

คู่มือ

การรักษา โรคติดเชื้อแบคทีเรีย ด้วยยาปฏิชีวนะ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โครงการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย
Thailand AMR Containment and Prevention Program



คู่มือ

การรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียด้วยยาปฏิชีวนะ
ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โครงการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย

สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

องค์การเภสัชกรรม

International Development Research Center (IDRC), Canada

คำนำ

มนุษย์มียาต้านจุลชีพขนานแรกๆ เมื่อประมาณ 70 ปีก่อน ในครั้งนั้น ยาต้านจุลชีพได้รับการขนานนามว่า “ยาปาฏิหาริย์” (miracle drug หรือ wonder drug) เนื่องจากยานี้ทำให้มนุษย์จำนวนมากรอดตายจากการติดเชื้อ องค์กรวิชาชีพหลายแห่งเคยประกาศว่า มนุษย์จะควบคุมโรคติดเชื้อได้และโรคติดเชื้อจะไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขอีกต่อไปจากการมียาต้านจุลชีพและวัคซีน

ยาต้านจุลชีพมีคุณสมบัติแตกต่างจากยากลุ่มอื่นอย่างน้อย 2 ประการ คือ 1) ยาต้านจุลชีพยับยั้งและทำลายเชื้อโรคโดยมีผลต่อเนื้อเยื่อและเซลล์มนุษย์น้อยมาก ส่วนยากลุ่มอื่นมักมีผลต่อเนื้อเยื่อและเซลล์มนุษย์เป็นสำคัญ และ 2) การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสมเกิดผลข้างเคียงจากยาและเสียค่าใช้จ่ายเหมือนยากลุ่มอื่น แต่การใช้ยาต้านจุลชีพยังชักนำให้เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพด้วย การใช้ยาต้านจุลชีพมากเกินไปจนความจำเป็นจะชักนำให้เชื้อโรคดื้อยาได้เร็วขึ้นมาก

มนุษย์ได้ค้นพบและผลิตยาต้านจุลชีพขนานใหม่อย่างต่อเนื่องในระยะ 40 ปีหลังมียาขนานแรกเพื่อใช้รักษาเชื้อโรคดื้อยาต้านจุลชีพขนานที่มีมาก่อน จนมียาต้านจุลชีพหลายสิบลูกมากกว่า 100 ขนาน ยาต้านจุลชีพขนานใหม่มีจำนวนลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2536 ขณะที่การดื้อยาต้านจุลชีพของเชื้อโรคงยังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนมีเชื้อโรคหลายชนิดที่ดื้อยาต้านจุลชีพทุกขนาน โลกจึงเข้าสู่ยุคหลังยาต้านจุลชีพ (Post-Antibiotic Era) ซึ่งมนุษย์จะป่วยและตายจากโรคติดเชื้ออีกครั้งเพราะไม่มียารักษาเช่นเดียวกับยุคก่อนมียาต้านจุลชีพ (Pre-Antibiotic Era)

ประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพปีละมากกว่า 100,000 ราย โดยผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพมากกว่า 30,000 ราย และสูญเสียทรัพยากรจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพมากกว่า 40,000 ล้านบาทหรือมากกว่าร้อยละ 0.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ คือ การใช้ยาต้านจุลชีพมากเกินไปจนความจำเป็น พฤติกรรมสุขอนามัยที่ไม่เหมาะสม และมาตรการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลยังด้อยประสิทธิภาพ

การดื้อยาต้านจุลชีพเป็นปัญหาสุขภาพที่มนุษย์สร้างขึ้น ปัญหานี้มีผลต่อผู้สร้างปัญหาและผู้อื่น ปัญหานี้เมื่อเกิดแล้วมักถาวร หรือแก้ไขได้ยากมาก หรือใช้เวลาแก้ไขนานมาก ดังนั้นการดื้อยาต้านจุลชีพจึงเกี่ยวข้องกับทุกคน และทุกคนต้องช่วยกันควบคุมและป้องกันเชื้อดื้อยา

โครงการควบคุมและป้องกันการติดยาต้านจุลชีพในประเทศไทยมีคำขวัญว่า “หยุด เป็นเหยื่อเชื้อดื้อยา” โดยสนับสนุนและส่งเสริมให้ทุกคนมีพฤติกรรม “3 หยุด” ได้แก่ 1) หยุด สร้างเชื้อดื้อยาโดยใช้ยาต้านจุลชีพอย่างรับผิดชอบ คือ ใช้ยาต้านจุลชีพน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น 2) หยุดรับเชื้อดื้อยา และ 3) หยุดแพร่เชื้อดื้อยาโดยมีพฤติกรรมสุขอนามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสม และมีพฤติกรรมควบคุมและป้องกันการรับและแพร่เชื้อในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีจำนวนเกือบ 1,000 แห่ง เป็นสถานพยาบาลประจำตำบลที่สำคัญเพราะให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิกับประชาชนจำนวนมากรวมทั้งการรักษาโรคติดเชื้อด้วยยาต้านจุลชีพ (ยาปฏิชีวนะ) ด้วย รพ.สต. จึงมีความสำคัญในการควบคุมและป้องกันการติดยาต้านจุลชีพด้วยแม้ว่าจะมีขีดความสามารถจำกัดเนื่องจากไม่มีแพทย์ประจำและมีรายการยาต้านจุลชีพจำนวนน้อย

คู่มือการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียด้วยยาปฏิชีวนะที่ รพ.สต. ฉบับนี้เป็นมาตรการส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างรับผิดชอบซึ่งเป็นการหยุดสร้างเชื้อดื้อยา

วิธีปฏิบัติและยาปฏิชีวนะที่ระบุไว้ในคู่มือฉบับนี้เป็นเพียงคำแนะนำที่มักใช้กับผู้รับบริการส่วนมากในสถานการณ์ปกติได้ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีลักษณะทางคลินิกเฉพาะซึ่งอาจไม่สามารถใช้แนวทางที่แนะนำไว้ได้ ดังนั้น ผู้ใช้คู่มือต้องมีวิจารณญาณในการปรับวิธีปฏิบัติและยาปฏิชีวนะที่แนะนำไว้ให้เหมาะสมกับสถานภาพของผู้รับบริการและสถานการณ์ของการให้บริการด้วย

ผู้พิมพ์หวังว่าคู่มือการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียด้วยยาปฏิชีวนะที่ รพ.สต. ฉบับนี้จะช่วยลด ชะลอ และกำจัดปัญหาการติดยาต้านจุลชีพในประเทศไทย

ผู้พิมพ์ขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล องค์การเภสัชกรรม และ International Development Research Center (IDRC) ประเทศแคนาดา ที่สนับสนุนโครงการควบคุมและป้องกันการติดยาต้านจุลชีพในประเทศไทย

ผู้พิมพ์ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงกัญญา รัตนอัมพวัลย์ อาจารย์นายแพทย์อธีรัฐ บุญญาศิริ และผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ทันตแพทย์ศิริชัย เกียรติถาวรเจริญ ที่ช่วยทบทวนบางบทของคู่มือฉบับนี้

ศาสตราจารย์นายแพทย์วิษณุ ธรรมลิขิตกุล
สาขาวิชาโรคติดเชื้อฯ ภาควิชาอายุรศาสตร์ และ
หน่วยระบาดวิทยาคลินิก สถานส่งเสริมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

พฤษภาคม 2558

สารบัญ

	หน้า
โรคติดเชื้อของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1
ยาปฏิชีวนะ (ยาต้านแบคทีเรีย) ที่มีใช้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	2
การรักษาโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนด้วยยาปฏิชีวนะ	3
การรักษาหลอดลมอักเสบเฉียบพลันด้วยยาปฏิชีวนะ	6
การรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันด้วยยาปฏิชีวนะ	7
การรักษาการติดเชื้อที่ระบบปัสสาวะด้วยยาปฏิชีวนะ	8
การป้องกันและรักษาการติดเชื้อที่ผิวหนัง/เนื้อเยื่อใต้ผิวหนังด้วยยาปฏิชีวนะ	10
การป้องกันและรักษาการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคฟันผุและโรคปริทันต์ด้วยยาปฏิชีวนะ	13
การรักษาผู้ป่วยไข้เฉียบพลันด้วยยาปฏิชีวนะ	15
การปฏิบัติที่บุคลากรสาธารณสุขที่ รพ.สต. ควรทำเมื่อให้และไม่ให้ยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วย	17
ตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ	19

คู่มือ การรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียด้วยยาปฏิชีวนะ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล



โรคติดเชื้อของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การวิเคราะห์ข้อมูลอาการ/กลุ่มอาการ/โรคที่อาจเกิดจากการติดเชื้อของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ประมาณ 100,000 ครั้ง เมื่อ พ.ศ. 2556 พบอาการ/กลุ่มอาการ/โรคที่อาจเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อย หรือที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะบ่อย ดังนี้

การติดเชื้อ	ร้อยละ
การติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน (Upper Respiratory Tract Infections, URI) และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (Acute Bronchitis) (รหัสโรคที่พบบ่อย คือ J00-J06, J11, J20)	77
อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) (รหัสโรคที่พบบ่อย คือ A00-A09)	5
การติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (Skin & Soft Tissue Infections) และแผลสดจากอุบัติเหตุ (รหัสโรคที่พบบ่อย คือ L01, L02, L03, L08, S00-T14, V01, W00, W20-W33, W50-W64, X00-X29)	4
ฟันผุและโรคปริทันต์ (Dental Caries & Periodontal Diseases) (รหัสโรคที่พบบ่อย คือ K02, K04, K05)	3
การติดเชื้อที่ระบบปัสสาวะ (Urinary Tract Infection) (รหัสโรคที่พบบ่อย คือ N10, N30, N39)	1
ไข้เฉียบพลัน (Acute Fever) (รหัสโรคที่พบบ่อย คือ R50)	1



ยาปฏิชีวนะ (ยาต้านแบคทีเรีย) ที่มีใช้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการ/กลุ่มอาการ/โรคดังกล่าวข้างต้น ควรได้รับยาปฏิชีวนะเนื่องจากการติดเชื้อแบคทีเรียที่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ ยาปฏิชีวนะที่มีใช้ที่ รพ.สต. ได้แก่

เพนิซิลลิน วี (Penicillin V) (tab. & syr.)	อะม็อกซิซิลลิน (Amoxicillin) (cap. & syr.)
ร็อกซิโทรมัยซิน (Roxithromycin) (tab.)	อีรีโทรมัยซิน (Erythromycin) (syr.)
ไดคล็อกซาซิลลิน (Dicloxacillin) (cap. & syr.)	โคไทรม็อกซาโซล (Cotrimoxazole) (tab. & syr.)
นอฟล็อกซาซิน (Norfloxacin) (tab.)	โอฟล็อกซาซิน (Ofloxacin) (tab.) (บาง รพ.สต.)
ด็อกซิซัยคลิน (Doxycycline) (cap.) (บาง รพ.สต.)	เมโทรนิดาโซล (Metronidazole) (tab.) (บาง รพ.สต.)

การรักษาโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนด้วยยาปฏิชีวนะ

โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนมีอาการเด่น 2 อาการ คือ **1) อาการที่จมูก** ได้แก่ คัดจมูก มีน้ำมูก จาม และ **2) อาการที่คอหอย** ได้แก่ เจ็บคอ ส่วนอาการอื่นที่อาจมีร่วมด้วย ได้แก่ ไข้ ไอ ปวดหู ปวดแก้ม ปวดเมื่อยตัว

1. หวัดธรรมดา (Acute Nasopharyngitis [Common Cold] - J00 และ Acute Upper Respiratory Infection, unspecified - J06.9)

ลักษณะทางคลินิก

- อาการเด่นที่จมูก คือ คัดจมูก มีน้ำมูก จาม
- อาการที่อาจมีร่วมด้วย คือ เจ็บคอ ปวดเมื่อยตัว อ่อนเพลีย ไข้ต่ำ ไอ
- ตรวจร่างกายพบน้ำมูก คอหอยแดงเล็กน้อย ไม่มีฝ้าขาวหรือตุ่มหนองที่เพดานปากหรือต่อมทอนซิล

สาเหตุ

- เกือบทุกรายเกิดจากไวรัส

การรักษา

- รักษาตามอาการที่ผู้ป่วยมีหรืออาการที่รบกวนผู้ป่วยมาก เช่น ยาลดน้ำมูก ยาลดไข้ ยาแก้ไอ
 - ▶ ไม่ใช้ยาลดน้ำมูก และยาแก้ไอในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ขวบ
- ไม่ใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยส่วนมาก (มากกว่าร้อยละ 95)
- พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ อะม็อกซิซิลลิน (Amoxicillin) ในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหวัดธรรมดาที่มีอาการรุนแรง คือ
 - ▶ หูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน - ปวดหูมากหรือมีของเหลวไหลออกจากหู
 - ▶ ไซนัสอักเสบเฉียบพลัน - มีไข้สูง ปวดแก้ม/หน้าผาก หรือมีอาการของโรคหวัดมากขึ้นหลังจากอาการดังกล่าวดีขึ้นแล้ว

การดำเนินโรคของโรคหวัดธรรมดา

- ผู้ป่วยมักมีไข้ 3-4 วัน, เจ็บคอ 4-5 วัน, น้ำมูก 5-7 วัน, ไอ 7-14 วัน
- ยาปฏิชีวนะไม่ลดความรุนแรงและระยะเวลาของอาการดังกล่าวของโรคหวัดอย่างมีนัยสำคัญ

หมายเหตุ

- น้ำมูกสีเขียว-เหลืองไม่ใช่ลักษณะที่บ่งถึงการติดเชื้อแบคทีเรียเสมอไปและไม่ใช่อุปสรรคของการใช้ยาปฏิชีวนะ
- ผู้ป่วยที่มีอาการคัดจมูก มีน้ำมูก จาม อาจเป็นโรคภูมิแพ้จมูกที่ไม่ใช่โรคหวัด

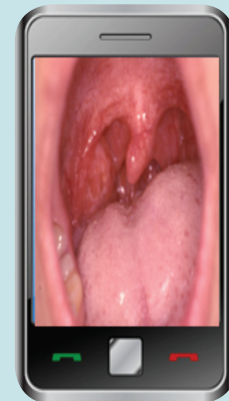
2. คอหอย/ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน (Acute Pharyngitis, J02, Acute Tonsillitis, J03)

ลักษณะทางคลินิก

- ✓ อาการเด่น คือ เจ็บคอ มักมีอาการมากเวลากิน
- ✓ อาการที่อาจมีร่วมด้วย คือ ไข้ อาจมีอาการของหวัด (คัดจมูก มีน้ำมูก จาม) ปวดเมื่อยตัว อ่อนเพลีย ไอ
- ✓ ตรวจคอหอยพบคอหอยแดง ต่อมทอนซิลแดง ควรตรวจด้วยไฟฉายแสงขาวเพื่อเห็นความแดงของคอหอย และต่อมทอนซิลตามจริง อาจมีฝ้าหรือตุ่มหนองที่ต่อมทอนซิล อาจมีจุดเลือดออกที่เพดานปาก อาจมีแผลในปาก
- ✓ อาจคลำพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ (ไม่ใช่ต่อมน้ำเหลืองใต้คาง) โตและกดเจ็บ
- ✓ อาจให้ผู้ป่วยเห็นลักษณะคอหอย/ต่อมทอนซิลของตนเองเทียบกับรูปคอหอย/ต่อมทอนซิลอักเสบที่เกิดจากไวรัสและแบคทีเรีย ดังแสดงในรูป



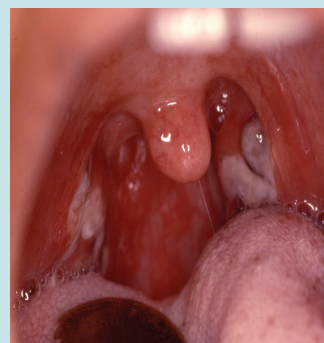
ตรวจด้วยกระจก



ภาพถ่ายด้วยโทรศัพท์
ชนิดพกพา



คอหอย/ต่อมทอนซิลอักเสบจากไวรัส มักมี
ลักษณะแดงเล็กน้อย อาจพบต่อมทอนซิลโตได้



คอหอย/ต่อมทอนซิลอักเสบจากแบคทีเรีย
มีลักษณะแดงจัด อาจพบฝ้าหรือตุ่มหนองที่ต่อมทอนซิล

สาเหตุ

- ✓ ส่วนมาก (มากกว่าร้อยละ 80) เกิดจากไวรัส ส่วนน้อยเกิดจากแบคทีเรีย (โดยเฉพาะ สเตรปโตคอคคัส กลุ่มเอ)
- ✓ คอหอย/ต่อมทอนซิลอักเสบจากไวรัส มักมีลักษณะแดงเล็กน้อย ต่อมทอนซิลอาจโตได้ อาจมีแผลในปาก
- ✓ คอหอย/ต่อมทอนซิลอักเสบจากแบคทีเรีย มักมีลักษณะแดงจัด อาจพบฝ้าหรือตุ่มหนองที่ต่อมทอนซิล อาจพบจุดเลือดออกที่เพดานปาก

การรักษา

- ☑ รักษาตามอาการที่ผู้ป่วยมีหรืออาการที่รบกวนผู้ป่วยมาก เช่น ยาลดไข้ (จะบรรเทาอาการเจ็บคอด้วย) ยาแก้ไอ ยาลดน้ำมูก
 - ▶ ไม่ใช้ยาลดน้ำมูก และยาแก้ไอในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ขวบ
- ☑ พิจารณาใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยต่อไปนี้
 - ▶ ผู้ป่วยมีลักษณะต่อไปนี้ตั้งแต่ 3 ข้อ คือ 1) ไข้ (อุณหภูมิ >38°C) 2) ฝ้าหรือตุ่มหนองที่ต่อมทอนซิล 3) ต่อมน้ำเหลืองที่ลำคอ (ไม่ใช่ใต้คาง) โต/กดเจ็บ 4) ไม่ไอ
 - ▶ ผู้ป่วยโรคหัวใจรูห์มาติก ผู้ป่วยโรคประจำตัวรุนแรง ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต้านโรคบกพร่อง
- ☑ ยาปฏิชีวนะที่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ของยาปฏิชีวนะ
 - ▶ ใช้ เพนิซิลลิน วี (Penicillin V) เป็นยาลำดับแรก เพราะเชื้อแบคทีเรีย สเตร็ปโตคอคคัส กลุ่มเอ ไม่เคยดื้อยานี้
 - เด็ก : 250 มก. วันละ 2-3 ครั้ง ก่อนอาหาร
 - วัยรุ่นและผู้ใหญ่ : 500 มก. วันละ 2 ครั้ง หรือ 250 มก. วันละ 4 ครั้ง ก่อนอาหาร
 - ▶ อาจใช้ อะม็อกซิซิลลิน (Amoxicillin) ทดแทน เพนิซิลลิน วี เพื่อความสะดวกโดยเฉพาะผู้ป่วยเด็ก
 - เด็กเล็ก : 50 มก./กก./วัน แบ่งให้วันละ 2-3 ครั้ง
 - เด็กโต วัยรุ่น และผู้ใหญ่ : 500 มก. วันละ 2 ครั้ง
 - ▶ หากผู้ป่วยแพ้ เพนิซิลลิน ให้ใช้ ร็อกซิโทรมัยซิน (Roxithromycin) ในผู้ใหญ่และเด็กโต หรือ อีริโทรมัยซิน ชนิดน้ำ (Erythromycin syrup) ในเด็กเล็ก
 - เด็กเล็ก : อีริโทรมัยซิน ชนิดน้ำ 30-50 มก./กก./วัน แบ่งให้วันละ 4 ครั้ง ขณะท้องว่าง
 - เด็กโต : ร็อกซิโทรมัยซิน 5-8 มก./กก./วัน แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง ขณะท้องว่าง
 - ผู้ใหญ่ : ร็อกซิโทรมัยซิน 150 มก. วันละ 2 ครั้ง ขณะท้องว่าง
 - ▶ ให้ยาปฏิชีวนะนาน 10 วัน เพื่อป้องกันไข้รูห์มาติก

การดำเนินโรคของโรคคอตีบ/ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน

- ☑ ผู้ป่วยมักมีไข้ 3-5 วัน เจ็บคอ 4-7 วัน
- ☑ ยาปฏิชีวนะไม่ลดความรุนแรงและระยะเวลาของอาการดังกล่าวของโรคคอตีบ/ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลันที่เกิดจากไวรัส
- ☑ ยาปฏิชีวนะลดความรุนแรงและระยะเวลาของอาการดังกล่าวประมาณ 1-2 วัน ในโรคคอตีบ/ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลันที่เกิดจากแบคทีเรีย

หมายเหตุ

- ☑ ผู้ป่วยคอตีบ/ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลันอาจเกิดจากโรคอื่นหรือเชื้อโรคอื่นได้ เช่น
 - ▶ โรคคอตีบ (Diphtheria) มีฝ้าขาวปนเทาติดแน่นที่คอตีบ ลิ้นไก่ ทอนซิล อาจเสียงแหบ หายใจลำบาก
 - ▶ โรคติดเชื้อรา (Candidiasis) มีคราบขาวคล้ายคราบนมที่คอตีบ กระพุ้งแก้ม ลิ้น เชื้อออกอาจมีเลือดไหล
- ☑ หากสงสัยโรคดังกล่าว ให้ส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่าเนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจและการรักษาด้วยวิธีการและยาที่ รพ.สต. ไม่มี

การรักษาหลอดลมอักเสบเฉียบพลันด้วยยาปฏิชีวนะ

โรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลันมีอาการเด่น คือ ไอ ในระยะเวลาไม่เกิน 14 วัน

คำเตือน

ผู้ป่วยที่ไอร่วมกับหายใจเร็ว (ผู้ใหญ่ >30 ครั้งต่อนาที เด็ก >40 ครั้งต่อนาที) หรือหอบเหนื่อย หรือหายใจลำบาก (จมูกบาน ต้องใช้กล้ามเนื้อหายใจบริเวณหน้าอก ชายโครงบวมเข้า หน้าท้องยุบและพอง) หรือมีไข้สูง อาจเป็นโรคปอดอักเสบติดเชื้อ ให้ส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่าเนื่องจากผู้ป่วยควรได้รับการตรวจและการรักษาด้วยวิธีการและยาที่ รพ.สต. ไม่มี

ผู้ป่วยที่ไอมีเสมหะปนเลือด หรือไอติดต่อกันนานกว่า 3 สัปดาห์ หรือมีไข้เรื้อรัง น้ำหนักตัวลดลงร่วมด้วย อาจเป็นโรคอื่น (เช่น วัณโรคปอด มะเร็งปอด) ให้ส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่าเช่นกัน

หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (Acute Bronchitis - J20)

ลักษณะทางคลินิก

- อาการเด่น คือ ไอแห้งหรือไอมีเสมหะ คันคอ
- อาการที่อาจมีร่วมด้วย คือ มีอาการของโรคหวัดนำมาก่อนหรือมีอาการของโรคหวัดร่วมด้วย ไข้ เสียงแหบ ปวดเมื่อยตัว
- ตรวจร่างกายอาจพบน้ำมูก คอหอยแดงเล็กน้อย ไม่มีฝ้าหรือตุ่มหนองที่เพดานปากหรือต่อมทอนซิล ไข้ต่ำๆ

สาเหตุ

- มักเกิดจากไวรัส

การรักษา

- รักษาตามอาการที่ผู้ป่วยมีหรืออาการที่รบกวนผู้ป่วยมาก เช่น ยาบรรเทาอาการไอ ยาลดน้ำมูก ยาลดไข้
 - ▶ ไม่ใช้ยาลดน้ำมูก และยาแก้ไอในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ขวบ
- ไม่ใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยส่วนมาก (มากกว่าร้อยละ 95)
- พิจารณาใช้ยา อะม็อกซิซิลลิน (Amoxicillin) หรือ ร็อกซิโทรมัยซิน (Roxithromycin) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กำลังกำเริบ (เหนื่อยมากขึ้น เสมหะมากขึ้น เสมหะสีเขียว-เหลือง) หรือโรคเรื้อรัง หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง

การดำเนินโรคของโรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

- ผู้ป่วยมักไอ 7-21 วัน ส่วนอาการอื่นๆ มักหายใน 3-7 วัน
- ยาปฏิชีวนะไม่ลดความรุนแรงและระยะเวลาของอาการไอของโรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญ

หมายเหตุ

- เสมหะเขียว-เหลืองไม่ใช่ลักษณะที่บ่งถึงการติดเชื้อแบคทีเรียเสมอไปและไม่ใช่อุปสรรคของการใช้ยาปฏิชีวนะ
- ผู้ป่วยที่ไอมากและนาน มักไอกลางคืน ไอรุนแรงเป็นชุด มักอาเจียนตามหลังไอ อาจเป็นโรคไอกรน (Pertussis) หากสงสัยโรคนี้ ให้ส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่าเนื่องจากผู้ป่วยควรได้รับการตรวจเพิ่มเติม

การรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันด้วยยาปฏิชีวนะ

อุจจาระร่วงเฉียบพลัน หมายถึง อุจจาระเหลวกว่าปกติอย่างน้อย 3 ครั้งต่อวัน หรืออุจจาระเป็นน้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง มักมีอาการน้อยกว่า 7 วัน

คำเตือน

ผู้ป่วยที่มีอุจจาระร่วงเฉียบพลันร่วมกับไข้สูง ชีมี หอบเหนื่อย หรือความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มม.ปรอท บุคลากรที่ รพ.สต. ควรให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ แล้วส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่า

อุจจาระร่วง ท้องเสีย ท้องเดินเฉียบพลัน (Acute Diarrhea, Gastroenteritis)

ลักษณะทางคลินิก

- อุจจาระเหลวกว่าปกติอย่างน้อย 3 ครั้งต่อวัน หรืออุจจาระเป็นน้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง มักมีอาการน้อยกว่า 7 วัน อาจปวดท้อง อาเจียน มีไข้

สาเหตุ

- ส่วนมากเกิดจากสารพิษของเชื้อโรค ส่วนน้อยเกิดจากแบคทีเรีย ไวรัส รา ปรสิต

การรักษา

- การให้สารน้ำทดแทนเป็นการรักษาที่สำคัญที่สุด
 - ▶ หากผู้ป่วยดื่มน้ำได้ ให้ดื่มน้ำเกลือแร่
 - ▶ หากผู้ป่วยดื่มน้ำไม่ได้ อาจพิจารณาให้สารน้ำ (น้ำเกลือ) ทางหลอดเลือดดำ ในช่วงแรก
- ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 95 ไม่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ อาการอุจจาระร่วงจะหายใน 3-7 วัน
- พิจารณาใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยต่อไปนี้
 - ▶ ผู้สูงอายุ หรือมีไข้สูง ควรใช้ นอฟล็อกซาซิน (Norfloxacin) 400 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน
 - ▶ อุจจาระมีมูกเลือดและมีไข้
 - เด็ก : นอฟล็อกซาซิน 5-10 มก./กก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน
 - ผู้ใหญ่ : นอฟล็อกซาซิน 400 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน
 - ▶ สงสัยอหิวตตกโรค (อุจจาระปริมาณมากเป็นน้ำสีขาว) หรืออยู่ในช่วงระบาดของอหิวตตกโรคในพื้นที่
 - เด็ก : นอฟล็อกซาซิน 5-10 มก./กก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน
 - ผู้ใหญ่ : นอฟล็อกซาซิน 400 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน หรือ ด็อกซีซัยคลิน (Doxycycline) 300 มก. ครั้งเดียว หรือ ด็อกซีซัยคลิน (Doxycycline) 100 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน

การดำเนินโรคของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

- อาการอุจจาระร่วงมักหายใน 3-7 วัน
- ยาปฏิชีวนะลดความรุนแรงและระยะเวลาของโรคอุจจาระร่วงที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ควรได้รับยาปฏิชีวนะ เช่น อหิวตตกโรค บิด
- ยาปฏิชีวนะไม่ลดความรุนแรงและระยะเวลาของโรคอุจจาระร่วงที่เกิดจากไวรัสหรือสารพิษของแบคทีเรียหลายชนิด เช่น อี โคลไล
- ยาปฏิชีวนะอาจทำให้มีเชื้อแบคทีเรียอยู่ในอุจจาระนานขึ้นในโรคอุจจาระร่วงที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียบางชนิด เช่น ซัลโมเนลลา

หมายเหตุ

- หากผู้ป่วยได้ นอฟล็อกซาซิน 2-3 วันแล้วอาการไม่ดีขึ้นหรืออาการเลวลง ให้ส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่าเนื่องจากผู้ป่วยควรได้รับการตรวจเพิ่มเติม (เช่น ตรวจอุจจาระ) และการรักษาด้วยวิธีการและยาที่ รพ.สต. ไม่มี

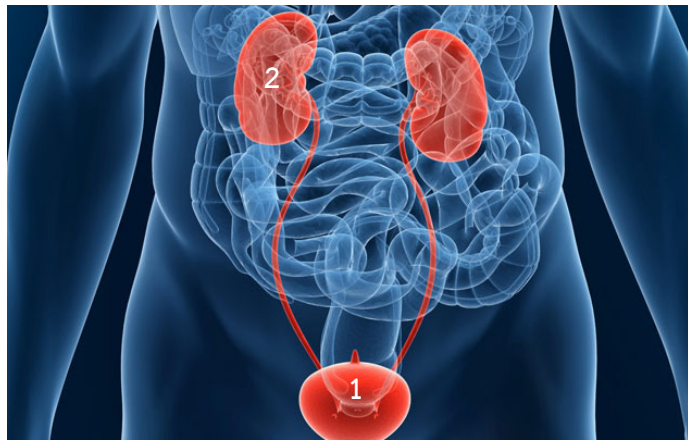
การรักษาการติดเชื้อที่ระบบปัสสาวะด้วยยาปฏิชีวนะ

การติดเชื้อที่ระบบปัสสาวะที่สำคัญและพบบ่อยมี 2 โรค คือ

1. การติดเชื้อที่ระบบปัสสาวะส่วนล่าง
(กระเพาะปัสสาวะอักเสบเฉียบพลัน)

2. การติดเชื้อที่ระบบปัสสาวะส่วนบน
(กรวยไตอักเสบเฉียบพลัน)

การติดเชื้อที่ระบบปัสสาวะมักพบใน
หญิงวัยเจริญพันธุ์



1. กระเพาะปัสสาวะอักเสบเฉียบพลัน (Lower Urinary Tract Infection, Acute Cystitis)

ลักษณะทางคลินิก

ปัสสาวะบ่อย แสบ ชัด ขุ่น อาจปวดหัวหน่าว ปัสสาวะอาจมีเลือดปน

สาเหตุ

ส่วนมากเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย อี โคไล (*E.coli*) ที่อาศัยอยู่ในลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยเอง

การรักษา

โอฟล็อกซาซิน (Ofloxacin) 200 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน

หากไม่มี โอฟล็อกซาซิน จึงใช้ นอฟล็อกซาซิน (Norfloxacin) 400 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน

การดำเนินโรคของโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบเฉียบพลัน

อาการทางปัสสาวะมักหายหลังการรักษาภายใน 2 วัน

หมายเหตุ

หากผู้ป่วยได้ โอฟล็อกซาซิน หรือ นอฟล็อกซาซิน แล้ว 2 วัน อาการไม่ดีขึ้น หรืออาการเลวลง หรือมีไข้ มักเกิดจากเชื้อดื้อยา หรือมีการติดเชื้อซับซ้อน (Complicated Acute Cystitis) ให้ส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่าเนื่องจากผู้ป่วยควรได้รับการตรวจเพิ่มเติม (เช่น ตรวจปัสสาวะ) และการรักษาด้วยยาที่ รพ.สต. ไม่มี

หากพบโรคนี้ในผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยชาย ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีความผิดปกติของทางเดินปัสสาวะ (เช่น นิ่วในไต ความผิดปกติทางกายภาพของทางเดินปัสสาวะ ต่อมลูกหมากโต) จึงควรส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่าเนื่องจากผู้ป่วยควรได้รับการตรวจเพิ่มเติม

ผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบเฉียบพลันบ่อยๆ ปีละหลายครั้ง ควรส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่าเนื่องจากผู้ป่วยควรได้รับการตรวจเพิ่มเติม

2. กรวยไตอักเสบเฉียบพลัน (Upper Urinary Tract Infection, Acute Pyelonephritis)

ลักษณะทางคลินิก

- ☑ ใช้ ปัสสาวะบ่อย แสบ ชัด ขุ่น อาจมีอาการปวดหลัง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง อาจมีอาการของโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบเฉียบพลันนำมาก่อนมีไข้

สาเหตุ

- ☑ ส่วนมากเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย อี โคไล (*E.coli*) ที่อาศัยอยู่ในลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยเอง

การรักษา

- ☑ ควรส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่าเนื่องจากผู้ป่วยควรได้รับการตรวจเพิ่มเติม (เช่น ตรวจปัสสาวะ) และการรักษาด้วยยาที่ รพ.สต. ไม่มี (เช่น ยาปฏิชีวนะชนิดฉีด)
- ☑ หากจำเป็นต้องรักษาผู้ป่วยที่ รพ.สต. ควรใช้ โอฟล็อกซาซิน 200 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 7-14 วัน หากไม่มี โอฟล็อกซาซิน จึงใช้ นอฟล็อกซาซิน 400 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 7-14 วัน

การดำเนินโรคของโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน

- ☑ ไข้และอาการทางปัสสาวะมักดีขึ้นมากหรือหายหลังการรักษา 2-3 วัน

หมายเหตุ

- ☑ หากผู้ป่วยได้ โอฟล็อกซาซิน หรือ นอฟล็อกซาซิน แล้ว 2 วัน อาการไม่ดีขึ้นหรืออาการเลวลง มักเกิดจากเชื้อดื้อยา หรือมีการติดเชื้อซับซ้อนที่ระบบปัสสาวะ (Complicated Urinary Tract Infection) ให้ส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่าเนื่องจากผู้ป่วยควรได้รับการตรวจเพิ่มเติม (เช่น ตรวจปัสสาวะ ถ่ายภาพรังสี) และการรักษาด้วยยาที่ รพ.สต. ไม่มี (เช่น ยาปฏิชีวนะชนิดฉีด)
- ☑ หากพบโรคนี้นในผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยชาย ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีความผิดปกติของทางเดินปัสสาวะ (เช่น นิ่วในไต ความผิดปกติทางกายภาพของทางเดินปัสสาวะ ต่อมลูกหมากโต) จึงควรส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่าเนื่องจากผู้ป่วยควรได้รับการตรวจเพิ่มเติม
- ☑ ผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลันบ่อยๆ ปัสสาวะหลายครั้ง ควรส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่าเนื่องจากผู้ป่วยควรได้รับการตรวจเพิ่มเติม

การป้องกันและรักษาการติดเชื้อที่ผิวหนัง/เนื้อเยื่อใต้ผิวหนังด้วยยาปฏิชีวนะ

1. การใช้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อที่บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ

บาดแผลสด หมายถึง บาดแผลที่เกิดภายใน 6 ชั่วโมงก่อนได้รับการรักษา บาดแผลสดจากอุบัติเหตุของผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียปริมาณมากทำให้มีโอกาสติดเชื้อแบคทีเรียที่ปนเปื้อนได้ ดังนั้น การใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยเหล่านี้จึงป้องกันการติดเชื้อได้ อย่างไรก็ตาม บาดแผลสดจากอุบัติเหตุส่วนมากมีการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียปริมาณน้อยซึ่งไม่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ



ที่มาภาพ: www.pantip.com

คำเตือน

ผู้ป่วยมีบาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากลักษณะบาดแผลรุนแรง (เช่น แผลลึกถึงกระดูก มีกระดูกหัก) หรือมีอุบัติเหตุที่อวัยวะอื่นร่วมด้วย (เช่น อุบัติเหตุในช่องท้อง) ให้บุคลากร รพ.สต. ประเมินบาดแผลเบื้องต้น แล้วส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่า

การทำความสะอาดบาดแผลและการดูแลบาดแผล

ผู้ป่วยบาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่มารับบริการที่ รพ.สต. ต้องได้รับการทำความสะอาดบาดแผลและการดูแลบาดแผลอย่างเหมาะสม โดยใช้ น้ำสะอาด หรือน้ำสะอาดร่วมกับสบู่ หรือน้ำยาทำลายเชื้อ (เช่น โฟวิโดนไอโอดีน อีพิเทนในน้ำ แอลกอฮอล์ ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ ทิงเจอร์ไอโอดีน)

หากมีสิ่งแปลกปลอมในแผล ให้ล้างออกให้หมด

แผลขนาดใหญ่ควรเย็บแผลหลังทำความสะอาดแผลแล้ว แผลที่สกปรกมากและแผลถูกสัตว์กัด/คนกัด ยังไม่ควรเย็บแผลทันที ยกเว้นแผลที่บริเวณใบหน้าและแผลที่ต้องเย็บเพื่อห้ามเลือด

การใช้วัคซีน

ผู้ป่วยมีบาดแผลที่เสี่ยงต่อโรคบาดทะยัก (Tetanus) (เช่น แผลมีเนื้อตายมาก แผลจากวัตถุสกปรกที่มแทงลึก แผลปนเปื้อนสิ่งสกปรกมาก แผลจากการบาดตัด) ควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักด้วย

ผู้ป่วยมีบาดแผลสัตว์กัดซึ่งเสี่ยงต่อโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies) ควรได้รับวัคซีน/อิมมูโนโกลบูลิน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าด้วย ให้ส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่า

แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อที่บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ

ไม่ควรใช้ยาปฏิชีวนะในแผลสดจากอุบัติเหตุชนิดธรรมดาที่มีลักษณะต่อไปนี้ครบทุกข้อ

- ไม่ใช่แผลจากสัตว์กัด/คนกัด
- แผลขอบเรียบ ทำความสะอาดง่าย
- แผลไม่ลึกถึงกล้ามเนื้อ เอ็น หรือกระดูก
- ไม่มีเนื้อตาย
- ไม่มีสิ่งสกปรกที่แผลหรือมีแต่ล้างออกง่าย
- ไม่ปนเปื้อนสิ่งสกปรกที่มีแบคทีเรียมาก (เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ น้ำสกปรก เศษอาหาร)
- เป็นผู้มีภูมิคุ้มกันโรคปกติ

ควรใช้ยาปฏิชีวนะในแผลสดจากอุบัติเหตุชนิดซับซ้อนที่ไม่ใช่แผลจากสัตว์กัด/คนกัดที่มีลักษณะข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

- แผลขอบไม่เรียบ เย็บแผลได้ไม่สนิท
- แผลลึกถึงกล้ามเนื้อ เอ็น หรือกระดูก
- แผลยาวกว่า 5 เซนติเมตร
- แผลจากการบาดอัด (เช่น แผลโดนประตูหนีบอย่างแรง)
- ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันโรคบกพร่อง (เช่น อายุ >65 ปี เบาหวาน ตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง หลอดเลือดส่วนปลายตีบ มะเร็ง รับประทานยากดภูมิคุ้มกัน)

ยาปฏิชีวนะที่ควรใช้

- ไคคล็อกซาซิลลิน (Dicloxacillin)
 - เด็ก : 25-50 มก./กก./วัน แบ่งให้วันละ 4 ครั้ง ก่อนอาหาร นาน 2 วัน
 - วัยรุ่นและผู้ใหญ่ : 250-500 มก. วันละ 4 ครั้ง ก่อนอาหาร นาน 2 วัน
- หากผู้ป่วยแพ้ เพนิซิลลิน ควรใช้ อีริโทรมัยซิน ชนิดน้ำ หรือ ร็อกซิโทรมัยซิน
 - เด็กเล็ก : อีริโทรมัยซิน ชนิดน้ำ 30-50 มก./กก./วัน แบ่งให้วันละ 4 ครั้ง ขณะท้องว่าง นาน 2 วัน
 - เด็กโต : ร็อกซิโทรมัยซิน 5-8 มก./กก./วัน แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง ขณะท้องว่าง นาน 2 วัน
 - ผู้ใหญ่ : ร็อกซิโทรมัยซิน 150 มก. วันละ 2 ครั้ง ขณะท้องว่าง นาน 2 วัน

ควรใช้ยาปฏิชีวนะในแผลสดจากอุบัติเหตุชนิดซับซ้อนซึ่งมีโอกาสติดเชื้อสูงที่มีลักษณะข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

- สัตว์กัด/คนกัด
- มีเนื้อตายบริเวณกว้าง
- มีสิ่งสกปรกติดอยู่ในแผลล้างออกไม่หมด
- ปนเปื้อนสิ่งสกปรกที่มีแบคทีเรียมาก (เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ น้ำสกปรก เศษอาหาร)

ยาปฏิชีวนะที่ควรใช้

- โคอะม็อกซิคลาฟ (Co-amoxiclav)
 - เด็ก (คำนวณจาก Amoxicillin) : 25-50 มก./กก./วัน แบ่งให้วันละ 3 ครั้ง นาน 2 วัน
 - วัยรุ่นและผู้ใหญ่ : 375 มก. วันละ 3 ครั้ง หรือ 625 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 2 วัน

- ☑ หากไม่มี โคอะม็อกซิคลาฟ และจำเป็นต้องรักษาผู้ป่วยที่ รพ.สต. อาจใช้ โอฟล็อกซาซิน หรือ โคไทรม็อกซาโซล (Cotrimoxazole) หรือ ไคคล็อกซาซิลิน ร่วมกับ นอฟล็อกซาซิน นาน 2 วัน
- ☑ โคไทรม็อกซาโซล ชนิดเม็ดมี Trimethoprim 80 มก. และ Sulfamethoxazole 400 มก. ส่วนยาชนิดน้ำ 5 มล. มี Trimethoprim 40 มก. และ Sulfamethoxazole 200 มก.
 เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี : กินยาน้ำครั้งละครึ่งช้อนชาวันละ 2 ครั้ง
 เด็กอายุ 2-6 ปี : กินยาน้ำครั้งละครึ่ง-1 ช้อนชา วันละ 2 ครั้ง
 เด็กอายุ 6-12 ปี : กินยาน้ำครั้งละ 1-2 ช้อนชา หรือกินยาเม็ดครึ่งละครึ่งถึง 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง นาน 2 วัน
 ผู้ใหญ่และเด็กอายุมากกว่า 12 ปี : กินยาเม็ดครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง

หมายเหตุ

- ☑ ผู้ป่วยถูกสัตว์กัดควรพิจารณาส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่าเนื่องจากผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพิษสุนัขบ้าและได้รับวัคซีน/อิมมูโนโกลบูลินป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าซึ่ง รพ.สต. ไม่มี และผู้ป่วยควรได้รับ โคอะม็อกซิคลาฟ ซึ่ง รพ.สต. ไม่มี
- ☑ ผู้ป่วยถูกสัตว์กัดอาจใช้ยาปฏิชีวนะนาน 3-5 วัน

หมายเหตุ

- ☑ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อที่บาดแผลสดจากอุบัติเหตุดังกล่าวข้างต้นยังมีโอกาสติดเชื้อที่แผลประมาณร้อยละ 1 หากผู้ป่วยมีการติดเชื้อ การดูแลแผลอย่างเหมาะสม (เช่น การตัดไหม การทำแผล) ก็ยังเป็นการรักษาที่สำคัญที่สุด

2. การใช้ยาปฏิชีวนะรักษาการติดเชื้อที่ผิวหนัง/เนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง

- ☑ ผู้ป่วยติดเชื้อที่ผิวหนัง/เนื้อเยื่อใต้ผิวหนังมักมีอาการปวด บวม แดง ร้อนบริเวณที่ติดเชื้อ อาจมีแผล ตุ่มหนอง ฝี ไข้
- ☑ ผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิกของการติดเชื้อชั้นลึก (เช่น ปวดมาก ไข้สูง ผิวหนังบริเวณติดเชื้อบวมตึง มีถุงน้ำ กดเจ็บมาก) ให้ส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่าเพราะอาจต้องมีการตรวจ (เช่น เอ็กซเรย์) และการรักษาที่ รพ.สต. ไม่มี หรือทำไม่ได้ (เช่น ยาปฏิชีวนะชนิดฉีด การผ่าตัด)
- ☑ รพ.สต. ควรรักษาผู้ป่วยติดเชื้อที่ผิวหนัง/เนื้อเยื่อใต้ผิวหนังเฉพาะผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่ผิวหนัง/เนื้อเยื่อใต้ผิวหนังขั้นต้นที่ไม่ซับซ้อน คือ การติดเชื้อเฉพาะที่ขนาดเล็ก มีการอักเสบเฉพาะที่น้อย มีอาการตามระบบ (เช่น ไข้) ไม่รุนแรง เช่น ฝีขนาดเล็ก ผิวหนังอักเสบติดเชื้อ แผลอุบัติเหตุติดเชื้อ
- ☑ หากรอยโรคมีขนาดเล็กหรือระบายหนองได้หมด สามารถใช้ยาทำลายเชื้อ (Antiseptic) (เช่น โพรวิโดน ไอโอดีน) ทาที่รอยโรคโดยไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ
- ☑ หากรอยโรคมีขนาดใหญ่ หรือฝีที่ไม่สามารถระบายหนองได้หมด หรือผู้ป่วยมีภูมิต้านทานโรคบกพร่อง (เช่น เบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง) พิจารณาใช้ ไคคล็อกซาซิลิน หรือ โคไทรม็อกซาโซล ขนานเดี่ยว หรือ ไคคล็อกซาซิลิน ร่วมกับ นอฟล็อกซาซิน นาน 5-14 วัน
- ☑ หากผู้ป่วยแพ้ เพนิซิลลิน ควรใช้ อีริโทรมัยซิน ชนิดน้ำ ในเด็กเล็ก และ ร็อกซิโทรมัยซิน ในเด็กโตและผู้ใหญ่ นาน 5-14 วัน แทน ไคคล็อกซาซิลิน

การป้องกันและรักษาการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคฟันผุและโรคปริทันต์ด้วยยาปฏิชีวนะ

โรคฟันผุ (Dental Caries) คือ การอักเสบของทลุมนในฟัน ส่วนโรคปริทันต์ หรือ รำมะนาด (Periodontal Disease) คือ การอักเสบของเนื้อเยื่อรอบๆ ฟัน รวมถึงเหงือก กระดูกเบ้าฟัน เอ็นยึดปริทันต์ และผิวยางฟัน โรคทั้งสองนี้เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่อยู่ในช่องปากในผู้ที่มีได้ดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสม

การรักษาโรคฟันผุและโรคปริทันต์

การรักษาหลักของโรคฟันผุและโรคปริทันต์ คือ หัตถการทางทันตกรรม (เช่น การอุดหินน้ำลาย การเกลารากฟัน การขัดฟัน การระบายหนอง การถอนฟัน) ร่วมกับใช้ยาทำลายเชื้อ (antiseptic) (เช่น Chlorhexidine) ขณะทำหัตถการ และการแปรงฟัน

ผู้ป่วยโรคฟันผุและโรคปริทันต์ส่วนมากที่มีอาการปวดฟัน/ปวดเหงือกสามารถรักษาได้ด้วยหัตถการทางทันตกรรมดังกล่าวข้างต้นโดยไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ

การอุดหินน้ำลาย การถอนฟันธรรมดา การผ่าตัดฟันคุดที่แผลสะอาดใช้เวลาไม่นานในผู้ป่วยทั่วไปก็ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ



แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคฟันผุและโรคปริทันต์

1. ใช้ยาปฏิชีวนะรักษาโรคฟันผุและโรคปริทันต์เฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการตามระบบ (เช่น ไข้ที่สัมพันธ์กับโรคฟันผุหรือโรคปริทันต์) หรือมีการลุกลามของการติดเชื้อจากฟันไปยังอวัยวะอื่น (เช่น ผิวหนังอักเสบติดเชื้อบริเวณหน้า) หรือผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันโรครบกวน (เช่น เบาหวาน มะเร็ง ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน)

ยาปฏิชีวนะที่แนะนำ คือ

▶ เพนิซิลลิน วี

เด็ก : 250 มก. วันละ 3 ครั้ง นาน 5-7 วัน

วัยรุ่นและผู้ใหญ่ : 500 มก. วันละ 3 ครั้ง นาน 5-7 วัน

▶ อะม็อกซิซิลลิน

เด็กเล็ก : 50 มก./กก./วัน แบ่งให้วันละ 2-3 ครั้ง นาน 5-7 วัน

เด็กโต วัยรุ่น และผู้ใหญ่ : 500 มก. วันละ 2-3 ครั้ง นาน 5-7 วัน

หากผู้ป่วยแพ้ เพนิซิลลิน ควรใช้ยาปฏิชีวนะ ดังนี้

เด็กเล็ก : อีริโทรมัยซิน ชนิดน้ำ 30-50 มก./กก./วัน แบ่งให้วันละ 4 ครั้ง งดอาหาร นาน 5-7 วัน

เด็กโต : ร็อกซิโทรมัยซิน 5-8 มก./กก./วัน แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง งดอาหาร นาน 5-7 วัน

ผู้ใหญ่ : ร็อกซิโทรมัยซิน 150 มก. วันละ 2 ครั้ง งดอาหาร นาน 5-7 วัน

หมายเหตุ

รายที่อาการรุนแรง อาจพิจารณาใช้ เมโทรนิดาโซล (Metronidazole) 200-400 มก. วันละ 3 ครั้ง ร่วมด้วย

ผู้ป่วยต้องได้รับการทำหัตถการทางทันตกรรมร่วมด้วยหรือตามหลังการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเสมอ

2. ใช้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังได้รับการทำหัตถการทางทันตกรรม
 - 2.1 ใช้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อของแผลจากการทำหัตถการ (เช่น ถอนฟัน) ในผู้ป่วยภูมิคุ้มกันโรครบกวน (เช่น เบาหวาน ตับแข็ง มะเร็ง ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน)
 - 2.2 ใช้ยาปฏิชีวนะป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียในช่องปากขณะทำหัตถการทางทันตกรรมไปสู่ส่วนอื่นของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เยื่อหัวใจ ทำให้เกิดเยื่อหัวใจอักเสบติดเชื้อ (Bacterial Endocarditis) ตามมา ผู้ที่ควรได้รับยาปฏิชีวนะในกรณีนี้ ได้แก่ มีลิ้นหัวใจที่ยึดติด (Bacterial Endocarditis) ตามมา ผู้ที่ควรได้รับยาปฏิชีวนะในกรณีนี้ ได้แก่ มีลิ้นหัวใจที่ยึดติด เคยเป็นเยื่อหัวใจอักเสบติดเชื้อมาก่อน โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่ไม่ได้รับการผ่าตัดหรือได้รับการผ่าตัดแล้วบางส่วน

คำเตือน

ควรส่งผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังทำหัตถการทางทันตกรรมดังกล่าวข้างต้นไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่า

หาก รพ.สต. จำเป็นต้องรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ ควรใช้ อะม็อกซิซิลลิน (Amoxicillin) 50 มก./กก. กินครั้งเดียว ก่อนทำหัตถการ 30-60 นาทีในเด็กเล็ก และ อะม็อกซิซิลลิน 2 กรัม กินครั้งเดียวก่อนทำหัตถการ 30-60 นาทีในผู้ใหญ่

การรักษาผู้ป่วยไข้เฉียบพลันด้วยยาปฏิชีวนะ

ไข้เฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่อุณหภูมิกาย >37.8 องศาเซลเซียส ในระยะเวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยไข้เฉียบพลันส่วนมากสามารถรักษาหรือรักษาเบื้องต้นที่ รพ.สต. ได้

คำเตือน

ผู้ป่วยไข้เฉียบพลันส่วนหนึ่งเป็นโรครุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคที่เป็นสาเหตุของไข้เฉียบพลัน ซึ่งควรได้รับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่า ผู้ป่วยไข้เฉียบพลันที่ควรส่งไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่า คือ ผู้ป่วยไข้เฉียบพลันที่มีลักษณะทางคลินิกต่อไปนี้ร่วมด้วย ได้แก่ ซึม ไม่รู้สึกตัว สับสน ปวดศีรษะมากและอาการปวดไม่ดีขึ้นหลังได้รับยาแก้ปวด ความดันโลหิตต่ำ หายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ตาเหลือง มีเลือดออก

ผู้ป่วยไข้เฉียบพลันมากกว่าร้อยละ 90 มีสาเหตุจากการติดเชื้อ ไข้เฉียบพลันไม่ใช่ข้อบ่งชี้ของการใช้ยาปฏิชีวนะเสมอไปเพราะไข้อาจเกิดจากโรคอื่นที่ไม่ใช่โรคติดเชื้อ และไข้จากโรคติดเชื้อจำนวนมากไม่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ (เช่น ไข้จากเชื้อไวรัส ไข้ร่วมกับอุจจาระร่วงเฉียบพลันจากแบคทีเรียที่หายได้เอง)

ผู้ป่วยไข้เฉียบพลันที่เกิดจากการติดเชื้อจำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้ป่วยไข้เฉียบพลันที่มีการติดเชื้อเฉพาะที่ หมายถึง ผู้ป่วยมีไข้ร่วมกับลักษณะทางคลินิกของบางระบบ/อวัยวะ (เช่น อาการโรคหวัด เจ็บคอ อุจจาระร่วง ปัสสาวะบ่อย/แสบ/ขัด/ขุ่น ผื่นหนังบวม/แดง/ร้อน/กดเจ็บ แผล/ฝีที่ผิวหนัง) แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับระบุไว้แล้วข้างต้น
2. ผู้ป่วยไข้เฉียบพลันที่มีการติดเชื้อตามระบบ หมายถึง ผู้ป่วยมีไข้ร่วมกับลักษณะทางคลินิกทั่วไปที่ไม่จำเพาะกับระบบ/อวัยวะใดระบบ/อวัยวะหนึ่ง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีไข้ร่วมกับอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดเมื่อยตัว ปวดศีรษะ สาเหตุของไข้เฉียบพลันและลักษณะทางคลินิกของแต่ละโรค รวมทั้งแนวทางการปฏิบัติและการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยกลุ่มนี้แสดงไว้ในตาราง

สาเหตุของไข้เฉียบพลันและลักษณะทางคลินิก	แนวทางการปฏิบัติและการใช้ยาปฏิชีวนะ
โรคติดเชื้อไวรัส <input checked="" type="checkbox"/> โรคติดเชื้อไวรัสที่พบบ่อยและสำคัญ คือ ไข้หวัดใหญ่ (Influenza, Flu) และไข้เลือดออก <ul style="list-style-type: none"> ▶ ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่มักมีไข้สูง ปวดเมื่อยตัวมาก อ่อนเพลีย มักมีอาการหวัดนำมาก่อนหรือมีร่วมด้วย ▶ ผู้ป่วยไข้เลือดออกมักมีไข้สูง ไม่มีอาการหวัดนำมาก่อน ไม่มีอาการหวัดร่วมด้วย อาจปวดท้อง ปวดเมื่อยตัว กินยาลดไข้แล้วไข้ลดลงชั่วคราว การตรวจทูนิเกท์ (Touniquet Test)* อาจให้ผลบวก อาจมีจุดเลือดออกตามผิวหนัง 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ไม่ควรใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสที่รักษาแบบผู้ป่วยนอก ▶ ไข้มักหายได้เองใน 7 วัน ▶ ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว มีไข้เฉียบพลัน อาการไม่รุนแรง ไม่น่าจะเป็นมาลาเรีย และสามารถกลับมาติดตามผลการรักษาได้ ไม่ควรให้ยาปฏิชีวนะ ควรให้การรักษาตามอาการด้วยยาลดไข้ (พาราเซตามอล) ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีไข้ 3-7 วันแล้วหายได้เอง หากผู้ป่วยยังมีไข้หลัง 7 วัน หรือมีอาการเลวลง ให้กลับมาตรวจใหม่ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ควรส่งไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่า

* การตรวจทูนิเกท์ (Touniquet Test) ช่วยวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกระยะเริ่มแรกได้ ทำโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตวัดความดันโลหิตค่าบน (Systolic Pressure) และความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic Pressure) แล้วจึงบีบลูกยางให้ความดันอยู่ตรงกลางระหว่างความดันโลหิตค่าบนและความดันโลหิตค่าล่าง รัศคั้งไว้ 5 นาที คลายความดัน รอ 1 นาที แล้วสังเกตผิวหนังบริเวณต่ำกว่าสายรัด (ข้อพับ) ถ้าพบจุดเลือดออกได้ผิวหนังมากกว่า 10 จุดใน 1 ตารางนิ้ว แสดงว่าการตรวจให้ผลบวก ซึ่งชี้แนะว่าผู้ป่วยอาจเป็นไข้เลือดออก

สาเหตุของไข้เฉียบพลันและลักษณะทางคลินิก	แนวทางการปฏิบัติและการใช้ยาปฏิชีวนะ
มาลาเรีย <input checked="" type="checkbox"/> ผู้ป่วยอาศัยอยู่บริเวณที่มีโรคนี้อหรือเคยไปอยู่บริเวณที่มีโรคนี้อ <input checked="" type="checkbox"/> ผู้ป่วยมักมีไข้สูงเป็นช่วงๆ อาจมีอาการหนาวสั่นร่วมด้วย	<ul style="list-style-type: none"> ▶ หากสงสัยโรคนี้อ ควรส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่าเพราะต้องตรวจเลือดหาเชื้อมาลาเรีย ▶ หากพบเชื้อมาลาเรีย จึงให้ยาต้านมาลาเรีย
โรคลีทนู (Leptospirosis) <input checked="" type="checkbox"/> มักพบในฤดูฝนบริเวณที่มีน้ำท่วมขัง ผู้ป่วยอาจเคยสัมผัสน้ำท่วมขัง <input checked="" type="checkbox"/> ผู้ป่วยมักปวดกล้ามเนื้อโดยเฉพาะกล้ามเนื้อน่อง ผู้ป่วยส่วนน้อยมีตาเหลือง	<ul style="list-style-type: none"> ▶ หากสงสัยโรคนี้อ ควรใช้ ด็อกซีซัยคลิน (Doxycycline) 100 มก. กินวันละ 2 ครั้ง นาน 7 วัน ▶ หากไม่มียานี้อ อาจใช้ อะม็อกซิซิลลิน 500 มก. กินวันละ 4 ครั้ง นาน 5-7 วัน หรือส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่า โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีตาเหลือง
โรคสครีบทไฟส (Scrub Typhus) <input checked="" type="checkbox"/> ผู้ป่วยอาจเคยไปป่าโปร่ง ถูกหมัดกัด <input checked="" type="checkbox"/> ผู้ป่วยมักมีไข้สูง ปวดศีรษะ อาจพบแผลที่ผิวหนัง ลักษณะคล้ายบุหรี่จี้บริเวณรักแร้อ ขาหนีบ ใต้ราวนม ขอบเสื้อ ขอบกางเกง	<ul style="list-style-type: none"> ▶ หากสงสัยโรคนี้อ ควรใช้ ด็อกซีซัยคลิน 100 มก. กินวันละ 2 ครั้ง นาน 7 วัน หากผู้ป่วยเป็นโรคนี้อ มักตอบสนองต่อการรักษาอย่างรวดเร็วใน 24 ชั่วโมง ▶ หากไม่มียานี้อ ควรส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่า
ไข้เอนเทอริก (Enteric Fever) <input checked="" type="checkbox"/> ผู้ป่วยมีไข้ไม่สูงในสัปดาห์แรก อาจมีอาการท้องผูกหรือท้องเดินร่วมด้วย ควรสงสัยโรคนี้อในผู้ป่วยที่มีไข้เกิน 7 วัน	<ul style="list-style-type: none"> ▶ หากสงสัยโรคนี้อ ควรใช้ โคไทรม็อกซาโซล ขนาดเม็ดละ 480 มก. กิน 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง นาน 14 วัน
การติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด (Bacteremia) <input checked="" type="checkbox"/> ลักษณะทางคลินิกมักแยกไม่ได้จากไข้เฉียบพลันจากสาเหตุอื่น <input checked="" type="checkbox"/> ควรนึกถึงภาวะนี้ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังหรือรุนแรง เช่น เบาหวาน ตับแข็ง ไตวายเรื้อรัง มะเร็ง ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ควรส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่าเพราะต้องได้รับการตรวจและรักษาด้วยวิธีที่ รพ.สต. ไม่มี

การปฏิบัติที่บุคลากรสาธารณสุขที่ รพ.สต. ควรทำเมื่อให้และไม่ให้ยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วย

1. การปฏิบัติที่บุคลากรสาธารณสุขที่ รพ.สต. ควรทำเมื่อให้ยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วย

- ✓ แจ้งผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียหรือน่าจะติดเชื้อแบคทีเรีย
- ✓ สอบถามการแพ้ยาปฏิชีวนะที่เคยได้รับและหลีกเลี่ยงยาปฏิชีวนะขนานและกลุ่มที่ผู้ป่วยแพ้
- ✓ ฉลากยาที่เหมาะสมควรใช้ชื่อยาภาษาไทยโดยไม่ใช้คำว่า ยาแก้อักเสบ
- ✓ อธิบายวิธีใช้ยาปฏิชีวนะให้ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วยเข้าใจ รวมทั้งเน้นการใช้ยาปฏิชีวนะให้ครบตามขนาดและระยะเวลา อธิบายการดำเนินโรคว่ายาปฏิชีวนะไม่ให้อาการหรือโรคหายทันที ต้องใช้เวลาระยะหนึ่ง หากอาการไม่เลวลงหลังได้รับยาปฏิชีวนะ ก็ไม่ควรแสวงหายาปฏิชีวนะอื่นมาใช้ร่วมด้วย หากจำเป็นต้องไปรักษาเพิ่มเติม ให้แจ้งยาที่กำลังได้รับให้ผู้เกี่ยวข้องทราบด้วย
- ✓ อธิบายผลข้างเคียงของยาปฏิชีวนะที่พบบ่อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อูจจาระร่วง ผื่นผิวหนัง
- ✓ แนะนำผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วยว่าหากผู้ป่วยอาการเลวลงหลังรักษา หรืออาการที่มีอยู่ยังไม่ดีขึ้นในระยะเวลาอันสมควร ควรแจ้งหรือกลับมาพบผู้รักษา
- ✓ แนะนำผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วยว่าหากใช้ยาปฏิชีวนะแล้วมีอาการผิดปกติที่สงสัยว่าอาจแพ้ยาที่ได้รับ (เช่น ผื่นผิวหนัง อูจจาระร่วงรุนแรง) ให้หยุดยา แล้วไปพบผู้ที่สั่งยาให้
- ✓ อธิบาย ‘ยาแก้อักเสบ’ กับ ‘ยาปฏิชีวนะ’ ว่ายาปฏิชีวนะเป็นยาอันตราย ไม่เรียกยาปฏิชีวนะว่า ยาแก้อักเสบ เนื่องจากยาปฏิชีวนะออกฤทธิ์ต่อเชื้อแบคทีเรียแต่ไม่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบโดยตรง
- ✓ แนะนำผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วยไม่ซื้อยาปฏิชีวนะใช้เอง ไม่แบ่งยาปฏิชีวนะที่ได้รับให้ผู้อื่น ไม่เก็บยาปฏิชีวนะไว้ใช้เมื่อมีอาการครั้งต่อไป ไม่เก็บยาปฏิชีวนะไว้เพื่อนำไปซื้อใช้เองในอนาคต
- ✓ แนะนำผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วยว่าทุกครั้งที่ได้รับยาปฏิชีวนะจากบุคลากรสาธารณสุขให้สอบถามบุคลากรสาธารณสุขผู้นั้นว่าท่านติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส และจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะหรือไม่
- ✓ อธิบายอันตรายของยาปฏิชีวนะ คือ อาจแพ้ยาถึงแก่ชีวิตหรือพิการ ชักนำเชื้อดื้อยาจนไม่มียาวิธีการเจ็บป่วยครั้งต่อไปที่ติดเชื้อดื้อยา และเสียค่าใช้จ่าย
- ✓ ควรมีสื่อเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ ยาปฏิชีวนะ การดื้อยา ที่บริเวณตรวจรักษาและจ่ายยาประกอบการอธิบาย
- ✓ ควรแจกสื่อเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ ยาปฏิชีวนะ การดื้อยา แก่ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย

2. การปฏิบัติที่บุคลากรสาธารณสุขที่ รพ.สต. ควรทำเมื่อไม่ให้ยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วย

- ☑ แจ้งผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยว่าไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรียหรือไม่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ต้องการยาปฏิชีวนะ
- ☑ ให้ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วยเห็นโรคของผู้ป่วยว่าไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เช่น ให้ผู้ป่วยเจ็บคอเห็นคอหอยของตนเองจากกระจกหรือจากโทรศัพท์ชนิดพกพา เทียบกับรูปที่แสดงว่าลักษณะของคอหอยอักเสบนั้นเกิดจากเชื้อไวรัส ไม่ใช่เชื้อแบคทีเรีย
- ☑ อธิบายธรรมชาติของโรค/การดำเนินโรค เช่น โรคหวัด ไข้ มักหายใน 3-5 วัน, เจ็บคอ 4-5 วัน, น้ำมูก 5-7 วัน, ไอ 7-14 วัน โรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลันอาจไอนานหลายสัปดาห์โดยผู้ป่วยจำนวนครึ่งหนึ่งจะไอนาน 18 วัน ดังนั้น หากผู้ป่วยยังมีอาการที่ยังอยู่ในช่วงระยะเวลาดังกล่าวโดยอาการไม่เลวลง ผู้ป่วยไม่ควรแสวงหายาปฏิชีวนะมาใช้เอง ผู้ป่วยไม่ควรขอยาปฏิชีวนะจากบุคลากรสาธารณสุข และบุคลากรสาธารณสุขไม่ควรให้ยาปฏิชีวนะเพิ่ม
- ☑ ให้การรักษาตามอาการและการรักษาประคับประคอง เช่น ยาลดไข้ ยาลดน้ำมูก ยาแก้ไอ ในผู้ป่วยโรคหวัด สารน้ำในผู้ป่วยอุจจาระร่วง การทำแผลในผู้ป่วยบาดแผลสด
- ☑ ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วยว่าแม้บุคลากรสาธารณสุขไม่ให้ยาปฏิชีวนะ ก็ได้ให้การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยสามารถติดต่อ รพ. หรือ เจ้าหน้าที่ได้ทางโทรศัพท์หากมีปัญหา/คำถาม แจ้งให้ผู้ป่วยกลับมาตรวจหรือติดต่อบุคลากรสาธารณสุขหากอาการไม่ดีขึ้นในเวลาที่เหมาะสม หรืออาการเลวลงหลังรักษา
- ☑ อธิบาย ‘ยาแก้อักเสบ’ กับ ‘ยาปฏิชีวนะ’ ว่ายาปฏิชีวนะเป็นยาอันตราย ไม่เรียกยาปฏิชีวนะว่ายากแก้อักเสบ เนื่องจากยาปฏิชีวนะออกฤทธิ์ต่อเชื้อแบคทีเรียแต่ไม่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบโดยตรง
- ☑ แนะนำผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วยไม่ซื้อยาปฏิชีวนะใช้เอง
- ☑ แนะนำผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วยว่าทุกครั้งที่ได้รับยาปฏิชีวนะจากบุคลากรสาธารณสุข ให้สอบถามบุคลากรสาธารณสุขผู้นั้นว่าผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส และจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะหรือไม่
- ☑ อธิบายอันตรายของยาปฏิชีวนะ คือ อาจแพ้ยาถึงแก่ชีวิตหรือพิการ ชักนำเชื้อดื้อยาจนไม่มียารักษาการเจ็บป่วยครั้งต่อไปที่ติดเชื้อดื้อยา และเสียค่าใช้จ่าย
- ☑ ควรมีสื่อเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ ยาปฏิชีวนะ การดื้อยา ที่บริเวณตรวจรักษาและจ่ายยาประกอบการอธิบาย
- ☑ ควรแจกสื่อเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ ยาปฏิชีวนะ การดื้อยา แก่ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย

หากพิจารณาการกระจายของอาการ/กลุ่มอาการ/โรคที่อาจเกิดจากการติดเชื้อของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ รพ.สต. ประมาณ 100,000 ครั้งดังกล่าวแล้ว คาดว่าผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนมากไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ มีผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 30 เท่านั้นที่ควรได้รับยาปฏิชีวนะ

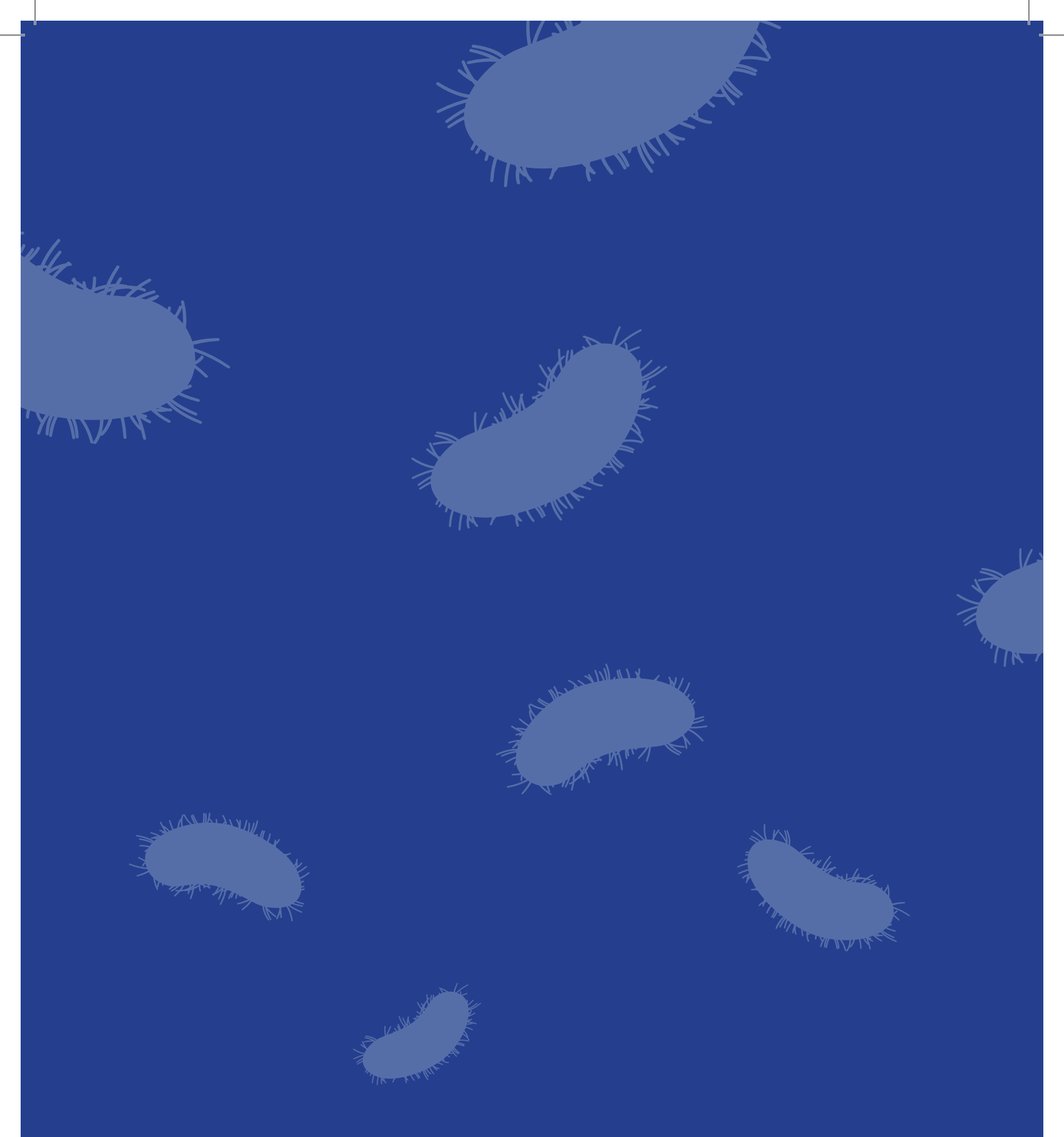
ตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ

โรค	อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ
โรคหวัดธรรมดา	ต่ำกว่าร้อยละ 5
โรคคอหอย/ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน	ต่ำกว่าร้อยละ 40
โรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	ต่ำกว่าร้อยละ 5
การติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	ต่ำกว่าร้อยละ 20
โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	ต่ำกว่าร้อยละ 20
การติดเชื้อที่ระบบปัสสาวะ	มากกว่าร้อยละ 95
การติดเชื้อที่ผิวหนังและแผลสดจากอุบัติเหตุ	ต่ำกว่าร้อยละ 40
โรคฟันผุและโรคปริทันต์	ต่ำกว่าร้อยละ 10

การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ คือ ใช้ยาปฏิชีวนะน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็นเท่านั้น จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากพิษและผลข้างเคียงของยาปฏิชีวนะ ลดค่าใช้จ่าย และเป็นมาตรการสำคัญที่สุดในการควบคุมและป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาเนื่องจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบเป็นการหยุดสร้างเชื้อดื้อยา

เอกสารประกอบ

วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. คู่มือการป้องกันและควบคุมแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล 2558.



“คนไทยตายจากเชื้อดื้อยาปีละกว่า 30,000 คน โปรตช่วยกันหยุดเป็นเหยื่อเชื้อดื้อยาด้วยการหยุดสร้างเชื้อดื้อยาโดยใช้ยาปฏิชีวนะน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น หยุดรับเชื้อดื้อยาและหยุดแพร่เชื้อดื้อยาโดยมีพฤติกรรมสุขอนามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสมและมีพฤติกรรมควบคุมและป้องกันการรับและแพร่เชื้อในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ”

ศาสตราจารย์นายแพทย์วิษณุ ธรรมลิขิตกุล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล