

แนวทางการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ที่มีการติดเชื้อในทางเดินหายใจ ส่วนต้น

ภก.กฤติน บัณฑิตานุกุล

คอหอยอักเสบเฉียบพลัน (acute pharyngotonsillitis)

อาการเจ็บคอสามารถเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุทั้งจากการติดเชื้อและไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ การติดเชื้อไวรัสเป็นสาเหตุสำคัญที่พบบ่อยที่สุดของการทำให้เกิดอาการเจ็บคอจากการติดเชื้อ ส่วนกรณีของการติดเชื้อแบคทีเรียนั้นพบว่าเชื้อสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดได้แก่

Streptococcus pyogenes หรือ group A beta-hemolytic streptococcus (GAHBS) หรืออาจเรียกสั้นๆว่า Group A Streptococci (GAS) โดยพบว่าอาการเจ็บคอที่เกิดจาก GAS คิดเป็นร้อยละ 15-30 ของอาการเจ็บคอทั้งหมดที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อในเด็ก และร้อยละ 5-10 ของอาการเจ็บคอที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อในผู้ใหญ่ โรคนี้จัดเป็นโรคเดี่ยวในกลุ่มโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคอหอยอักเสบ ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับยาต้านแบคทีเรีย

อาการทางคลินิก

อาการทางคลินิกที่เด่นชัดของการติดเชื้อ GAS ได้แก่ เจ็บคอมาก กลืนลำบาก เป็นหนองที่ต่อมทอนซิล ต่อม้ำเหลืองที่คอโต มีไข้ เม็ดเลือดขาวในเลือดสูง โดยอาการต่างๆที่กล่าวมาอาจมีความรุนแรงไม่เท่ากันในผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้อาการบางชนิดของภาวะคออักเสบจากเชื้อ GAS และอาการคออักเสบจากเชื้อไวรัสจะคล้ายคลึงกัน ดังนั้นในการพิจารณาอาการคอหอยอักเสบจากการติดเชื้อ GAS จึงไม่สามารถพิจารณาจากอาการอย่างใดอย่างหนึ่งได้

Mclsaac และคณะ ได้สรุปถึงลักษณะทางคลินิก 4 ข้อ ที่สามารถบ่งบอกถึงความเสี่ยงของการเกิดภาวะคอคหอยอักเสบจากการติดเชื้อเฉียบพลัน GAS และได้ให้คำแนะนำในการตัดสินใจให้ยาต้านจุลชีพแก่ผู้ป่วยที่เป็นคอคหอยอักเสบเฉียบพลันตามตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 Mclsaac criteria เพื่อใช้ในการประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะคอคหอยอักเสบจากเชื้อ GAS

เกณฑ์	คะแนนที่ได้
1. อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38° เซลเซียส	1
2. ไม่มีอาการไอ	1
3. ต่อมทอนซิลเป็นหนอง	1
4. ต่อม้ำเหลืองบริเวณคอ ด้านหน้าอักเสบ	1
5. อายุ 3-14 ปี	1
6. อายุ 15-44	0
7. อายุมากกว่า 45	-1

*Mclsaac WJ, et al. CMAJ 1998;158:75-83.

ตารางที่ 2 การตัดสินใจในการให้การรักษาด้วยยาต้านจุลชีพตาม Mclsaac criteria

คะแนน	โอกาสในการเกิดคอคหอยอักเสบจาก GAS	คำแนะนำในการจัดการ
0	ร้อยละ 1-3	ไม่ต้องส่งเพาะเชื้อ ไม่ต้องให้ยา

1	ร้อยละ 4-6	แบคทีเรีย
2	ร้อยละ 10-12	ส่งเพาะเชื้อ, รอให้ยาต้านแบคทีเรีย ผลเพาะเชื้อพบ GAS
3	ร้อยละ 27-28	
4	ร้อยละ 38-63	ส่งเพาะเชื้อร่วมกับให้ยาต้านจุลชีพ

*McIsaac WJ, et al. CMAJ 1998;158:75-83.

ภาวะคออักเสบจากเชื้อแบคทีเรียเป็นภาวะที่สามารถหายได้เอง

ภายในเวลา 3-4 วันแม้ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านแบคทีเรีย รวมทั้งพบว่าการใช้ยาต้านแบคทีเรียหลังจากที่เฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อ GAS เป็นเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 9 วันนั้น ยังคงสามารถป้องกันการเกิดโรคไข้วมาติกซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการติดเชื้อ GAS ได้ ดังนั้นการพิจารณาว่าผู้ป่วยรายใดมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านแบคทีเรียจึงมีความสำคัญ เพื่อลดการใช้ยาต้านแบคทีเรียโดยไม่จำเป็น ดังนั้นในผู้ป่วยที่ยังไม่พิจารณาจ่ายยาต้านแบคทีเรีย อาจพิจารณาจ่ายยาบรรเทาอาการเช่น paracetamol หรือ ibuprofen ก่อนร่วมกับการติดตามอาการของผู้ป่วย หากผ่านไป 3-5 วันอาการของผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น จึงค่อยพิจารณาจ่ายยาต้านแบคทีเรีย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าหากรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บคอทุกรายด้วยยาต้านแบคทีเรีย โดยไม่สนใจว่าผู้ป่วยจะติดเชื้อแบคทีเรียจริงหรือไม่ นอกจากจะมีค่าใช้จ่ายต่อหัวที่สูงและไม่คุ้มค่าแล้ว ยังเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์มากขึ้น

แนวทางการเลือกใช้ยาต้านแบคทีเรียในการรักษาคอหอยอักเสบจาก GAS

ยาต้านแบคทีเรีย ขนาดยาที่แนะนำให้ในการรักษาคอหอยอักเสบจาก GAS จะแสดงในตารางที่ 3 เนื่องจากในปัจจุบันอุบัติการณ์การดื้อย penicillin ของ GAS มีค่อนข้างน้อยดังนั้นยาที่แนะนำให้ใช้เป็น

อันดับแรกในการรักษา GAS จึงยังคงเป็นยา penicillin ยาในกลุ่ม cephalosporins และยาในกลุ่ม macrolide แม้มีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะคอบหอยอักเสบจากการติดเชื้อ GAS ได้เทียบเท่าหรือสูงกว่า ยาในกลุ่ม penicillin แต่เนื่องจากเชื้อ GAS มีอุบัติการณ์การดื้อต่อยา penicillin ที่ต่ำ รวมทั้งเพื่อลดการเกิดอุบัติการณ์การดื้อยาในกลุ่มอื่น ๆ ดังนั้นจึงควรเลือกยาในกลุ่ม penicillin เป็นยาทางเลือกแรกในการรักษา

ตารางที่ 3 ยาด้านแบคทีเรียที่แนะนำให้ใช้ในการรักษา คอบหอยอักเสบจาก GAS

ยา	ขนาดยาในเด็ก	ขนาดยาในผู้ใหญ่
Penicillin V	250 mg วันละ 2-3 ครั้ง	250 mg วันละ 4 ครั้ง หรือ 500 วันละ 2 ครั้ง
Amoxycillin	50 mg/kg/day วันละครั้ง หรือ 25 mg/kg/day แบ่งให้ทุก 12 ชม.	500 mg ทุก 12 ชม.
Cephalexin	20 mg/kg/dose แบ่งให้ทุก 12 ชม.	500 mg ทุก 12 ชม.
Clindamycin	7 mg/kg/dose ทุก 8 ชม.	300 mg ทุก 8 ชม.
Erythromycin	20-50 mg/kg/day แบ่งให้ทุก 6 ชม.	250-500 mg ทุก 6-12 ชม.

Roxithromycin	-	150 mg ทุก 12 ชม. หรือ 300 mg ทุก 24 ชม.
Clarithromycin	15 mg/kg/dose แบ่งให้ทุก 12 ชม.	250 mg ทุก 12 ชม.
Azithromycin	12 mg/kg ทุก 24 ชม.	500 mg ในวันแรก ในวันที่ 2-5 จะใช้ 250 mg ทุก 24 ชม.

ระยะเวลาในการให้ยาปฏิชีวนะในการรักษาภาวะคอหอยอักเสบ
เฉียบพลันจาก GAS โดยทั่วไปจะให้ยาเป็นระยะเวลา 10 วัน เพื่อ
ป้องกันการเกิดโรคหัวใจรูมาติก ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจาก
การติดเชื้อ GAS ยกเว้น azithromycin ที่แนะนำว่าสามารถใช้เป็น
ระยะเวลา 5 วันได้

มีการศึกษาที่ทำการเปรียบเทียบระหว่างการให้ยาปฏิชีวนะระยะ
สั้น (5 วัน) เปรียบเทียบกับการให้ยาปฏิชีวนะตามมาตรฐาน (10 วัน)
พบว่า การให้ยาปฏิชีวนะในระยะสั้นมีการกำจัดเชื้อได้น้อยกว่า เกิดการ
กลับเป็นซ้ำมากกว่า และล้มเหลวจากการรักษามากกว่าการให้ยา
ปฏิชีวนะแบบมาตรฐาน สำหรับ amoxicillin นั้นข้อมูลการศึกษาการใช้
ยาในระยะสั้นยังมีอยู่น้อย ดังนั้นจึงยังไม่แนะนำให้ใช้ amoxicillin
ระยะสั้นในการรักษาภาวะคอหอยอักเสบเฉียบพลันจากเชื้อ GAS
ยกเว้นการให้ azithromycin ในระยะสั้นพบว่ามีประสิทธิภาพไม่
แตกต่างจากการให้ penicillin แบบมาตรฐาน แต่เพื่อป้องกันการเกิด
อุบัติการณ์ดื้อยา จึงไม่แนะนำให้ใช้เป็นยาทางเลือกแรกในการรักษา

การที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบ เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งในการล้มเหลวของการรักษาภาวะคอดอยอักเสบจากเชื้อ GAS เนื่องจากหลังจากได้รับยาต้านแบคทีเรียไปประมาณ 24-48 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการดีขึ้น จึงอาจทำให้ผู้ป่วยหยุดการรับประทานยาได้ ดังนั้นจึงควรที่จะเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยาฆ่าเชื้อให้ครบ 10 วัน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา เช่น ภาวะล้นหัวใจรั่ว

ไซนัสและเยื่อจมูกอักเสบ (Rhinosinusitis)

โรคไซนัสอักเสบเป็นโรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไปทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ความสำคัญของโรคไซนัสอักเสบไม่ได้เป็นเพียงโรคที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้อยลงเท่านั้น แต่ยังเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนชนิดที่รุนแรงเช่น การสูญเสียการมองเห็น, ฝีในสมอง และชนิดที่ไม่รุนแรงเช่น ริดสีดวงจมูก, หูชั้นกลางอักเสบ, การได้ยินลดลง ซึ่งกระทบต่อกระบวนการเรียนรู้ของเด็กเป็นอย่างมาก ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยและการจ่ายยาเพื่อรักษาภาวะไซนัสอักเสบอย่างเหมาะสมจึงมีความสำคัญเป็นอย่างสูง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและผู้ปกครองโดยตรง

การจำแนกชนิดโรคไซนัสอักเสบนั้น แบ่งออกเป็น 2 ชนิดได้แก่

1 ชนิดเฉียบพลัน (acute rhinosinusitis) หมายถึงการอักเสบของเยื่อไซนัสที่เป็นมาน้อยกว่า 4 สัปดาห์ และอาการหายไปอย่างสมบูรณ์

2 ชนิดเรื้อรัง (chronic rhinosinusitis) หมายถึงการอักเสบของเยื่อไซนัสที่มีอาการต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่า 12 สัปดาห์ขึ้นไป

Acute rhinosinusitis

หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการหนองไหลออกมาทางจมูก (purulent nasal discharge) ทางด้านหน้า (รูจมูก) หรือ ทางด้านหลัง (ไหลลงคอ) หรือทั้งสองทาง โดยมีอาการเกิดขึ้นภายใน 4 สัปดาห์ ประมาณ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยไซนัสอักเสบเฉียบพลันจะสามารถหายได้เอง ซึ่งแบ่งได้ตามสาเหตุของการติดเชื้อ คือ viral rhinosinusitis (ร้อยละ 90 - ร้อยละ 98) และ acute bacterial rhinosinusitis (ร้อยละ 2 - ร้อยละ 10)

Acute bacterial rhinosinusitis (ABRS)

หมายถึง อาการไซนัสอักเสบเฉียบพลันที่มีสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรีย โดยมีเกณฑ์พิจารณาดังนี้

- ผู้ป่วยมีอาการ หรืออาการแสดงของไซนัสอักเสบเฉียบพลันไม่น้อยกว่า 10 วัน หรือเกิดขึ้นหลังจากการติดเชื้อที่ทางเดินหายใจส่วนบน หรือ
- ผู้ป่วยมีอาการไซนัสอักเสบที่เลวร้ายลงหลังจากมีอาการมาประมาณ 5-6 วัน โดยเกิดขึ้นหลังจากที่ตอนแรกอาการเริ่มดีขึ้นแล้ว (double worsening) หรือ
- ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเช่น ไข้ $> 39^{\circ}$ และน้ำมูกข้นสีเขียวเหลือง ติดต่อกันตั้งแต่ในช่วง 3-4 วันแรก

การรักษา viral rhinosinusitis ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ และสามารถหายได้เอง ส่วนการรักษาอาการแน่น คัดจมูก หรืออาการปวด สามารถใช้ยารักษาตามอาการ หรือใช้น้ำเกลือสวณล้างจมูกได้ สำหรับการรักษา ABRS นั้นจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะโดยต้องครอบคลุมเชื้อที่เป็นสาเหตุหลัก คือ *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, และ *M. catarrhalis* ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 5 ขนาดยาปฏิชีวนะสำหรับการรักษาโรคไซนัสและโพรงจมูกอักเสบในเด็ก

ยาปฏิชีวนะ	ขนาดยาโดยทั่วไปในเด็ก	ขนาดยาโดยทั่วไปในผู้ใหญ่
ยาทางเลือกแรก		
Amoxicillin*	45-90 mg/kg/day แบ่งให้ทุก 8-12 ชม.	500 mg ทุก 8 ชม. หรือ 1000 mg ทุก 12 ชม.
ยาทางเลือกรอง**		
Amoxicillin/clavulanic acid*	45-90 mg/kg/day (ของ amoxicillin) แบ่งให้ทุก 8-12 ชม.	1g ทุก 12 ชม.
Erythromycin***	40-50 mg/kg/day แบ่งให้ทุก 12 ชม.	250-500 mg ทุก 6-12 ชม.
Roxithromycin***	-	150 mg ทุก 12 ชม. หรือ 300 mg ทุก 24 ชม.
Clarithromycin***	15 mg/kg/day แบ่งให้ทุก 12 ชม.	500 mg ทุก 12 ชม.
Azithromycin***	10-12 mg/kg/day ทุก 24 ชม.	500 mg ทุก 24 ชม.
Levofloxacin	10-20 mg/kg/day ทุก 12-24 ชม.	500 mg ทุก 24 ชม.

Clindamycin****	20-40 mg/kg/day แบ่งให้ทุก 8 ชม.	300 mg ทุก 8 ชม.
Cefdinir	14 mg/kg/day แบ่งให้ทุก 12 ชม.	300 mg ทุก 12 ชม.
Cefditoren	9-18 mg/kg/day แบ่งให้ทุก 8 ชม.	200 mg ทุก 12 ชม.

* ขนาดยาขึ้นกับขนาดของ amoxicillin และอาจเลือกใช้ขนาดยาขนาดสูงได้ตั้งแต่แรกเพราะ อุบัติการณ์การดื้อยาเพนิซิลลินระดับปานกลางและสูงของเชื้อ *S. pneumoniae* ค่อนข้างสูงในประเทศไทย

** ควรเลือกใช้ยาทางเลือกรองเมื่อผู้ป่วยอายุ < 2 ปี หรือ > 65 ปี มีประวัติได้รับยาต้านแบคทีเรียในเดือนที่ผ่านมา มีประวัติเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วง 5 วันที่ผ่านมา ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

***ผู้ป่วยที่แพ้ยาในกลุ่ม penicillin

****ไม่ควรใช้เป็นยาเดี่ยวในการรักษาโรคไขข้ออักเสบทั้งชนิดเรื้อรังและเฉียบพลัน ควรให้ร่วมกับยาในกลุ่ม cephalosporin

ยาที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรกคือ amoxicillin โดยในพื้นที่ที่มีการดื้อยต่ำ อาจพิจารณาให้ยาในขนาดปกติ แต่หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการติดเชื้อ *S. pneumoniae* ที่ดื้อยาควรใช้ amoxicillin 2000 – 3000 mg แบ่งให้ 2-3 ครั้งต่อวัน สำหรับ amoxicillin/clavunanic acid เป็นยาที่ใช้ได้ในกรณีที่พบการดื้อยาของ *H. influenzae* โดยการสร้างเอนไซม์ β -lactamase ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 20-80 ผู้ป่วยที่มีความ

เสี่ยงต่อการติดเชื้อชนิดนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีประวัติการได้รับยาในกลุ่ม β -lactam หรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลได้ไม่เกิน 90 วัน

ยาในกลุ่ม macrolide จะมีประสิทธิภาพที่ไม่ดีต่อเชื้อ *H. Influenza* และ *M. catarrhalis* จึงไม่ควรใช้เป็นยาตัวเลือกแรก แม้ว่ายา respiratory quinolone (levofloxacin และ moxifloxacin) และ third generation cephalosporin จะมีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อทั้งสามชนิดได้ดี แต่เพื่อป้องกันการเกิดการดื้อยาในอนาคต จึงไม่ควรนำมาใช้เป็นยาชนิดแรกในการรักษาภาวะ acute bacterial rhinosinusitis

การรวบรวมผลการรักษาของหลาย ๆ การศึกษา เพื่อทดสอบประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการรักษาภาวะไซนัสอักเสบแบบเฉียบพลัน โดยใช้ระยะเวลาการรักษาที่สั้นลง (5-7 วัน) หรือให้การรักษาตามปกติ (10-14 วัน) พบว่าประสิทธิภาพและการกำจัดเชื้อในทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน รวมทั้งการกลับมาเป็นซ้ำของภาวะไซนัสอักเสบเฉียบพลันจะไม่มี ความแตกต่างกันเช่นกัน แต่ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาในระยะสั้นอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์น้อยกว่า นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ลดการเกิดภาวะดื้อยา และราคาในการรักษาถูกลง ดังนั้นอาจจะพิจารณาให้การรักษาด้วยยาต้านแบคทีเรีย 5-7 วันได้ แต่หากผู้ป่วยมีภาวะ rhinosinusitis ที่บริเวณ frontal หรือ sphenoid, เป็นผู้ป่วยเด็ก, ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง, หรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการดื้อยา ควรที่จะได้รับการรักษาเป็นระยะเวลา 10-14 วันเช่นเดิม

โรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน (Acute otitis media)

หูชั้นกลางอักเสบเป็นโรคที่พบได้ในทุกเพศ ทุกวัย แต่พบได้บ่อยในเด็กอายุ 3 เดือน- 3 ปี การวินิจฉัยโรคหากไม่มีอุปกรณ์ อาจทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากเด็กไม่สามารถบอกอาการที่ชัดเจนได้หรือไม่มีอุปกรณ์ตรวจเพิ่มเติม ดังนั้นจึงต้องอาศัยการซักประวัติอาการและอาการแสดงเป็นหลัก

สาเหตุของหูชั้นกลางอักเสบ

หูชั้นกลางอักเสบแบบเฉียบพลัน เกิดจากติดเชื้อภายในหูชั้นกลาง ซึ่งเชื้อที่เป็นสาเหตุหลักคือ เชื้อไวรัส ซึ่งพบได้ประมาณ 1 ใน 3 ของภาวะหูชั้นกลางอักเสบแบบเฉียบพลัน สำหรับเชื้อแบคทีเรียที่พบนั้น ได้แก่ *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenzae* และ *Morexella catarrharis* พบได้ร้อยละ 40, 25-30 และ 10-15 ตามลำดับ หูชั้นกลางอักเสบแบบเฉียบพลันมักเกิดร่วมกับการติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบน เช่น ไข้หวัด ต่อมทอนซิลอักเสบ ทำให้เชื้อที่อยู่บริเวณทางเดินหายใจเคลื่อนที่ผ่านท่อยูสเทเชียน (eustachian tube) เข้าไปในหูชั้นกลาง จึงเกิดการอักเสบ บวม มีหนองขัง หากไม่ทำการรักษา เยื่อแก้วหูอาจทะลุ ทำให้หนองไหลออกมาได้

การวินิจฉัยและแนวทางการให้ยาต้านแบคทีเรียในหูชั้นกลางอักเสบ

การวินิจฉัยโรคและการแบ่งประเภทของหูชั้นกลางอักเสบ ใช้การประเมินอาการและอาการแสดงเป็นหลัก หูชั้นกลางอักเสบแบบเฉียบพลัน มักมีไข้ ปวดหู ในเด็กเล็กมักร้องไห้กวน หรือใช้มือดึงใบหูบ่อยๆ โดยอาการที่เกิดขึ้นจะเกิดแบบเฉียบพลัน (ภายใน 48 ชั่วโมง)

แนวทางการรักษาหูชั้นกลางอักเสบ

การใช้ยาต้านจุลชีพในการรักษาหูชั้นกลางอักเสบแบบเฉียบพลัน พิจารณาจากอายุของผู้ป่วยร่วมกับประเมินความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยที่ควรได้รับยาปฏิชีวนะดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 6 เดือนทุกราย

- ผู้ป่วยอายุมากกว่า 6 เดือนที่มีอาการรุนแรง (มีไข้มากกว่า 39 องศาเซลเซียส มีอาการปวดหูปานกลางถึงมาก) หรือมีอาการของหูทั้ง 2 ข้าง รวมทั้งผู้ที่มีภาวะเยื่อแก้วหูฉีกขาด
- สำหรับผู้ป่วยนอกเหนือจากนี้ ควรติดตามอาการอย่างใกล้ชิด 48-72 ชั่วโมง หากอาการไม่ดีขึ้นหรืออาการแย่ลง จึงพิจารณาเริ่มยาต้านปฏิชีวนะ

ตารางที่ 6 ยาต้านจุลชีพในการรักษาหูชั้นกลางอักเสบแบบเฉียบพลัน

ยาปฏิชีวนะ	ขนาดยาโดยทั่วไปในเด็ก	ขนาดยาโดยทั่วไปในผู้ใหญ่
ยาทางเลือกแรก		
Amoxicillin*	45-90 mg/kg/day แบ่งให้ทุก 8-12 ชม.	500 mg ทุก 8 ชม. หรือ 1000 mg ทุก 8-12 ชม.
ยาทางเลือกรอง**		
Amoxicillin/clavulanic acid*	45-90 mg/kg/day (ของ amoxicillin) แบ่งให้ทุก 8-12 ชม.	1g ทุก 12 ชม.
Erythromycin***	40-50 mg/kg/day แบ่งให้ทุก 12 ชม.	250-500 mg ทุก 6-12 ชม.
Roxithromycin***	-	150 mg ทุก 12 ชม. หรือ 300 mg ทุก 24 ชม.
Clarithromycin***	15 mg/kg/day แบ่งให้ทุก 12 ชม.	500 mg ทุก 12 ชม.

Azithromycin***	10 mg/kg/day ทุก 24 ชม.	500 mg ทุก 24 ชม.
Levofloxacin	10-20 mg/kg/day ทุก 12-24 ชม.	500 mg ทุก 24 ชม.
Cefdinir	7-14 mg/kg/day แบ่งให้ทุก 12 ชม.	300 mg ทุก 12 ชม.

* ขนาดยาขึ้นกับขนาดของ amoxicillin และอาจเลือกใช้ขนาดยาขนาดสูงได้ตั้งแต่แรกเพราะ อับัติการณ์การดื้อยาเพนนิซิลลินระดับปานกลางและสูงของเชื้อ *S. pneumoniae* ค่อนข้างชุกในประเทศไทย

** ควรเลือกใช้ยาทางเลือกรองเมื่อผู้ป่วยอายุ < 2 ปี หรือ > 65 ปี มีประวัติได้รับยาต้านแบคทีเรียในเดือนที่ผ่านมา มีประวัติเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วง 5 วันที่ผ่านมา ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

***ผู้ป่วยที่แพ้ยาในกลุ่ม penicillin

ในผู้ป่วยที่มีปวดหูจากภาวะหูชั้นกลางอักเสบแบบเฉียบพลันนั้น การบรรเทาอาการปวดสามารถทำได้โดยการจ่ายยา paracetamol หรือ ibuprofen เพื่อบรรเทาอาการปวด โดยสามารถจ่ายเพื่อบรรเทาอาการได้ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ โดยทั่วไปผู้ป่วยส่วนมากที่มีอาการหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลันโดยเฉพาะจากเชื้อไวรัส มักจะหายเองได้ภายในเวลา 2-3 วันได้มีการศึกษาทางคลินิกเพื่อเปรียบเทียบอาการไข้และอาการปวด ที่เวลา 48 ชั่วโมงในเด็ก 2 กลุ่มระหว่างกลุ่มที่ได้รับยา amoxicillin กับยาหลอก พบว่าการลดลงของอาการไข้ และอาการปวดที่เวลา 48 ชั่วโมงนั้นไม่มีความแตกต่างกันในระหว่างทั้งสอง

กลุ่ม รวมทั้งการหายจากอาการต่าง ๆ ที่เวลา 14 วันก็ไม่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้แนวทางการรักษาภาวะหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลันในต่างประเทศส่วนใหญ่ จะแนะนำให้เพียงสังเกตอาการโดยยังไม่ต้องให้ยาต้านแบคทีเรียในผู้ป่วยที่มีภาวะหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลันแบบไม่รุนแรง เนื่องจากเป็นภาวะที่ผู้ป่วยสามารถหายได้เอง และโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่ำ จากการศึกษาหลายการศึกษาผู้ที่ไม่ได้รับยาต้านแบคทีเรียตั้งแต่เริ่ม เพื่อรักษาภาวะหูชั้นกลางอักเสบแบบเฉียบพลันนั้นจะมีประมาณ ร้อยละ 20-30 ที่เมื่อทำการติดตามต่อไปแล้วต้องกลับมาได้รับการรักษาด้วยยาต้านแบคทีเรีย ซึ่งไม่ได้หมายความว่า การจ่ายยาต้านจุลชีพนั้นมีความจำเป็นจะต้องใช้ตั้งแต่เริ่มในผู้ป่วยทุกรายที่มีภาวะหูชั้นกลางอักเสบแบบเฉียบพลัน แต่หมายถึงควรมีการติดตามอาการผู้ป่วย เพื่อพิจารณาจ่ายยาต้านแบคทีเรีย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการไม่ดีขึ้นหรือแย่ลง

การเลือกใช้ยาต้านจุลชีพในการรักษา ขึ้นกับความสามารถในการครอบคลุมเชื้อของยา ความชุกของการเกิดเชื้อดื้อยา อายุของผู้ป่วย ประวัติการได้รับยาต้านจุลชีพ และประวัติแพ้ยาของผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ pneumococcal ที่ดื้อยาน้อย เช่น ผู้ป่วยที่เป็นหูชั้นกลางอักเสบแบบเฉียบพลันครั้งแรก หรือมีอายุมากกว่า 2 ปี หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีเชื้อ pneumococcal ที่ดื้อยาน้อย แนะนำให้ใช้ยา amoxycilin ขนาดต่ำได้ (50 มก./กก./วัน) ส่วนกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ pneumococcal ที่ดื้อยามาก เช่น มีอายุน้อยกว่า 2 ปี หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีเชื้อ pneumococcal ที่ดื้อยามาก ควรได้รับยา amoxicillin ขนาดสูง (80-90 มก./กก./วัน) หากผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา กลุ่ม penicillin แบบไม่รุนแรง (เกิดผื่น) สามารถใช้ยากลุ่ม cephalosporins เช่น cefdinir หรือ cefuroxime เป็นต้น แต่ถ้าผู้ป่วยมี

ประวัติแพ้ยาแบบรุนแรง (anaphylaxis) ควรเลือกใช้ยาในกลุ่ม macrolides เช่น azithromycin หรือ clarithromycin แทน ผู้ป่วยที่เคยได้รับยาต้านจุลชีพในช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา อาจพิจารณาให้ยา amoxicillin/clavulanate เพื่อสามารถครอบคลุมเชื้อ *Hemophilus influenzae* ที่ดื้อยาได้

ในการเปรียบเทียบระยะเวลาในการให้ยาปฏิชีวนะในระยะสั้น (5 วัน) กับการให้ยาปฏิชีวนะตามปกติ (10 วัน) พบว่าการให้ยาปฏิชีวนะตามปกตินั้นจะมีการเกิดภาวะลัมเหลวจากการรักษาน้อยกว่าการให้ยาในระยะสั้น แต่อาการไม่พึงประสงค์ และความร่วมมือในการใช้ยาจะดีกว่าในกลุ่มที่ได้ยาในระยะสั้น รวมทั้งค่าใช้จ่ายจะต่ำกว่า เด็กที่มีอายุ < 2 ปีจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลันได้มาก เช่น เยื่อแก้วหูฉีกขาด ดังนั้นในเด็กที่อายุ < 2 ปีที่มีภาวะหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลันจึงควรที่จะได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเป็นระยะเวลา 10 วันตามเดิม แต่ในผู้ป่วยที่มีอายุ > 2 ปีหากมีอาการไม่รุนแรง หรือไม่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง อาจจะทำให้การรักษาประมาณ 5-7 วันได้

เอกสารอ้างอิง

1. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* (2012)doi:

10.1093/cid/cis629 First publish online: September 9, 2012

2. McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D, Low DE. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *CMAJ* 1998;158:75-83.
3. Regoli M, Chiappini E, Bonsignori F, Galli L, de Martino M. Update on the management of acute pharyngitis in children. *Ital J Pediatr*. 2011;37:10.
4. Wessels MR. Streptococcal pharyngitis. *N Engl J Med*. 2011;364:648-55.
5. Altamimi S, Khalil A, Khalaiwi KA, Milner RA, Pusic MV, Al Othman MA. Short versus standard duration antibiotic therapy for acute streptococcal pharyngitis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD004872. DOI: 10.1002/14651858.CD004872.pub2.
6. Chow AW, Benninger MS, Brook I, Brozek JL, Goldstein E, Hicks LA. IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults. *Clin Infect Dis* 2012; 54(8):72-112.
7. Falagas ME, Karageorgopoulos DE, Grammatikos AP, Matthaïou DK. Effectiveness and safety of short vs. long duration of antibiotic therapy for acute bacterial sinusitis: a meta-analysis of randomized trials. *Br J Clin Pharmacol* 2009; 67:161–71.

8. Rosenfeld RM. Clinical practice guideline on adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007;137(3):365-77.
9. American Academy of Pediatrics and American Academy of Family Physicians. Diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics* 2004;113:1451-66.
10. Gunasekera H, Morris PS, McIntyre P, Craig JC. Management of children with otitis media: A summary of evidence from recent systematic reviews. *Journal of Paediatrics and Child Health* 45 (2009) 554–563.
11. Linsk RL, Blackwood RA, Cooke MJ, Van Harrison R, Passamani PP. Otitis media guideline. UMHS, July 2007. <http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/om07.pdf>. Accessed October 12, 2012.
12. Kozyrskyj AL, Klassen TP, Moffatt M, Harvey K. Short-course antibiotics for acute otitis media. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 9. Art. No.: CD001095. DOI: 10.1002/14651858.CD001095.pub2.