่ยากลำบาก รวมถึงการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องและการงดเพศสัมพันธ์ในช่วงของการรักษา ผู้ให้คำปรึกษาจะมีบทบาทสำคัญอย่างมากสำหรับความสำเร็จในการรักษาทั้งขบวนการ โดยควรให้คำปรึกษาเป็นคู่ เพื่อเพิ่มความตระหนักในเรื่องนี้

เอกสารอ้างอิง

- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep 2021;70(4):60-82.
- Taylor-Robinson D, McCormack WM. The genital mycoplasmas (second of two parts). N Engl J Med 1980;302:1063-7.
- Cox C, McKenna JP, Watt AP, Coyle PV. *Ureaplasma parvum* and *Mycoplasma genitalium* are found to be significantly associated with microscopy-confirmed urethritis in a routine genitourinary medicine setting. Int J STD AIDS 2016;27:861-7.
- Deguchi T, Shimada Y, Horie K, et al. Bacterial loads of *Ureaplasma parvum* contribute to the development of inflammatory responses in the male urethra. Int J STD AIDS 2015;26:1035-9.
- Horner PJ, Donders G, Cusini M, Gomberg M, Jensen JS, Unemo M. Should we be testing for urogenital *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma parvum* and *Ureaplasma urealyticum* in men

and women?-a position statement from the European STI Guidelines Editorial Board. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2018;32:1845-51.

6. Waites KB, Xiao L, Paralanov V, Viscardi RM, Glass JI. Molecular methods for the detection of *Mycoplasma* and *Ureaplasma* infections in humans. *J Mol Diagn.* 2012;14(5):437-50.

7. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการรักษาภาวะระดูขาวผิดปกติในสตรีวัยเจริญพันธุ์. เวชบัณฑิตศิริราช. 2566;16(1):18-29.

8. Yu J, Zhou Y, Luo H, Su X, Gan T, Wang J, et al. *Mycoplasma genitalium* infection in the female reproductive system: Diseases and treatment. *Front. Microbiol.* 2023;14:1098276.

9. Zhang Z, Zong X, Bai H, Fan L, Li T, Liu Z. Prevalence of *Mycoplasma genitalium* and *Chlamydia trachomatis* in Chinese female with lower reproductive tract infection: a multicenter epidemiological survey. *BMC Infect Dis* 2023;23(2):1-11.

10. World Health Organization. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization;2021:43-4.

11. Lesiak-Markowicz, I., Tscherwizek, C., Pöpl, W, et al. Prevalence of selected sexually transmitted infectious agents in a cohort of asymptomatic soldiers in Austria. *Parasites Vectors* 2022;15(424):1-8.

12. Dev T, Taneja N, Juyal D, Dhawan B, Gupta S. Upper genital tract infection due to *Ureaplasma urealyticum*: Etiological or syndromic management?. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2017;83:489-91.

13. Tabla VO, Gutiérrez F. Cervicitis: Etiology, diagnosis and treatment. *Infecc Microbiol Clin.* 2019;37(10):661-7.

14. Doroftei B.; Ilie OD, Armeanu T, Anton E, Scripcariu

I, Maftai R. The Prevalence of *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* Infections in Infertile Patients in the Northeast Region of Romania. *Medicina* 2021;57(211):1-9.

15. Ezeanya-Bakpa ChCh, Agbakoba NR, Oguejiofor ChB, Enweani-Nwokelo IB. Sequence analysis reveals asymptomatic infection with *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* possibly leads to infertility in females: A cross-sectional study. *Int J Reprod BioMed* 2021;19:951-58.

16. Tadera K, Kitagawa H, Kitano H, Hara T, Kashiya S, Nomura T, et al. Prevalence of *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, and *Ureaplasma parvum* detection in urine and respiratory tract samples in Hiroshima, Japan, HELIYON 2023;E14543.

17. Cai S, Pan J, Duan D, Yu C, Yang Z, Zou J. Prevalence of *Ureaplasma urealyticum*, *Chlamydia trachomatis*, and *Neisseria gonorrhoeae* in gynecological outpatients, Taizhou, China. *J Clin Lab Anal.* 2020;34:e23072.

18. Kokkayil P, Dhawan B. Ureaplasma: Current perspectives. *Indian J Med Microbiol* 2015;33:205-14.

19. Wada K, Hamasuna R, Sadahira T, Araki M, Yamamoto S. UAA-AAUS guideline for *Mycoplasma genitalium* and non-chlamydial non-gonococcal urethritis. *J. Infect. Chemother* 2021;27(10):1384-8.

20. Song J, Wu X, Kong Y, Jin H, Yang T, Xie X, et al. Prevalence and antibiotics resistance of *Ureaplasma* species and *Mycoplasma hominis* in Hangzhou, China, from 2013 to 2019. *Front. Microbiol.* 2022;13:982429.

21. Cutoiu A, Boda D. Antibiotic Resistance of *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* in the Romanian Population. *FARMACIA* 2023;71(1):65-71.

Care Service for Patients with Herpes Genitalis at Siriraj Hospital

Sukhum Jiamton*, Charussri Leeyaphan*, Chenchit Chayachinda**, Pattriya Jirawattanadon*, Waratchaya Panjapakkul*, Thrit Hutachoke*, Waranyoo Prasong*, Wittawat Turakit*

**Sexually Transmitted Disease and HIV Division, Department of Dermatology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, **Unit of Infectious Diseases, Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand*

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(4):358-367

ABSTRACT

Genital herpes is a sexually transmitted infection (STI) caused by two types of Herpes simplex virus (HSV); HSV-1 and HSV-2. HSV-2 causes higher disease severity and more frequent recurrence. It typically presents as a group of vesicles in which transmission occurs. The vesicles then rupture and transform into ulcers with concomitant secondary bacterial infections. As asymptomatic shedding is very common, its prevalence and the probability of horizontal transmission are high. Differential diagnoses include syphilis, chancroid, or other non-STI genital ulcers. Patients presenting with pathognomonic lesions can be clinically diagnosed and can be confirmed using Tzanck smear, the most commonly used bedside diagnostic tool. Serologic tests, like HSV immunoglobulin G and immunoglobulin M, may be used to guide to the tailor-made management. Patients presenting with atypical lesions can be tested using HSV antigen and nucleic acid amplification tests (NAAT). Patients are prescribed with either oral acyclovir, valacyclovir, or famciclovir, which are considered the mainstay treatment. Patients with primary infection and recurrent episodes require different treatment regimens. In pregnant patients and patients with immunocompromised conditions, adjusted doses are given based on specific guidelines. Furthermore, the consideration in treating pregnant women with genital herpes should be based on the stage of disease and the gestational age at acquiring HSV. Vertical transmission can occur during pregnancy, mainly during the intrapartum period. The primary infection with HSV in the third trimester is the most critical period. All patients should also be evaluated for other STIs, such as human immunodeficiency virus infection, syphilis, hepatitis B infection, and hepatitis C infection.

Keywords: Genital herpes; treatment

Correspondence to: Waranyoo Prasong

E-mail: waranyoo.ps@hotmail.com

Received: 28 December 2022

Revised: 17 February 2023

Accepted: 3 May 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i4.260301>

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเริมที่อวัยวะเพศ ที่โรงพยาบาลศิริราช

สุขุม เจียมตน*, จรัสศรี พียาพรรณ*, เจนจิต ฉายะจินดา**, ภัทริยา จิรวัดนาตล*, วรัชยา ปัญญาภักย์กุล*, ธฤต หุตะโชค*,
วรัญญ ประสงค์*, วิทวัช ธุระกิจ*

*สาขาวิชาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ STD และ HIV ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร,

**หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

โรคเริมที่อวัยวะเพศ เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส Herpes simplex virus (HSV) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ HSV-1 และ HSV-2 โดย HSV-2 มักอาการรุนแรงและเกิดซ้ำบ่อยกว่า โรคเริมมีรอยโรคลักษณะเป็นตุ่มน้ำที่รวมเป็นกลุ่ม สามารถติดต่อผ่านการสัมผัสบริเวณตุ่มน้ำ เมื่อตุ่มน้ำแตกจะกลายเป็นแผลและเกิดการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำได้ ผู้ป่วยมักไม่มีอาการแม้ขณะมีการติดเชื้อไวรัส ทำให้ความชุกและการแพร่กระจายของโรคเกิดได้สูงมากขึ้น จากการเก็บข้อมูลของหน่วยตรวจโรคผิวหนังโรงพยาบาลศิริราชในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบความชุกของโรคเริมที่อวัยวะเพศเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 15.4 เป็นร้อยละ 26.3 ในช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา การวินิจฉัยแยกโรคได้แก่ ซิฟิลิส แผลริมอ่อน และแผลที่อวัยวะเพศอื่น ๆ การวินิจฉัยหลักได้จากการซักประวัติและตรวจร่างกายจากรอยโรคที่จำเพาะ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัย ได้แก่ Tzanck smear ซึ่งนิยมใช้มากในโรงพยาบาลศิริราช เนื่องจากตรวจได้ง่ายและค่าใช้จ่ายต่ำ การตรวจหาแอนติเจนและการตรวจหาชิ้นส่วนพันธุกรรมของเชื้อในกรณีผู้ป่วยที่อาการไม่แน่ชัด นอกจากนี้การตรวจทางซีโรโลยี เช่น HSV IgG และ HSV IgM ก็มีมีส่วนช่วยในการพิจารณาการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การรักษาหลักในปัจจุบัน คือ ยาต้านไวรัส acyclovir, valacyclovir หรือ famciclovir ชนิดรับประทาน โดยแบ่งเป็นการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคเริมที่อวัยวะเพศครั้งแรกและผู้ป่วยที่เกิดซ้ำ ในผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือหญิงตั้งครรภ์อาจมีการปรับขนาดยาที่ต่างจากคนทั่วไป หากการติดเชื้อไวรัส HSV เกิดในหญิงตั้งครรภ์สามารถแพร่เชื้อไปยังทารกระหว่างการคลอดได้ การรักษาขึ้นอยู่กับระยะของโรคและอายุครรภ์ ซึ่งการติดเชื้อเริมครั้งแรกระหว่างการตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 นับว่าเป็นช่วงเวลาที่ยอันตรายมากที่สุด นอกจากนี้ ผู้ป่วยติดเชื้อโรคเริมทุกคนควรได้รับคำแนะนำในการตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่นด้วย เช่น เชื้อไวรัสเอชไอวี ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น

คำสำคัญ: โรคเริมที่อวัยวะเพศ; การรักษา

บทนำ

โรคเริมที่อวัยวะเพศจัดเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดหนึ่ง ที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเริม (Herpes simplex virus: HSV) จากการสัมผัสโดยตรง ซึ่งแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ เชื้อไวรัส HSV-1 และ HSV-2 ส่วนมากโรคเริมที่อวัยวะเพศเกิดจากการติดเชื้อ HSV-2 แต่ในปัจจุบันพบว่า เกิดจากการติดเชื้อ HSV-1 มากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิงอายุน้อย และ กลุ่มชายรักชาย^{1,2} โรคเริมที่อวัยวะเพศเป็นหนึ่งในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความชุกสูงที่สุดในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยมีการประมาณตัวเลขผู้ติดเชื้อเริมที่อวัยวะเพศรายใหม่ในแต่ละปีกว่า 777,600 ราย³ จากการเก็บข้อมูลของหน่วย

ตรวจโรคผิวหนังโรงพยาบาลศิริราชในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2565 (จนถึงเดือนพฤศจิกายน) พบความชุกของโรคเริมที่อวัยวะเพศเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก จากร้อยละ 15.4 เป็นร้อยละ 26.3 จากจำนวนผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มาตรวจที่แผนกโรคผิวหนัง โรคเริมที่อวัยวะเพศเป็นปัญหาที่สำคัญและสร้างความทุกข์กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีธรรมชาติของการติดเชื้อแบบเรื้อรัง อาการมักกลับเป็นซ้ำบ่อยครั้งโดยเฉพาะเมื่อร่างกายอ่อนแอ จากการที่โรคเริมที่อวัยวะเพศมีการถ่ายทอดเชื้อได้แม้ไม่มีอาการของโรค ทำให้ความชุกของโรคเริมที่อวัยวะเพศสูงมากและคู่เพศสัมพันธ์มักมีการติดเชื้อร่วมด้วย รอยโรคที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ยังเป็นข้อบ่งชี้หนึ่งที่ทำให้สตรีมี

กรรมนั้นจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดคลอดบุตร นอกจากนี้ผู้ป่วยบางราย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น การติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำเติมบริเวณแผล ในผู้ที่มีการะกวมคัมกันบกพร่องอาจมีรอยโรคที่รุนแรงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนถึงแก่ชีวิต เช่น การติดเชื้อแพร่กระจาย ตับอักเสบ ปอดอักเสบ และสมองอักเสบได้ โรคเริมที่อวัยวะเพศจึงเป็นโรคที่มีความสำคัญและควรได้รับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ

การแพร่เชื้อ อากา และอาการแสดง

การติดเชื้อเริมแบ่งเป็น การติดเชื้อครั้งแรก (primary infection) และ การติดเชื้อซ้ำ (recurrent infection) ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงแตกต่างกันไปในแต่ละคน โรคเริมมีรอยโรคที่มีลักษณะสำคัญคือ มีตุ่มน้ำที่รวมตัวเป็นกลุ่ม ผิวหนังบริเวณตุ่มน้ำและโดยรอบตุ่มน้ำมีลักษณะแดง และหลังจากตุ่มน้ำแตกไปแล้วจะพบแผลหรือสะเก็ดที่อาจมีรูปร่างกลมรวมกลุ่มกัน ดังภาพที่ 1 ตำแหน่งรอยโรคที่พบบ่อยได้แก่ บริเวณอวัยวะเพศ หรือรอบทวารหนัก เริ่มสามารถหายได้เอง และสามารถเกิดซ้ำเป็น ๆ หาย ๆ ได้ ในผู้ป่วยบางรายที่มีอาการน้อยหรือไม่มีอาการ อาจไม่ทราบว่าตนเองมีการติดเชื้อโรคเริม ซึ่งทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้ โรคนี้ติดต่อผ่านการสัมผัสเป็นหลัก โดยเฉพาะการสัมผัสใกล้ชิด เช่น ระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ โดยอาจติดต่อผ่านการสัมผัสตุ่มน้ำโดยตรง หรือสัมผัสกับผิวหนังที่มีการติดเชื้อเริมอยู่ก่อนแต่ไม่แสดงอาการ^{1,2}

ในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ หรือมีการติดเชื้อเฮอร์ปีส์ร่วมด้วย อาจมีอาการและอาการแสดงของเริมมากกว่าคนทั่วไป โดยผู้ป่วยบางรายอาจเป็นแผลเรื้อรังนานมากกว่า 1 เดือน ทำให้เกิดเป็นเริมที่มีผื่นนูนหนา (hypertrophic herpes simplex) ซึ่งจำเป็นต้องให้การวินิจฉัยแยกโรคกับโรคเริมเรื้อรังผิวหนัง โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการส่งตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาเพื่อการวินิจฉัย^{1,2}

แนวทางการวินิจฉัย

ในผู้ป่วยที่มีรอยโรคชัดเจน สามารถให้การวินิจฉัยได้จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย และให้การรักษาได้โดยไม่ต้อง

ต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม แต่ในผู้ป่วยบางรายที่มีอาการไม่ชัดเจน และสงสัยเริมที่อวัยวะเพศ สามารถส่งตรวจได้ 4 วิธี ได้แก่

1. การตรวจทางเซลล์วิทยา (cytological examination) ได้แก่ Tzanck test โดยจะตรวจพบ multinucleated giant cells
2. การตรวจหาแอนติเจนของไวรัส (viral antigen detection) ได้แก่ indirect immunofluorescent assay
3. การเพาะเชื้อไวรัส (viral culture)
4. การตรวจชีววิทยาระดับโมเลกุล (molecular biology)

ได้แก่ การตรวจ HSV DNA โดยใช้เทคนิค PCR

ในปัจจุบันสำหรับหน่วยตรวจโรคผิวหนังโรงพยาบาลศิริราช จะเริ่มจากการส่ง cytological examination ได้แก่ Tzanck smear เพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัย แม้จะเป็นการตรวจที่มีความไว (sensitivity) ต่ำ เนื่องจากขึ้นอยู่กับผู้ที่อ่านผล อย่างไรก็ตามการตรวจนี้นิยมใช้ในหน่วยตรวจโรคผิวหนังโรงพยาบาลศิริราช เนื่องจากนักวิทยาศาสตร์ผู้แปลผลมีความเชี่ยวชาญและเป็นการส่งตรวจที่สามารถทำได้ง่าย มีค่าใช้จ่ายต่ำ หาก Tzanck smear ได้ผลเป็นลบ แต่อาการทางคลินิกเข้าได้ จะพิจารณาส่ง HSV Ag เป็นลำดับถัดมาสำหรับการส่ง HSV culture นั้น ในโรงพยาบาลศิริราชจะพิจารณาทำในบางกรณีเท่านั้น

จากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หน่วยตรวจโรคผิวหนังโรงพยาบาลศิริราช พบว่า Tzanck smear มีความไวในการตรวจร้อยละ 32.8 และความจำเพาะอยู่ที่ร้อยละ 96.6⁴ การที่ความไวต่ำอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์เมื่อตุ่มน้ำแห้งไปแล้ว ทำให้โอกาสที่จะตรวจพบลักษณะ multinucleated giant cells น้อยลง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ เพื่อช่วยในการสนับสนุนการวินิจฉัยที่มีความไวและความจำเพาะสูงขึ้น ได้แก่การตรวจหาชิ้นส่วนพันธุกรรมของเชื้อและการตรวจซีโรโลยี การตรวจหาชิ้นส่วนพันธุกรรมของเชื้อ ประกอบด้วย

1. การตรวจ HSV Antigen (Ag) ด้วยวิธี indirect immunofluorescent assay (ความไวร้อยละ 61-80 และความจำเพาะร้อยละ 90-100)^{5,6}



ภาพที่ 1 ตัวอย่างรอยโรคเริม

ที่มา: หน่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชาย ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

2. การส่งตรวจเพาะเชื้อ

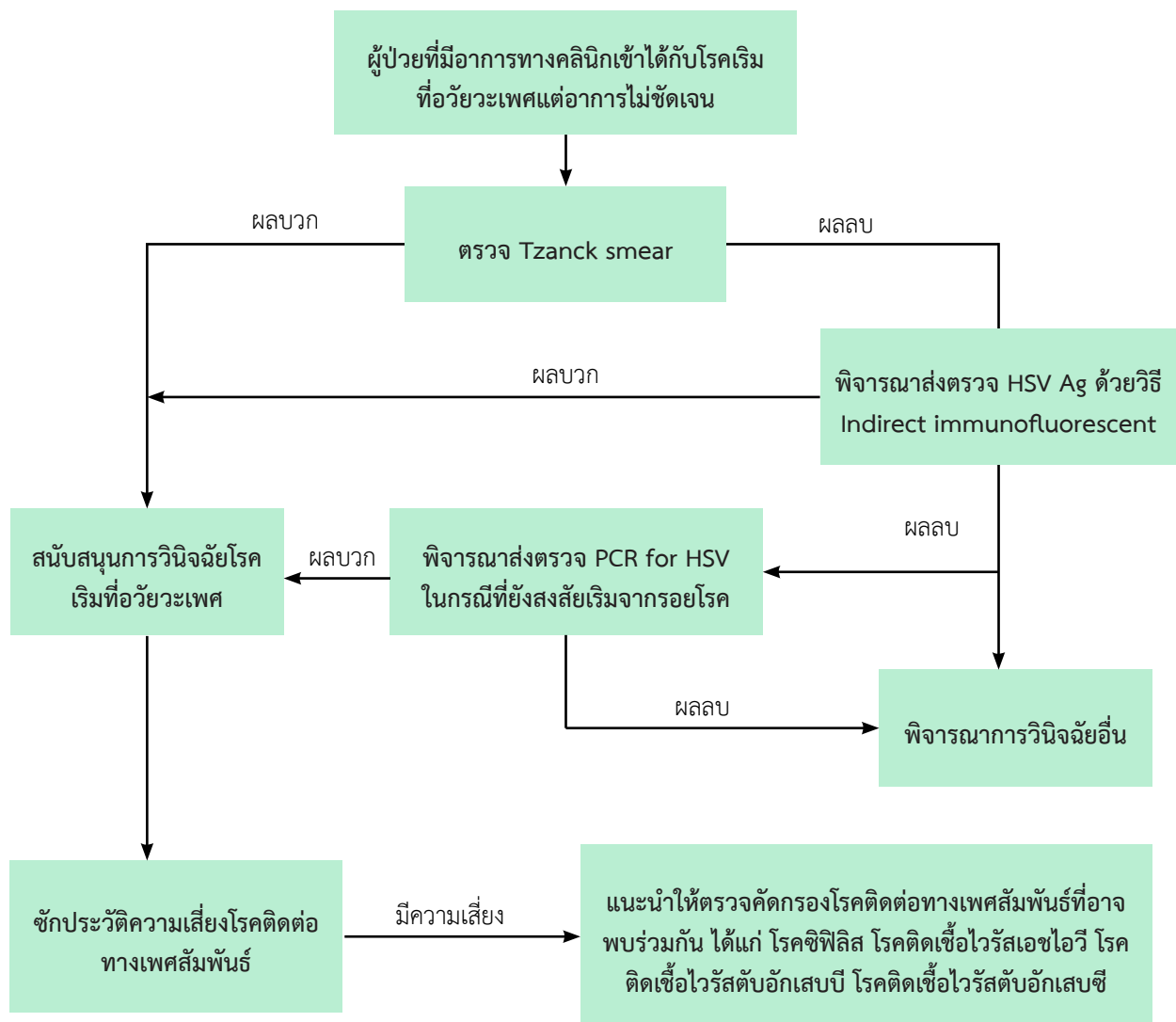
3.การตรวจ molecular biology เช่น การตรวจ polymerase chain reaction (PCR) (ความไวร้อยละ 80-100)^{5, 6} หรือ การตรวจ nucleic acid amplification tests (NAAT) (วิธีนี้จะเป็นการตรวจหา HSV DNA โดยการเพิ่มจำนวน nucleic acid ซึ่งในโรงพยาบาลศิริราชจะเพิ่มด้วยวิธี PCR และวิธีนี้มีความไวประมาณร้อยละ 90.9-100 และมีความจำเพาะสูง)⁵

การตรวจเพื่อแยกชนิดของเชื้อไวรัส HSV สามารถบอกการพยากรณ์โรค โดยผู้ป่วยติดเชื้อไวรัส HSV-2 จะพบการเกิดซ้ำของรอยโรคที่อวัยวะเพศมากกว่าการติดเชื้อไวรัส HSV-1 โดยสามารถตรวจได้จากวิธี NAAT หรือ PCR อย่างไรก็ตามการส่งตรวจเหล่านี้ยังไม่มีใช้ในโรงพยาบาลศิริราช²

สำหรับการตรวจซีโรโลยี คือ Immunoglobulin G

(HSV-IgG) และ Immunoglobulin M (HSV-IgM) ซึ่ง HSV IgG จะเป็นผลบวกตลอดไปหากมีการติดเชื้อ ในขณะที่ HSV IgM จะสูงขึ้นในช่วงเวลาสั้น ๆ คือภายหลังการติดเชื้อครั้งแรก และช่วงที่มีการเพิ่มจำนวนของเชื้อเป็นครั้งคราว (reactivation) สำหรับในโรงพยาบาลศิริราชยังไม่ได้ทำการตรวจซีโรโลยีแบบแยกชนิด HSV-1 กับ HSV-2 ทำให้การแปลผลจึงควรทำด้วยความระมัดระวัง โดยใช้ประวัติความเสี่ยงในการติดเชื้อ อาการและอาการแสดงร่วมด้วย

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัส HSV-2 มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย⁷ ดังนั้นผู้ป่วยติดเชื้อโรคเริมทุกคนจึงควรได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและโรคที่สามารถติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ได้แก่ ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น ขอแนะนำการส่งตรวจเพื่อวินิจฉัย ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แนวทางการส่งตรวจเมื่อสงสัยเริ่มที่อวัยวะเพศ ในกรณีที่อาการไม่ชัดเจน

Ag = antigen, HSV = herpes simplex virus, PCR = polymerase chain reaction

ที่มา: หน่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชาย ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

การวินิจฉัยแยกโรคเมื่อผู้ป่วยมาด้วยแผลที่อวัยวะเพศ^๑

นอกจากโรคเริ่มที่อวัยวะเพศแล้ว ยังมีโรคอื่น ๆ ที่มีแผลที่อวัยวะเพศดังนี้

1. กลุ่มโรคติดเชื้อ

1) ซิฟิลิสระยะแรก (Primary syphilis) เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากการติดเชื้อ *Treponema pallidum* ในระยะแรก มีระยะฟักตัว 10-90 วัน มาด้วยมีแผล ที่อวัยวะเพศได้ ซึ่งมักมีแผลเดียว ขอบริมแข็ง ไม่มีอาการเจ็บ ในผู้ป่วยที่ภูมิคุ้มกันบกพร่อง อาจมาด้วยแผลหลายตำแหน่งหรือแผลขนาดใหญ่ได้

2) แผลริมอ่อน (Chancroid) เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Haemophilus ducreyi* เกิดหลังรับเชื้อ 1-2 สัปดาห์ มาด้วยแผลที่มีอาการเจ็บร่วมด้วย มักมี discharge สีเหลือง มีหนอง หรือมีเนื้อตายที่แผล ขอบแผลมีลักษณะไม่เรียบ ในบางรายแผลขยายมีลักษณะ kissing ulcer อาจมีต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบโตร่วมด้วย

3) ฝีดาษวานร (Mpox) เกิดจากเชื้อไวรัส Monkeypox กลุ่ม Orthopoxvirus ติดต่อทางการสัมผัสเป็นหลัก แต่ยังไม่จัดเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แพร่ระบาดในยุโรปและอเมริกา รวมถึงมีรายงานพบผู้ป่วยในประเทศไทย ผู้ป่วยมักมีประวัติสัมผัสกับชาวต่างชาติ อาการเกิดขึ้นได้ภายใน 3-17 วัน พบมีแผลเจ็บมากที่ทวารหนักหรืออวัยวะเพศมาก่อน มักมีไข้ ต่อมน้ำเหลืองโต ผื่นตุ่มน้ำตามตัวร่วมได้

4) โรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง (Lymphogranuloma venereum) เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากการติดเชื้อ *Chlamydia trachomatis* serovars L1, L2 และ L3 พบเกิดหลังจากรับเชื้อ 3-30 วัน ในระยะแรกมักมาด้วยแผลไม่เจ็บ หากไม่ได้รับการรักษาอาจพบต่อมน้ำเหลืองโต พบ Groove sign ในไม่กี่สัปดาห์ต่อมา ในผู้ป่วยชายรักชายยังสามารถพบ proctitis หรือ reactive arthritis ร่วมด้วยได้

2. กลุ่มโรคที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ

1) แผลที่เกิดจากการเสียดสี (Traumatic erosion or ulcer) เกิดจากการเสียดสี การฟอกล้างที่รุนแรง จนเกิดรอยถลอกหรือแผล

2) โรคเบเซท (Behçet's disease) เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของร่างกาย มักมาด้วย แผลเรื้อรัง หรือเป็น ๆ หาย ๆ ที่อวัยวะเพศ และอาจส่งผลต่ออวัยวะภายในอื่น ๆ เช่น มีแผลในปาก ลักษณะ aphthous ulcers มีผื่นอื่น ๆ เช่น erythema nodosum พบรอยโรคที่ตา ข้อ ปอด ไต หัวใจ ทางเดินอาหาร ร่วมด้วยได้

3) ผื่นแพ้ยา (Drug eruptions) แบบ fixed-drug eruption, Steven-Johnson syndrome และ แผลที่อวัยวะเพศจากยา เช่น ยา retinoic acid, methotrexate เป็นต้น

4) มะเร็งผิวหนัง (Skin cancer) เช่น basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma

การรักษา^๒

การรักษาหลักสำหรับโรคเริ่มที่อวัยวะเพศในปัจจุบัน ได้แก่ การให้ยาต้านไวรัส acyclovir, valacyclovir หรือ famciclovir และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินโรคของเชื้อไวรัส ความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ และวิธีการลดโอกาสการแพร่เชื้อจึงเป็นสิ่งสำคัญในการรักษา

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสแนะนำชนิดรับประทานเนื่องจากชนิดทามิมีประสิทธิภาพน้อย ยารับประทานสามารถช่วยรักษาอาการและรอยโรคเริ่มที่อวัยวะเพศให้หายเร็วขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดโอกาสการแพร่เชื้อได้อีกด้วย อย่างไรก็ตามยานี้ไม่สามารถกำจัดเชื้อไวรัส HSV ออกจากร่างกายได้ ดังนั้นจึงไม่สามารถลดความเสี่ยง ความถี่ หรือ ความรุนแรงเมื่อโรคกลับเป็นซ้ำได้ โดยการรักษารอยโรคเริ่มที่อวัยวะเพศแบ่งเป็นการรักษาการติดเชื้อโรคเริ่มที่อวัยวะเพศครั้งแรก และการเกิดซ้ำ ดังตารางที่ 1

สำหรับผู้ป่วยโรคเริ่มที่อวัยวะเพศที่เป็นครั้งแรกควรได้รับยารับประทานทุกราย และควรเริ่มยาภายใน 72 ชั่วโมง

สำหรับการรักษาโรคเริ่มที่ติดเชื้อ สามารถรับประทานยาเป็นครั้ง ๆ ขณะเกิดรอยโรค ซึ่งจะช่วยให้แผลตื้นน้ำแห้งและหายเร็วขึ้น และสามารถลดการแพร่เชื้อได้ ควรเริ่มยาภายใน 24 ชั่วโมงหลังมีอาการเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพมากขึ้น

การรักษาด้วยการรับประทานยาต้านไวรัสทุกวันเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำของโรค (suppressive therapy) โดยสามารถลดโอกาสการเกิดโรคซ้ำได้ถึงร้อยละ 70-80 ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถลดการแพร่กระจายของเชื้อได้ โดยแพทย์สามารถให้คำปรึกษาถึงข้อดีและข้อเสียของการรักษาวิธีนี้ได้ ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเริ่มที่อวัยวะเพศจากเชื้อชนิด HSV-2 และในผู้ป่วยโรคเริ่มที่อวัยวะเพศ ที่มีประวัติเกิดซ้ำมากกว่า 10 ครั้งต่อปี อย่างไรก็ตามการใช้ยาในระยะยาวมีความปลอดภัย การรักษาเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำของโรคนี้ ควรได้รับการดูแลโดยแพทย์อย่างใกล้ชิด และสำหรับการติดเชื้อเริ่มที่อวัยวะเพศจากเชื้อชนิด HSV-1 เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสดังกล่าวที่อวัยวะเพศน้อย จึงยังไม่มีข้อมูลการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านไวรัสเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำของโรค^๒

การรักษาโรคผื่นเริ่มบนผิวหนังหรือเริ่มที่เป็นแผลเรื้อรังสามารถให้ยาต้านไวรัส acyclovir, valacyclovir หรือ famciclovir อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน หรือใช้ยากระตุ้นภูมิคุ้มกันร่วมด้วย เช่น 5% imiquimod จากการศึกษา systematic review และ meta-analysis พบว่า การให้ 5% imiquimod ทา 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร่วมกับยาต้านไวรัส พบอัตราการหาย เท่ากับร้อยละ 88 โดยใช้เวลาเฉลี่ย 60 วัน ผู้ที่มีแนว

โน้มไม่ตอบสนองต่อการรักษา คือ ผู้ที่อายุมากกว่า 50 ปี เพศหญิง และผู้ที่ไม่รับยาต้านไวรัสร่วมด้วย นอกเหนือจากยาต้าน acyclovir, valacyclovir หรือ famciclovir ยังมีการรักษาร่วมอื่น ๆ ได้แก่ foscarnet ในรูปแบบยาทา การให้ยา foscarnet, cidofovir, vidarabine ทางหลอดเลือดดำ การให้ยา thalidomide รูปแบบรับประทาน หรือการรักษาด้วยการผ่าตัด^{9, 10}

การรักษาในกลุ่มพิเศษ

1. การรักษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย²

ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องสามารถพบผลที่อวัยวะเพศ บริเวณรอบรูทวารหนักหรือบริเวณปากที่นานและรุนแรงกว่าผู้ป่วยทั่วไป รวมถึงมีการขับเชื้อไวรัสที่มากกว่าปกติ ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถมีอาการแสดงของรอยโรคที่แย่งขณะเริ่มยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวี (Antiretroviral therapy) อันเนื่องมาจากเกิดภาวะฟื้นตัวของระบบภูมิคุ้มกัน (Immune reconstitution) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงในการเกิดแผลที่อวัยวะเพศเพิ่มขึ้นในช่วง 6 เดือนแรกหลังเริ่มยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวีโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีผลเลือด CD4+ T-cell count <200 cell/mm³ โดยสามารถให้ยาทุกวันเพื่อลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรค (Suppressive therapy) เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดแผลที่อวัยวะเพศได้โดยให้นาน 6 เดือนนับจากเริ่มยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวี การรักษาการติดเชื้อโรคมะเร็งที่อวัยวะเพศครั้งแรกในผู้ป่วยกลุ่มนี้แตกต่างจากในผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ดังตารางที่ 1

2. การรักษาในหญิงตั้งครรภ์¹¹⁻¹³

หญิงตั้งครรภ์ที่มีรอยโรคเริ่มที่อวัยวะเพศแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่เคยมีรอยโรคเป็น ๆ หาย ๆ อยู่เดิม กลุ่มที่เคยได้รับเชื้อมาก่อนแต่เพิ่งพบรอยโรคในขณะตั้งครรภ์ครั้งนี้ (ได้รับการตรวจพบมี HSV IgG เป็นบวก) และกลุ่มที่เคยได้รับเชื้อเป็นครั้งแรกในขณะตั้งครรภ์ สองกลุ่มแรกหญิงตั้งครรภ์จะมี HSV IgG ในร่างกายแล้วและสามารถส่งผ่านไปยังทารกได้ ดังนั้น โอกาสที่ทารกติดเชื้อจะมีเพียงร้อยละ 0-3 ในขณะที่กลุ่มสุดท้าย หากเกิดการติดเชื้อในช่วงใกล้คลอด โอกาสที่ทารกจะติดเชื้อ อาจสูงถึงร้อยละ 41 จากการสำรวจหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 4,780 ราย มีจำนวน 176 ราย (ร้อยละ 3.7) แจ้งว่าเคยมีรอยโรคเริ่มที่บริเวณปากหรืออวัยวะเพศมาก่อน แต่ไม่มีรายใดมีรอยโรคเมื่อเข้าสู่ขบวนการคลอดบุตร จากข้อมูลเวชสถิติของภาควิชาสูติศาสตร์-รีเวชวิทยา ปี พ.ศ. 2550-2559 จากจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดที่โรงพยาบาลศิริราชทั้งหมด 90,262 ราย มีผู้ที่มีรอยโรคเริ่มในช่วงคลอด 33 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 0.4/1,000 การคลอด โดย 26 ราย (ร้อยละ 78.8) แจ้งว่าเป็นการมีรอยโรคเป็นครั้งแรก อย่างไรก็ตาม ในช่วงเวลานั้นยังไม่มีกรตรวจหาชิ้นส่วนพันธุกรรมและทางซีโรโลยีต่อการติดเชื้อเริ่มเพื่อยืนยันการวินิจฉัยการติดเชื้อเริ่มแต่กำเนิด มักเริ่มมีอาการในช่วงแรกของ

ชีวิต โดยมักได้รับเชื้อในช่วงการคลอดเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85) และการติดเชื้อหลังคลอดจากการสัมผัสโดยตรงจากผู้เลี้ยง (ร้อยละ 10) การติดเชื้อผ่านทางหลอดเลือดสายสะดือเกิดขึ้นได้น้อย (ร้อยละ 5) แต่หากเกิดขึ้น ทารกอาจเสียชีวิตในครรภ์หรือมีลักษณะต่าง ๆ เมื่อแรกเกิดต่อไปนี้ ได้แก่ รอยแผลเป็นหรือตุ่มน้ำตามผิวหนัง รยางค์ผิดปกติ กระโหลกศีรษะเล็ก และความผิดปกติที่ตา เป็นต้น สำหรับเด็กที่ติดเชื้อในช่วงคลอดอาจมีอาการแสดง ดังต่อไปนี้ อาการเฉพาะที่บริเวณผิวหนัง ตา หรือปาก กลุ่มอาการสมองอักเสบ หรือกลุ่มอาการที่ครอบคลุมหลายระบบของร่างกาย ซึ่งสองกลุ่มหลังทำให้มีอัตราเสียชีวิตสูงมาก¹⁴ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด คือ การที่หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อครั้งแรกในช่วงไตรมาสสาม โดยเฉพาะ 6 สัปดาห์ก่อนคลอด

วิธีการป้องกันคือ การลดโอกาสการสัมผัสเชื้อ HSV ลงให้เหลือน้อยที่สุด ได้แก่ การผ่าตัดคลอดบุตรหากหญิงตั้งครรภ์มีรอยโรคบริเวณช่องทางการคลอดเมื่อเข้าสู่ขบวนการคลอด การลดการใช้หัตถการในช่วงคลอด เช่น scalp electrode การเจาะถุงน้ำคร่ำ การคลอดด้วยเครื่องมือ เป็นต้น การให้ยาลดปริมาณไวรัสในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติรอยโรคเริ่มที่อวัยวะเพศ ตั้งแต่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์เป็นต้นไป ยกเว้นมีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ควรเริ่มยาตั้งแต่อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ การให้ความรู้แก่ผู้เลี้ยงเพื่อระมัดระวังการสัมผัสหากมีแผลเริ่มที่ปากหรืออวัยวะเพศ อย่างไรก็ตามมารดาของทารกที่ติดเชื้อเริ่มแต่กำเนิดมักเป็นกลุ่มที่ไม่มีอาการช่วงคลอด (asymptomatic shedding) นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อครั้งแรกบ่อยครั้งที่ไม่มีอาการ¹⁵ ดังนั้น การซักประวัติการเคยมีรอยโรคเริ่มในหญิงตั้งครรภ์ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการจึงมีความสำคัญ และการประสานงานกับกุมารแพทย์เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมอย่างรวดเร็วที่สุด แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเกิดทารกติดเชื้อเริ่มแต่กำเนิด สรุปได้ดังแผนภาพที่ 2

การพิจารณาการผ่าตัดคลอดบุตร¹¹

การพิจารณาการผ่าตัดคลอดบุตร ควรทำเมื่อมีรอยโรคที่บริเวณอวัยวะเพศ หรือมีอาการคล้ายจะมีรอยโรคและมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค เช่น เจ็บหรือแสบที่บริเวณอวัยวะเพศ ในช่วงที่เข้าสู่ขบวนการคลอด ไม่ว่าหญิงตั้งครรภ์นั้นจะเคยหรือไม่เคยมีรอยโรคมาก่อน ทั้งนี้ การผ่าตัดคลอดบุตรไม่สามารถกำจัดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกไปได้ทั้งหมด ในกรณีที่ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกควรพิจารณาผ่าตัดคลอดบุตรให้เร็วขึ้นเพื่อลดการสัมผัสเชื้อ อย่างไรก็ตาม หากอายุครรภ์น้อยหรือมีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ควรคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนของการคลอดก่อนกำหนดมากกว่าการติดเชื้อเริ่ม

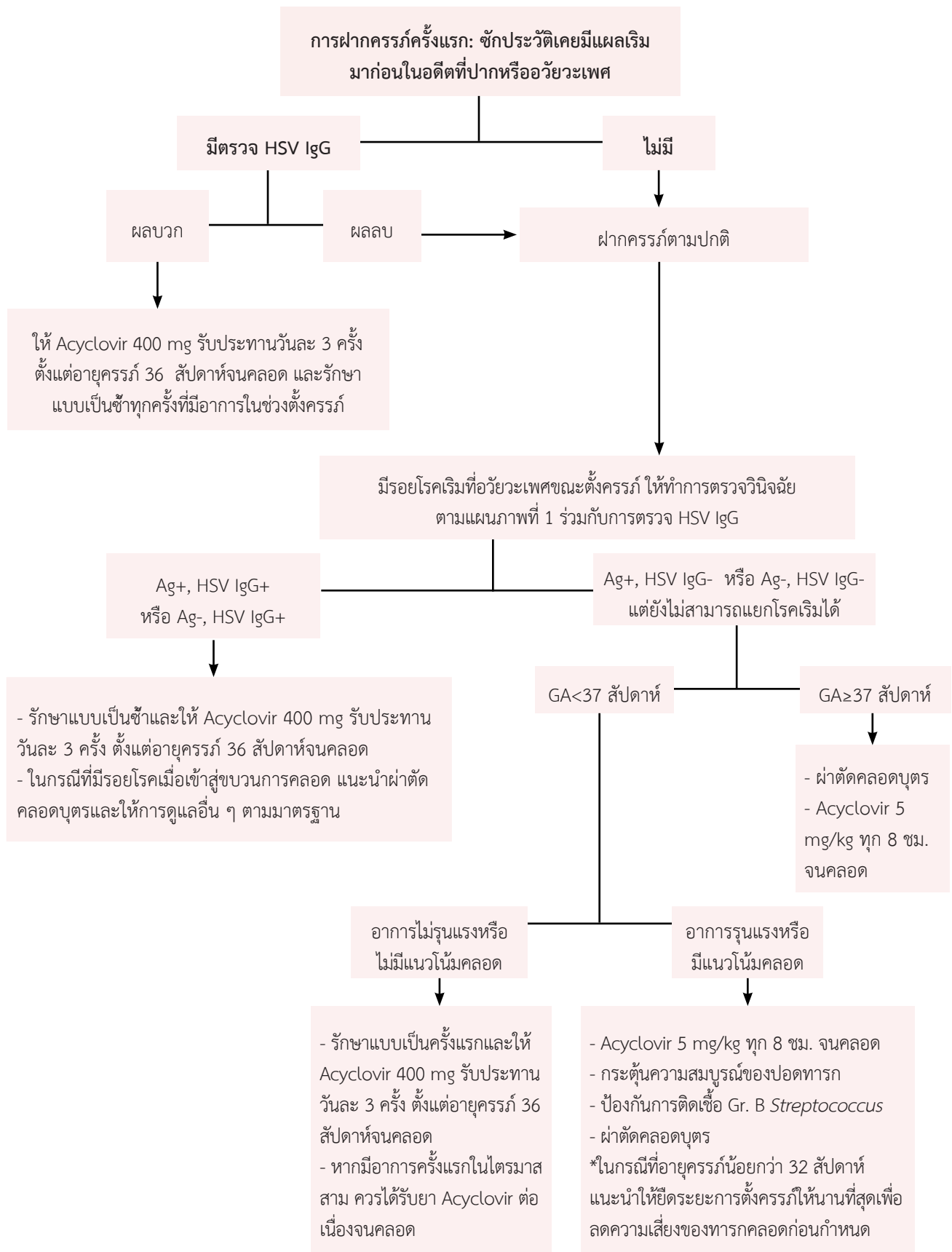
การดูแลหลังคลอด

การดูแลมารดาหลังคลอด ทำโดยการรับประทานยา acyclovir จนกระทั่งรอยโรคหายไป ระยะเวลาของการสัมผัสทารกควรล้างมือถึงข้อศอกก่อนเสมอ สามารถให้นมบุตรได้ ยกเว้นมี

ตารางที่ 1 การรักษาผู้ป่วยเริ่มที่อวัยวะเพศ

ชื่อโรค	การรักษา
โรคเริ่มที่อวัยวะเพศครั้งแรก (First clinical episode of genital herpes)	- Acyclovir 400 มก. รับประทานวันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 7-10 วัน - Valacyclovir 1 กรัม 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)	การให้ยาเป็นครั้งๆ (Episodic therapy) - Acyclovir 800 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน หรือ รับประทานวันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 2 วัน - Valacyclovir 500 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 3 วัน - Valacyclovir 1 กรัม รับประทานวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน - Famciclovir 1 กรัม 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 การให้ยาทุกวันเพื่อลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของเริ่ม (Suppressive therapy) - Acyclovir 400 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง - Valacyclovir 500 มก. หรือ 1 กรัม รับประทานวันละ 1 ครั้ง - Famciclovir 250 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง
โรคเริ่มที่อวัยวะเพศที่เป็นซ้ำในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Recurrent genital herpes infection in HIV patients)	การให้ยาเป็นครั้งๆ (Episodic therapy) - Acyclovir 400 มก. รับประทานวันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 5-10 วัน - Valacyclovir 1 กรัม รับประทานวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5-10 วัน - Famciclovir 500 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5-10 วัน การให้ยาทุกวันเพื่อลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของเริ่ม (Suppressive therapy) - Acyclovir 400-800 มก. รับประทานวันละ 2-3 ครั้ง - Valacyclovir 500 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง - Famciclovir 500 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง

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;70:1-187.



แผนภาพที่ 2 แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเกิดทารกติดเชื้อเริ่มแต่กำเนิด

Ag = antigen, GA = gestational age, HSV = herpes simplex virus, IgG = immunoglobulin G

ที่มา: หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

จะป้องกันการเกิดโรคซ้ได้อย่างไร

แต่ละคนอาจไม่เหมือนกัน สิ่งกระตุ้นที่พบได้บ่อยมีดังนี้ อาการป่วย เพลีย เครียด อ่อนล้า สัมพันธ์กับช่วงของการมีประจำเดือน การมีเพศสัมพันธ์หรือการถูบริเวณอวัยวะเพศ การสัมผัสแสงแดดมาก เช่น การอาบแดด การใส่เสื้อผ้าคับๆ หรือใส่กางเกงที่ทำมาจากวัสดุบางชนิด การดื่มสุราหรือการสูบบุหรี่ การเกิดซ้จะน้อยลงไปตามหลัง 18-24 เดือนหลังการติดเชื้อ

☐ จะต้องตรวจติดตามไปนานเท่าใด

หากไม่มีรอยโรค ท่านสามารถดูแลตนเองได้ตามปกติ ไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์

☐ ถ้าไม่มารับการรักษาจะเกิดอะไรขึ้น

การติดเชื้อไวรัสเริม สามารถอาการดีขึ้นได้เอง คล้ายกับการเป็นหวัด แต่เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด การรักษาเพียงแค่นี้ช่วยลดอาการลง และระยะเวลาที่เจ็บป่วยสั้นลง และยังช่วยลดโอกาสการแพร่เชื้อให้แก่ผู้อื่น

☐ จะกลับไปมีเพศสัมพันธ์อีกครั้งเมื่อไหร่

จนกว่ารอยโรคจะหายสนิทเป็นเวลา 1 สัปดาห์ การใช้ถุงยางอนามัย ไม่สามารถป้องกันการถ่ายทอดไวรัสเริมได้ทั้งหมด

☐ จะทราบหรือไม่ว่าติดเชื้อไวรัสเริมมานานเท่าใด

ถ้าท่านมีคู่นอนหลายคน จะไม่สามารถบอกได้ว่าท่านรับเชื้อไวรัสเริมมาจากใคร จะสามารถประมาณได้ชัดเจนที่สุดเฉพาะในกรณีที่เพิ่งครั้งแรก เนื่องจากระยะฟักตัวประมาณ 1 สัปดาห์

☐ ควรจะต้องบอกคู่เพศสัมพันธ์หรือไม่

เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หาย แต่ไม่ได้ทำให้เกิดอาการถึงขั้นเสียชีวิต และผู้แพร่เชื้อมักไม่มีอาการ ทำให้ไม่สามารถทราบได้ว่า คุณหรือคู่เพศสัมพันธ์เป็นผู้นำเชื้อไวรัสเข้ามาในความสัมพันธ์ การแจ้งผลการตรวจแก่คู่เพศสัมพันธ์ อาจส่งผลตรงข้าม คือ คู่เพศสัมพันธ์อาจคิดว่าท่านเป็นผู้นำเชื้อเข้ามา ดังนั้น ท่านควรจะได้รับคำแนะนำในการแจ้งข่าวนี้อย่างเหมาะสมก่อน

☐ ผลต่อความสามารถในการมีบุตร

ไม่มี

☐ ไวรัสเริมทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกหรือไม่

ไม่

☐ จะหลีกเลี่ยงการรับเชื้อได้อย่างไร

หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีรอยโรคอย่างใดอย่างหนึ่งที่อวัยวะเพศ รวมถึงการจูบกับผู้ที่มึแผลที่ปาก หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์เสริมทางเพศ (sex toy) หรือเสื้อผ้าร่วมกับผู้อื่น โดยเฉพาะผ้าเช็ดตัว

☐ จำเป็นต้องแยกตัวออกจากผู้อื่นหรือไม่

ไม่จำเป็น สามารถรับประทานอาหาร ใช้ห้องน้ำ เครื่องซักผ้า และการใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับทุกคนในบ้านได้ตามปกติ

แผนภาพที่ 3 คำแนะนำเบื้องต้นสำหรับผู้ติดเชื้อเริม

ที่มา: หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

รอยโรคบริเวณหน้าอก สำหรับทารกควรแจ้งกุมารแพทย์เพื่อการตรวจประเมินอย่างเหมาะสมและดูแลอย่างต่อเนื่องด้วยเสมอ¹¹⁻¹³ เบื้องต้นดังแสดงในแผนภาพที่ 3

สรุป

โรคเริมที่อวัยวะเพศ เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบได้บ่อยทั้งในเพศหญิงและชาย การวินิจฉัย อาศัยอาการทางคลินิกเป็นสำคัญ ในโรงพยาบาลศิริราชมการส่งตรวจ Tzanck smear และแปลผลโดยผู้เชี่ยวชาญ สามารถช่วยยืนยันการวินิจฉัยเบื้องต้นในผู้ป่วยที่อาการไม่ชัดเจน การส่งตรวจ HSV Ag และ PCR มีความจำเพาะมากกว่าแต่มีราคาสูงกว่า การรักษาหลัก คือ การใช้ยาต้านไวรัส ในผู้ป่วยโรคพื้นเรื้อรังหรือเป็นแผลเรื้อรัง อาจพิจารณาให้ยากระตุ้นภูมิคุ้มกันชนิดทาร์เวมด้วย ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติหรือเป็นเริม ควรได้รับการตรวจ HSV IgG ได้รับยาต้านไวรัส ตามความรุนแรงของโรค และควรทำหัตถการที่ลดโอกาสการสัมผัสเชื้อในทารกให้น้อยที่สุดเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารก โดยต้องอาศัยการดูแลรักษาร่วมกันแบบสหสาขาทั้งสูติศาสตร์และกุมารแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. Leeyaphan C, Surawan TM, Chirachanakul P, Prasertworonun N, Punyaratabandhu P, Omcharoen V, et al. Clinical characteristics of hypertrophic herpes simplex genitalis and treatment outcomes of imiquimod: a retrospective observational study. *Int. J. Infect. Dis.* 2015;33:165-70.
2. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep.* 2021;70:1-187.
3. Cole S. Herpes Simplex Virus: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. *Nurs Clin North Am.* 2020;55:337-45.
4. Chaiyabutr C JN, Apinuntham C, Leeyaphan C, Jiamton S. Comparison of the Sensitivity and Specificity of Tzanck Smear and Immunofluorescence Assay for the Diagnosis of Cutaneous Herpes Simplex Virus and Varicella Zoster Virus Infections in a Real-life Clinical Setting. *Siriraj Med J.* 2021;73:305-11.
5. LeGoff J, Péré H, Bélec L. Diagnosis of genital herpes simplex virus infection in the clinical laboratory. *Virol J.* 2014;11:1-17.
6. Nath P, Kabir MA, Doust SK, Ray A. Diagnosis of Herpes Simplex Virus: Laboratory and Point-of-Care Techniques. *Infect Dis Rep.* 2021;13:518-39.
7. Kouyoumjian SP, Heijnen M, Chaabna K, Mumtaz GR, Omori R, Vickerman P, et al. Global population-level association between herpes simplex virus 2 prevalence and HIV prevalence. *Aids.* 2018;32:1343-52.
8. Müller H, Kutzner H. Neoplasias and Hyperplasias of Muscular and Neural Origin. 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.
9. Leeyaphan C, Nanchaipruek Y, Phinyo P. Therapeutic outcomes and prognostic factors in patients with hypertrophic herpes simplex infection treated with imiquimod: A systematic review and meta-analysis of individual patient data from case reports and case series. *J Dermatol.* 2022;49:879-86.
10. Chaweekulrat P LC. Hypertrophic Herpes Simplex Infections: successful adjuvant treatment with topical imiquimod. *Thai J Dermatol* 2020;36:1-6.
11. Urato AC. ACOG Practice Bulletin No. 220: Management of Genital Herpes in Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology.* 2020;136:850-1.
12. Samies NL, James SH. Prevention and treatment of neonatal herpes simplex virus infection. *Antiviral Res.* 2020;176:104721.
13. Foley E, Clarke E, Beckett VA, Harrison S, Pillai A, Fitzgerald M, et al. Green-top guideline No. 30: Management of genital herpes in pregnancy.
14. James SH, Kimberlin DW. Neonatal Herpes Simplex Virus Infection. *Infect Dis Clin North Am.* 2015;29:391-400.
15. James SH, Sheffield JS, Kimberlin DW. Mother-to-Child Transmission of Herpes Simplex Virus. *J Pediatric Infect Dis Soc.* 2014;3 Suppl 1:S19-23.