

แนวทางเวชปฏิบัติในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เรื่อง โรคเรื้อน

	หน้า
อาการและอาการแสดง	2
แนวทางการวินิจฉัย	2
การแบ่งชนิดโรคเรื้อน	4
แนวทางการรักษา	5
ขั้นตอนก่อนเริ่มให้การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาเคมีบำบัดผสม	5
การให้ยารักษาโรคเรื้อน	6
หญิงมีครรภ์ที่เป็นโรคเรื้อน	8
ผู้ป่วยโรคเรื้อนมีโรคเอดส์ หรือวัณโรคร่วมด้วย	8
ความผิดปกติทางผิวหนังอื่นๆ ที่อาจพบในผู้ป่วยโรคเรื้อนและการรักษา	9
การแพ้ยารักษาโรคเรื้อน	10
- อาการที่แสดงว่าผู้ป่วยอาจแพ้ยารักษาโรคเรื้อน	10
- การรักษาโรคเรื้อนในกรณี que ผู้ป่วยแพ้ยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อน	10
- ภาวะเส้นประสาทอักเสบและโรคเห่อ	11
- การรักษาเส้นประสาทอักเสบและภาวะโรคเห่อ	12
การป้องกันและแก้ไขความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อน	13
การส่งต่อผู้ป่วย	14
ภาวะทางจิต และสังคมผู้ป่วยโรคเรื้อน	14
เอกสารอ้างอิง	16
รายชื่อคณะทำงาน	16
ตารางที่ 1 ลักษณะของโรคเรื้อนชนิดต่างๆ	4
ตารางที่ 2 การให้ยารักษาโรคเรื้อนสำหรับผู้ใหญ่	6
ตารางที่ 3 การให้ยารักษาโรคเรื้อนสำหรับเด็ก	7
ตารางที่ 4 อาการแทรกซ้อนจากการรักษาโรคเรื้อนที่อาจพบได้	7
ตารางที่ 5 การใช้ยา prednisolone เพื่อรักษาเส้นประสาทอักเสบและ โรคเห่อชนิดผื่นแดง อย่างรุนแรง และโรคเห่อชนิดตุ่มอักเสบอย่างรุนแรง	11
ตารางที่ 6 หลักเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วย	14
แผนภูมิที่ 1 การวินิจฉัยโรคเรื้อน	3
แผนภูมิที่ 2 การดูแลรักษาผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคเรื้อน หรือกลุ่ม indeterminate	5
แผนภูมิที่ 3 การตัดสินใจในการให้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อน	6
แผนภูมิที่ 4 การรักษาแผลเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเรื้อน	9
แผนภูมิที่ 5 การป้องกันและแก้ไขความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อน	13

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัติไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะนี้ได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไป หรือมีเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

โรคเรื้อน

อาการและอาการแสดง

อาการ และอาการแสดง ที่น่าสงสัยว่าจะเป็นโรคเรื้อน

1. โรคผิวหนังเรื้อรังที่เป็นมานานกว่า 3 เดือน มีอาการชา แต่ไม่คัน รักษาด้วยยากินหรือ ยาทา ไม่ได้ขึ้น
2. ผื่นหรือวงด่าง (hypopigmented macule) บริเวณผิวหนังที่แห้ง เหงื่อไม่ออก ขนร่วง
3. ผื่นหรือตุ่มนูนแดง ผิวอัมฉ่ำเป็นมันเงา (shiny surface papules, nodule and plaque) ที่ไม่คัน
4. ตุ่มแดง กดเจ็บ ตามใบหน้า แขนขา ลำตัว
5. อัมพาตของกล้ามเนื้อมือ เท้าตา ก่อให้เกิดอาการนิ้วงอและนิ้วก้อยงอเหยียดไม่ออก ข้อมือตก ข้อเท้าตก หลับตาไม่สนิท
6. แผลเรื้อรังที่ฝ่าเท้า

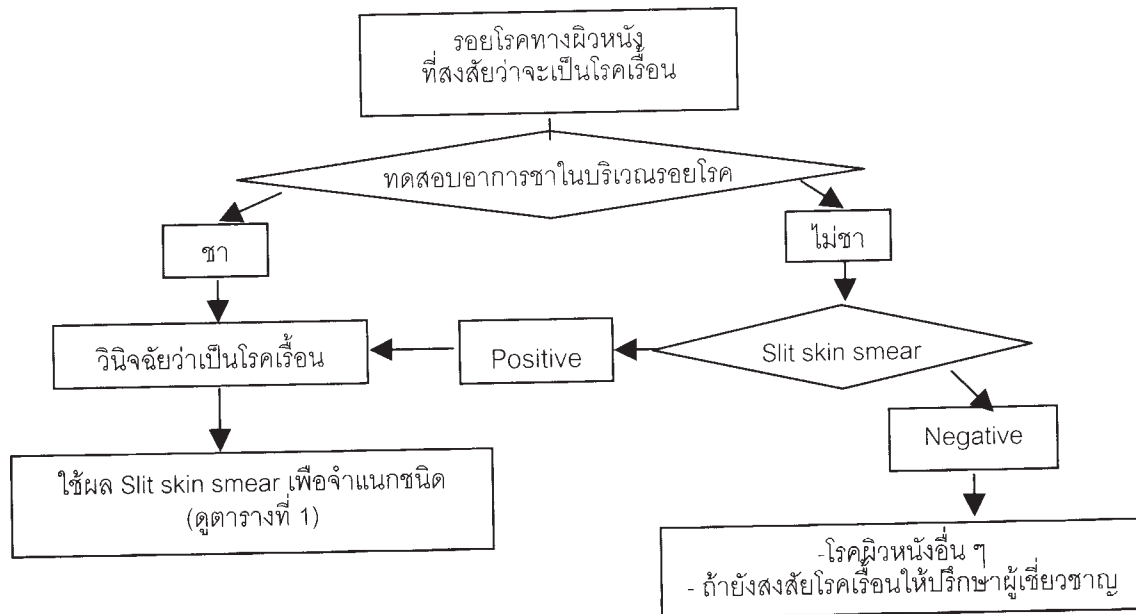
แนวทางการวินิจฉัย

การวินิจฉัยอาศัยอาการทางคลินิก และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

1. ตรวจพบรอยโรคผิวหนังที่มีลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน
2. ตรวจพบอาการชา
 - 2.1 อาการชาในรอยโรค หรือ
 - 2.2 อาการชาบริเวณผิวหนังที่รับรู้ความรู้สึกจากเส้นประสาทส่วนปลายที่ถูกทำลาย
3. ตรวจพบเส้นประสาทโต
4. ตรวจพบเชื้อรูปแท่งดัดสีทนกรด (acid fast bacilli) จากการกรีดผิวหนัง (slit skin smear)

ในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน จำเป็นต้องตรวจพบอาการแสดงอย่างน้อย 2 ข้อ จาก 3 ข้อแรก หรือข้อ 4 เพียงข้อเดียว ในกรณีที่ใช้ข้อ 3 เป็นข้อวินิจฉัยให้ใช้ร่วมกับข้อ 2.2 เท่านั้น

แผนภูมิที่ 1 การวินิจฉัยโรคเรื้อน



การแบ่งชนิดของโรคเรื้อน

ดูตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะของโรคเรื้อนชนิดต่างๆ

การกระจาย ของรอยโรค	ชนิดของ โรคเรื้อน	ลักษณะรอยโรค		จำนวน	อาการชา	ผิวหนัง บริเวณ รอยโรค	เส้น ประสาท	Slit skin smear
		รอยโรค	ขอบ					
ข้างเดียว ของร่างกาย (unilateral)	อินดีเทอร์มินเท (I)	วงดำขาวหรือ สีจาง	ไม่ชัด	1-3	ไม่ชัดเจน	ปกติหรือแห้ง เล็กน้อย	ไม่โต	ไม่พบเชื้อ
	ทิวเบอร์คิว ลอยด์ (TT)	วงดำขาวหรือ แผ่นนูนแดง หนา	ชัด	1-5	ชัดเจน	แห้งออกคลดลง ทำให้ผิว หนังบริเวณ รอยโรคแห้ง มากและขนร่วง	โตชัดเจน	ไม่พบเชื้อ
	บอร์เดอร์ไลน์ ทิวเบอร์คิว ลอยด์ (BT)	วงดำหรือแผ่น นูนแดงหนา มี ผื่นเล็กกระจาย จากผื่นเดิม (Satellite lesion)	ไม่ชัดเป็น บางส่วน	> 5	ชัดเจน	ปกติหรือแห้ง เล็กน้อย	โตชัดเจน	ไม่พบ หรือ พบเชื่อน้อย
สองข้าง ของร่างกาย (bilateral)	มิดบอร์เดอร์ ไลน์ (BB)	แผ่นวงแหวน นูนแดงหนา (punched-out lesion) หรือ แผ่นนูนแดง หนานูน ตรงกลาง	แบน ลาดลง ไม่เด่นชัด	เกิน 5	ชัดเจนหรือ ไม่ชัดเจน ก็ได้	ไม่แห้งแต่อัม ฉ่ำเป็นมัน	โต	พบเชื้อ ปานกลาง
	บอร์เดอร์ไลน์ เลปโรมาติส (BL)	แผ่นวงแหวน นูนแดงหนา ผื่นและคูนูน แดง ขนาดเล็ก	แบนลาด ไม่เด่นชัด	เกิน 5 มาก	ไม่ชัดเจน	ไม่แห้งแต่อัม ฉ่ำเป็นมัน มากขึ้น	โต	พบเชื้อมาก
	เลปโรมาติส (LL)	วงสีแดง คูนูนแดง (erythematous macules, papules, nodules) และ ผิวหนังแดงหนา (diffuse infiltration) กระจายทั่วไป	แบนลาด ไม่ชัด	มากทั่ว ร่างกาย เหมือน กัน ทั้งสอง ด้าน	ไม่พบที่คูนูน และผื่นแต่ อาจหาที่ ปลายมือ และปลาย เท้า	อัมฉ่ำเป็นมัน เล็กน้อย	มักจะโต	ตรวจพบเชื้อ มาก

หมายเหตุ: การวินิจฉัยโดยอาศัยหลักเกณฑ์เส้นประสาทโต ควรตรวจโดยผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น

แนวทางการรักษา

คู่มือฉบับที่ 2, 3

วัตถุประสงค์ของการรักษา

1. เพื่อรักษาผู้ป่วยให้หายขาดจากโรคและไม่เกิดความพิการ
2. เพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อในชุมชน

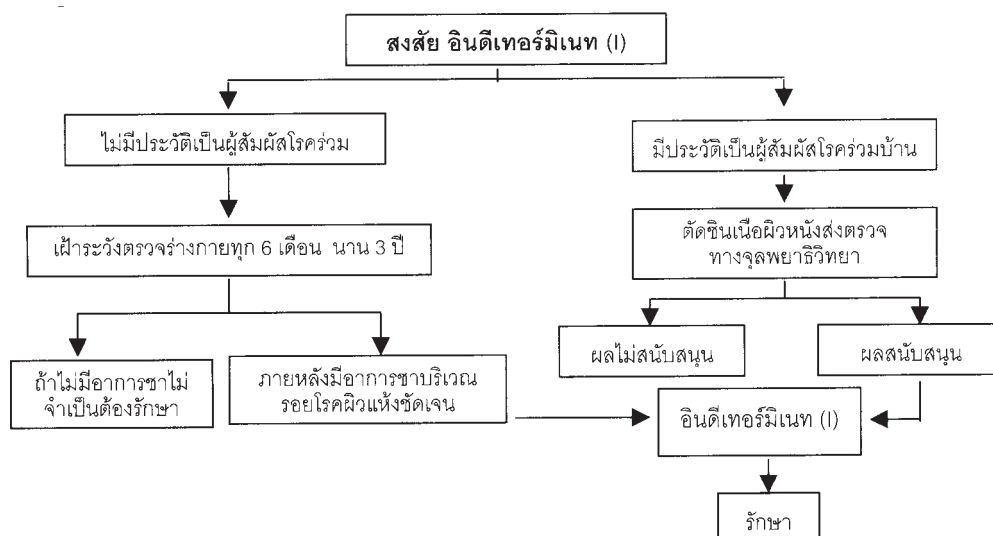
นโยบายทางคลินิก

1. ไม่ให้ dapsone ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา sulfa
2. ไม่ให้ rifampicin ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับผิดปกติอย่างรุนแรง
3. ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มี hematocrit (Hct) ต่ำกว่า 30% ต้องได้รับการรักษาจนกว่า Hct จะมากกว่า 30 จึงจะเริ่มการรักษาโรคเรื้อน

ขั้นตอนก่อนเริ่มให้การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาเคมีบำบัดผสม

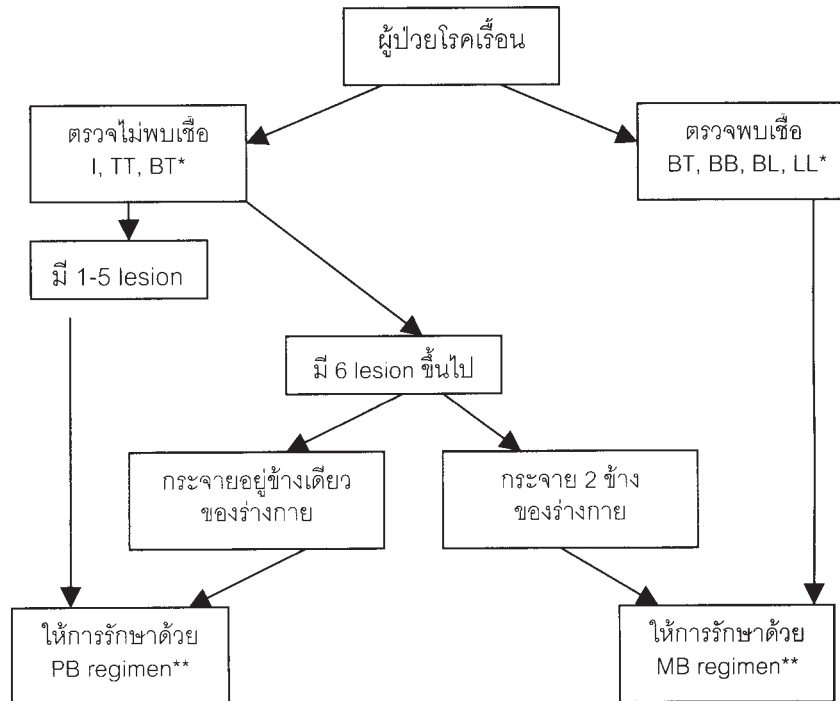
1. นับจำนวนรอยโรคทางผิวหนัง เช่น วงค่าง ตุ่ม แผ่นและผื่นนูนแดงหนา เพื่อจำแนกชนิดโรคเรื้อน (ตารางที่ 1)
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ที่มาเป็นเพื่อนผู้ป่วยได้ทราบและเข้าใจวิธีการเกิดโรคอาการโรค การรักษา การป้องกันความพิการ รวมทั้งการปฏิบัติตนระหว่างการรักษา และกระตุ้นเปิดโอกาสให้ซักถามและตอบ/ชี้แจงคำถามและข้อสงสัยต่าง ๆ จนเข้าใจชัดเจน
3. เริ่มสาธิตให้ผู้ป่วยรู้จักยาในวันแรกที่คลินิกให้ยา/รับยา เช่น สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาล ฯลฯ อธิบายลักษณะของชนิดยาต่างๆ และวิธีกินยาประจำเดือนต่อหน้าเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข หรือญาติที่บ้าน และกินยาประจำวันด้วยตนเอง
4. มอบยาทุกชนิดให้เพียงพอทั้งเดือน และแจ้งกำหนดวันรับยาครั้งต่อไปและเขียนวันที่รับยาในบัตรนัดหมาย กรณีบ้านอยู่ห่างไกล คมนาคมไม่สะดวกอาจให้ยาไปล่วงหน้าหลายเดือนได้ตามความเหมาะสม
5. กรอกรการให้ยาลงในบัตรลงทะเบียนรักษาผู้ป่วยให้ครบถ้วน

แผนภูมิที่ 2 การดูแลรักษาผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคเรื้อน หรือ กลุ่ม indeterminate



การให้ยารักษาโรคเรื้อน

แผนภูมิที่ 3 การตัดสินใจในการให้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อน¹



หมายเหตุ: ความสม่ำเสมอของการรักษาใน PB case ได้รับยา 6 ครั้ง ภายใน 9 เดือน, ความสม่ำเสมอของการรักษาใน MB case คือรับยา 24 ครั้ง ภายใน 36 เดือน กรณีเป็น neural type leprosy และกรณีที่เป็น relapse case ให้รักษาผู้ป่วยเฉา

* I = Indeterminate, TT = Tuberculoid, BT = Borderline tuberculoid, BB = Mid-Borderline, BL = Borderline lepromatous, LL = Lepromatous (ดูตารางที่ 1)

**PB = Paucibacillary, MB = Multibacillary (ดูตารางที่ 2)

- การให้ยารักษาโรคเรื้อนด้วยยาเคมีบำบัดผสม (Multi-Drug Treatment (MDT) Regimens)
ดูตารางที่ 2, 3 และ 4

ตารางที่ 2 การให้ยารักษาโรคเรื้อนสำหรับผู้ใหญ่

ยา	การให้ยาในผู้ป่วยชนิดเชือน้อย Paucibacillary (PB) regimen	การให้ยาในผู้ป่วยชนิดเชื้อมาก Multibacillary (MB) regimen
ยาประจำเดือน	- Rifampicin (RFP) 600 มก. เดือนละครั้ง โดยให้กินยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ผู้ให้ยาหรือญาติ (supervised dose)	- Rifampicin (RFP) 600 มก. เดือนละครั้ง โดยให้กินยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ผู้ให้ยาหรือญาติ (supervised dose) และ - Clofazimine (CLO) 300 มก. เดือนละครั้ง โดยให้กินยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ผู้ให้ยาหรือญาติ (supervised dose)
ยาประจำวัน	- Dapsone (DDS) 100 มก. วันละครั้ง โดยให้กินยาเอง	- Dapsone (DDS) 100 มก. วันละครั้ง โดยให้กินยาเอง (self-administration) และ - Clofazimine (CLO) 50 มก. วันละครั้ง โดยให้กินยาเอง (self-administration)

หมายเหตุ: ให้ยาประจำเดือนร่วมกับยาประจำวัน. PB=Paucibacillary, MB=Multibacillary

ตารางที่ 3 การให้ยารักษาโรคเรื้อนสำหรับเด็ก

ยา	กลุ่มอายุ	ยากินเดือนละครึ่ง	ยาประจำวัน
Rifampicin (RFP)	0-14 ปี	10 มก./ กก./ครึ่ง/เดือน	
Clofazimine (CLO)	0-5 ปี	100 มก/ครึ่ง/เดือน	50 มก./วัน x 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์
	6-14 ปี	150-200มก /ครึ่ง/เดือน	50 มก./วัน x 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์
Dapsone (DDS)	0-14 ปี	-	1-2 มก./ กก./วัน

หมายเหตุ: ถ้าผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ให้ ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญโรคเรื้อนเพื่อปรับเปลี่ยนยาให้เหมาะสม รายละเอียดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 อาการแทรกซ้อนจากยารักษาโรคเรื้อนที่อาจพบได้

ระบบ	อาการแทรกซ้อน	DDS	RFP	CLO
Endocrine	Adrenal crisi		X	
Blood	Agranulocytosis	X		
	Haemolytic anaemia	X	X	
	Thrombocytopenia		X	
Bones	Osteomalacia		X	
Bowel	Eosinophilic enteritis			X
	Small bowel syndrome			X
	G.I complaints	X		
Brain	Psychosis	X	X	
Kidneys	Nephrotic syndrome	X		
	Renal failure		X	
	Renal papillary necrosis	X		
Liver	Hepatitis	X	X	
Nerves	Peripheral neuropathy	X		
Skin	Exanthematous eruption	X		
	Exfoliative dermatitis	X		
	Fixed drug eruption	X		
	Icthyosis			X
	Diminished sweating and tearing			X
	Pemphigus vulgaris		X	
	Porphyria cutanea tarda		X	
	Steven-Johnson syndrome		X	
	Toxic epidermal necrolysi	X		
Miscellaneous	DDS syndrome	X		
	Flu syndrome		X	
	Haemorrhagic disease of newborn		X	
	Hypoalbuminemia	X		

DDS=dapsone, RFP=rifampicin, CLO=clofazimine

หญิงมีครรภ์ที่เป็นโรคเรื้อน

ให้ยาตามปกติ แต่ควรระมัดระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบสูงขึ้น ดังนี้

1. อาการของโรคเรื้อนจะเลวลงโดยเฉพาะช่วง 3 เดือนสุดท้าย
2. อาจมีปฏิกิริยาแพ้แบบ type I reaction โดยเฉพาะ 6 เดือนหลังคลอด
3. อาจมีปฏิกิริยาแพ้แบบ type II reaction โดยเฉพาะ 3 เดือนสุดท้ายและ 6 เดือนหลังคลอด
4. พบมีอาการทางเส้นประสาทสูงถึง 50 %
5. เด็กที่เกิดจากมารดาที่อยู่ในระหว่างการรักษาโรคเรื้อนจะมีน้ำหนักตัวแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ ดังนั้นถ้าเป็นไปได้ควรคุมกำเนิดในระหว่างที่รักษาโรคเรื้อน แต่โรคเรื้อนไม่ใช่ข้อบ่งชี้สำหรับ

terminate pregnancy

ผู้ป่วยโรคเรื้อนมีโรคเอดส์ หรือ วัณโรคร่วมด้วย^{4,5}

1. กรณีโรคเอดส์ให้การรักษาเหมือนผู้ป่วยโรคเรื้อนทั่วไป
 2. กรณีมีวัณโรคร่วมด้วยมีข้อปฏิบัติดังนี้
 - 2.1 ปรีกษาเรื่องการให้ยาวัณโรคกับผู้เชี่ยวชาญวัณโรค
 - 2.2 ถ้าให้ยารักษาวัณโรคตามแบบมาตรฐาน จะมียา rifampicin ซึ่งออกฤทธิ์ได้ดีในการรักษาโรคเรื้อน ให้ถือว่าขนาดยา rifampicin ในขนาดที่รักษาวัณโรคสามารถทดแทน rifampicin ที่รักษาโรคเรื้อนได้อยู่แล้ว ให้เพิ่มยารักษาโรคเรื้อนดังนี้
 - กรณี PB ให้ Dapsone วันละ 100 mg เป็นเวลา 6 เดือน ไม่ต้องเพิ่ม rifampicin อีก
 - กรณี MB ให้ clofazimine และ dapsone ดังนี้
 - Clofazimine 300 มก. เดือนละครั้ง ทุกเดือน (supervised dose)
 - Dapsone 100 มก. วันละครั้ง ทุกวัน (self administration) และ
 - Clofazimine 50 มก. วันละครั้ง ทุกวัน (self administration)
- ไม่ต้องเพิ่ม rifampicin อีก

แผนภูมิที่ 4 การรักษาแผลเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Chronic plantar ulcer			
	Simple ulcer	Complicated ulcer	Marjolin's ulcer (Squamous cell CA)
Definition	แผลลึกไม่เกินชั้น subcutaneous tissue	- แผลลึกเกินชั้น subcutaneous tissue มักจะลึกถึงชั้น tendon, joint, bone	แผลเรื้อรังเป็นๆ หายๆ มานานหลายปี จนกลายเป็นมะเร็ง
Diagnosis	- แผลตื้น - serous discharge - ไม่มีไข้ - การตรวจด้วย probe พบว่าลึกถึงชั้นได้ผิวหนัง	- แผลลึก - purulent discharge - บางครั้งมีไข้สูง หรือ ต่อมน้ำเหลืองขาหนีบโต - การตรวจด้วย probe พบว่าลึกถึงชั้น bone หรือ tendon	- แผลปูดูน คล้ายดอกกะหล่ำ - bloody discharge - ไม่มีไข้ แต่อาจจะมีต่อมน้ำเหลืองขาหนีบโตจาก metastasis - ไม่ต้องตรวจด้วย probe แต่ยืนยันด้วย incisional biopsy
Management	1. แบ่ง simple ulcer เป็น 2 ชนิด 1.1 superficial simple ulcer : ปล่อยให้แผลหายเองด้วยการดื่มน้ำ การลงน้ำหนักที่เท้า (ใส่แผ่น หรือ ใช้ไม้ค้ำยัน) 1.2 deep simple ulcer ดูแลรักษาตามข้อ 1 แล้วยังไม่ดีขึ้น: Refer for reconstructive surgery 2 ป้องกันการเกิดแผลใหม่ โดย 2.1 ให้สูขศึกษาเรื่องการดูแลเท้าที่ไม่มีความรู้ลึกด้วยกิจกรรม ESSO E=examination : ตรวจฝ่าเท้าทุกวันว่ามีจุดห่อเลือดหรือหนังแข็งหรือไม่ S=soaking: แช่เท้าด้วยน้ำธรรมดา วันละ 30 นาที S=scrubbing: ขัดหนังแข็งด้วยหินขัดหรือแปรงขัดเท้า O=oiling: เคลือบฝ่าเท้าด้วยวาสลีน หรือน้ำมันมะกอก 2.2 ควรใส่รองเท้าที่พื้นด้านในนิ่ม ด้านนอกแข็ง มีสายรัดส้นเท้า	1. adequate debridement 2. พักเท้าและยกเท้าสูง 3. adequate antibiotic 4. หลังจากแผลสะอาดดีแล้ว ให้รักษาต่อเหมือนรักษา simple ulcer	Refer for reconstructive surgery

ความผิดปกติทางผิวหนังอื่นๆ ที่อาจพบในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ การรักษา

- Secondary ichthyosis และ xerotic eczema : แนะนำผู้ป่วยว่าไม่มีอันตรายแต่อาจเป็นเรื้อรังให้ยาที่ทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น เช่น 10 % urea cream, cream base หรือ moistures
- Discoloration จากยา clofazimine : แนะนำผู้ป่วยว่าไม่มีอันตราย จะค่อยๆ ดีขึ้นเมื่อหยุดยา
- Fixed drug eruption: อาจเกิดจาก Dapsone ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Sulfa หยุดยาที่เป็นสาเหตุ ให้ 0.1% triamcinolone cream ทา ผื่นจะค่อยๆ ดีขึ้น
- ฝ่ามือฝ่าเท้าแห้งหนา : ให้ mild keratolytics เช่น 3-5 % salicylic acid, 2-5 % lactic acid cream
- Fixed erythema โดยเฉพาะบริเวณใบหน้า : แนะนำผู้ป่วยว่าไม่มีอันตราย ควรเลี่ยงแสงแดด ใช้อากันแดด ต้องใช้เวลานานกว่าจะดีขึ้น
- Hair loss บริเวณคิ้ว หรือตามร่างกาย : แนะนำผู้ป่วยว่า บางรายดีขึ้น บางรายไม่ดีขึ้น ขึ้นกับว่าผมหรือขนนั้นถูกทำลายมากน้อยเพียงใด

การแพทย์รักษาโรคเรื้อน

อาการที่แสดงว่าผู้ป่วยอาจแพ้ยาการรักษาโรคเรื้อน

1. Dapsone

- ผื่นผิวหนังแดง ลอก
- ตัวเหลือง ตาเหลือง
- ตรวจเลือดพบว่ามีเม็ดเลือดขาวต่ำกว่าปกติ

2. Rifampicin

- ตัวเหลือง ตาเหลือง
- อาจพบอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

การรักษาโรคเรื้อนในกรณีที่ผู้ป่วยแพ้ยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อน

1. ถ้าผู้ป่วยแพ้ยา Dapsone

- 1.1 ผู้ป่วยประเภทเชือน้อย (PB) ให้การรักษาดังนี้
Rifampicin 600 mg. และ clofazimine 300 mg. เดือนละครั้ง
และ Clofazimine 50 มก./วัน เป็นเวลา 6 เดือน
- 1.2 ผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก (MB) ให้ดapsone ส่วน rifampicin และ clofazimine
ให้ตามแผนการรักษาเดิม โดยไม่ต้องเพิ่มยาอื่น

2. ถ้าผู้ป่วยแพ้ยา Rifampicin

- 2.1 ผู้ป่วยประเภทเชือน้อย (PB) ให้การรักษาดังนี้
Clofazimine 50 มก./วัน ร่วมกับ Ofloxacin 400 มก./วัน และ Minocycline 100 มก./วัน
นาน 6 เดือน
- 2.2 ผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก (MB) ให้การรักษาดังนี้
Clofazimine 50 มก./วัน ร่วมกับ ofloxacin 400 มก./วัน และ minocycline 100 มก./วัน
เป็นเวลา 6 เดือน ต่อไปให้การรักษาด้วย clofazimine 50 มก./วัน ร่วมกับ ofloxacin 400
มก./วัน หรือ minocycline 100 มก./วัน เป็นเวลา 18 เดือน

3. ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธยา clofazimine

ควรต้องพยายามชักจูงผู้ป่วยให้ยอมรับยาก่อน กรณีจำเป็นให้การรักษาดังนี้

Regimen ที่ 1

Rifampicin 600 มก. เดือนละครั้ง
Dapsone 100 มก./วัน
Ofloxacin 400 มก./วัน หรือ minocycline 100 มก./วัน เป็นเวลา 2 ปี

Regimen ที่ 2

Rifampicin 600 มก.
Ofloxacin 400 มก.
Minocycline 100 มก.
รับประทานร่วมกันทั้ง 3 ชนิด เดือนละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 ปี

ภาวะเส้นประสาทอักเสบและโรคเท้า

อาการแทรกซ้อนสำคัญของโรคเรื้อน คือ

- เส้นประสาทอักเสบ (neuritis) และ
- ภาวะโรคเท้า (reaction)

● เส้นประสาทอักเสบ

การสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทเป็นอาการสำคัญ และอาจมีอาการปวดเส้นประสาทร่วมด้วยการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาท หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่เริ่มแรก จะทำให้เกิดความพิการได้

● ภาวะโรคเท้า

เป็นการอักเสบอย่างเฉียบพลันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรคเรื้อนซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของอาการโรคเรื้อน ไม่ใช่อาการข้างเคียงของการให้ยา จึงไม่ต้องหยุดยา MDT.

อาการแสดงของโรคเท้า ที่พบบ่อยได้แก่

1. รอยโรคเดิม เช่น ผื่น/แผ่นนูนแดงหนาจะเกิดการอักเสบบวมแดงขึ้น
2. เกิดตุ่มอักเสบสีแดงขึ้นใหม่ ซึ่งปวดและกดเจ็บ
3. เส้นประสาทส่วนปลายอักเสบ ปวด กดเจ็บ และบวมโตมากขึ้น
4. มีการทำลายเส้นประสาทและสูญเสียหน้าที่ เช่น อาการชาและกล้ามเนื้ออ่อนกำลัง
5. ไข้และอ่อนเพลีย
6. บางรายมีอาการมือเท้าบวม³

ภาวะโรคเท้าแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1. ภาวะโรคเท้าชนิดที่ 1 (Reversal Reaction: RR) พบบ่อยในผู้ป่วยชนิด BT BB และ BL มีอาการทางผิวหนัง คือ ผื่นโรคเรื้อนเดิมบวมแดงมากขึ้น มีอาการของเส้นประสาทอักเสบ คือ ปวดหรือกดเจ็บที่เส้นประสาท เส้นประสาทสูญเสียการทำงานที่มากขึ้น เช่น ฝ่ามือฝ่าเท้าแห้งชา ขยายพื้นที่กว้างกว่าเดิม กล้ามเนื้ออ่อนแรงมากขึ้น อาจพบอาการบวมที่มือ เท้า และใบหน้า
2. ภาวะโรคเท้าชนิดที่ 2 (Erythema Nodosum Leprosum: E.N.L.) ส่วนมากพบในผู้ป่วยชนิด LL และ BL มีอาการทางผิวหนัง คือ พบตุ่มแดงใต้ผิวหนังกดเจ็บเกิดขึ้นเป็นชุด อาจพบอาการอักเสบของเส้นประสาทและอวัยวะอื่น ๆ เช่น ตา อัมพาต อาจมีไข้ อ่อนเพลีย

ตารางที่ 5 แผนการใช้ยา prednisolone เพื่อรักษาเส้นประสาทอักเสบ โรคเท้าชนิดผื่นแดงอย่างรุนแรง และโรคเท้าชนิดตุ่มอักเสบอย่างรุนแรง

ลำดับที่	Prednisolone (มก./วัน)
1, 2	40
3, 4	30
5, 6	20
7, 8	15
9, 10	10
11, 12	5

การรักษาเส้นประสาทอักเสบและภาวะโรคเห่อ

หลักสำคัญของการรักษาเส้นประสาทอักเสบและภาวะโรคเห่อ คือ ต้องหยุดกระบวนการอักเสบของเส้นประสาทโดยเร็วที่สุด เพื่อป้องกันความพิการ

1. การรักษาด้วยยา

1.1 Prednisolone

- Prednisolone เป็นยาหลักที่ใช้รักษาภาวะเส้นประสาทอักเสบและโรคเห่อรุนแรง ซึ่งได้แก่
 - ภาวะโรคเห่อชนิดที่ 1 อย่างรุนแรง มีอาการผื่นโรคเรื้อนบวมแดงมากจนแตก เป็นแผลพ่นโรคเรื้อนบวมแดงที่ใบหน้าหรือเหนือเส้นประสาท มีไข้สูง อ่อนเพลีย แขนขาบวม
 - ภาวะโรคเห่อชนิดที่ 2 อย่างรุนแรง พบตุ่มแดงเจ็บมากกว่า 10 ตุ่ม ในแต่ละชุด ตุ่มบวมแดงอักเสบมากหรือแตกเป็นแผล มีอาการอักเสบของอวัยวะอื่น ๆ มีไข้สูง อ่อนเพลีย
- การให้ Prednisolone ต้องเริ่มต้นในขนาดที่สูงพอที่จะควบคุมอาการ คือ 0.5-1 มก./กก. ขนาดยาสำหรับผู้ใหญ่ คือ 40 มก. ต่อวัน เมื่อภาวะโรคเห่อ หรือ อาการเส้นประสาทอักเสบดีขึ้น จึงค่อย ๆ ลดขนาดยาลงช้า ๆ ในระหว่างการรักษายังคงให้ยา MDT ต่อไป ตามปกติ โดยมีแผนการใช้ยา prednisolone เพื่อรักษาเส้นประสาทอักเสบโรคเห่อ ชนิดผื่นแดงอย่างรุนแรงและโรคเห่อชนิดตุ่มอักเสบอย่างรุนแรง ตารางที่ 5

1.2 Clofazimine

- เป็นยารักษาโรคเรื้อนที่มีฤทธิ์ด้านการอักเสบด้วย ขนาดที่ใช้ คือ 200 - 300 มก. ต่อวัน
- ยาจะออกฤทธิ์สูงสุดใน 4 - 6 สัปดาห์
- ข้อควรระวัง คือ ถ้าใช้ยาขนาดสูง 300 มก. ต่อวัน นานติดต่อกันเกิน 3 เดือน อาจทำให้ปวดท้องและถ่ายเหลวได้
- ในการรักษาโรคเห่อชนิดตุ่มอักเสบอย่างรุนแรง นอกจากให้ยา prednisolone ดังกล่าวแล้ว ให้เพิ่มขนาดยา clofazimine ให้สูงขึ้น โดยปรับขนาดยา clofazimine ที่ผู้ป่วยกินทุกวัน เป็นดังนี้
 - สัปดาห์ที่ 1-8 ให้ Clofazimine 200 มก./วัน
 - สัปดาห์ที่ 9-12 ให้ Clofazimine 100 มก./วัน
- ในการรักษาโรคเห่อมีข้อแนะนำดังนี้
 1. ให้ผู้ป่วย กินยา prednisolone ตามขนาดที่กำหนด ครั้งเดียวหลังอาหารเช้า
 2. นัดผู้ป่วยมาติดตามดูอาการและสั่งการรักษาทุก 2 สัปดาห์ ในเดือนแรกและต่อไปเดือนละครั้ง ห้ามสั่งยาให้ผู้ป่วยไปกินติดต่อกันครั้งเดียวตลอดแผนการรักษา
 3. ถ้าผู้ป่วยไม่มาตามนัด ให้ติดตามทันที
 4. ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติใด ๆ ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

1.3 ยารักษาตามอาการ ได้แก่ ยาแก้ปวดลดไข้ ยาแก้ลมประสาท

2. การรักษาทางกายภาพบำบัด

เพื่อดูแลเส้นประสาทที่อักเสบได้พัก เช่น การคล้องแขนด้วยผ้าเพื่อพักรักษาเส้นประสาท ulnar

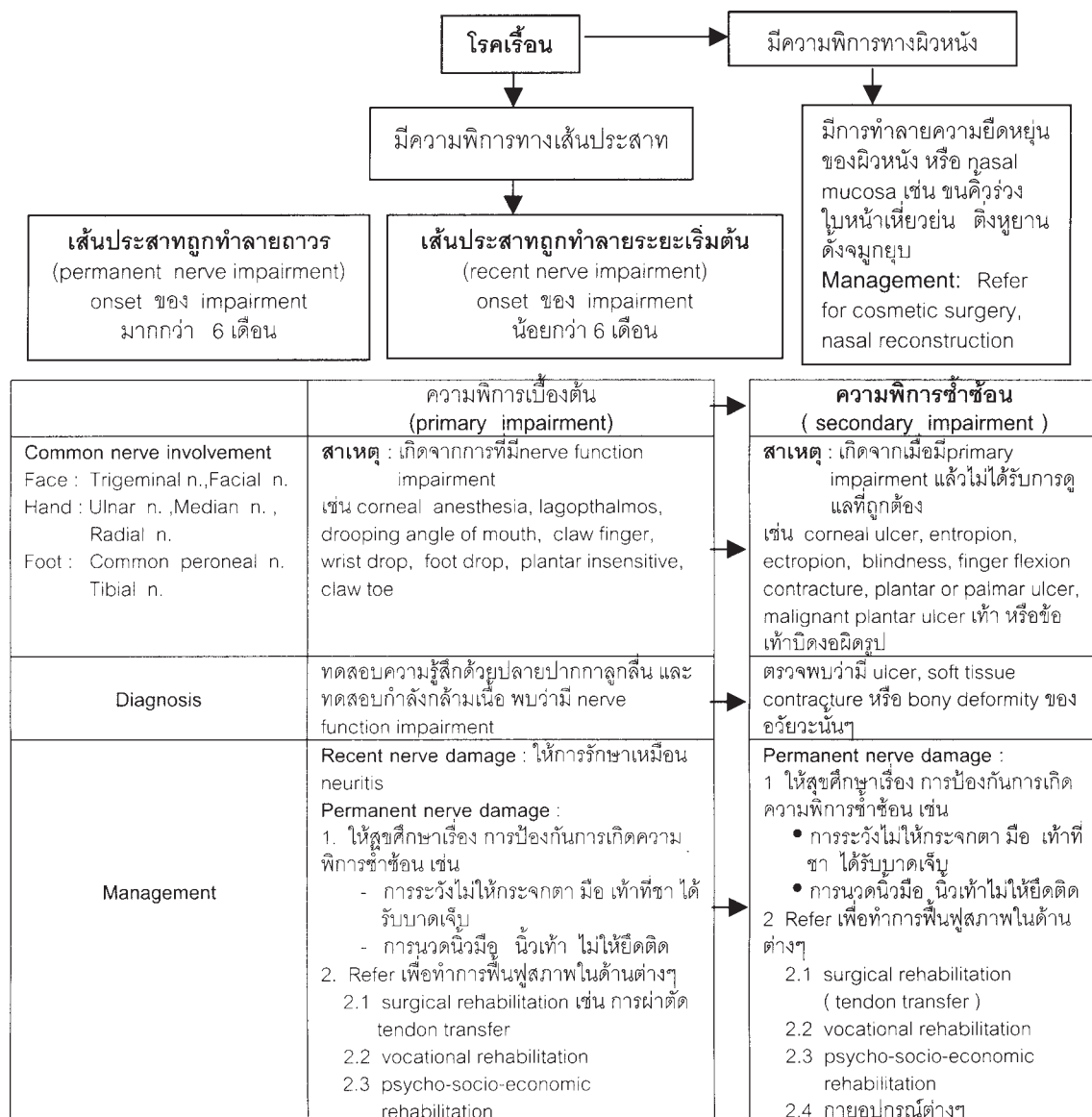
3. การรักษาทางศัลยกรรม

ทำการผ่าตัดรักษาเส้นประสาทอักเสบเพื่อรักษาด้วยยา และกายภาพบำบัดแล้วไม่ได้ผล

การป้องกันและแก้ไขความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อน

คู่มือฉบับที่ 5

แผนภูมิที่ 5 การป้องกันและแก้ไขความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อน



การส่งต่อผู้ป่วย

คูตารางที่ 6

ตารางที่ 6 หลักเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วย

ภาวะความพิการ	ตัวอย่างความพิการ	เวลาที่เหมาะสม	สถานที่รับส่งต่อ
ลูกเขิน	- แผลที่ติดเชื้อ มีกลิ่นเหม็น - อาจมีไข้ร่วมด้วย - ตาแดงมาก ปวดตามาก - ตามัวลงอย่างรวดเร็ว	ทันที	รพท./รพศ. รพ.มหาวิทยาลัย
เร้งค่วน	- รักษา neuritis มา 2 เดือนแล้วไม่ดีขึ้น - ตาหลับไม่สนิท มี lid gap มากกว่า 1 ซม. - แผลที่มีขนาดใหญ่ - แผลที่มีลักษณะของมะเร็ง (เลือดออกง่าย เวลาทำแผล มีลักษณะคล้ายดอกกระหล่ำ) - recurrent ulcer ที่ผู้ป่วยมีความตั้งใจจะรักษาให้แผลหายขาด	เร็วที่สุดที่ผู้ป่วยพร้อม	รพต. รพต. สถาบันแมคเคนฯ รพ.คริสเตียนมโนรมย์
รอได้	- พิการของมือ เช่น claw hand, contracture - พิการของเท้า เช่น claw toe, foot drop - พิการของตา เช่น ตาหลับไม่สนิท มี lid gap น้อยกว่า 1 ซม. หรือตามัวลงช้า ๆ - พิการของใบหน้าที่ต้องการแก้ไขให้สวยงาม	1. ถ้าเป็นผู้ป่วยใหม่ควรรักษาด้วย MDT อย่างน้อย 6 เดือน 2. ผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะ reaction ในขณะนั้น 3. ความพิการต้องเป็นมานาน >1 ปี 4. ผู้ป่วยมีความตั้งใจ และกระตือรือร้น 5. อายุ น้อยกว่า 60-70 ปี 6. โรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษา หรือ ควบคุมแล้ว	รพต. รพต. สถาบันแมคเคนฯ รพ.คริสเตียนมโนรมย์

หมายเหตุ : รพท. = โรงพยาบาลทั่วไป, รพศ. = โรงพยาบาลศูนย์, รพต. = โรงพยาบาลพระประแดง, รพต. = โรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, สถาบันแมคเคนฯ = สถาบันแมคเคนเพื่อการฟื้นฟูสภาพ จ.เชียงใหม่, รพ.คริสเตียนมโนรมย์ = โรงพยาบาลคริสเตียน มโนรมย์ จ.ชัยนาท

ภาวะทางจิต และสังคมผู้ป่วยโรคเรื้อน

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อ ซึ่งมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่ผิวหนังและเส้นประสาท และมีอาการทางเส้นประสาทร่วมด้วย ซึ่งเป็นสาเหตุของความพิการที่สามารถมองเห็นได้ และก่อให้เกิดอุปสรรคที่ไม่ชวนมอง และบอกถึงโรคซึ่งยังเป็นที่รังเกียจของคนส่วนใหญ่ จึงเป็นเหตุให้เกิดปัญหาทางจิต และสังคมสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อน ปฏิกริยาตอบสนองและความรู้สึกรับต่อภาวะการป่วยเป็นโรคเรื้อนแบ่งได้เป็น 2 ระยะ ดังนี้.-

1. ระยะเริ่มต้นที่รับรู้ว่าเป็นโรคเรื้อน ยังไม่มีความพิการ

ช่วงนี้ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาต่อการรับรู้การป่วยของตนแตกต่างกัน บางคนจะคิดว่าเป็นข่าวร้ายในชีวิต ซึ่งอาจก่อความรู้สึกสูญเสียตามที่ อลิซาเบธ กูเบอร์ รอสส์ ได้เคยศึกษาไว้ได้แก่

1.1 ช็อก ภาวะที่ผู้ป่วยรับรู้ความจริงที่สะท้อนใจอย่างรุนแรง และกระตุ้นให้เกิดการปรับตัว ปรับใจไม่ทัน มักแสดงออกได้หลายอย่าง เช่น นิ่งอึ้ง เป็นลม โกรธ หรือเศร้าอย่างรุนแรง การเตรียมผู้ป่วยให้รู้ข่าวจึงมีความจำเป็นซึ่งจะช่วยลดปฏิกิริยานี้ลงได้

1.2 ปฏิเสธความจริง ภาวะที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับว่าเป็นเรื่องของตน กลัวที่จะเผชิญผลที่เกิดขึ้นและยังไม่พร้อมจะแก้ปัญหา หรืออายุที่ผู้อื่นอาจจะรู้แล้วแสดงความรังเกียจ

1.3 โกรธ ภาวะที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องยอมรับความจริง เพราะไม่อาจปฏิเสธได้เนื่องจากสภาพ ร่างกายย่ำแย่ อาจแสดงความไม่พอใจออกมาตรง ๆ เช่น ไม่ร่วมมือ ไม่รับฟัง เอะอะก้าวร้าว ไม่พูดไม่สบตา ฯลฯ

1.4 การต่อรอง ภาวะที่ผู้ป่วยปฏิเสธความจริงในระดับไม่รุนแรง มักแสดงออกในลักษณะ สอบถามความน่าเชื่อถือในการตรวจเชื้อ การวินิจฉัยโรค โอกาสผิดพลาดในการตรวจเป็นต้น

1.5 ซึมเศร้า ภาวะที่ผู้ป่วยรับรู้ความจริง และยอมรับในผลการป่วยของตนอาจรู้สึกท้อแท้ ซึมเศร้า เกรงคนรอบข้างจะไม่ยอมรับ

1.6 การยอมรับ ขั้นตอนสุดท้ายที่ผู้ป่วยจะต้องยอมรับความจริงจนสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม อาจใช้ระยะเวลานาน ผู้ป่วยมักแสดงออกในลักษณะที่อารมณ์ต่าง ๆ สงบลง สามารถดำเนินชีวิตได้ปกติ ยอมรับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่และปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง

2. ระยะที่มีอาการแล้ว

จากอาการภายนอกที่มองเห็นได้และอาจได้รับท่าทีแสดงความรังเกียจจากบุคคลรอบข้าง รวมถึงความเชื่อผิดๆเกี่ยวกับการเป็นโรคเรื้อน อาจทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการแล้ว เกิดอารมณ์ความรู้สึก ดังนี้

2.1 มีความไม่ไว้วางใจ เนื่องจากต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน ไม่แน่ใจในการเปลี่ยนแปลงของโรคความพิการระยะต่าง ๆ จะทุกข์ทรมานเพียงใด คนรอบข้างจะยอมรับหรือรังเกียจ

2.2 เกิดความอับอายและสงสัย เนื่องจากโรคที่เป็นก่อให้เกิดความน่ารังเกียจ จึงเกิดความสงสัยว่าจะทนความอับอายได้ไหม คนอื่นรู้จะมีปฏิกิริยาอย่างไร จะมีใครที่จะช่วยเหลือได้ไหม

2.3 เกิดความรู้สึกด้อยค่า มักรู้สึกว่าตนเป็นคนมีกรรม เป็นโรคที่คนอื่น ๆ ไม่เป็นกัน ไม่เห็นความหวังใด ๆ อยากอยู่ในโลกส่วนตัว หรืออยู่ร่วมกับคนที่มิจะด่าทอเหมือนกับมองไม่เห็นคุณค่าของตนเอง ไม่คิดว่าตัวเองจะมีประโยชน์กับใคร ยิ่งเห็นใครแสดงความสงสาร จะยิ่งรู้สึกทุกข์ทรมานมากขึ้น

การช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อน เป็นเรื่องจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวกับสภาพการเจ็บป่วยและมีกำลังใจที่จะรักษาตนเองปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ควรให้กำลังใจว่าการเปลี่ยนแปลงย่อมต้องใช้เวลาและความอดทนและควรชื่นชมในสิ่งที่ผู้ป่วยทำสำเร็จแม้เพียงเล็กน้อย การให้บริการปรึกษาเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยประคับประคองจิตใจ ลดความวิตกกังวล ความเครียดของผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อน ให้เขาสามารถที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย และมีศักยภาพที่จะยืนหยัดช่วยเหลือตนเองได้ในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรคติดต่อ. กองโรคเรื้อน. คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ ๑.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ๒๕๔๓.หน้า ๒-๓๐, ๓๔-๓๕,๕๒-๕๓.
2. ชีระ รามสูต. ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ : นิเวศรรณการพิมพ์. ๒๕๓๕.หน้า ๓๓๐-๓๓๑.
3. Bryceson, A.,&Pfaltzgraft,R.,E.(1990).Leprosy.Zthird edition).London:Churchill Livingstone.
4. Hasting,R.C,(editor) (1994). Leprosy.(second edition).London:Churchill Livingstone; p. 320.
5. Jopling WH, McDougall AC. Handbook of leprosy 5th ed. New Delhi: CBS Publishers & Distributors;1995. P.46,112,113,144.
6. Srinivasan H. Prevention of Disabilities in Patients with Leprosy. A practical guide. Geneva:World Helth Organization,1993;6-23,50-79
7. World Health Organization. Action Programme for the Elimination of Leprosy. (1997). MDT questions and answers. (revised adition).Geneva:WHO.
8. World Health Organization. Guide to Eliminate Leprosy as a Public Health Problem. First Edition, 2000; p.19-21,32-33.

รายชื่อคณะทำงานจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติโรคเรื้อน

สำหรับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ศาสตราจารย์นายแพทย์ชีระ รามสูต	นายกสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย	ประธาน
2. นายแพทย์กฤษฎา มโหทาน	กรมควบคุมโรคติดต่อ	รองประธาน
3. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงพรรณแข มไหสวริยะ	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	ผู้ทำงาน
4. แพทย์หญิงวลัยอร ปรังญพฤทธิ	กรมการแพทย์	ผู้ทำงาน
5. นายแพทย์อานันต์ ชลพันธุ์	กรมควบคุมโรคติดต่อ	ผู้ทำงาน
6. นายแพทย์โกวิท คัมภีร์ภาพ	กรมควบคุมโรคติดต่อ	ผู้ทำงาน
7. นายแพทย์อนันต์ กนกศิลป์	โรงพยาบาลห้วยราช บุรีรัมย์	ผู้ทำงาน
8. นายแพทย์คำนวม พันธุ์ศรี	โรงพยาบาลหนองหญ้าไซ สุพรรณบุรี	ผู้ทำงาน
9. นายแพทย์ทวีฤทธิ์ สิทธิเวทิน	กรมควบคุมโรคติดต่อ	ผู้ทำงานและเลขานุการ
10.นางสาวนีย์ บำเพ็ญอยู่	กรมควบคุมโรคติดต่อ	ผู้ทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ