

คำนำ

การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ที่ยังไม่มีกลวิธีใดแก้ปัญหาดังกล่าวอย่างได้ผล แม้ในประเทศที่เจริญแล้วอย่างสเปนหรือสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยยังคงเรียกร้องที่จะใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อเจ็บป่วยด้วยอาการเล็กน้อย เช่น ครั่นเนื้อครั่นตัว เจ็บคอ น้ำมูกไหล ไอ จาม ซึ่งเป็นอาการของโรคหวัด และยาปฏิชีวนะไม่มีผลต่อการดำเนินโรค แรงกดดันจากผู้ป่วยข้างต้นเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้แพทย์ต้องจ่ายยาปฏิชีวนะให้กับผู้ป่วยบ่อยเกินความจำเป็น

เป็นที่ทราบกันดีว่าการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อ ก่อให้เกิดอันตรายจากการใช้ยาโดยไม่จำเป็น เป็นการใช้จ่ายที่สูญเปล่า สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายโดยไม่เกิดประโยชน์ใดๆ และนำไปสู่ปัญหาเชื้อดื้อยาซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น เช่น ในประเทศไทยข้อมูลจาก NARST (2005) พบว่าเชื้อ *E. coli* ไวต่อ ampicillin/amoxicillin เพียงร้อยละ 17 และเชื้อ *H. influenzae* ไวต่อ ampicillin/amoxicillin เพียงร้อยละ 55 ทั้งนี้ เป็นผลจากการใช้ยาดังกล่าวอย่างกว้างขวางในประเทศไทย ดังนั้นการใชยาดังกล่าวเพื่อรักษาโรคติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะและโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ เช่น ไซนัสอักเสบ จึงมีโอกาสน้อยมาก การเปลี่ยนไปใช้ยาอื่นที่เชื่อยังมีความไวต่อยาไม่ช่วยแก้ปัญหาในระยะยาว เพราะหากใช้ยาเหล่านั้นอย่างพร่ำเพรื่อต่อไปก็จะเกิดปัญหาเชื้อดื้อยาในลักษณะข้างต้นอีก และในที่สุดจะไม่มียาให้ใช้สำหรับประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ เนื่องจากไม่สามารถค้นคิดยาใหม่ได้ทันต่อการดื้อยา

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ภายใต้การสนับสนุนทุนบางส่วนจากองค์การอนามัยโลกจึงได้ริเริ่มโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล Antibiotics Smart Use ขึ้นในจังหวัดสระบุรีซึ่งเป็นจังหวัดนำร่องเมื่อสิงหาคม 2550 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 โรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจส่วนบน โรคท้องร่วง-ท้องเสีย และแผลฉีกขาด โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์มาเป็นพื้นฐานในการสร้างแนวทางการรักษาโรคทั้งสามโดยไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ ร่วมกับกลวิธีที่จะช่วยประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน ปรับเปลี่ยนทัศนคติในการใช้ยาปฏิชีวนะ เช่น การประชาสัมพันธ์ผ่านรายการโทรทัศน์ วีซีดี แผ่นพับ โปสเตอร์ และวิทยุชุมชน จากผลการดำเนินการในจังหวัดสระบุรี (สิงหาคม 2550 ถึง เดือนสิงหาคม 2551) ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขจึงได้สนับสนุนให้ขยายโครงการไปยังจังหวัดและหน่วยงานอื่นๆ เพื่อหาต้นแบบของการขยายผลโครงการอย่างยั่งยืน

โครงการ Antibiotics Smart Use ในปีที่ 2 นี้มีลักษณะพิเศษ คือ จังหวัดและหน่วยงานที่ร่วมโครงการให้ความสนใจและสมัครเข้าร่วมโครงการด้วยตนเอง และเป็นโครงการที่ได้รับความร่วมมือจากแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชนในพื้นที่โดยลดอันตรายจากการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น หากโครงการนี้ประสบความสำเร็จย่อมเป็นโครงการต้นแบบสำหรับจังหวัดอื่นๆในประเทศไทย และอาจเป็นแหล่งอ้างอิงสำคัญถึงกรณีตัวอย่างในการควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน อัตราการดื้อยาลดลงส่งผลให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น ประชาชนมีความพึงพอใจในบริการเหล่านั้น และโรงพยาบาลสามารถลดค่าใช้จ่ายที่สูญเปล่า อันเป็นเป้าหมายสำคัญของการให้บริการทางสาธารณสุขที่ดีแก่ประชาชน

สารบัญ

คำนำ	1
แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะ	
<hr/>	
แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจส่วนบนและอวัยวะใกล้เคียง ในเด็กอายุตั้งแต่ 2 ขวบและผู้ใหญ่	3
แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคท้องร่วงเฉียบพลัน	8
แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคแผลเลือดออก เอกสารอ้างอิง	11 16
แผนผังรูปภาพการวินิจฉัยอาการเจ็บคอ	19
คำถามที่พบบ่อย	20

แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะ

แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจส่วนบนและอวัยวะใกล้เคียง ในเด็กอายุตั้งแต่ 2 ขวบและผู้ใหญ่

1. ยาปฏิชีวนะเป็นยาที่มีฤทธิ์ในการฆ่าหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย ไม่มีฤทธิ์ต่อเชื้อไวรัส ไม่มีผลต่อโรคภูมิแพ้⁴ จึงไม่ช่วยให้โรคจากเชื้อไวรัสหรือโรคภูมิแพ้หายเร็วขึ้นหรือมีอาการดีขึ้นแต่อย่างใด รวมทั้งไม่ช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อนจากโรคเหล่านั้น^{5, 25}

2. การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อไวรัสนอกจากไม่เกิดประโยชน์ ยังก่อให้เกิดโทษ ได้แก่ อันตรายจากผลข้างเคียงของยา ก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยา และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น ทั้งยังแสดงให้เห็นว่าผู้รักษาขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล² นอกจากนี้ความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาปฏิชีวนะ แต่มีความสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรคที่ตนเองเป็นและความรับรู้ว่าจะแพทย์ได้ให้เวลากับตนเองอย่างพอเพียง⁶

3. ทางเดินหายใจส่วนบนและอวัยวะใกล้เคียงประกอบด้วย จมูก โปรงจมูก (ไซนัส) คอหอย (pharynx) ต่อมทอนซิล ลิ้นไก่ เพดานอ่อน (soft palate) กล่องเสียง หูส่วนกลาง โรคติดเชื้อที่พบได้บ่อยและยาปฏิชีวนะมีประโยชน์ ได้แก่ โรคต่อมทอนซิลอักเสบหรือโรคคอหอยอักเสบจากเชื้อ Group A beta hemolytic streptococcus (GABSH)⁵ โรคที่ยาปฏิชีวนะอาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยบางราย⁶ ได้แก่ โรคหูน้ำหนวกเฉียบพลัน^{7, 8} และโรคไซนัสอักเสบเฉียบพลัน^{9, 10} นอกนั้นยาปฏิชีวนะไม่มีประโยชน์ เช่น โรคหวัด โรคไข้หวัดใหญ่ และโรคคออักเสบจากเชื้อไวรัส รวมทั้งโรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน^{11, 12}

4. อาการของโรคในระบบทางเดินหายใจส่วนบน ได้แก่ น้ำมูกไหล จาม คัดจมูก มีเสมหะ เสมหะไหลลงคอ ไอ เจ็บคอ เสียงแหบ ปวดศีรษะ ครั่นเนื้อครั่นตัว มีไข้ ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย โดยผู้ป่วยอาจมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมีอาการหลายอย่างร่วมกัน

5. โรคของระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่มีอาการตามข้อ 4 อาจมีสาเหตุจากการติดเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรียหรืออาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น มีสาเหตุจากภูมิแพ้ หากเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) มีสาเหตุจากเชื้อไวรัสหรือสาเหตุอื่น ส่วนน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 20) มีสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรีย^{5, 13, 14}

6. ดังนั้นในการรักษาโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบน ส่วนใหญ่ (8 ใน 10 ครั้ง) จึงไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ

7. แบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรคในระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่พบได้บ่อยได้แก่ *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* และ *Branhamella (Moraxella) catarrhalis*

8. ยาชนิดกิน ในบัญชี ก. หรือ ข. ของบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551¹ ซึ่งใช้รักษาโรคจากแบคทีเรียข้างต้น ได้แก่¹⁵

- penicillin V (cap, tab, dry syr) ใช้ได้ผล* เฉพาะกับ *Streptococcus*
 - amoxicillin (cap, dry syr) ใช้ได้ผล* กับเชื้อ *Streptococcus* และ *Haemophilus influenzae*
 - erythromycin (susp, dry syr) ใช้ได้ผล* กับเชื้อทุกชนิดข้างต้น (ใช้ในเด็กที่แพ้เพนิซิลลิน)
 - roxithromycin (cap, tab) ใช้ได้ผล* กับเชื้อทุกชนิดข้างต้น
- (ดูวิธีใช้ยาในภาคผนวก ก.)

9. หลีกเลี่ยงการใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่ระบุในข้อ 8 ในการรักษาโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบน ตัวอย่างยาที่ไม่ควรใช้ เช่น co-trimoxazole, clindamycin, chloramphenicol, co-amoxiclav, cephalosporins (เช่น cefalexin, cefuroxime, cefaclor, cefdinir, cefixime), clarithromycin, azithromycin, telithromycin และ quinolones (เช่น ofloxacin, ciprofloxacin, levofloxacin) เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงจากการใช้ยา หรือเป็นยาที่ควรสำรองไว้ใช้โดยแพทย์ผู้ชำนาญเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา^{1, 15}

10. การมีน้ำมูกข้น (mucoid) หรือเปลี่ยนเป็นสีเขียวเหลือง (purulent) เพียงประการเดียวไม่ใช่ข้อบ่งชี้ให้สั่งยาปฏิชีวนะ เนื่องจากลักษณะดังกล่าวเป็นการดำเนินโรคตามปกติของโรคหวัด^{16, 17} ทั้งนี้สีของเสมหะในกรณีนี้เกิดจากเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด polymorphonuclear (PMN) ซึ่งหลั่งไหลมาสู่บริเวณที่มีการอักเสบตามหลังการติดเชื้อไวรัสและไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อแบคทีเรียแต่อย่างใด^{18, 19, 20}

Mucopurulent rhinitis (thick, opaque, or discolored nasal discharge) commonly accompanies the common cold and is not an indication for antimicrobial treatment unless it persists without signs of improvement for 10 to 14 days, suggesting possible acute bacterial sinusitis.⁵¹

11. การมีน้ำมูกข้นสีเขียวเหลือง (mucopurulent discharge) เพียงประการเดียวอาจบ่งถึงการเป็นไซนัสอักเสบแบบเฉียบพลัน แต่หากไม่มีองค์ประกอบอื่น (เช่น เจ็บบริเวณใบหน้า หรือส่องเห็นหนองในโพรงจมูก) มีโอกาสเป็นโรคไซนัสอักเสบเฉียบพลันเพียง 4%⁶

หมายเหตุ * ขึ้นกับอัตราการดื้อยา



ใช้ยาสมเหตุผล ไม่จน ไม่แพ้ ไม่ดื้อยา

12. การมีเสมหะสีเขียวเหลือง (purulent sputum) เพียงประการเดียวไม่ใช่ข้อบ่งชี้ให้สั่งยาปฏิชีวนะ เนื่องจากอาจพบลักษณะดังกล่าวได้ถึงร้อยละ 50²¹ ในผู้ป่วยที่เป็นหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (acute bronchitis) ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่ามีสาเหตุส่วนใหญ่จากการติดเชื้อไวรัสและไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา^{11, 12, 21} ทั้งนี้ สีของเสมหะในกรณีนี้เกิดจากเซลล์ที่ตายและหลุดลอกจากเยื่อหลอดลมร่วมกับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด mononuclear cell ที่หลังไหลมาสู่บริเวณที่มีการอักเสบ²¹

13. การมีไข้สูงเพียงประการเดียวไม่ใช่ข้อบ่งชี้ให้สั่งยาปฏิชีวนะ เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสอาจทำให้มีไข้สูงได้ เช่น ไข้หวัดใหญ่ โรคหัด และไข้เลือดออก

กรณีที่ไม่ต้องให้ยาปฏิชีวนะ

14. อาการและอาการแสดงต่อไปนี้มีักบ่งชี้ว่าไม่ใช่การติดเชื้อแบคทีเรีย ได้แก่ ไม่มีไข้ ไม่เจ็บคอ มีน้ำมูกมาก จามบ่อย เสียงแหบ ตาแดง มีผื่นตามตัว ไอโดยตรวจไม่พบอาการแสดงของโรคปอดอักเสบ มีแผลในช่องปาก ถ่ายเหลวหรือถ่ายเป็นน้ำ^{6, 8, 11, 16, 21, 22}

15. การมีไข้สูง เช่น 39°C ไม่ได้หมายถึงการติดเชื้อแบคทีเรีย การมีไข้สูงร่วมกับอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างในข้อ 14 บ่งถึงการติดเชื้อไวรัสมากกว่า กรณีเหล่านี้ไม่ต้องให้ยาปฏิชีวนะ^{6, 8, 11, 16, 21, 22}

หมายเหตุ โรคหวัดในระยะใกล้เคียงจะมีน้ำมูกเป็นสีเขียวเหลืองซึ่งไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ^{16, 17, 18, 19, 20, 21}

กรณีที่ควรให้ยาปฏิชีวนะ : คอหอยและต่อมทอนซิลอักเสบ

16. การมีไข้สูง เช่น 39°C ร่วมกับอาการเจ็บคอมาก มีจุดขาวที่ต่อมทอนซิล มีต่อมน้ำเหลืองใต้คอโต ลิ้นไก่บวมแดง อาจมีจุดเลือดออก (petechiae) ที่เพดานปาก โดยไม่มีอาการไอ ไม่มีน้ำมูก หรือมีอาการเพียงเล็กน้อย บ่งถึงการติดเชื้อ Group A beta hemolytic streptococcus (GABSH) ของคอหอยและต่อมทอนซิล^{23, 56} กรณีนี้ควรให้ยาปฏิชีวนะ คือ penicillin V หรือ roxithromycin นาน 10 วัน²⁴ อนุโลมให้ใช้ amoxicillin ได้หากไม่มี penicillin V

กรณีที่อาจให้ยาปฏิชีวนะ : หูชั้นกลางอักเสบ และไซนัสอักเสบ

17. การมีไข้ ปวดหู โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีอาการหลังจากการเป็นหวัด บ่งถึงการติดเชื้อในหูชั้นกลาง²⁶ ซึ่งอาการต่างๆ ดีขึ้นได้ภายใน 72 ชั่วโมงในผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่โดยไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ^{8, 27} แต่หากอาการไม่ดีขึ้นภายใน 72 ชั่วโมง^{8, 28, 29} จึงให้กิน amoxicillin นาน 5 วัน²⁹ ให้ erythromycin²⁹ (หรือ roxithromycin) หากแพ้เพนิซิลลิน

18. กรณีไซนัสอักเสบแบบเฉียบพลันที่มีอาการต่อเนื่องนานเกิน 7 วัน^{29, 30} ให้ยาปฏิชีวนะ amoxicillin, erythromycin (หรือ roxithromycin) นาน 7 วัน^{29, 30, 31} (ดูขนาดยาใน ภาคผนวก ก)

ภาคผนวก ก

ขนาดยาและวิธีให้ยา^{15, 24, 51, 52}

Penicillin V เป็น drug of choice สำหรับ เชื้อ Group A beta hemolytic streptococcus (GABSH) การให้กินยาจนครบ 10 วัน ช่วยป้องกันการเกิด acute rheumatic fever ได้แม้จะเริ่มให้ยาหลังจากเริ่มมีอาการนานถึง 9 วัน

Penicillin V ระยะเวลารักษานาน 10 วัน

ผู้ใหญ่	500 มก. วันละ 2-3 ครั้ง
เด็ก	250 มก. (หรือ 25-50 มก./กก./วัน) วันละ 2-3 ครั้ง

ควรกินยาขณะท้องว่าง

Amoxicillin มีคุณสมบัติเทียบเท่า Penicillin V ในการรักษาโรคคอหอยอักเสบจาก เชื้อ Group A beta hemolytic streptococcus (GABSH) แต่เป็นยาที่ออกฤทธิ์กว้างและไม่เจาะจงต่อเชื้อกรัมบวก จึงไม่ใช่ยาที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรก แต่ amoxicillin จัดเป็นยาขนานแรกที่ควรเลือกใช้ในกรณีหูชั้นกลางอักเสบ และไซนัสอักเสบสำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ แต่หากอาการไม่ดีขึ้นภายใน 48-72 ชั่วโมงจึงเปลี่ยนเป็นยาที่มีฤทธิ์ต้าน beta-lactamase enzyme

Amoxicillin ระยะเวลารักษานาน 10-14 วัน

กรณีคอหอยอักเสบ

ผู้ใหญ่	500 มก. วันละ 2-3 ครั้ง
เด็ก	250 มก. (หรือ 25-50 มก./กก./วัน) วันละ 2-3 ครั้ง

กรณีหูชั้นกลางอักเสบและไซนัสอักเสบ

ผู้ใหญ่	500 มก. วันละ 3 ครั้ง (เพิ่มขนาดยาเป็น 2 เท่าหากคาดว่าเชื้อดื้อยา)
เด็ก	80-90 มก./กก./วัน แบ่งให้วันละ 2-3 ครั้ง (ขนาดยาสูงสุดไม่เกิน 2 กรัม/วัน)

กินยาได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงมื้ออาหาร

ยังไม่มีรายงาน Group A beta hemolytic streptococcus (GABSH) ที่ดื้อต่อ Penicillin V แต่อาจดื้อต่อ Macrolides ได้ ดังนั้น Macrolides จึงไม่ใช่ยาที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรก แต่ควรใช้เมื่อผู้ป่วยแพ้ Penicillin

Roxithromycin ควรกินยาขณะท้องว่าง ระยะเวลารักษานาน 10-14 วัน

ผู้ใหญ่	150 มก. วันละ 2 ครั้ง หรือ 300 มก. วันละครั้ง
เด็ก	100 มก. (หรือ 5-8 มก./กก./วัน) วันละ 2 ครั้ง

Erythromycin

เด็ก	30-50 มก./กก./วัน วันละ 2-4 ครั้ง
------	-----------------------------------

ควรกินยาขณะท้องว่าง แต่อาจเปลี่ยนไปกินหลังอาหารได้หากคนไข้รู้สึกมวนท้อง หรือไม่สบายท้อง

โรกระบบทางเดินหายใจส่วนบน

ชັกประวัติ

การวินิจฉัยและการให้การรักษา

- ส่วนใหญ่ (80%) เกิดจากเชื้อไวรัสหรือสาเหตุอื่น เช่น ภูมิแพ้ ไม่ต้องให้ยาปฏิชีวนะ
- ส่วนน้อยเกิดจากเชื้อแบคทีเรียซึ่งควรให้ยาปฏิชีวนะ

กรณีที่ไม่ให้ยาปฏิชีวนะ

หวัด-เจ็บคอ (Common Cold)

คออักเสบ (Pharyngitis)

- ตาแดง น้ำตาไหล ไอ ท้องเสีย (ในเด็ก)
- เสียงแหบ มีน้ำมูกใส มีน้ำมูกมากจามบ่อย
- มีไข้ต่ำๆ หรือไม่มีไข้
- เจ็บคอไม่มาก มีผื่น มีแผลในช่องปาก
- การมีไข้สูง เช่น 39°C-40°C ร่วมกับอาการข้างต้น

กรณีที่ต้องให้ยาปฏิชีวนะ

ต่อมทอนซิลอักเสบหรือคอหอยอักเสบจากเชื้อ Group A beta hemolytic streptococcus (GABSH)

- มีไข้สูงเช่น 39°C ร่วมกับอาการเจ็บคอมาก
- มีจุดขาวที่ต่อมทอนซิล ลิ้นไก่บวมแดง มีฝ้าขาวที่ลิ้น
- อาจมีจุดเลือดออกที่เพดานปาก
- ไม่มีอาการของโรคหวัด (เช่น น้ำมูก ไอ จาม ที่เด่นชัด)

หูชั้นกลางอักเสบ

- อ่านรายละเอียดในหน้า 5 (ข้อ 17)

ไซนัสอักเสบ

- อ่านรายละเอียดในหน้า 5 (ข้อ 18)

ให้ Penicillin V 10 วัน

ผู้ใหญ่ : 500 มก. วันละ 2-3 ครั้ง
เด็ก : 250 มก. (หรือ 25-50 มก./กก./วัน)
วันละ 2-3 ครั้ง
*ควรกินยาขณะท้องว่าง
หรือ

ให้ Amoxicillin 10-14 วัน

ผู้ใหญ่ : 500 มก. วันละ 2-3 ครั้ง
เด็ก : 250 มก. (หรือ 25-50 มก./กก./วัน)
วันละ 2-3 ครั้ง
*กินยาได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงมื้ออาหาร

ให้ Amoxicillin 10-14 วัน

ผู้ใหญ่ : 500 มก. วันละ 3 ครั้ง
*เพิ่มขนาดยาเป็น 2 เท่า หากคาดว่าเชื้อดื้อยา
เด็ก : 80-90 มก./กก./วัน
แบ่งให้วันละ 2-3 ครั้ง
*สูงสุดไม่เกิน 2 กรัม/วัน
*กินยาได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงมื้ออาหาร

ให้ Amoxicillin 10-14 วัน

ผู้ใหญ่ : 500 มก. วันละ 3 ครั้ง
*เพิ่มขนาดยาเป็น 2 เท่า หากคาดว่าเชื้อดื้อยา
เด็ก : 80-90 มก./กก./วัน
แบ่งให้วันละ 2-3 ครั้ง
*สูงสุดไม่เกิน 2 กรัม/วัน
*กินยาได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงมื้ออาหาร

กรณีแพ้ Penicillin

ให้ Roxithromycin 10-14 วัน

ผู้ใหญ่ : 150 มก. วันละ 2 ครั้ง หรือ 300 มก. วันละครั้ง
เด็ก : 100 มก. (หรือ 5-8 มก./กก./วัน) วันละ 2 ครั้ง
*ควรกินยาขณะท้องว่าง
หรือ

ให้ Erythromycin

เด็ก : 30-50 มก./กก./วัน วันละ 2-4 ครั้ง
*ควรกินยาขณะท้องว่าง แต่อาจเปลี่ยนไปกินหลังอาหารได้หากคนใช้รู้สึกมวนท้องหรือไม่สบายท้อง

แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคท้องร่วงเฉียบพลัน

1. โรคท้องร่วง หมายถึง การถ่ายอุจจาระเหลวจำนวน 3 ครั้งต่อวันหรือมากกว่า หรือถ่ายมีมูกหรือมูกปนเลือด หรือถ่ายเป็นน้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง^{3, 32}
2. หากผู้ป่วยมีอาการอาเจียนเป็นอาการเด่นมักหมายถึงโรคอาหารเป็นพิษ ซึ่งมีสาเหตุจากการกินสารพิษของแบคทีเรียที่ปนเปื้อนอยู่ในอาหาร จึงไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา^{3, 36}
3. ในจำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง 1,433,230 รายที่กรมควบคุมโรคได้รับรายงานจากสถานพยาบาลต่างๆ ในปีพ.ศ. 2550 พบว่ามีเพียงร้อยละ 1.3 เท่านั้นที่เข้าข่ายโรคบิด และควรกินยาปฏิชีวนะ นอกจากนี้ (ร้อยละ 98.7) เป็นผู้ป่วย "โรคท้องร่วง" ที่ไม่ควรกินยาปฏิชีวนะ³³
4. เชื้อแบคทีเรียที่อาจพบได้และการให้ยาปฏิชีวนะเป็นประโยชน์ ได้แก่ *Campylobacter jejuni*, *Salmonella*, *Shigella* และ *Escherichia coli* O157:H7³⁴
5. ยาปฏิชีวนะมีประโยชน์อย่างชัดเจนเฉพาะกรณีการติดเชื้อ *Campylobacter*, Enterotoxigenic *Escherichia coli*, อหิวาต์ และ *Shigella* ชนิด *Shigella dysenteriae* เท่านั้น (ไม่มีประโยชน์ต่อ *S. flexneri*)^{34, 35}
6. การใช้ยาปฏิชีวนะในกรณีการติดเชื้อ *E. coli* O157:H7 (Shiga toxin producing *E. coli* O157-STEC O157) เสี่ยงต่อการเกิด Haemolytic Uremic Syndrome (HUS) ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตจึงไม่ควรใช้ยาปฏิชีวนะในกรณีนี้³⁵
7. การใช้ยาปฏิชีวนะในกรณีการติดเชื้อ *Salmonella* ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้นแต่กลับทำให้พบเชื้อในอุจจาระนานขึ้นและทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อได้ ดังนั้นจึงไม่ควรให้ยาปฏิชีวนะในกรณีนี้ ยกเว้นเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิด invasive disease ได้แก่ เด็กอายุน้อยกว่า 3 เดือน ผู้เป็นโรคทางเดินอาหารเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคเลือด ผู้ติดเชื้อไวรัส เอช ไอ วี ผู้ที่ได้ยากดภูมิคุ้มกันหรือมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ หรือเมื่อมีลักษณะเป็น invasive salmonellosis ซึ่งแสดงอาการตามข้อ 8 ด้านล่าง³⁷ จึงควรให้ยาปฏิชีวนะ
8. เชื้อทั้งสี่ข้างต้น (ตามข้อ 4) มีอาการและอาการแสดงที่คล้ายคลึงกันดังนี้คือ ผู้ป่วยอาจมีไข้ ปวดท้อง อาเจียน และถ่ายเป็นเลือด การตรวจอุจจาระอาจพบเม็ดเลือดแดง และเม็ดเลือดขาว ดังนั้นจึงไม่สามารถแยกโรคทั้งสองออกจากกันได้อย่างชัดเจน หากไม่ได้ทำการเพาะเชื้อจากอุจจาระ³⁴
9. อย่างไรก็ตาม การให้ยาปฏิชีวนะควรให้เฉพาะผู้ป่วยท้องร่วงที่เข้าข่ายดังต่อไปนี้คือ^{34, 38}
 - 9.1 มีไข้ ตั้งแต่ 38°C ขึ้นไป และ
 - 9.2 อุจจาระเป็นมูกหรือมีเลือดปนเห็นได้ด้วยตาเปล่า หรือ ตรวจอุจจาระพบเม็ดเลือดแดง และ/หรือเม็ดเลือดขาว
10. ยาปฏิชีวนะที่ควรใช้หากมีอาการตามข้อ 9 คือ³
 - 10.1 ในผู้ใหญ่ ใช้ norfloxacin 400 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง ขณะท้องว่าง นาน 5 วัน
 - 10.2 ในเด็ก ใช้ norfloxacin ในขนาด 15–20 มก./กก./วัน แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง ขณะท้องว่าง นาน 5 วัน

- หมายเหตุ 1. ปัจจุบันเชื้อ Shigella ซึ่งเป็นเป้าหมายในการรักษามีความไวต่อ norfloxacin ประมาณร้อยละ 96³⁹
2. ไม่ควรกิน norfloxacin ร่วมกับนม แคลเซียม ธาตุเหล็ก ธาตุสังกะสี หรือยาลดกรด เพราะอาหารและยาเหล่านี้จะจับกับ norfloxacin ทำให้ยาดูดซึมได้น้อยลง ถ้าจำเป็นต้องกินร่วมกัน ให้กินยาเหล่านี้ห่างจาก norfloxacin ไม่น้อยกว่า 60 นาที¹⁵
11. ยาปฏิชีวนะอื่นๆ เช่น co-trimoxazole และ tetracycline มีความไวประมาณร้อยละ 10 เท่านั้น³⁹ จึงห้ามใช้ยกเว้นเพาะเชื้อแล้วพบว่าเชื้อไวต่อยา (รายละเอียดของแนวทางการรักษาดูจากภาคผนวก ข)

ภาคผนวก ข

1. โดยหลักเกณฑ์ทั่วไปทั้งองค์การอนามัยโลก⁴⁰ Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ของประเทศสหรัฐอเมริกา⁴¹ และ American Academy of Pediatrics⁴² ไม่แนะนำให้ใช้ยาใดๆ ในการรักษาโรคท้องร่วงเฉียบพลัน ไม่ว่าจะเป็นยาต้านจุลชีพ หรือยาอื่นๆ กล่าวคือ
 - antimotility drugs เช่น loperamide (Imodium[®]) และ diphenoxylate (Lomotil[®])
 - adsorbants เช่น kaolin และ dioctahedral smectite (Smecta[®])
 - anticholinergic agents (antispasmodics) เช่น hyoscine (Buscopan[®])
 - bismuth subsalicylate
 - probiotic agent เช่น lactobacillus
 - ยาผสม เช่น Disento PF suspension (furazolidone 50 มิลลิกรัม pectin 150 มิลลิกรัม light kaolin 3 กรัม ต่อ 15 มิลลิลิตร) และ Disento tab (diiodohydroxyquinoline 250 มิลลิกรัม furazolidone 50 มิลลิกรัม neomycin 50 มิลลิกรัม pthalylsulphathiazole 250 มิลลิกรัม light kaolin 250 มิลลิกรัม ต่อเม็ด)
 - opiates เช่น codeine phosphate จัดเป็นข้อห้ามใช้
2. เป้าหมายสำคัญที่สุดในการรักษาคือ การให้สารน้ำเพื่อทดแทนน้ำและเกลือแร่ที่สูญเสียไปกับอุจจาระ (ดูรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาด้วยสารน้ำทางปากจากหนังสือ แนวทางเวชปฏิบัติโรคติดเชื้อ เล่มที่ 1 โรคติดต่อ บรรณาธิการ สยมพร ศิรินาวิน ศุภมิตร ชุณหสฤทธิวัฒน์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข 2544)
3. มีหลักฐานว่าการรักษาโรคท้องร่วงในเด็กในประเทศไทยเป็นการใช้ยาที่มากเกินไปจนความจำเป็น โดยเฉลี่ย 4 ชนิดต่อผู้ป่วย 1 ราย⁴³ ซึ่งยาที่ให้มากเกินไปจนจำเป็น คือ กลุ่มยาที่ระบุไว้ตามข้อ 1
4. การให้ activated charcoal⁴⁴ ชนิดเม็ด แก่ผู้ป่วยอาจช่วยลดความกังวลใจของผู้ป่วย และอาจช่วยบรรเทาอาการให้กับผู้ป่วยได้ ยาดังกล่าวเป็นยาที่ไม่มีพิษและมีราคาถูก กรณีผู้ป่วยเด็กอาจละลายยา 1 เม็ดในน้ำสะอาด 30 cc ให้กินวันละ 2-4 ครั้ง ส่วนผู้ใหญ่ให้กินครั้งละ 2 เม็ด วันละ 4 ครั้ง

โรคท้องร่วงเฉียบพลัน

ซักประวัติ

การวินิจฉัยและการให้การรักษา

กรณีที่ไม่ให้ยาปฏิชีวนะ

อาหารเป็นพิษ

- มีอาการอาเจียนเป็นอาการเด่น

ท้องร่วงชนิด Non-invasive

- ถ่ายอุจจาระเหลวจำนวน 3 ครั้งต่อวันหรือมากกว่า หรือถ่ายมีมูก หรือถ่ายเป็นน้ำ อย่างน้อย 1 ครั้ง

กรณีที่ควรให้ยาปฏิชีวนะ

ท้องร่วงชนิด Invasive

- มีไข้ $> 38^{\circ}\text{C}$ และอุจจาระมีเลือดปน เห็นได้ด้วยตาเปล่า (หรือตรวจพบ RBC และ WBC ในอุจจาระ)

ให้ Norfloxacin 5 วัน

ผู้ใหญ่ : 400 mg bid ac

เด็ก : 15-20 mg/kg/day bid ac

ยาปฏิชีวนะที่ไม่ควรใช้ในกรณีนี้ ได้แก่

Ampicillin, Amoxicillin,
Co-amoxiclav, Cephalosporins,
Macrolides, Ofloxacin,
Ciprofloxacin, Chloramphenicol,
Colistin, Tetracyclines และ
Co-trimoxazole

แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคแผลเลือดออก

คำจำกัดความ

1. แผลฉีกขาด (laceration) คือ บาดแผลฉีกขาดที่ผิวหนัง ซึ่งอาจเป็นบาดแผลที่ต้องเย็บแผลหรือไม่ต้องเย็บแผล ไม่ใช่บาดแผลจากการผ่าตัดหรือบาดแผลที่เกิดจากสัตว์กัดหรือคนกัด ซึ่งมาถึงหน่วยบริการภายใน 6 ชั่วโมงหลังเกิดบาดแผล ในการสื่อสารกับประชาชนใช้คำว่า "แผลเลือดออก" แทนคำว่าแผลฉีกขาด
2. บาดแผลดังกล่าวมักมีสาเหตุจากวัตถุมีคม เช่น มีด แก้ว หรือกระจกบาด หรือเกิดจากอุบัติเหตุ เช่น การชน กระแทกกับของแข็ง อุบัติเหตุทางจราจร
3. บาดแผลที่ยังไม่ติดเชื้อ หมายถึง บาดแผลที่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยบริการภายใน 6 ชั่วโมง
4. บาดแผลสะอาด หมายถึง
 - 4.1 บาดแผลเปิดที่มีขอบเรียบสามารถล้างทำความสะอาดได้ง่าย
 - 4.2 บาดแผลซึ่งไม่มีเนื้อตาย
 - 4.3 บาดแผลที่แม้มีสิ่งสกปรกติดอยู่ แต่สามารถล้างออกได้ง่าย
 - 4.4 บาดแผลซึ่งไม่ปนเปื้อนกับสิ่งที่มีแบคทีเรียจำนวนมาก เช่น อุจจาระ มูลสัตว์ น้ำคร่ำ เป็นต้น
 - 4.5 ไม่ใช่บาดแผลที่มีสิ่งปนเปื้อน (ดูข้อ 5)
5. บาดแผลมีสิ่งปนเปื้อน หมายถึง
 - 5.1 บาดแผลถูกวัตถุที่มดำเป็นรูซึ่งยากต่อการทำความสะอาดได้ทั่วถึง
 - 5.2 บาดแผลซึ่งมีเนื้อตายเป็นบริเวณกว้าง
 - 5.3 บาดแผลซึ่งมีสิ่งสกปรกติดอยู่ในบาดแผล เช่น เศษดิน ซึ่งไม่สามารถล้างออกได้อย่างทั่วถึง
 - 5.4 บาดแผลซึ่งสัมผัสกับสิ่งสกปรกที่มีแบคทีเรียจำนวนมาก เช่น อุจจาระ มูลสัตว์ น้ำคร่ำ
 หมายเหตุ บาดแผลมีสิ่งปนเปื้อนเมื่อทำความสะอาดแผลและตัดเนื้อตายออกแล้ว ไม่ควรเย็บปิดแผล

โอกาสติดเชื้อของบาดแผล

6. บาดแผลที่มีโอกาสติดเชื้อได้มากกว่าปกติ ได้แก่
 - 6.1 บาดแผลมีสิ่งปนเปื้อน (ตามข้อ 5 ข้างต้น)
 - 6.2 บาดแผลจากการบาดฉัด เช่น แผลโดนประตูหนีบอย่างแรง
 - 6.3 แผลที่เท้า
 - 6.4 แผลที่มีขอบหยัก (ขอบไม่เรียบ เย็บแผลให้ขอบชนได้ไม่สนิท)
 - 6.5 บาดแผลในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ผู้เป็นโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบ ผู้มีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ รวมถึงผู้ที่กินยากดภูมิคุ้มกัน เช่น ยาสเตียรอยด์
7. แผลฉีกขาดทั่วไปมีโอกาสติดเชื้อได้ระหว่าง 1-12% ไม่ว่าจะได้รับยาปฏิชีวนะหรือไม่ก็ตาม

ประสิทธิผลของยาปฏิชีวนะในการป้องกันการติดเชื้อของบาดแผล

8. การให้ยาปฏิชีวนะในแผลฉีกขาดที่ได้รับการดูแลบาดแผลอย่างถูกต้องไม่ช่วยลดอัตราการติดเชื้อของบาดแผล (ดูวิธีดูแลบาดแผลอย่างถูกต้องในภาคผนวก ค)
9. การฉีด penicillin เข้ากล้ามเนื้อ การให้ยา co-amoxiclav, cephalosporins หรือ cloxacillin ให้ผลไม่แตกต่างจากการให้ยาหลอกในการรักษาแผลฉีกขาดชนิดบาดแผลสะอาดในผู้มีภูมิคุ้มกันโรคปกติ
10. ยาปฏิชีวนะที่ใช้ทาเฉพาะที่ ไม่ช่วยป้องกันการติดเชื้อของแผลฉีกขาด

แนวทางป้องกันการติดเชื้อของบาดแผล

11. ไม่ต้องให้ยาปฏิชีวนะทั้งชนิดกินและชนิดทาแก่ผู้ป่วยทุกราย ที่มีแผลฉีกขาดชนิดบาดแผลสะอาด (ตามข้อ 4 ข้างต้น)
12. ควรให้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสะอาดเฉพาะในกรณีต่อไปนี้
 - 12.1 แผลที่เท้า
 - 12.2 แผลมีขอบหยึกหยัก (ขอบไม่เรียบ เย็บแผลให้ขอบชนได้ไม่สนิท)
 - 12.3 เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ผู้เป็นโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบ ผู้มีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ รวมถึงผู้ที่กินยากดภูมิคุ้มกัน เช่น ยาสเตียรอยด์
 - 12.4 ยาปฏิชีวนะที่ให้คือ dicloxacillin ถ้าแพ้เพนิซิลลินใช้ clindamycin (ดูขนาดยาในภาคผนวก ง)
13. กรณีบาดแผลมีสิ่งปนเปื้อน (ตามข้อ 5 ข้างต้น) ควรให้ยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยทุกราย ยาปฏิชีวนะที่ให้คือ co-amoxiclav หากเป็นผู้ป่วยในสถานพยาบาลที่ไม่มี co-amoxiclav หรือผู้ป่วยแพ้เพนิซิลลินใช้ clindamycin (ดูขนาดยาในภาคผนวก ง)

ภาคผนวก ค

วิธีดูแลบาดแผล

1. ล้างแผลให้สะอาดด้วยน้ำเกลือ 0.9% หรือน้ำประปา (เฉพาะน้ำประปาที่ระบุว่า เป็นน้ำสะอาดสามารถดื่มได้)
2. ใช้กระบอกฉีดยาขนาด 20-40 ซีซี และเข็มเบอร์ 16-19 ฉีดน้ำเกลือเพื่อชะล้างบาดแผลให้ทั่วถึง หรือหากไม่ต้องการแรงดันน้ำมากให้ใช้กระบอกฉีดยาที่ไม่ต้องใส่หัวเข็มแทน
3. ไม่จำเป็นต้องใส่น้ำยาฆ่าเชื้อใดๆ ลงในบาดแผลที่กำลังล้างอยู่ เนื่องจากไม่มีหลักฐานว่าเป็นประโยชน์ และอาจทำลายเนื้อเยื่อในบาดแผลทำให้แผลหายช้าลง
4. แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลอย่าให้แผลโดนน้ำเป็นเวลา 3 -7 วันตามลักษณะและตำแหน่งของแผล
5. นวดล้างแผลในอีก 24-48 ชั่วโมงถัดไป โดยการเช็ดเบาๆ ด้วยสำลีชุบน้ำเกลือหมาดๆ อย่าให้แผลชุ่มหรือเปียก
6. ตรวจสอบว่ามีลักษณะของการอักเสบหรือไม่
7. การตัดไหม
 - กรณีแผลที่หน้า ตัดไหมที่ 5 วัน
 - แผลที่ข้อซึ่งขยับไปมา ตัดไหมที่ 10-14 วัน
 - แผลอื่นๆ ตัดไหมที่ 7-10 วัน

ภาคผนวก ง

ขนาดยาและวิธีให้ยา^{15, 52, 54, 55}

การให้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อของแผลฉีกขาด (ตามข้อ 12-13) เป็นการให้ยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ จึงให้ยานานเพียงไม่เกิน 2 วัน (48 ชั่วโมง) เมื่อครบ 48 ชั่วโมง หากบาดแผลไม่มีลักษณะของการอักเสบไม่ต้องให้ยาต่อ แต่หากมีการอักเสบให้ยาต่อไปรวมกับการรักษาอื่นๆ ตามความจำเป็น

Dicloxacillin

ผู้ใหญ่ 250 มก. วันละ 4 ครั้ง (ให้ยา 8 เม็ด)
เด็ก 125 มก. (หรือ 25-50 มก./กก./วัน) วันละ 4 ครั้ง (ให้ยา 8 เม็ด หรือ 1 ขวด)

หมายเหตุ

1. ควรกินยาขณะท้องว่าง
2. กรณีให้น้ำแก่เด็ก ควรกำชับให้ป้อนยาเด็กเพียง 2 วัน แม้ยายังไม่หมดขวดให้หยุดกินยา
3. กรณีไม่มี dicloxacillin อาจใช้ cloxacillin แทน โดยให้ยาในขนาด 2 เท่าของ dicloxacillin

Co-amoxiclav

ผู้ใหญ่ 375 มก. วันละ 3 ครั้ง (ให้ยา 6 เม็ด) หรือ 625 มก. วันละ 2 ครั้ง (ให้ยา 4 เม็ด)
เด็ก 156 มก. (หรือคำนวณจาก amoxicillin 25-50 มก./กก./วัน) วันละ 3 ครั้ง (ให้ยา 6 เม็ด หรือ 1 ขวด)

หมายเหตุ

1. กินยาได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงมื้ออาหาร
2. กรณีให้น้ำแก่เด็ก ควรกำชับให้ป้อนยาเด็กเพียง 2 วัน แม้ยายังไม่หมดขวดให้หยุดกินยา
3. Co-amoxiclav เป็นยาบัญชี ค. จึงควรใช้โดยแพทย์ผู้ชำนาญ

Clindamycin

ผู้ใหญ่ 150-300 มก. วันละ 4 ครั้ง (ให้ยา 8 เม็ด)
เด็ก 8-25 มก./กก./วัน วันละ 4 ครั้ง (ให้ยา 8 เม็ด)

หมายเหตุ กินยาได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงมื้ออาหาร

แผลเลือดออก ทั้งหมดที่ต้องเย็บแผลและไม่ต้องเย็บแผล

ชักรประวัติ

- ระยะเวลาการเกิดแผล (หากนานกว่า 6 ชม. และไม่ได้รับการทำความสะอาด อาจจะมีโอกาสติดเชื้อ)
- คุณลักษณะของแผล / ความสกปรก / เนื้อตาย / ขนาดแผล

การวินิจฉัยและการให้การรักษา

กรณีที่ไม่ให้ยาปฏิชีวนะ

แผลสะอาด

- ผู้ป่วยมาถึงหน่วยบริการภายใน 6 ชั่วโมง
- แผลขอบเรียบ ทำความสะอาดง่าย
- ไม่มีเนื้อตาย
- ไม่มีสิ่งสกปรกติดในแผล หรือ มีแต่ล้างออกง่าย
- ไม่ปนเปื้อนสิ่งที่มีแบคทีเรียมาก เช่น มูลสัตว์ น้ำคร่ำ

กรณีที่ต้องให้ยาปฏิชีวนะ

แผลสะอาด ที่มีลักษณะดังนี้

- แผลที่เท้า
- แผลจากการบาดเจ็บ เช่น ประตูหนีบ
- แผลขอบไม่เรียบ เย็บแผลได้ไม่สนิท
- แผลในผู้ป่วยเบาหวาน พิษสุราเรื้อรัง โรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบ ผู้มีภูมิคุ้มกันต่ำ หรือใช้ยากดภูมิคุ้มกัน

แผลปนเปื้อน

- ถูกวัตถุที่มด้าเป็นรู ทำความสะอาดยาก
- มีเนื้อตายเป็นบริเวณกว้าง
- มีสิ่งสกปรกติดอยู่ในแผล ล้างออกได้ไม่หมด
- ปนเปื้อนสิ่งที่มีแบคทีเรียมาก เช่น มูลสัตว์ น้ำคร่ำ

การให้ยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

ให้ Dicloxacillin 2 วัน

ผู้ใหญ่ : 250 มก. วันละ 4 ครั้ง (ให้ยา 8 เม็ด)
เด็ก : 125 มก. (หรือ 25-50 มก./กก./วัน)
วันละ 4 ครั้ง (ให้ยา 8 เม็ด หรือ 1 ขวด)

หมายเหตุ

1. ควรกินยาขณะท้องว่าง
2. กรณีให้น้ำแก่เด็กควรกำชับให้ป้อนยาเด็กเพียง 2 วัน แม้ยาจะไม่หมดขวดให้หยุดกินยา
3. กรณีไม่มี dicloxacillin อาจใช้ cloxacillin แทน โดยให้ยาในขนาด 2 เท่าของ dicloxacillin

การให้ยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

ให้ Co-amoxiclav 2 วัน

ผู้ใหญ่ : 375 มก. วันละ 3 ครั้ง (ให้ยา 6 เม็ด) หรือ 625 มก.
วันละ 2 ครั้ง (ให้ยา 4 เม็ด)
เด็ก : 156 มก. (หรือคำนวณจาก amoxicillin 25-50 มก./กก./วัน) วันละ 3 ครั้ง (ให้ยา 6 เม็ด หรือ 1 ขวด)

หมายเหตุ

1. กินยาได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงมื้ออาหาร
2. กรณีให้น้ำแก่เด็กควรกำชับให้ป้อนยาเด็กเพียง 2 วัน แม้ยาจะไม่หมดขวดให้หยุดกินยา
3. Co-amoxiclav เป็นยาปฏิชีวนะ ค. จึงควรใช้โดยแพทย์ผู้ชำนาญ หรือ

ให้ Clindamycin

ผู้ใหญ่ : 150-300 มก. วันละ 4 ครั้ง (ให้ยา 8 เม็ด)
เด็ก : 8-25 มก./กก./วัน วันละ 4 ครั้ง (ให้ยา 8 เม็ด)

หมายเหตุ

กินยาได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงมื้ออาหาร

แนะนำให้ผู้ป่วยล้างแผลทุกวัน หากมีการติดเชื้อให้รักษาการติดเชื้อ

เอกสารอ้างอิง

1. บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๑ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติภายใต้คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา สำนักงานประสานการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา นนทบุรี กุมภาพันธุ์ 2551
2. พิสนธิ์ จงตระกูล "การใช้ยาอย่างสมเหตุผล คำจำกัดความและกรอบความคิด" ในคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลภายใต้บัญชียาหลักแห่งชาติ สำนักงานประสานการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา นนทบุรี ธันวาคม 2551
3. สยมพร ศิรินาวิน สุภมิตร ชุณหสุทธิวัฒน์ บรรณาธิการแนวทางเวชปฏิบัติโรคติดเชื้อ เล่มที่ 1 โรคติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุข 2544
4. The Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2007. Available from: <http://www.ginasthma.org>.
5. Anon. CDC Principles of Appropriate Antibiotic Use. Adult Appropriate Antibiotic Use Summary Physician Information Sheet (Adults). National Center for Immunization and Respiratory Diseases/ Division of Bacterial Diseases. Available from URL: <http://www.google.co.th/search?hl=en&q=cdc+viral+respiratory+antibiotic+&btnG=Google+Search&meta=>. March 2006.
6. Wong DM, Blumberg DA, Lowe LG. Guidelines for the use of antibiotics in acute upper respiratory tract infections. Am Fam Physician. 2006 Sep 15;74(6):956-66.
7. Johnson NC, Holger JS. Pediatric acute otitis media: the case for delayed antibiotic treatment. J Emerg Med. 2007 Apr;32(3):279-84. Epub 2007 Feb 23. Review.
8. Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. American Academy of Pediatrics and American Academy of Family Physicians. Diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics. 2004 May;113(5):1451-65.
9. Bucher HC; Tschudi P; Young J; Periat P; Welge-Luussen A; Zust H; Schindler C, Effect of amoxicillin-clavulanate in clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a placebo-controlled, double-blind, randomized trial in general practice. Arch Intern Med 2003 Aug 11-25;163(15):1793-8.
10. Merenstein D; Whittaker C; Chadwell T; Wegner B; D'Amico F. Are antibiotics beneficial for patients with sinusitis complaints? A randomized double-blind clinical trial. J Fam Pract. 2005 Feb;54(2):144-51.
11. Snow V; Mottur-Pilson C; Gonzales R. Principles of appropriate antibiotic use for treatment of acute bronchitis in adults. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. Ann Intern Med 2001 Mar 20;134(6):518-20.
12. Smucny J, Fahey T, Becker L, Glazier R. Antibiotics for acute bronchitis. Cochrane Database Syst Rev. 2004 Oct 18;(4):CD000245. Review.
13. Anon. Upper respiratory tract infection. In Wikipedia The Free Encyclopedia. Available from URL:http://en.wikipedia.org/wiki/Upper_respiratory_tract_infection. Last access October 2008.
14. Makela MJ et al, Viruses and bacteria in the etiology of the common cold, J Clin Microbiol 1998 Feb; 36(2):539-542
15. Anon. Drug Monographs in Clinical Pharmacology CD-ROM Version 2.28. Gold Standard. Multimedia. 2008.
16. Pappas DE, J Hendley O. The common cold in children. In UpToDate Online Ver 16.2: May 2008. Topic last updated February 14, 2008.
17. Pickering LK. Editor. Rhinovirus Infections (Common Cold). The Report of the Committee on Infectious Diseases. American Academy of Pediatrics. The Red Book 2006: 566.
18. Winther B; Brofeldt S; Christensen B; Mygind N. Light and scanning electron microscopy of

- nasal biopsy material from patients with naturally acquired common colds. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1984 Mar-Apr;97(3-4):309-18.
19. Naclerio RM; Proud D; Lichtenstein LM; Kagey-Sobotka A; Hendley JO; Sorrentino J; Gwaltney JM. Kinins are generated during experimental rhinovirus colds. *J Infect Dis* 1988 Jan;157(1):133-42.
 20. Winther B; Brofeldt S; Gronborg H; Mygind N; Pedersen M; Vejlsgaard R. Study of bacteria in the nasal cavity and nasopharynx during naturally acquired common colds. *Acta Otolaryngol* 1984 Sep-Oct; 98(3-4):315-20.
 21. Bartlett JG. Acute bronchitis. In UpToDate Online Ver 16.2: May 2008. Topic last updated November 26, 2007
 22. Friedman ND, Sexton DJ. The common cold in adults: Diagnosis and clinical features. In UpToDate version 16.2: May 2008. Topic last updated: September 6, 2007.
 23. Bartlett JG. Approach to acute pharyngitis in adults. In UpToDate version 16.2: May 2008. Topic last updated: February 14, 2008.
 24. Pichichero ME. Treatment and prevention of streptococcal tonsillopharyngitis. In UpToDate version 16.2: May 2008. Topic last updated: June 9, 2008.
 25. Fahey T, Stocks N, Thomas T. Systematic review of the treatment of upper respiratory tract infection. *Arch Dis Child*. 1998 Sep;79(3):225-30.
 26. Klein JO, Pelton S. Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, and complications of acute otitis media. In UpToDate version 16.2: May 2008. Topic last updated: April 9, 2008.
 27. Little P, Gould C, Williamson I, Moore M, Warner G, Dunleavey J. Pragmatic randomised controlled trial of two prescribing strategies for childhood acute otitis media. *BMJ*. 2001 Feb 10;322(7282): 336-42.
 28. Appelman, CL, Van Balen, FA, Van de Lisdonk, EH. Otitis media acuta. NHG-standaard. *Huisarts Wet* 1999; 42:362.
 29. Joint Formulary Committee. *British National Formulary*. 56 ed. London: British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain; 2008.
 30. Merenstein D; Whittaker C; Chadwell T; Wegner B; D'Amico F. Are antibiotics beneficial for patients with sinusitis complaints? A randomized double-blind clinical trial. *J Fam Pract*. 2005 Feb;54(2):144-51.
 31. Rosenfeld RM; Andes D; Bhattacharyya N; Cheung D; Eisenberg S; Ganiats TG; Gelzer A; Hamilos D; Hayden RC 3rd; Hudgins PA; Jones S; Krouse HJ; Lee LH; Mahoney MC; Marple BF; Mitchell CJ; Nathan R; Shiffman RN; Smith TL; Witsell DL. Clinical practice guideline: adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007 Sep;137 (3 Suppl):S1-31.
 32. อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (acute diarrhea) เอกสาร fact sheet จัดทำโดยกลุ่มระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สืบค้นข้อมูลได้จาก <http://203.157.15.4/fact/Diarrhea.pdf>
 33. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ปี 2550 สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สืบค้นข้อมูลได้จาก http://203.157.15.4/Annual/ANNUAL2550/Part2/Table/Table9_1_4.html
 34. Guerrant RL, Van Gilder T, Steiner TS, Thielman NM, Slutsker L, Tauxe RV, Hennessy T, Griffin PM, DuPont H, Sack RB, Tarr P, Neill M, Nachamkin I, Reller LB, Osterholm MT, Bennish ML, Pickering LK; Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. *Clin Infect Dis*. 2001 Feb 1;32(3):331-51. Epub 2001 Jan 30.
 35. Evidence-Based Medicine Guidelines. Clinical features and treatment of diarrhea in adults according to aetiology. 2006. Available through subscription only at <http://ebmg.wiley.com/ebmg/ltk.koti>
 36. Evidence-Based Medicine Guidelines. Food poisoning. 2003. Available through subscription only at <http://ebmg.wiley.com/ebmg/ltk.koti>

37. Antimicrobial Recommendations for Infectious Diarrhea Caused by Specific Pathogens Raket: Conn's Current Therapy 2006, 58th ed
38. Evidence-Based Medicine Guidelines. Diarrhoea and vomiting in children. 2005. Available through subscription only at <http://ebmg.wiley.com/ebmg/ltk.koti>
39. รายงานการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพประจำปี 2549 ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี สืบค้นข้อมูลได้จาก <http://narst.dmsc.moph.go.th/>
40. Anon. The Treatment of Diarrhoea. A manual for physicians and other senior health workers. WHO/CDR/95.3. Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control.
41. Anon. Managing Acute Gastroenteritis Among Children Oral Rehydration, Maintenance, and Nutritional Therapy. CDC MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report. November 21, 2003/ Vol.52/No.RR-16. Department of Health and Human Services and Human Services Centers for Disease Control and Prevention.
42. Anon. Practice parameter: the management of acute gastroenteritis in young children. Pediatrics 1996 Mar; 97(3):424-35.
43. Howteerakul N, Higginbotham N, Freeman S, Dibley MJ. ORS is never enough: physician rationales for altering standard treatment guidelines when managing childhood diarrhoea in Thailand. Soc Sci Med. 2003 Sep; 57(6): 1031-44.
43. Howteerakul N, Higginbotham N, Freeman S, Dibley MJ. ORS is never enough: physician rationales for altering standard treatment guidelines when managing childhood diarrhoea in Thailand. Soc Sci Med. 2003 Sep; 57(6): 1031-44.
44. Anon. Activated charcoal in Drugdex Drug Evaluation. Thompson MICROMEDEX(R) Healthcare Series Vol. 137, 2008.
45. Evidence-Based Medicine Guidelines. Injuries in children: lacerations and incisions.2002. Available through subscription only at <http://ebmg.wiley.com/ebmg/ltk.koti>
46. Cummings P, Del Beccaro MA. Antibiotics to prevent infection of simple wounds: a meta-analysis of randomized studies. Am J Emerg Med. 1995 Jul; 13(4): 396-400.
47. Evidence-Based Medicine Guidelines. Suturing a wound. Available through subscription only at <http://ebmg.wiley.com/ebmg/ltk.koti>
48. Stamou SC, Matteozou HC, Psaltopoulou T, et al. Wound infections after minor limb lacerations: risk factors and the role of antimicrobial agents. J Trauma. 1999 Jun;46(6):1078-81.
49. Hollander JE, Singer AJ. Laceration management. Ann Emerg Med. 1999 Sep;34(3):356-67.
50. "Cal Poly Virtual Self-Care Cold Clinic" Health and Counseling Service California Polytechnic State University. Access date 1 September 2008. < <http://hcs.calpoly.edu/coldclinic/quiz.html> >
51. Pickering LK. Editor. Appropriate use of antimicrobial agents in the Red Book. The Report of The Committee on Infectious Diseases 27th Edition. 2006. 737-39.
52. Pickering LK. Editor. Tables of Antibacterial Drug Dosage in the Red Book. The Report of The Committee on Infectious Diseases 27th Edition. 2006. 750-65.
53. Anon. Roxithromycin in Drugdex Drug Evaluation. Thompson MICROMEDEX(R) Healthcare Series Vol.137, 2008.
54. Anon. Dicloxacillin in Drugdex Drug Evaluation. Thompson MICROMEDEX(R) Healthcare Series Vol. 137, 2008.
55. Anon. Clindamycin in Drugdex Drug Evaluation. Thompson MICROMEDEX(R) Healthcare Series Vol. 137, 2008.
56. Lustig Lawrence R, Schindler Joshua, "Chapter 8. Ear, Nose, & Throat Disorders" (Chapter). McPhee SJ, Papadakis MA, Tierney LM, Jr.: CURRENT Medical Diagnosis & Treatment 2009: <http://www.accessmedicine.com/content.aspx? aID=2356>.

แผนผังรูปภาพการวินิจฉัยอาการเจ็บคอ



ที่มา : Modified from <http://hcs.calpoly.edu/coldclinic/quiz.html>⁵⁰

คำถามที่พบบ่อย

1. ผู้ป่วยเคยได้รับยาปฏิชีวนะใน 3 โรคมาก่อน หากมาพบแพทย์แล้วไม่ได้ยา อาจเกิดความไม่มั่นใจในคุณภาพการรักษาของแพทย์และมาตรฐานของโรงพยาบาล ผู้ป่วยอาจจะไม่ให้ความร่วมมือ หรือมีปัญหา ร้องเรียนจะอย่างไร

การจะทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าแพทย์จะให้การรักษาที่ดีที่สุดแก่เขาเพราะปรารถนาดีอยากให้เราหายป่วยได้นั้น แพทย์เองจะต้องเชื่อมั่นและมั่นใจก่อนว่า การไม่จ่ายยาปฏิชีวนะใน 3 โรค เป็นการให้สิ่งที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วยซึ่งถูกต้องกว่าการให้ยา เมื่อเชื่อมั่นเช่นนั้นแล้ว การอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเหตุใดจึงไม่ได้รับยาก็คงไม่ใช่เรื่องยาก

2. หากไม่จ่ายยาปฏิชีวนะให้ผู้ป่วยแล้วภายหลังผู้ป่วยมีอาการหนักขึ้น หรือถึงขั้นเสียชีวิต อาจเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้แพทย์ถูกฟ้องร้องจะอย่างไร

ก่อนอื่นขอให้ดูธรรมชาติของ 3 โรคนี้ก่อน 3 โรคนี้เป็นความเจ็บป่วยที่พบทั่วไปไม่ใช่ความเจ็บป่วยที่รุนแรง หากไม่จ่ายยาปฏิชีวนะวันนี้ก็ไม่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหนักหรือเสียชีวิตในวันรุ่งขึ้น จึงขอให้อย่ากังวลมากเกินไปกับประเด็นนี้

ต่อมาขอให้พิจารณาแนวทางการรักษา 3 โรคนี้ การไม่ให้ยาปฏิชีวนะใน 3 โรคนี้ ไม่ใช่ความผิดพลาดของแพทย์ผู้รักษาแน่นอน เพราะเป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องครบถ้วนตามมาตรฐานวิชาชีพ การให้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อโดยไม่มีหลักฐานยืนยัน (Evidence-based medicine) ว่าจำเป็นต้องใช้ต่างหากที่ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ หากแพทย์ทำถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ ก็ไม่จำเป็นต้องกังวลเรื่องการฟ้องร้อง และหากมีการฟ้องร้องขึ้นจริงแพทย์ท่านนั้นจะได้รับการปกป้องโดยหลักฐานทางการแพทย์เหล่านั้น

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เหมาะสมกับแนวทางการรักษา คือผู้ป่วยนอกโดยทั่วไปที่มีสุขภาพโดยรวมแข็งแรงดี ไม่ใช่ผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยที่มีอาการหนัก (ซึ่งต้องได้รับการส่งต่อเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล) สตรีมีครรภ์ เด็กแรกเกิด เด็กทารก ผู้มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น เบาหวาน และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคตับ ผู้ป่วยโรคไต ดังนั้นกลุ่มผู้ป่วยนอกโดยทั่วไปดังกล่าวข้างต้นนั้น จึงไม่ใช่ผู้ป่วยที่จะมีอาการหนักหรือเสียชีวิตได้โดยง่ายจากโรคทั้งสาม

ในทางตรงข้าม หากแพทย์จ่ายยาปฏิชีวนะให้แก่ผู้ป่วยในโรคหวัด ท้องเสีย หรือแผลเลือดออกโดยไม่จำเป็น และผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียง หรือแพ้ยาอย่างรุนแรงหรือถึงขั้นเสียชีวิต แพทย์ท่านนั้นอาจถูกฟ้องร้อง และไม่มีหลักฐานใดมายืนยันความเหมาะสมของการจ่ายยานั้นได้ นอกจากนี้ความเสี่ยงของอาการข้างเคียงหรือแพ้ยาปฏิชีวนะมีโอกาสเกิดขึ้นมากกว่าอันตรายจากโรคทั้งสามนี้เมื่อไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ

3. ผู้ป่วยซึ่งไม่ได้รับยาปฏิชีวนะจากโรงพยาบาลชุมชน หรือสถานีนอนามัย อาจจะได้รับยาจากสถานบริการอื่น เช่น โรงพยาบาลเอกชน หรือร้านยา ซึ่งไม่ได้เข้าร่วมโครงการนี้ ดังนั้นการรณรงค์เพียงแค่นี้ให้โรงพยาบาลชุมชนหรือสถานีนอนามัยไม่จ่ายยาปฏิชีวนะแต่ไม่ไปรณรงค์กับสถานบริการอื่นๆ ก็ยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ในกรณีเช่นนี้ควรจะทำอย่างไร

การรณรงค์ลดการใช้ยาปฏิชีวนะในปีแรก (พ.ศ. 2550) ได้เริ่มดำเนินการที่โรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอนามัยของภาครัฐก่อน เนื่องจากเป็นการนำร่องวิธีการหรือกลยุทธ์ที่จะใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสั่งจ่ายยา กอปรกับบุคลากรทางการแพทย์ในภาครัฐเหล่านี้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะให้ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพได้ โดยไม่มีปัจจัยทางธุรกิจเข้ามาเป็นอุปสรรคในการดำเนินการ ซึ่งจากการดำเนินโครงการของปีแรกผ่านไปพบว่ามีการแสดงตอบรับจากผู้เข้าร่วมโครงการทั้งที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนและผู้ที่ยังไม่ได้เข้าร่วมโครงการเป็นอย่างดี ดังนั้นการดำเนินโครงการในขณะนี้จึงได้มีการขยายผลโครงการไปเพื่อให้ครอบคลุมสถานพยาบาลอื่น เช่น โรงพยาบาลเอกชน หรือร้านยา ตลอดจนมีการรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนอย่างกว้างขวางมากขึ้น

4. ผู้ป่วยหวัดเจ็บคอที่มาโรงพยาบาลมักจะไปซื้อยาปฏิชีวนะมารับประทานเองก่อนแล้วแต่ไม่หาย จึงมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล แล้วจะไม่จ่ายยาปฏิชีวนะได้อย่างไร ผู้ป่วยคงไม่พอใจ และควรทำอย่างไรหากผู้ป่วยเรียกร้อยยา

กรณีนี้เป็นโอกาสที่ดีที่เราจะให้ความรู้และปรับความเข้าใจกับผู้ป่วยในเรื่องของการรักษาโรคหวัดเจ็บคอที่ถูกต้อง เพราะแสดงให้เห็นว่าการใช้ยาปฏิชีวนะไม่ได้ช่วยให้หาย การปรับความเข้าใจกับผู้ป่วยในเรื่องของการรักษา จำเป็นต้องใช้ทักษะเชิงจิตวิทยา คือ เราต้องเข้าใจผู้ป่วยว่าเขากังวลและกำลังเป็นทุกข์กับการเจ็บป่วย เราต้องแสดงให้เห็นว่าเราจะให้การรักษาที่ดีที่สุดแก่เขา เช่น ตรวจร่างกายอย่างละเอียด ส่องดูคอ หู ตา จมูก ฟังปอดและการเต้นของหัวใจ แล้วพูดให้เขาสบายใจว่าเขาไม่ได้เป็นอะไรมากหรือเกือบจะหายแล้ว

จากหลักฐานทางการแพทย์พบว่ายาปฏิชีวนะมีผลต่ออาการผู้ป่วยไม่มากนักแต่ยาแก้ปวดลดไข้ เช่น paracetamol และ ibuprofen* หรือ naproxen* จะมีผลต่ออาการของผู้ป่วยมากกว่า จึงควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่ายาปฏิชีวนะไม่ช่วยให้หายดีขึ้น แต่ยาที่เราให้จะช่วยบรรเทาอาการได้

5. มียาทางเลือกอื่นๆ นอกจากยาปฏิชีวนะที่จะจ่ายให้กับผู้ป่วยหรือไม่

หากผู้ป่วยบางรายต้องการยากี้อาจใช้ยาทดแทน เช่น หวัดเจ็บคอก็จ่ายยาแคปซูลฟ้าทะลายโจรแทนการจ่ายยาปฏิชีวนะ หรือให้น้ำยาแก้ไอ

หากเป็นท้องเสียเฉียบพลันนอกจากผงเกลือแร่ก็อาจจะจ่าย activated charcoal ชนิดเม็ด หรือชนิดแคปซูลหรือชนิดผงแทนการจ่ายยาปฏิชีวนะ

หมายเหตุ * ไม่ควรใช้หากผู้ป่วยอยู่ในช่วงที่อาจเป็นไข้เลือดออกได้

ใช้ยาสมเหตุผล ไม่จน ไม่แพ้ ไม่ดื้อยา



หากเป็นกรณีบาดแผลใช้วิธีล้างแผลให้สะอาดและเย็บแผลอย่างถูกวิธี ร่วมกับการให้การอธิบาย และนัดผู้ป่วยมาล้างแผลทุกวันเพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วย

6. หากไม่ให้อายาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยในโรคคออักเสบ แล้วอาการของผู้ป่วยเลวลง จะเป็นอันตรายกับผู้ป่วยมากกว่าการให้อายาปฏิชีวนะไปก่อนหรือไม่

การให้อายาปฏิชีวนะไปก่อน ทั้งที่รู้ว่ายาไม่มีประสิทธิผลในการรักษาโรค เป็นการใช้จ่ายที่สุ่มเสี่ยงและไม่สมเหตุผล การที่ไม่ให้อายาปฏิชีวนะแล้วอาการของผู้ป่วยเลวลงเป็นไปได้ใน 2 กรณี คือ

กรณีที่ 1 เกิดจากการที่ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสและมีการดำเนินของโรคต่อไป การให้อายาปฏิชีวนะไปก่อนไม่ช่วยเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรคแต่อาจสร้างปัญหาอื่นให้กับผู้ป่วย เช่น เกิดอาการท้องร่วง คลื่นไส้ Antibiotic Associated Colitis (AAC), Steven Johnson Syndrome, Toxic Epidermal Necrolysis หรือ anaphylaxis ประการต่อมาหากผู้ป่วยมีผื่นขึ้นจะแยกไม่ออกว่าเป็นการแพ้ยาหรือเป็นผื่นจากโรคติดเชื้อไวรัส ดังนั้นอันตรายจากการให้อายาปฏิชีวนะไปก่อนจึงมีมากกว่าอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการให้การรักษาเข้าไปเล็กน้อย

กรณีที่ 2 เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียที่ยังไม่ได้รับการรักษา หากเป็นกรณีนี้การนัดผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาหลังจากรอดูอาการระยะหนึ่งจะไม่ทำให้อาการของผู้ป่วยเลวลงจนเป็นอันตรายร้ายแรง แต่ผู้ป่วยจะมีอาการเพิ่มเติมที่ช่วยให้การวินิจฉัยโรคแม่นยำขึ้น การให้อายาปฏิชีวนะเข้าไปเล็กน้อยมีผลเสียน้อยกว่าความเสี่ยงจากผลข้างเคียงของยาปฏิชีวนะและปัญหาการดื้อยาที่เกิดขึ้น

7. หากผู้ป่วยติดเชื้อไวรัส อาจมีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนได้หรือไม่ การให้อายาปฏิชีวนะไปก่อนน่าจะเป็นประโยชน์ในประเด็นนี้ด้วยหรือไม่

การติดเชื้อไวรัสแล้วเกิดโรคติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนอาจเกิดขึ้นได้ในบางกรณี เช่น การเกิดโรคหูน้ำหนวก หรือโรคปอดบวมจาก *S. pneumoniae*, *S. aureus* หรือ *H. influenzae* ซึ่งเป็นโรคแทรกซ้อนจากการเป็นไข้หวัดใหญ่ แต่ไม่มีคำแนะนำจากแหล่งใดที่ระบุให้ให้อายาปฏิชีวนะในโรคไข้หวัดใหญ่เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนดังกล่าว การให้อายาปฏิชีวนะไปก่อนจะส่งผลให้การเลือกให้อายาปฏิชีวนะเมื่อผู้ป่วยเป็นปอดบวมหรือหูน้ำหนวกยุ่งยากยิ่งขึ้น เนื่องจากอาจไม่สามารถใช้ยาเดิมได้หรืออาจต้องใช้ยาในขนาดสูงขึ้นเป็นสองเท่า

โรคติดเชื้อไวรัสอื่นๆ อีกหลายชนิดเช่นโรคหัด อีสุกอีใส และไข้เลือดออก ก็อาจเกิดโรคแทรกซ้อนได้ แต่ไม่มีแนวทางการปฏิบัติใดที่แนะนำให้ให้อายาปฏิชีวนะล่วงหน้าก่อนเกิดโรคแทรกซ้อนเช่นกัน งานวิจัยที่สนับสนุนว่าไม่ต้องให้อายาปฏิชีวนะล่วงหน้า ได้แก่ ผลงานวิจัยของนายแพทย์ฟาเฮย์แห่งมหาวิทยาลัยบริสตอล ในปีค.ศ. 1998 ซึ่งรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาเยื่อหุ้มสมองอักเสบในผู้ป่วยเด็กจำนวน

1,699 รายในประเทศอังกฤษอย่างเป็นระบบ (systematic review) และพบว่าผลการรักษาในเด็กที่ได้รับยาปฏิชีวนะไม่แตกต่างจากเด็กที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ กล่าวคือยาปฏิชีวนะไม่ทำให้โรคยูอาร์ไอหายเร็วขึ้นและไม่ช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหูน้ำหนวกและปอดบวม

8. ข้อเสียของการให้ยาปฏิชีวนะไปก่อนนอกเหนือจากปัญหาเชื้อดื้อยา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายโดยเปล่าประโยชน์แล้วยังมีข้อเสียอย่างอื่นอีกหรือไม่

หากเป็นโรคคอตีบและต่อมทอนซิลอักเสบจาก Streptococcus Group A ต้องให้ยานาน 10 วัน เพื่อป้องกัน rheumatic heart disease การให้ยาไปก่อนแค่ 2-3 วัน (เช่น การจ่ายยาที่ร้านยา) ย่อมเกิดอันตรายร้ายแรงต่อผู้ป่วย เนื่องจากอาการของโรคจะดีขึ้นแต่ไม่ป้องกันโรค rheumatic heart disease

การที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะมาก่อนในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ภายใน 30 วันและผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาโรคติดเชื้อที่รุนแรงในโรงพยาบาล เช่น ปอดบวม แพทย์อาจต้องให้ยาครอบคลุมเชื้อ *P. aeruginosa* ซึ่งโดยปกติ ไม่ต้องทำเช่นนั้น เนื่องจากการได้รับยาปฏิชีวนะมาก่อนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ *P. aeruginosa* ในโรคปอดบวมที่ติดเชื้อมาก่อนนอกโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้นถูกจัดไปอยู่ในกลุ่มเสี่ยงเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องและผู้ที่เป็โรคปอดเรื้อรังทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา และสร้างแรงกดดันต่อ *P. aeruginosa* ทำให้เชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การที่ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ ไปก่อนจะส่งผลให้การเพาะเชื้อจากเสมหะหนองหรือเลือดไม่สามารถกระทำได้ เนื่องจากผลการเพาะเชื้อมักจะรายงาน ว่า no growth (เพาะเชื้อไม่ขึ้น) การรักษาจึงเป็นไปในลักษณะที่เรียกว่า blind therapy คือใช้ข้อมูลจากประสบการณ์และระบาดวิทยาในการคาดว่าเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุคือเชื้อชนิดใด และควรใช้ยาชนิดใด โดยไม่มีผลการเพาะเชื้อมายืนยัน

9. นอกจากเหตุผลทางการแพทย์แล้วมีเหตุผลอื่นอีกหรือไม่ที่ทำให้ไม่ควรให้ยาปฏิชีวนะไปก่อนอย่างพร่ำเพรื่อ

ประชาชนมีความคาดหวังว่าการปรึกษาแพทย์ เภสัชกร หรือบุคลากรทางการแพทย์ก่อนการให้ยาเป็นสิ่งที่ดี เพราะช่วยให้ใช้ได้ถูกต้องปลอดภัยยิ่งขึ้น แต่การให้ยาปฏิชีวนะไปก่อนอย่างพร่ำเพรื่อไม่สอดคล้องกับความคาดหวังดังกล่าว และยังเป็นการสอนให้ประชาชนเข้าใจว่าเมื่อเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะเสมอ

ความเข้าใจผิดดังกล่าวแพร่หลายไปในสังคมไทย เห็นได้จากพฤติกรรมกระจายยาของแพทย์ และเภสัชกรบางส่วนซึ่งพฤติกรรมนี้ส่งผลให้ภาคประชาชนมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะใช้เองทั้งที่ไม่มีพื้นฐานความเข้าใจเกี่ยวกับยาแม้แต่น้อย เช่น พ่อแม่ซื้อให้ลูก คนในครอบครัวซื้อยาปฏิชีวนะใช้รักษาตนเอง นายจ้างซื้อยาปฏิชีวนะรักษาลูกจ้าง บุคลากรทางการแพทย์ควรแสดงให้เห็นที่ปรากฏแก่สังคมว่าการมารับการรักษา หรือรับยาจาก

บุคลากรทางการแพทย์แตกต่างจากการรับการรักษาหรือซื้อยาจากผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์อย่างเด่นชัด เพราะบุคลากรทางการแพทย์จะวิเคราะห์ และพิจารณาปัญหาของผู้ป่วยอย่างรอบคอบและช่วยตัดสินใจว่ากรณีใดควรใช้ยาปฏิชีวนะ กรณีใดไม่ควรใช้ยาปฏิชีวนะ อันเป็นการส่งเสริมศักดิ์ศรีและเกียรติภูมิของวิชาชีพให้ดำรงสืบต่อไป

10. การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อของบาดแผลซึ่งให้เพียง 48 ชั่วโมง เป็นการให้ยาไม่ครบ Course จะทำให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาหรือไม่

หากเป็นแผลที่ติดเชื้อแบคทีเรีย และให้ยาปฏิชีวนะเพียง 48 ชั่วโมง ซึ่งไม่ครบ Course จะก่อปัญหาเชื้อดื้อยา แต่ในกรณีนี้เป็นการให้ยาเพื่อป้องกันซึ่งแผลยังไม่ติดเชื้อ การให้ยาปฏิชีวนะเพียง 48 ชั่วโมง จึงไม่ทำให้เกิดเชื้อดื้อยา แต่หากให้ยาปฏิชีวนะนานกว่านี้ในกรณีเช่นนี้อาจทำให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาได้