

แนวทางการดูแลรักษาโรคหิด

Clinical Practice Guideline for Scabies

แพทย์หญิงศรีสุภลักษณ์ สิงคาลวณิช

นายแพทย์อาทิตย์ นาคะเกษ

นายแพทย์โกวิท คัมภีรภาพ

แพทย์หญิงวาณี วิสุทธิเสรีวงศ์

นายแพทย์ประวิตร อัสวานนท์

นายแพทย์สุนันท์ บุญยะรัตเวช

ความนำ

โรคหิด (scabies) เป็นโรคติดเชื้อผิวหนังที่พบบ่อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็ก ในชุมชนเมือง และในสถานะที่มีความเป็นอยู่แออัด ในบางประเทศนั้นโรคหิดถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ

นิยาม ระบาดวิทยาและสาเหตุ

เกิดจากตัวไร *Sarcoptes scabiei var hominis* ซึ่งเป็น ectoparasite ที่มีวงจรชีวิตในคน มีระยะฟักตัวประมาณ 3-6 สัปดาห์ โดยทั่วไปในคนปกติจะมีเชื้อหิด 5-15 ตัวต่อผู้ป่วย 1 คนแต่ในภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง, ผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ และในผู้ป่วยจิตเวชบางรายอาจมีเชื้อเป็นหลายล้านตัว

โรคหิดเกิดการระบาดแบบ endemic ได้เช่นในเรือนจำ, สถานเลี้ยงเด็ก, บ้านพักคนชรา และในโรงพยาบาล ดังนั้นในปัจจุบันจึงยังพบโรคหิดได้อยู่เรื่อยๆ มีการประมาณกันว่าความชุกของโรคหิดนั้นอาจสูงถึง 300 ล้านรายทั่วโลก

การวินิจฉัย

อาศัยประวัติ การตรวจร่างกายและอาจขึ้นชันการวินิจฉัยโรคโดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

อาการ

- อาการคันเป็นอาการสำคัญที่สุดของโรคหิด ซึ่งโดยทั่วไปมักเป็นแบบคันทั่วตัวและคันมาก (generalized and intense itching) ผู้ป่วยมักให้ประวัติว่าคันมากตอนกลางคืน
- ประวัติสำคัญอีกส่วนหนึ่ง คือ การมีอาการคันในสมาชิกในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด

อาการแสดง

- รอยโรคซึ่งเกิดจากการไชของเชื้อหิดเป็นทางสั้นที่เรียกว่า burrows ซึ่งเกิดจากการที่เชื้อตัวเมียไชลงไปบนหนังกำพริบ ถือได้ว่าเป็นรอยโรคจำเพาะสำหรับโรคหิด แต่โดยทั่วไปพบได้ยากเนื่องจากผู้ป่วยมักแกะเกา จนรอยโรคดังกล่าวเปลี่ยนไป
- รอยโรคที่พบส่วนใหญ่มักเป็นรอยเกา, eczema, ตุ่มแดงโดยเฉพาะ scabiotic nodules ที่บริเวณอวัยวะเพศชาย หรือพบตุ่มหนองซึ่งเกิดจากการที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน
- ลักษณะสำคัญที่ช่วยในการวินิจฉัยโรค คือ การกระจายของรอยโรคที่มักอยู่ในบริเวณซอกต่างๆ เช่น ซอกนิ้วมือ, รักแร้, เต้านม, สะดือ, ก้น และอวัยวะเพศ

- นอกจากรอยโรคดังกล่าวแล้วในเด็กจะพบรอยโรคบริเวณ ใบหน้า, ศีรษะ และฝ่ามือฝ่าเท้าร่วมด้วย
รอยโรคลักษณะพิเศษ

ในบางสภาวะ เช่น ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง อาจมีเชื้อเห็บจำนวนมากทำให้ปรากฏรอยโรคเป็นสะเก็ดทั่วตัว (crusted หรือ Norwegian scabies) ซึ่งสามารถติดต่อได้ง่าย

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- เชื้อเห็บนั้นมีขนาดเล็กมากไม่สามารถเห็นด้วยตาเปล่าได้จึงต้องตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ การตรวจรอยโรคโดยเฉพาะจากบริเวณ burrow จะทำให้มีโอกาสพบตัวเห็บ, ไข่, เปลือกไข่ (eggshell fragments) หรือแม้กระทั่งอุจจาระ (fecal pellets หรือ scybala) ได้มากขึ้น เป็นการยืนยันการวินิจฉัยโรค
- การตรวจดังกล่าวควรใช้ mineral oil และไม่ควรใช้ potassium hydroxide เพราะอาจละลาย pellets ได้

อย่างไรก็ดีการตรวจพบเชื้อเห็บนั้นต้องอาศัยความชำนาญของผู้ตรวจ ดังนั้นการตรวจไม่พบเชื้อเห็บจึงไม่สามารถ “rule out” การติดเชื้อได้ ในรายที่มีประวัติและอาการแสดงเข้าได้กับโรคเห็บ ถึงแม้ว่าจะพบหลักฐานการติดเชื้อ อาจให้การรักษาเป็น therapeutic diagnosis

การวินิจฉัยแยกโรค

- Eczematous dermatitis รวมทั้ง contact dermatitis
- Impetigo
- การติดเชื้อ โลน (pediculosis pubis)
- อาการคันจากโรคอื่นๆ เช่น papular urticaria

ภาวะแทรกซ้อน

โดยทั่วไปโรคเห็บมักไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ แต่ในบางกรณีอาจเกิดการติดเชื้อแบคทีเรียโดยเฉพาะ *Streptococcus pyogenes* และ *Staphylococcus aureus* แทรกซ้อน และอาจก่อให้เกิด acute glomerulonephritis ตามมาได้

การรักษา

การรักษามาตรฐาน (standard treatments)

เนื่องจากเชื้อเห็บเป็น ectoparasite โดยทั่วไปจึงตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยยาทา โดยมีข้อแนะนำสำคัญ 3 ประการ คือ

1. ต้องทายาทั่วตัว ตั้งแต่คอจนจรดปลายนิ้วเท้า ไม่ใช่ทาเฉพาะในบริเวณรอยโรค โดยเน้นบริเวณซอกต่างๆรวมทั้ง ซอกเล็บ
2. ต้องรักษาสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในบ้านเดียวกันและผู้ใกล้ชิดแม้จะไม่มีอาการก็ตาม
3. นอกจากจะให้การรักษากับผู้ป่วยโดยตรงแล้ว เครื่องใช้ที่ติดตัวผู้ป่วย เช่น เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว ผ้าปูที่นอน ควรได้รับการซักที่อุณหภูมิสูงกว่า 60°C ในวันรุ่งขึ้น และทำให้แห้ง หากไม่สามารถทำได้ก็ควรเก็บในถุงพลาสติกปิดมิดชิด 48-72 ชั่วโมงเชื้อก็จะตาย
4. อาจพิจารณารับประทานยาต้านปรสิต โดยเฉพาะในรายที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน ยาที่เลือกใช้ได้ คือ

1. 1% gamma benzene hexachloride (Lindane) ทาทั่วตัว 1 ครั้งทั้งไว้ข้ามคืนแล้วล้างออกในตอนเช้า (หรือ 8-14 ชั่วโมง) และควรทาซ้ำอีกครั้งใน 7 วัน เพื่อฆ่าตัวอ่อนที่เพิ่งออกมาจากไข่

- ใน clinical study ขนาดใหญ่ พบว่าอัตราการตายหลังการรักษาด้วย gamma benzene hexachloride ประมาณร้อยละ 86
 - ผลข้างเคียงสำคัญของ gamma benzene hexachloride คือ neurotoxicity ดังนั้นจึงควรใช้อย่างระมัดระวังในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี และห้ามใช้ในทารกแรกเกิด, เด็กที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาก, สตรีมีครรภ์/ให้นมบุตร และในผู้ป่วยที่มี ผิวหนังอักเสบเป็นบริเวณกว้างๆ นอกจากนั้นยังไม่ควรทาพื้นที่หลังอาบน้ำเนื่องจากขามีโอกาสถูกดูดซึมได้มากขึ้น
 - ในต่างประเทศ ถือว่า gamma benzene hexachloride เป็นการรักษาทางเลือก หรือ second-line treatment และเลิกจำหน่ายแล้วในบางประเทศ เช่น อังกฤษและออสเตรเลีย
2. 5% Permethrin ใช้ในลักษณะเดียวกับ gamma benzene hexachloride แต่ยาไม่มี neurotoxicity
- ใน clinical study ขนาดใหญ่ พบว่าอัตราการตายหลังการรักษาด้วย 5% permethrin อยู่ที่ร้อยละ 91-98
 - ในสหรัฐอเมริกา Centers for Disease Control and Prevention (CDC) จัด permethrin เป็น first-line topical therapy สำหรับหิด
 - อย่างไรก็ตามในปี พ.ศ. 2552 ยานี้ยังไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย

ทางเลือกอื่นสำหรับการรักษา

1. Benzyl benzoate

เป็นยาที่มีราคาไม่แพง และสามารถใช้ในกรณีที่ไม่มียา gamma benzene hexachloride และ permethrin หรือมีข้อห้ามใช้นั้นอาจพิจารณาใช้ benzyl benzoate ได้ โดยอาจใช้ใน full strength คือ 25% หรือจะเจือจางลงเหลือครึ่งหนึ่งด้วยน้ำเหลือประมาณ 10 – 12.5 % ที่ผู้ป่วยสามารถทนได้ เนื่องจากยานี้ทำให้เกิดอาการแสบร้อนหรือคันยุบยิบได้บ่อย หากนอนหลับหลังอาบน้ำระยะเวลา 1-3 วัน และควรทาซ้ำอีกรอบหนึ่งใน 7 วัน

2. 5-10% Sulfur ointment

ยานี้มีใช้เฉพาะในบางสถาบัน และมีประสิทธิภาพการรักษาน้อยกว่ายาตามมาตรฐาน แต่มีความปลอดภัยและราคาประหยัด แม้ว่าจะมีกลิ่นฉุนและเหนอะหนะ เหมาะสำหรับรักษาเด็กเล็ก สตรีมีครรภ์ ให้นมบุตร การใช้ควรทาทุกวันอย่างน้อย 7 วันก่อนนอน หรือทาอย่างต่อเนื่องกัน 3 วัน 3 คืน

ยาอื่นๆ ที่มีรายงานการใช้ เช่น crotamiton, pyrethrin, tea tree oil, malathion, topical ivermectin และสมุนไพรอื่นๆ

ยารับประทาน ได้แก่ Ivermectin เนื่องจากเป็นยาที่มีราคาสูงจึงควรพิจารณาใช้เฉพาะในรายที่จำเป็น เช่น

- ผู้ป่วยสูงอายุ (ควรใช้ด้วยความระมัดระวัง)
- ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องเช่นผู้ป่วย HIV
- ผู้ป่วยที่มีความลำบากหรือปัญหาในการทายา
- ผู้ป่วย crusted scabies และ ผู้ป่วยที่มี eczematization มากๆ ซึ่งทำให้มีการซึมผ่านของยาทาเข้าสู่กระแสโลหิต จนอาจเกิดผลข้างเคียง โดยเฉพาะ neurotoxicity ได้
- ผู้ป่วยที่มี contraindication ต่อยาทา

การใช้ยา

- ให้ยาในขนาด 150-200 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม การให้ยาค้างเดียว มี cure rate ประมาณร้อยละ 70 ซึ่งต่ำกว่า permethrin ในการศึกษาเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามเมื่อให้ซ้ำอีกครั้งใน 2 สัปดาห์พบว่าเพิ่ม cure rate เป็นร้อยละ 95 ได้
 - โดยทั่วไปถือว่า ivermectin เป็นยาที่ปลอดภัย มีรายงานการเกิด encephalopathy แต่น้อยมาก
- ข้อควรระวัง ควรระวังในภาวะต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ภาวะหอบหืด
2. ผู้ป่วยสูงอายุ

การรักษา Crusted scabies นั้นใช้แนวทางเดียวกับ scabies ทั่วๆ ไป โรคสามารถติดต่อได้ง่ายจึงควรแยกผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของร่วมกัน การรักษาควรหลีกเลี่ยง lindane เนื่องจากอาจเกิด neurotoxicity ได้ง่าย ผู้เชี่ยวชาญบางท่านแนะนำให้ใช้ยารับประทาน ivermectin ร่วมกับยาทา อาจพิจารณาการใช้ keratolytics ร่วมด้วย

ตารางที่ 1 Level of evidence และ Strength of Recommendation การรักษาโรคหิดด้วยยาต่างๆ

ยา	Level of evidence	Strength of recommendation
Gamma benzene hexachloride	1	A
Permethrin	1	A
Benzyl benzoate	1	A
Sulfur ointment	1	A
Ivermectin	1	A

การตรวจติดตาม และ การพยากรณ์โรค

- อาการคันอาจคงอยู่ได้อีกถึง 4 สัปดาห์หลังการรักษาแม้จะได้ผลดีก็ตาม ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากปฏิกิริยา hypersensitivity ของผิวหนังผู้ป่วยเอง โดยเฉพาะ scabiotic nodules ซึ่งอาจคงอยู่ได้แม้ว่ารอยโรคหิดจะหายไปแล้ว ซึ่งอาจรักษาต่อด้วยยาทาสเตียรอยด์
- ในบางประเทศมีการแนะนำให้ตรวจคัดกรองหาโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Chosidow O. Clinical practices. Scabies. N Eng J Med 2006; 354(16): 1718-27.
2. Scheinfeld N. Controlling scabies in institutional settings: a review of medications, treatment models, and implementation. Am J Clin Dermatol 2004; 5(1): 31-7.
3. Karthikeyan K. Scabies in children. Arch Dis Child Educ Pract 2007; 92: 65-9.
4. Strong M, Johnstone PW. Interventions for treating scabies. Cochrane Database of Syst Rev. 2007; 3: CD000320.