รายงานผู้ป่วย: ภาวะเยื่อบุตาและกระจกตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในในวัยผู้ใหญ่

เธษฐา คันธา, พ.บ.
จักษุแพทย์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลพนัสนิคม ชลบุรี

บทคัดย่อ

เยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองใน ในวัยผู้ใหญ่เป็นการติดเชื้อที่พบได้น้อยมาก ส่วนใหญ่เกิดจากเยื่อบุตาสัมผัสโดยตรงกับปัสสาวะ สารคัดหลั่งที่เป็นช่องทางของการมีเพศสัมพันธ์ หรือการสัมผัสทางอ้อมโดยมีพาหะวัตถุพาเชื้อโรคซึ่งพบน้อยมาก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้า ซึ่งการรักษาที่ไม่เหมาะสมและล่าช้า จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาที่รุนแรง ได้แก่ กระจกตาอักเสบเป็นแผลเปื่อยและกระจกตาทะลุ นำมาซึ่งการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรหรือตาบอดได้ การวินิจฉัยอย่างทันท่วงทีร่วมกับการรักษาที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญ

รายงานผู้ป่วย หญิงไทยอายุ 60 ปี มีประวัติตาซ้ายแดง มีขี้ตามาก 1 สัปดาห์ รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อาการไม่ดีขึ้นจึงส่งตัวมาที่โรงพยาบาลพนัสนิคม ให้ยาปฏิชีวนะหยอดตาวันละ 4 ครั้ง 3 วันต่อมาอาการไม่ดีขึ้น มีเปลือกตาบวม ตาแดงทั้ง 2 ข้าง มีขี้ตามากเป็นหนองร่วมกับมีกระจกตาซ้ายอักเสบ ผลตรวจขี้ตาที่เยื่อบุตาพบ gram-negative intracellular diplococci ผลเพาะเชื้อที่ 5 วันพบเชื้อ Neisseria gonorrhoeae พิจารณานอนโรงพยาบาลให้ยา Ceftriaxone 1 กรัมทางกล้ามเนื้อ 5 วัน ยา Azithromycin 1 กรัมชนิดรับประทาน ให้ยา Moxifloxacin หยอดตาร่วมกับยาน้ำตาเทียมชนิดไม่มีสารกันเสีย อาการดีขึ้น ผลเพาะเชื้อที่ 5 วันไม่พบเชื้อ มีการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง ผู้ป่วยหายเป็นปกติและไม่กลับเป็นซ้ำหลังหยุดยาปฏิชีวนะ 1 สัปดาห์

คำสำคัญ เยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองใน, ขี้ตาเป็นหนอง

บทนำ

เนื่องด้วยโรคเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองใน (Gonococcal Conjunctivitis) สามารถพบได้ในทุกช่วงอายุซึ่งในอดีตจะพบเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในเกิดขึ้นกับวัยทารก (Gonococcal Ophthalmia Neonatorum)ได้บ่อยกว่าในวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่[1] แต่ในปัจจุบันพบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อในวัยทารกลดลงมากแต่กลับพบเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในเพิ่มมากขึ้นในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่[2] โดยเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในที่เกิดขึ้นในวัยทารกนั้นเกิดจากการติดต่อจากมารดาที่มีการติดเชื้อหนองในสู่ทารกระหว่างการคลอด แต่เยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองใน ในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่มักเกิดจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยที่ผู้ป่วยอาจมีหรือไม่มีอาการของการติดเชื้อหนองในที่อวัยวะที่เป็นช่องทางการมีเพศสัมพันธ์ก็ได้

เยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในเกิดจากการติดเชื้อ Neisseria Gonorrhoeae ซึ่งเป็นแบคทีเรียชนิด Gram-Negative Diplococci โดยการติดเชื้อเกิดขึ้นจากการที่เยื่อบุตาสัมผัสโดยตรงกับปัสสาวะ สารคัดหลั่งหรืออวัยวะต่าง ๆ ที่เป็น ช่องทางของการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ อวัยวะเพศ ทวารหนัก ช่องปาก ที่มีเชื้อหนองในปนเปื้อนอยู่ หรืออาจเป็นการสัมผัสทางอ้อม โดยไม่ได้ติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์โดยตรง แต่มีพาหะวัตถุพาเชื้อโรคมา (Fomite Transmission) ซึ่งพบได้น้อยมาก เนื่องจากเชื้อหนองในเมื่ออยู่ภายนอกร่างกายมนุษย์จะมีชีวิตอยู่ได้เพียงไม่กี่นาทีเท่านั้น

เยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในสามารถเกิดอาการได้พร้อมกันทั้งสองตา หรือมีอาการเพียงตาข้างเดียว หรือมีอาการที่ตาข้างใดข้างหนึ่งก่อนแล้วจึงมีอาการที่ตาอีกข้างหนึ่งตามมาได้โดยผู้ป่วยจะมีอาการตาแดงมาก เปลือกตาบวม ปวดตา ตามัวลง มีขี้ตาลักษณะเหมือนหนองไหลออกจากตาตลอดเวลา ระยะฟักตัวของการเกิดเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในนับตั้งแต่ได้รับเชื้อที่ดวงตาจนเริ่มเกิดอาการ โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 3-19 วัน[3] และพบว่าในผู้ป่วยที่มีอาการท่อปัสสาวะอักเสบร่วมด้วย ผู้ป่วยจะมีอาการท่อปัสสาวะอักเสบนำมาก่อนอาการติดเชื้อที่ดวงตาประมาณหนึ่งถึงหลายสัปดาห์[1] แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในนั้นจะมีอาการผิดปกติจากโรคหนองในอวัยวะอื่นๆ ที่เป็นช่องทางของการมีเพศสัมพันธ์ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ โดยเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในเป็นการอักเสบของเยื่อบุตาอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน และมีอาการแสดงที่มีลักษณะเฉพาะได้แก่ (1) มีเยื่อบุตาแดงและบวมน้ำอย่างรุนแรง ในผู้ป่วยบางรายอาจพบว่ามีเลือดออกใต้เยื่อบุตาขาว (Subconjunctival Hemorrhage) ร่วมด้วยได้ (2) มีเปลือกตาบวมแดงอย่างชัดเจน (3) มีขี้ตาเขียวเหลืองหรือขี้ตาเป็นหนองจำนวนมากและไหลออกมาตลอดเวลา (4) กดเจ็บที่ดวงตา (Tenderness of the Globe) และ (5) ส่วนใหญ่พบว่ามีต่อมน้ำเหลืองที่หน้าใบหูโตขึ้น กดเจ็บร่วมด้วย[2] โดยเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในที่ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทันท่วงที จะเกิดการติดเชื้อลามเข้าไปที่กระจกตาเกิดกระจกตาอักเสบเป็นแผลเปื่อย (Ulcerative Keratitis) และลุกลามอย่างรวดเร็ว จนเกิดกระจกตาทะลุ (Corneal Perforation) ได้ ภายใน 24 ชั่วโมง[1,4] ในกรณีที่ผู้ป่วยเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในที่ติดเชื้อไปที่กระจกตาร่วมด้วย แต่สามารถควบคุม

การติดเชื้อให้สงบลงได้ กระจกตาที่เคยมีการอักเสบติดเชื้อสามารถเกิดเป็นแผลเป็นและทำให้ความสามารถในการมองเห็นลดลงได้ สำหรับเยื่อบุตาอักเสบอย่างรุนแรงเมื่อการติดเชื้อสงบลงสามารถเกิดเป็นแผลเป็น และพังผืดดึงรั้งที่เยื่อบุตา อาจมีผลต่อการกลอกตาได้ไม่สุดหรือเกิดอาการตาแห้งตามมาได้[5]

ในผู้ป่วยรายนี้ที่ผู้วิจัยศึกษาเป็นการติดเชื้อหนองในทางอ้อมซึ่งพบได้น้อยมาก ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเพื่อที่จะสามารถวางแผนการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงหาสาเหตุปัจจัยที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันท่วงที สามารถเผยแพร่ให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกันได้ประโยชน์จากการศึกษา เพื่อให้ตระหนักถึงโรค gonococcal conjunctivitis

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 60 ปี มาด้วยอาการตาซ้ายแดง มีประวัติตาซ้ายแดง มีขี้ตามาก 1 สัปดาห์ก่อนมารักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อาการไม่ดีขึ้นจึงส่งตัวมาที่โรงพยาบาลพนัสนิคม ได้รับการรักษายาปฏิชีวนะหยอดตาวันละ 4 ครั้ง แนะนำเช็ดตาร่วมด้วย หลังจากนั้น 3 วันต่อมาอาการไม่ดีขึ้นมีอาการเปลือกตาบวม ตาแดงทั้ง 2 ตา มีขี้ตามากเป็นหนอง ร่วมกับมีกระจกตาซ้ายอักเสบร่วมด้วย โรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ไม่มีอาการทางระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ปฏิเสธประวัติแพ้ยา ปฏิเสธประวัติมีเพศสัมพันธ์ การตรวจร่างกายแรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ไม่มีรอยโรคผิดปกติที่ระบบอื่นๆ การตรวจอาการทางตา พบว่าภายนอกมีเปลือกตาบวมทั้งสองตา ตรวจในตาพบมีตาแดงทั้ง 2 ตา มีลักษณะ conjunctival injection, chemosis, diffuse conjunctival vessel dilatation , mucopurulent discharge โดยที่ตาซ้ายมีอาการมากกว่าและพบมีกระจกตาอักเสบที่ตาซ้ายร่วมด้วย ระดับการมองเห็น (visual acuity) ตาขวาเป็น 20/20 ตาซ้ายเป็น 20/40 ผลการป้ายขี้ตาที่เยื่อบุตาไปตรวจ พบเป็น gram-negative intracellular diplococci ผลเพาะเชื้อที่ 5 วันพบเชื้อ Neisseria gonorrhoeae ผลการตรวจเอดส์ ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบ พบว่าผลปกติ ซักประวัติสาเหตุของการติดเชื้อเพิ่มเติมพบว่าก่อนหน้าผู้ป่วยมีอาการประมาณ 2 สัปดาห์ หลานชายอายุ 17 ปี มีประวัติอาการปัสสาวะแสบขัด มีหนองไหลจากปลายอวัยวะเพศ ไปตรวจที่คลินิกแห่งหนึ่งให้การวินิจฉัยว่าเป็นหนองในได้ Cefixime(100) 4 เม็ดร่วมกับ Azithromycin(250) 4 เม็ด อาการดีขึ้น ผู้ป่วยรายนี้ประกอบอาชีพซักรีดผ้า ได้เอาผ้าเช็ดตัวของหลานมาเช็ดหน้าหลังจากนั้น 3 วันจึงมีอาการผิดปกติทางตาเกิดขึ้น พิจารณานอนโรงพยาบาลให้ Ceftriaxone 1 กรัม ทางกล้ามเนื้อ 5 วันร่วมกับให้ยา Azithromycin 1 กรัม ชนิดรับประทาน ยา Moxifloxacin หยอดตาร่วมกับยาน้ำตาเทียมชนิดไม่มีสารกันเสีย และให้ล้างตาด้วย normal saline ทุกวัน เวลาเช้าและเย็น อาการดีขึ้น ตาแดงลดลง ขี้ตาลดลง แผลที่กระจกตาซ้ายดีขึ้นตามลำดับ หลังจากนั้นได้นำขี้ตาไปส่งตรวจเพิ่มเติมซ้ำ พบว่าผลการป้ายขี้ตาที่เยื่อบุตาและผลเพาะเชื้อไม่พบเชื้อ การติดตามและการตรวจรักษาเนื่อง มีการตรวจติดตามที่ 10 วัน, 20 วันและ 6 สัปดาห์พบว่าเยื่อบุตาและกระจกตาซ้ายที่อักเสบดีขึ้นตามลำดับ นัดตรวจติดตามที่ 20 วัน ให้ยาปฏิชีวนะหยอดตาร่วมกับยาน้ำตาเทียมชนิดไม่มีสารกันเสีย เยื่อบุตาขวาปกติ เยื่อบุตาซ้ายแดง

ลดลง แผลที่กระจกตาซ้ายดีขึ้น หลังจากนั้นพิจารณาหยุดยาปฏิชีวนะ ให้ยาน้ำตาเทียมชนิดไม่มีสารกันเสียร่วมกับแนะนำผู้ป่วยถึงอาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล นัดตรวจติดตามผู้ป่วยที่ 6 สัปดาห์ พบว่าเยื่อบุตาปกติร่วมกับรอยแผลที่กระจกตาซ้ายเป็นแผลเป็นแล้ว

บทวิจารณ์

ผู้ป่วยเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองใน สามารถพบแพทย์ได้สองลักษณะ ได้แก่ (1) ผู้ป่วยมาด้วยอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยตรง กล่าวคือ ผู้ป่วยมีหนองไหลจากปลายท่อปัสสาวะจากอวัยวะเพศจากรูทวารหนัก หรือเจ็บคอ มีหนองในช่องคอหอยร่วมกับการมีอาการเยื่อบุตาอักเสบรุนแรงและเฉียบพลัน ซึ่งทำให้การวินิจฉัยไม่ยากนัก สามารถให้การวินิจฉัยและรักษาไปในแนวทางโรคเดียวกันได้ (2) ผู้ป่วยมาด้วยอาการเยื่อบุตาอักเสบเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีอาการผิดปกติอื่นๆ หรือมีความผิดปกติอื่นๆที่อวัยวะเพศ แต่ไม่แจ้งต่อแพทย์ผู้ให้การดูแลรักษา ซึ่งจะทำให้ยากต่อการวินิจฉัยว่าเป็นเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองใน ดังนั้น สำหรับผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ เยื่อบุตาอักเสบรุนแรง แพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขที่ให้การดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการวินิจฉัยแยกโรค โดยคำนึงถึงเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในก่อนเสมอ ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีหรือไม่มีประวัติการมีเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยง และมีหรือไม่มีอาการของโรคหนองในที่อวัยวะที่เป็นช่องทางของการมีเพศสัมพันธ์ก็ตาม นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องซักประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับประวัติการมีเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงและอาการผิดปกติที่อวัยวะเพศหรือช่องทางอื่นๆที่สามารถใช้มีเพศสัมพันธ์ร่วมด้วยเสมอ จึงจะสามารถวินิจฉัยและให้การรักษาเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในได้อย่างเหมาะสม

สำหรับผู้ป่วยรายนี้นอกจากจะเป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจแล้ว ยังเป็นกรณีศึกษาเรื่องการรักษาอีกด้วย เนื่องจากการรักษาเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในนั้น ตามแนวทางของ Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ปี พ.ศ. 2564 และแนวทางการดูแลรักษาโรคหนองใน พ.ศ.2562 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[8] แนะนำให้รักษาด้วยยา Ceftriaxone 1 กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อเพียงครั้งเดียว ร่วมกับการรับประทานยา Azithromycin 1 กรัม เพียงครั้งเดียว เพื่อให้ครอบคลุมการติดเชื้อ Chlamydia trachomatis ซึ่งส่วนใหญ่มักพบร่วมกับการติดเชื้อหนองใน และโดยทางทฤษฎีเชื่อว่าการให้ยาปฏิชีวนะสองชนิดที่ออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อโดยกลไกที่แตกต่างกัน จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและช่วยลดโอกาสในการเกิดเชื้อดื้อยากลุ่ม Cephalosporin ลงได้[9] โดยผู้ป่วยที่มีอาการของเยื่อบุอักเสบเพียงอย่างเดียว และไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง สามารถให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ แต่ควรนัดผู้ป่วยมาตรวจติดตาม อาการทุกวันจนอาการปกติ เนื่องจากการติดเชื้อสามารถลามเข้าไปที่กระจกตา เกิดกระจกตาอักเสบเป็นแผลเปื่อยและลุกลามอย่างรวดเร็ว จนเกิดกระจกตาทะลุได้ภายใน 24 ชั่วโมง[1,3]

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคหนองในที่เพิ่มมากขึ้นทำให้จำนวนผู้ป่วยเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในเพิ่มมากขึ้น ถ้าบุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการติดต่อ อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษาและมีแนวทางการการดูแลรักษาที่เหมาะสม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่หายเป็นปกติและป้องกันการติดเชื้อลุกลามไปที่กระจกตา ซึ่งอาจส่งผลให้กระจกตาทะลุ ทำให้เกิดการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรได้

เอกสารอ้างอิง

1. Lee JS, Choi HY, Lee JE, Lee SH, Oum BS. Gonococcal keratoconjunctivitis in adults. Eye (Lond). 2002; 16: 646-49.

2. McAnena L, Knowles SJ, Curry A, Cassidy L. Prevalence of gonococcal conjunctivitis in adults and neonates. Eye (Lond). 2015; 29: 875-80.

3. Kestelyn P, Bogaerts J, Stevens AM, Piot P, Meheus A. Treatment of adult gonococcal keratoconjunctivitis with oral norfloxacin. American Journal of Ophthalmology. 1989; 108: 516-23.

4. Schwab L, Tizazu T. Destructive epidemic Neisseria gonorrhoeae keratoconjunctivitis in African adults. British Journal of Ophthalmology. 1985; 69: 525-28.

5. Soukiasian SH, Baum J. Bacterial conjunctivitis. in; Krachmer JH, Mannis MJ, Holland EJ, editor. Cornea. 3rd ed. Cincinnati: Elsevier Inc; 2011. p. 521 - 33.

6. Otu A, Danhoundo G, Toskin I, Govender V and Yaya S. Refocusing on sexually transmitted infections (STIs) to improve reproductive health: a call to further action. Reproductive Health 2021; 18:242

7. Kawashima M, Kawakita T, Den S, Tomita M, Shimazaki J. Surgical management of corneal perforation secondary to gonococcal keratoconjunctivitis. Eye (Lond). 2009; 23: 339-44.

8. รสพร กิตติเยาวมาลย์, ศุภโชค คงเทียน, บรรณาธิการ, แนวทางการดูแลรักษาโรคหนองใน พ.ศ.2562 กรมควบคุมโรค สำนักงานโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ ; 2562.

9. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recommendations and Reports. 2021; 71-80.