

4-1-1985

แผลเรื้อรังที่อวัยวะเพศ

ทีสสนีย์ นุชประะบุร

นราทร ธรรมบุตร

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

นุชประะบุร, ทีสสนีย์ and ธรรมบุตร, นราทร (1985) "แผลเรื้อรังที่อวัยวะเพศ," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 29: Iss. 4, Article 9.

DOI: <https://doi.org/10.58837/CHULA.CMJ.29.4.9>

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol29/iss4/9>

This Review Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

แพล็เรมที่อว้ยะพะศ

แผลเริ่มที่อวัยวะเพศ

ทศสัน นุชประยูร*
นราทร ธรรมบุตร**

Nuchprayoon T, Dhamabutra N. Genital herpes infection. Chula Med J 1985 Apr; 29 (4) : 501-515

Genital herpes has recently been described as one of the most important STD. This is due to a higher prevalence, a tendency to recur, an association between HSV type II and Ca of the cervix, and the so far no effective treatment or vaccine available. Sexual transmission can take place in the absence of symptoms or signs, and a baby may be infected during delivery. Neonatal infection is often fatal, or if survive may lead to lifelong brain damage.

The report of STD clinic, Chulalongkorn Hospital during 1982-84 showed that the most popular STD condition seen at the clinic was gonorrhoea, and genital herpes ranked fifth. The proportion of Gonorrhoea to genital herpes was 6:1. The study on the prevalence of genital herpesvirus infection, in Thai women (16-57 years) attending the VD clinics reported in 1980, was 8.9%.

Primary infection of the genital area usually begins 3-7 days after infection with the symptoms of burning, tingling, pain on the genitalia, then a small group of vesicles develops which eventually ulcerates. Associated with the lesions may be severe pain, swollen lymph nodes and constitutional symptoms. Genital infection in female often includes cervical infection. The lesion on the cervix or vaginal wall, women are frequently asymptomatic. Herpes simplex virus may also affect the rectum, causing proctitis and urinary retention.

The laboratory methods of identifying the virus include immunofluorescence staining, electron microscopy, cytological examination of scraping, but cell culture is the most sensitive and accurate method.

It is generally agreed that there is no specific treatment for herpes, perhaps the most important aspects of treatment are simple hygiene, sexual abstinence to avoid infecting partners, and avoidance of steroids which may precipitate systemic spread. A new antiviral agent acycloquanosine has been introduced for the treatment of HVS infection recently.

* ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เริ่มที่อวัยวะเพศคิดว่า เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สำคัญมากโรคหนึ่ง เนื่องจากเป็นโรคที่พบได้บ่อย ผู้ใดเป็นแล้วมักเป็นซ้ำแล้วซ้ำอีก ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการที่จะป้องกันการเป็นซ้ำของโรคได้ นอกจากนั้นยังพบว่า การติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นไปได้ แม้ว่าผู้หนึ่งจะไม่มีอาการแสดงปรากฏอย่างชัดเจนก็ตาม

แม้ว่าโรคเริ่มที่อวัยวะเพศจะไม่ทำอันตรายรุนแรงแก่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ แต่จากการศึกษาในระยะหลังนี้เป็นที่เชื่อแน่ว่าโรคเริ่มมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งของปากมดลูก ทารกที่คลอดปกติโดยวิธีธรรมชาติจากมารดาที่เป็น เริ่มที่อวัยวะเพศมีโอกาสติดโรคจากมารดา และเป็นผลให้ทารกแรกคลอดมีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 60 และถ้ารอดชีวิต ทารกนั้นมักมีอาการทางสมอง หรือระบบประสาทหลงเหลืออยู่⁽¹⁾

ค่าประมาณของอุบัติการณ์ของโรคเริ่มที่อวัยวะเพศในแต่ละประเทศแตกต่างกันได้มาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอาการของโรคเริ่มส่วนใหญ่ไม่รุนแรง หญิงที่เป็นเริ่มของปากมดลูกหรือในช่องคลอดอาจไม่มีอาการแต่อย่างใด การวินิจฉัยของแพทย์ส่วนใหญ่ยังอาศัยการตรวจอาการแสดงทางคลินิกเท่านั้น ดังนั้นการค้นพบโรคสูงขึ้นกับประสิทธิภาพ และความสนใจของแพทย์ที่ตรวจรักษาจะทำการค้นหาและรายงานโรค อย่างไรก็ตามผู้ที่สนใจเกี่ยวกับโรคเริ่มต่างก็มีความเห็นว่าโรคเริ่มที่อวัยวะเพศเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมากโรคหนึ่ง NAHMIAS และคณะ ในปี 1969 พบว่าสาเหตุของแผลที่อวัยวะเพศที่พบบ่อยที่สุด

ในเพศหญิงคือ แผลเริ่ม ส่วนในผู้ชาย แผลเริ่มพบเป็นอันดับสองรองจากแผลเริ่มแข็งของโรคซิฟิลิส⁽²⁾

ระบาดวิทยา

ในอเมริกา รายงานจากศูนย์ควบคุมโรค⁽³⁾ (Center for Diseases Control = CDC) ประมาณว่า ผู้ป่วยด้วยโรคเริ่มของอวัยวะเพศในสหรัฐอเมริกา เฉพาะรายใหม่มีปีละ 2 แสน ถึง 5 แสนราย และผู้ป่วยที่เป็นซ้ำอีกปีละหลายล้านราย

ในผู้ป่วยที่มาที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในอเมริกา พบโรคเริ่มในชายพันละ 29 และในหญิงพันละ 19

ในปี 1973 NAHMIAS และคณะ รายงานว่าอัตราส่วนของโรคหนองในต่อโรคเริ่มของอวัยวะเพศในสตรีที่มาที่คลินิกกามโรคในอเมริกาและอังกฤษเป็น 10 ต่อ 1 ซึ่งเท่า ๆ กับรายงานของคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 6 แห่ง ในสหรัฐอเมริกาในปี 1979 ตามรายงานของวีดีคลินิก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างปี 1982 - 1984 พบโรคเริ่มของอวัยวะเพศเป็นอันดับที่ 5 ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และอัตราส่วนของโรคหนองในต่อผู้ป่วยโรคเริ่มของอวัยวะเพศเป็น 6 : 1 (Table 1)

CIRO VALENT SUMAYA⁽⁴⁾ ศึกษา รายงานประจำเดือนของหน่วยอนามัยนักศึกษาของมหาวิทยาลัยคาลิฟอร์เนีย พบว่าสถิติของโรคเริ่มที่อวัยวะเพศสูงสุดในฤดูร้อน และต้นฤดูใบไม้ร่วง และให้การคาดคะเนว่าในชุมชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางและสูง จะมี

ความชุกของกามโรคต่ำลง แต่การติดเชื้อของโรคเริ่มที่อวัยวะเพศจะสูงขึ้น

ในประเทศไทย จากการสำรวจความชุกของโรคเริ่มที่อวัยวะเพศของสตรีไทยที่มาตรวจเชิงร่างกายที่คลินิกกามโรค⁽⁵⁾ ปรากฏว่าแยกได้ Herpesvirus Hominis (HVH) ทัณฑ์ 2 จากปากมดลูกสูงถึงร้อยละ 9 โดยที่หญิงเหล่านี้มิได้มีแผลเริ่มที่ปากมดลูกเลย ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ E. ADAMS และคณะ⁽⁶⁾ ที่รายงานว่าแยกเชื้อ HVH จากปากมดลูกของสตรีที่ตรวจไม่พบแผลเริ่มที่ปากมดลูกถึงร้อยละ 10 WILLMOTT และคณะได้รายงานในปี 1978 ว่าร้อยละ 24 ของหญิงที่มาที่คลินิกกามโรคปล่อยเชื้อไวรัส HVH ออกจากปากมดลูกโดยที่ไม่มีแผลเริ่มเลย แสดงให้เห็นว่าอาจมีหญิงจำนวนมากที่เป็นโรคนี้ และปล่อยเชื้อไวรัสออกมาที่ปากมดลูกได้โดยที่ไม่มีอาการแต่อย่างใด

ทางติดต่อโรค : ทางเพศสัมพันธ์

รายงานที่ช่วยสนับสนุน ได้แก่

1. GREENBUGH ในปี 1881 รายงานอุบัติการณ์ของเริ่มที่อวัยวะเพศชาย ร่วมกับการพบกามโรคอื่น ๆ และ UNNA ได้รายงานในปี 1878 - 1887 ของการพบอุบัติการณ์ของเริ่มที่อวัยวะเพศหญิงร้อยละ 8 ของหญิงที่ป่วยอยู่ในแผนกโรคซิฟิลิสของ Hamburg General Hospital

2. จากการติดตามตรวจหญิง 8 คนที่เป็นคู่นอนของชาย 7 คนที่เป็นแผลเริ่มที่อวัยวะเพศ ปรากฏว่าหญิงเหล่านี้มีประมาร้อยละ 90 (7 ใน 8 คน) เป็นแผลเริ่มที่อวัยวะเพศ ซึ่งสามารถแยกเชื้อไวรัส HVH ทัณฑ์

2 ได้จากปากมดลูก⁽²⁾

3. การตรวจพบระดับแอนติบอดีต่อ HVH ทัณฑ์ 2 ในหญิงอาชีพโสเภณี (Prostitute) สูงถึงร้อยละ 54⁽⁷⁾ ในขณะที่พบระดับแอนติบอดีในแม่ซีเพียงร้อยละ 3⁽⁸⁾

4. BELSY และคณะ ในปี 1968, WILLMOTT และคณะ ในปี 1971 ได้รายงานการพบโรคหนองใน ร้อยละ 13-23 ของสตรีที่ตรวจพบเชื้อ HVH ที่ปากมดลูก และในประเทศไทยมีรายงานการพบโรคหนองใน ร้อยละ 43 ของหญิงไทยที่ตรวจพบเชื้อ HVH ที่ปากมดลูก⁽⁵⁾

โดยทั่วไปเริ่มที่อวัยวะเพศมักเกิดจากไวรัส HVH ทัณฑ์ 2 แต่ในปัจจุบันมีรายงานที่แน่นอนว่าเกิดได้จากไวรัส HVH ทั้ง 2 ทัณฑ์ และสามารถแยกเชื้อไวรัสทัณฑ์ 1 ได้จากแผลเริ่มที่อวัยวะเพศของหนุ่มสาวได้มากขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลจากการใช้ปากหาความลุ่มทางเพศ (Orongenital Sex) ร่วมด้วย โดยปกติแล้วไวรัส HVH ทั้ง 2 ทัณฑ์ มีความแตกต่างกันในเรื่องทางติดต่อโรคและตำแหน่งของแผล กล่าวคือ HVH ทัณฑ์ 1 มักติดต่อกันทาง nonsexual แต่ HVH ทัณฑ์ 2 ติดต่อกันทางเพศสัมพันธ์ ดังนั้นจึงพบการติดเชื้อ HVH-1 ได้ตั้งแต่เด็กและแผลมักเกิดที่ริมฝีปาก ในปาก ลิ้น และที่หน้า ส่วนการติดเชื้อ HVH-2 มักเป็นเมื่อเข้าวัยหนุ่มสาว และมีความสัมพันธ์ทางเพศแล้ว และเกิดเป็นแผลเริ่มที่อวัยวะเพศ

จากการศึกษา antigenic typing ของไวรัส HVH ที่แยกได้จากแผลเริ่มที่อวัยวะเพศ⁽²⁾ ปรากฏว่าในผู้ป่วยชาย 64

คน เป็น HVH ทัณฑ์ 2 เกือบทั้งหมด และร้อยละ 95 ของผู้ป่วยหญิงเป็นทัณฑ์ 2 ที่เหลือเป็น HVH-1 ซึ่งในจำนวนนี้ร้อยละ 30 มีแผลเริ่มของปากด้วย

การติดเชื้อ HVH-2 นอกจากจะเป็นกับวัยหนุ่มสาวขึ้นไปแล้ว ยังพบว่าทารกเกิดใหม่มีการติดต่อโรคจากมารดาที่เป็นแผลเริ่มที่อวัยวะเพศในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดได้ทางใดทางหนึ่ง ดังต่อไปนี้ คือ

1. จากการสัมผัสโดยตรงกับแผลเริ่มที่อวัยวะเพศของมารดาขณะคลอด
2. เชื้อไวรัส HVH ผ่านทางรก (Transplacental) ไปสู่ทารกในครรภ์มารดา และเป็นผลให้ทารกมีร่างกายไม่สมบูรณ์ประกอบได้
3. จากการที่เชื้อลุกลามขึ้นไปถึงรก (Ascending Transcervical Infection) โดยเฉพาะถ้าถุงน้ำหุ้มเด็กรั่วหรือแตก แต่ก็มีรายงานว่าทารกติดเชื้อได้ทั้ง ๆ ที่ยังมีถุงน้ำหุ้มตัวเด็กอยู่⁽⁹⁾

โอกาสการติดเชื้อของทารกจะสูงมากถ้ามารดาติดเชื้อในระหว่างการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะถ้าเป็นการติดเชื้อครั้งแรก และผลของการติดเชื้อในขณะตั้งครรภ์คือ แท้ง คลอดก่อนกำหนด หรืออาจคลอดบุตรที่มีความพิการแต่กำเนิดได้แม้ว่าจะไม่พบบ่อยนัก⁽¹⁰⁾ เป็นต้นว่า Microcephaly, Microphthalmos, Intracranial calcification เป็นต้น

เด็กทารกที่ติดเชื้อจากมารดาไม่ว่าทางใดก็ตามมักจะมีอาการของโรคปรากฏขึ้นภายในเดือนแรก โดยเฉลี่ยแล้วอาการทางระบบประสาทส่วนกลางมักเกิดในวันที่ 11 และ

อาการแสดงการกระจายของโรคเริ่ม (Disseminated) ประมาณวันที่ 16⁽¹⁾ NAHMIAS และคณะ ในปี 1970⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษาทารกที่ติดเชื้อจากมารดา 148 ราย พบว่าระยะพักตัวของโรคอยู่ภายใน 21 วัน ร้อยละ 80-95 เป็นการติดเชื้อด้วย HVH-2 หนึ่งในสามของทารกมีแผลเริ่มเฉพาะที่ และสอง-สามรายไม่มีอาการเลย พวกนี้มีการทำนายโรค (prognosis) ดี อีก 2 ใน 3 ของทารกที่ติดเชื้อมีอาการของ Disseminated Infection ในระดับต่าง ๆ กัน อาการแสดงที่พบได้แก่ conjunctivitis, ชัก (convulsion), ตา และตัวเหลือง (jaundice), อาการแสดงทางระบบประสาท (ซึ่งพบว่า HVH-2 มักทำให้เกิดอาการของเยื่อหุ้มสมองอักเสบ แต่ HVH-1 มักทำให้เกิดอาการของเนื้อสมองอักเสบ) อัตราตายของทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อ HVH ทั้งหมดร้อยละ 70 แต่อัตราตายของทารกแรกเกิดที่แสดงการกระจายของโรค (Disseminated) สูงถึงร้อยละ 95

ลักษณะการติดเชื้อแบบกระจายไปทั่วตัวนี้ นอกจากจะพบในทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อจากมารดาแล้ว ยังพบว่าการตั้งครรภ์ในช่วง 3 เดือนสุดท้ายเป็น Predisposing Factor ให้หญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อในช่วงนี้เป็นแบบ Disseminated Infection และเป็นสาเหตุตายได้⁽¹¹⁾ และมักจะพบในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำหรือผิดปกติ หรือกำลังได้รับยารักษาามะเร็ง หรือฉายรังสีอยู่ (immunocompromised patients) แต่จะไม่พบในคนที่มีภูมิคุ้มกันปกติ

เริ่มที่อวัยวะเพศและการเกิดมะเร็งของปากมดลูก

การที่เริ่มที่อวัยวะเพศมีความสำคัญมากประการหนึ่งคงเป็นเพราะว่า เริ่มที่อวัยวะเพศมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งของปากมดลูก สิ่งที่ย่วยสนับสนุนความสัมพันธ์ของเริ่มที่อวัยวะเพศ และการเกิดมะเร็งของปากมดลูก คือ

1. หลักฐานที่แสดงว่า ไวรัส HVH สามารถทำให้เกิดมะเร็งในคนได้แก่ การตรวจพบไวรัส HVH ในผู้ที่ เป็น Burkitt Lymphoma และจากการที่ newborn hamster ได้รับ HVH-2 เข้าไปแล้วเกิดเป็น sarcoma ขึ้น

2. ในผู้ป่วยที่มีประวัติของแผลเรื้อรังที่อวัยวะเพศ มักตรวจพบเชื้อไวรัส HVH antigen จากเซลล์ที่หลุด (ขูด) จากปากมดลูก โดยที่ขณะนั้นผู้ป่วยมิได้มีแผลเรื้อรังที่ปากมดลูกก็ตาม แสดงว่าปากมดลูกเป็นตำแหน่งที่สำคัญของการติดเชื้อเริ่มของอวัยวะเพศ

จากการศึกษาของ NAHMIAS และคณะ⁽⁸⁾ พบว่ามะเร็งของปากมดลูกมีลักษณะทางระบาดวิทยาเหมือนกลุ่มโรคกามโรค RAWLS และคณะได้บรรยายไว้ในรายงานเมื่อปี 1969, 1970 และ 1971 ว่าหญิงที่เป็นมะเร็งปากมดลูก และหญิงที่เป็นเริ่มที่อวัยวะเพศมีลักษณะของการดำรงชีวิต และฐานะทางเศรษฐกิจเหมือน ๆ กัน แสดงว่ามะเร็งของปากมดลูกน่าจะมีส่วนสาเหตุมาจากเชื้อที่ได้รับจากการร่วมประเวณี โดยเฉพาะเชื้อที่ทำให้เกิดโรคเริ่มที่อวัยวะเพศ

3. การตรวจพบระดับแอนติบอดี (ทั้งวิธี IHA และ ELISA) ต่อ HVH ทั้ง 2 ทายป์ในกลุ่มที่เป็นมะเร็งของปากมดลูกชนิด squamous cell CA สูงกว่าในกลุ่มควบคุมมาก โดยเฉพาะทายป์ 2 และแสดงได้ว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹²⁾ และจากการศึกษาของ NAHMIAS และคณะ⁽⁸⁾ พบว่าเปอร์เซ็นต์ของการพบแอนติบอดีต่อ HVH-2 สูงขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรคมะเร็งของปากมดลูกซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างเริ่มของอวัยวะเพศและ cervical anaplasia

4. การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนพบ HSV Ag และ viral genome ในเซลล์มะเร็งของปากมดลูก ยิ่งช่วยสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างเริ่มที่อวัยวะเพศ และมะเร็งของปากมดลูกมากขึ้น

ลักษณะทางคลินิก

การติดเชื้อโรคเริ่มที่อวัยวะเพศ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท (ไดอาแกรมที่ 1) คือ

ก. การติดเชื้อครั้งแรก (Primary Infection) มักเกิดกับผู้ที่ยังไม่เคยได้รับเชื้อ HVH มาก่อน ระยะฟักตัวของโรครักษาใช้เวลา 3-7 วันก่อนที่จะปรากฏแผลขึ้น อาการทั่ว ๆ ไปของการติดเชื้อครั้งแรกมักจะรุนแรงกว่าครั้งต่อ ๆ ไป โดยเฉพาะในผู้หญิงอาจมีอาการไข้ ปวดศีรษะ เมื่อยตัว เบื่ออาหาร ต่อมาน้ำเหลืองที่ขาหนีบโตและเจ็บ และแผลเริ่มของการติดเชื้อครั้งแรกอาจคงอยู่นานเป็นสัปดาห์และในที่สุดจะแห้งหายไปในเวลา 3-6 สัปดาห์ (ขึ้นกับความรุนแรงของโรค) จาก

การศึกษาทาง Serology พบว่าหนึ่งในสามของแผลเรื้อรังที่อวัยวะเพศเป็นการติดเชื้อครั้งแรก⁽²⁾

ข. การติดเชื้อซ้ำ (Recurrent Infection) ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคนี้มาก่อนจะมีการกลับเป็นโรคซ้ำได้อีก เป็นที่เชื่อกันว่าหลังจากการติดเชื้อครั้งแรกแล้ว ไวรัสยังคงแฝง (Latent) อยู่ในปมประสาทสำหรับความรู้สึก (Posterior Nerve Ganglia) ในตัวผู้ป่วยและเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น (Provoking Stimuli) จากภายนอก^(10,13) เป็นต้นว่า หลังการร่วมเพศโดยเฉพาะกับคู่นอนที่เปลี่ยนใหม่ เมื่อมีประจำเดือน ภาวะอารมณ์เครียด ฯลฯ ไวรัสที่แฝงอยู่ที่ปมประสาทสำหรับความรู้สึก (sensory ganglia) จะลงมาตาม Nerve Sheath และก่อให้เกิดแผลเรื้อรังขึ้นที่ผิวหนังในบริเวณข้างเคียงกับที่เคยเป็น (Acute Recurrent Attack) อาการของการเป็นซ้ำมักมีความรุนแรงน้อยกว่าการติดเชื้อครั้งแรก และการดำเนินของโรคมักจะสั้นกว่า คือ ตุ่มใส่มักจะแตกภายใน 24-48 ชั่วโมง และหายไปในเวลา 7-10 วัน โดยธรรมชาติของโรคแล้ว ระยะเวลาของการเกิดซ้ำมักจะห่างออกไปเรื่อย ๆ จนหายไปเองในที่สุด⁽¹⁴⁾ อย่างไรก็ตามการเป็นซ้ำใหม่นี้ อาจเป็นได้บ่อยทุกเดือน แม้อาการจะไม่รุนแรงแต่ก็ก่อให้เกิดความรำคาญ และความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมากได้

ตำแหน่งของแผลเรื้อรังที่อวัยวะเพศ :
ตำแหน่งที่พบบ่อย คือ

เพศชาย : หนังหุ้มปลาย บริเวณหัว

และลำตัวขององคชาติ และในเพศชายที่รักร่วมเพศอาจพบแผลเรื้อรังบริเวณรอบ ๆ ปากทวารหนัก ในผู้ชายที่ไม่ได้ตัดหนังหุ้มปลาย (uncircumcised) มักเกิดแผลเรื้อรังที่อวัยวะเพศซ้ำ (recurrent attack) ได้บ่อยกว่า⁽¹⁵⁾

เพศหญิง : แคมใหญ่ แคมเล็ก คลิตอริส ปากช่องคลอด ส่วนที่ปากมดลูกและในช่องคลอดอาจพบได้แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีอาการ และเชื้อไวรัสอาจทำให้เกิดการอักเสบของทวารหนัก (Proctitis) ได้

ลักษณะของแผลเรื้อรังในระยะแรกจะเห็นเป็นกลุ่มของตุ่มใสเล็ก ๆ 3-4 ตุ่ม และผิวหนังบริเวณรอบ ๆ ตุ่มใสแดงอักเสบ ก่อนที่ตุ่มใส ๆ จะขึ้น ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดแสบปวดร้อน และรู้สึกระคายเคืองในบริเวณที่จะเกิดตุ่มแผลก่อนได้ ต่อมาตุ่มเหล่านี้จะแตกออกเป็นแผลซึ่งอาจจะรวมกันเป็นแผลใหญ่ แผลเดี่ยว ไม่นูนแข็งและเห็นมีน้ำเหลืองใส ๆ บนแผลและเจ็บปวดมาก ถ้ามีการติดเชื้อจากแบคทีเรียซ้ำเติมจะทำให้แผลเป็นหนอง และเกิดเป็นแผลลึก ซึ่งจะหายช้ากว่าปกติและเวลาหายแล้วเกิดเป็นแผลเป็นได้ แต่โดยทั่วไปแล้วแผลเรื้อรังที่หายแล้วไม่เป็นแผลเป็น ลักษณะของแผลเรื้อรังที่อวัยวะเพศที่เป็นการติดเชื้อครั้งแรกนั้น ตุ่มใสที่เกิดขึ้นมักจะมีขนาดเล็กกว่าและเกิดเป็นแผลเรื้อรังที่เล็กกว่าและไม่ค่อยชัดเจนเหมือนแผลเรื้อรังที่เป็นครั้งแรก

อาการของผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกันได้มาก จากไม่มีอาการเลยซึ่งพบได้ประมาณ

ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่เป็นแผลเรื้อรังที่อวัยวะ-
เพศ⁽¹³⁾ จนถึงมีอาการมาก เป็นไข้ ปวด
เมื่อยตามตัว ปวดหัว เพลีย ต่อม้ำเหลือง
ที่ขาหนีบโต อักเสบ และเจ็บ ในผู้หญิงอาจ
มีอาการปวดท้องน้อย เพราะต่อม้ำเหลือง
ILIAC และ PARA-AORTIC โตและเจ็บ
บางรายอาจถ่ายปัสสาวะกระปริดกระปรอย
ปวดเวลาถ่ายปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะลำบาก
จนถึงถ่ายปัสสาวะไม่ออกได้

การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนต้องอาศัยการ
แยกวิเคราะห์หาไวรัส HVH ซึ่งอาจทำได้
โดยอาศัยวิธีการต่าง ๆ ต่อไปนี้^(1, 16, 17)

1. ตรวจน้ำจากตุ่มใส (Vesicular
Fluid) โดยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนหา
เชื้อไวรัส HVH หรือ Herpes Simplex
Virus (HSV)

2. ทำ PAP Smear จากปากมดลูก
สามารถไขตรวจหาหึ่งมีครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัส
HVH ได้ถึงสามในสี่ของหึ่งมีครรภ์ที่ติดเชื้อ
ไวรัสทั้งหมด

3. การขูดจากแผลและย้อมตรวจโดย
วิธี Tzanck Test คือ ขูดบริเวณก้นแผล
ป้ายลงบนแผ่นกระจก Fixed ด้วยแอลกอฮอล์
95% เป็นเวลา 10 นาที และย้อมด้วยสี
Giemsa หรือ wright นำมาส่องดูด้วย
กล้องจุลทรรศน์เพื่อหา Eosinophilic
Intranuclear Inclusion Bodies ซึ่ง
ค่อนข้าง specific มาก และอาจพบ
Multinucleated Giant Cells ด้วย

4. การเพาะเชื้อบนเนื้อเยื่อ (Tissue
Culture) เพื่อดู Cytopathic Effect

(CPE) ของไวรัสบนเนื้อเยื่อซึ่ง Virolo-
gist จะอ่านผลได้ภายในเวลา 48 ชั่วโมง
และช่วยแยกระหว่างทัยป์ 1 และทัยป์ 2 ออก
จากกันได้ ซึ่งนับว่าเป็นวิธีที่ไว (sensi-
tive) และแน่นอนที่สุด (accurate)

5. การตรวจดูระดับแอนติบอดีต่อ
HSV-2 ในน้ำเหลืองของผู้ป่วย โดยการ
เจาะเลือดผู้ป่วย 2 ครั้งห่างกัน 10-14 วัน
ถ้าระดับแอนติบอดีครั้งหลังสูงกว่าครั้งแรกเกิน
4 เท่า แสดงถึงการติดเชื้อครั้งแรก อย่าง-
ไรก็ดี ภูมิต้านทานจาก HVH ทั้ง 2 ทัยป์นี้มี
"การข้ามพวก" กันได้ และพบว่าร้อยละ 80
ของแอนติบอดีต่อ HVH-1 และ HVH-2 ก็
สามารถทำปฏิกิริยากับไวรัสคนละทัยป์ได้ (He-
terologous Virus) มีเพียงร้อยละ 20
ที่มีปฏิกิริยาเฉพาะ (specific) ต่อไวรัส
ทัยป์เดียวกัน (Homologous Virus)

ผลที่เกิดตามมาหลังการเป็นแผลเรื้อรังที่
อวัยวะเพศมีน้อย เท่าที่เคยมีในรายงาน ได้
แก่ Aseptic Meningitis, เนื้อสมอง
อักเสบ (Encephalitis), การตีบตันของ
ท่อปัสสาวะ (Urethral Stricture) ใน
ผู้ที่เป็นซ้ำ การติดเชื้อ HVH ที่กระจายไป
ทั่วตัว (Disseminated Herpes Infec-
tion) ซึ่งมักพบในพวกที่มีความผิดปกติทาง
ระบบภูมิคุ้มกัน และในทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อ
มาจากมารดา

การรักษาแผลเรื้อรังที่อวัยวะเพศ

ในปัจจุบัณยังไม่มียาตัวใดที่สามารถ
กำจัดไวรัสได้ในระยะแฝง (Latent Period)
ได้ ฉะนั้นโรคเรื้อรังจึงเป็นซ้ำแล้วซ้ำอีกได้
อย่างไรก็ตาม ยาทาแผลจำพวก Pyrimi-

dine Analogue สามารถกำจัดไวรัสดีจากแผล (Surface Viruses) ได้ ยาฆ่าเชื้อ เช่น Benzalkonium 1:4,000 หรือ ต้างทับทิม 1:6,000 เช็ดแผลวันละ 3-4 ครั้ง จะทำให้แผลสะอาดและลดการติดเชื้อซ้ำเติมจากแบคทีเรีย ซึ่งจะช่วยทำให้การดำเนินของโรคมีระยะสั้นเข้า ฉะนั้นการรักษาที่สำคัญในระยะที่มีการติดเชื้อปรากฏให้เห็นสิ่งเป็นการรักษาตามอาการ คือ

1. การรักษาแผลให้สะอาด เพื่อลดการติดเชื้อซ้ำเติมจากแบคทีเรีย

2. ใ้ยาระงับปวด หรืออาจลดการเสียดคันบริเวณแผลโดยใ้ยาระงับปวดเฉพาะที่ หรือใ้ยาลดไข้ที่ใ้ยแล้ววางบนแผล หรือทาด้วยอีเธอร์

3. ยาทาภายนอก (topical antiviral agents) ได้แก่

- 5-iodo-2-deoxyuridine (idoxuridine = IDU)

- cytosine arabinoside (cytarabine)

- adenosine arabinoside (vidarabine)

idoxuridine เป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด IDU ละลายได้ใน DMSO (Dimethylsulphoxide) ซึ่งทำออกมาในรูป 5% solution ใช้ทาที่ตุ่มใสหรือแผล (lesion) ภายใน 3 วันแรกที่ปรากฏ วันละ 4 ครั้ง มีผู้ทดลองใช้สารละลาย 20% IDU ใน DMSO ปรากฏว่าแผลแห้งเร็วกว่า ระยะ shedding virus สั้นกว่าการใช้ 5% IDU ใน DMSO⁽¹⁸⁾ (ซึ่งดีกว่าการใช้ DMSO อย่างเดียว) อย่าง-

โรก็ตาม DMSO เมื่อทาลงไปบนแผลจะเสียดมากและต่อมามีรายงานว่า อาจเป็นพิษต่อผิวหนังได้ ส่วน idoxuridine ก็ราคาแพงมาก และยังพบว่าการรักษาวิธีนี้จะให้ผลดีเฉพาะเมื่อใช้ในระยะเวลาเริ่มต้นของการติดเชื้อเท่านั้น และไม่ควรรีไ้ช้เวลานานเกิน 4 วัน เพราะจะทำให้เกิด Necrosis ของผิวหนังได้

ยาทาภายนอกอื่น ๆ ที่มีผู้เคยนำมาใช้รักษาแผลเริ่ม และเชื่อว่าทำให้ระยะการดำเนินโรคลั้นลง ได้แก่ :

(1) อีเธอร์ (Ether)

(2) กรดบอริก

(3) กรดโพรปิโอนิก (Propionic Acid)

(4) Zinc Sulfate

(5) 2-deoxy D glucose (2-D-C) ซึ่งมีรายงานว่าได้ผลเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ใ้ยาปลอม (Placebo Groups)

ยาเหล่านี้ปัจจุบันไม่เป็นที่นิยมใช้กันแล้ว เพราะให้ผลพอ ๆ กับการรักษาแผลให้สะอาดเท่านั้น

4. การรักษาด้วย Photodynamic Inactivation คือ การให้แสงฟลูออเรสเซนต์ (Fluorescent Light) หลังการป้ายแผลด้วย Heterotricyclic Drugs ซึ่งได้แก่ Methylene Blue, Neutral Red, Proflavine ในปัจจุบันเลิกใช้แล้ว เพราะสารเหล่านี้ทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อด้วย ซึ่งอาจทำให้เกิดเป็นมะเร็งได้ (Potential

Oncogenic)

5. วิธีการรักษาอื่น ๆ ได้แก่ การปลูกฝี⁽¹⁹⁾ หยอดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ 3 ครั้ง ห่างกันทุกเดือน การฉีดวัคซีน BCG ฯลฯ เพื่อกระตุ้น CMI หรือการให้วัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่ เพื่อเป็นการกระตุ้นร่างกายให้สร้าง interferon^(20,21) หรือการให้ยา levamisole ซึ่งล้วนเป็นวิธีการที่ให้ผลในการรักษาไม่มากนัก แม้จากการศึกษาจะพบว่าสามารถยืดระยะเวลาการเป็นช้ำนานออกไปและในปัจจุบันก็ไม่ใช่ที่นิยมกัน

6. ยาฆ่าเชื้อไวรัสตัวใหม่ที่กำลังเป็นที่สนใจว่าให้ผลดีในการรักษาโรคเรื้อรัง คือ Acycloquanosine⁽²²⁾ ซึ่งรู้จักกันในนามว่า Acyclovir ยานี้มีทั้งในรูปแบบเป็นครีมทาภายนอก⁽²³⁾ ยารับประทาน^(23,24) (Oral ACV) และยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ⁽²⁵⁾ (Intravenous ACV) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าใช้ได้ผลดีมาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเริ่มครั้งแรก (Primary Infection) และการรักษาในระยะเริ่มแรกมีอากาจะช่วยให้ระยะเวลาการดำเนินของโรคให้สั้นลงและทำให้ระยะเวลาการเกิดโรคช้ำนานออกไป

จากการศึกษาแบบ Randomized Double-Blind Controlled Trial⁽²⁶⁾ ด้วยยา Acyclovir ชนิดรับประทาน ขนาดเม็ดละ 200 mg วันละ 5 เม็ด เป็นเวลา 10 วัน พบว่า ยานี้สามารถลดระยะเวลาของ viral shedding ลงประมาณร้อยละ 50 ลดอาการของโรค ทำให้แผลหายเร็วขึ้นประมาณร้อยละ 30 และทำให้ระยะเวลา

การเกิดเป็นโรคช้ำนานออกไป

อย่างไรก็ดี ยานี้จะออกฤทธิ์เฉพาะในที่ ๆ มีการเพิ่มจำนวนของไวรัส (Replicating Virus) เท่านั้น แต่ไม่สามารถทำอันตรายต่อไวรัสที่อยู่ในระยะสงบได้ จากการศึกษาของ SARAL R. และคณะ⁽²⁷⁾ สรุปลงได้ว่า แม้ยานี้จะไม่สามารถกำจัดไวรัส HVH ที่อยู่ในระยะแฝงได้ แต่ก็ให้ผลในการป้องกันการเกิด Reactivated Infections ได้

การให้ Antiviral Agents ทางฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าเส้นเลือด (systemic administration) เป็นอันตรายเกินไปสำหรับผู้ที่เป็นเฉพาะแผลเรื้อรังที่อวัยวะเพศ (uncomplicated cases) แต่ก็จำเป็นสำหรับรายที่เป็น Disseminated HVH infection

7. งดการมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่มีแผลเรื้อรังที่อวัยวะเพศจนกว่าจะหาย

8. ถ้ามีการติดเชื้อซ้ำเดิมด้วยแบคทีเรีย ก็ควรให้ยาปฏิชีวนะควบไปด้วย

การป้องกัน

เนื่องจากยังไม่มียาหรือวัคซีนที่จะใช้ป้องกันการเป็นซ้ำของเรื้อรังที่อวัยวะเพศได้ในปัจจุบัน การป้องกันที่สำคัญ คือ

1. ลดการสำล่อนทางเพศลง
2. เชื่อกันว่า การขลิบหนังหุ้มปลายในผู้ชาย (Circumcission) จะช่วยลดการเกิดแผลเรื้อรังของอวัยวะเพศได้
3. เชื่อกันว่า การใช้ถุงยางอนามัย

(Condom) การสวมล้างช่องคลอดหลังร่วมเพศ (Douche) การใช้ยาฆ่าเชื้ออสุจิ (Spermicidal Foam) จะลดอัตราการติดต่อโรคและป้องกันการเป็นเริมที่อวัยวะเพศได้

4. หญิงใดก็ตามที่เคยมีประวัติแผลเริมที่อวัยวะเพศ ควรได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี เพราะหญิงเหล่านี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

การปฏิบัติต่อสตรีมีครรภ์ที่เป็นแผลเริมของอวัยวะเพศ

จากความรู้ในปัจจุบันทำให้ทราบว่าโรคเริมมีอันตราย และก่อให้เกิดปัญหาอย่างมากโดยเฉพาะกับสตรีที่กำลังตั้งครรภ์ ดังนั้นควรถือปฏิบัติดังนี้⁽¹⁾

หญิงมีครรภ์รายใดที่มีแผลเริมที่อวัยวะเพศในระหว่างตั้งครรภ์ หรือมีประวัติว่าเคยเป็นมาก่อน หรือสามีเป็นเริมที่อวัยวะเพศ ควรได้รับการตรวจปากมดลูกอย่างละเอียดทั้งด้าน Virology และ Cytology อย่างน้อย 2 ครั้งในช่วง 6 สัปดาห์ก่อนคลอด โดยที่การตรวจครั้งสุดท้ายควรทำภายในสัปดาห์สุดท้ายก่อนคลอด ถ้าการตรวจทั้ง 2 ครั้งดังกล่าวให้ผลลบ และการ

ตรวจภายในสัปดาห์สุดท้ายก่อนคลอดไม่ปรากฏว่าหญิงนั้นมีแผลเริมที่อวัยวะเพศแล้ว ให้ถือว่าหญิงมีครรภ์นั้นปลอดภัยต่อการติดเชื้อ (Free of Infection) สามารถให้คลอดทางช่องคลอดตามปกติได้ แต่ถ้าการตรวจพบว่าสตรีมีครรภ์นั้นมีแผลเริมที่อวัยวะเพศ หรือจากการตรวจ Cytologic หรือ Virologic พบว่ามีการติดเชื้อแล้ว ควรผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้อง (Cesarean Section = C/S) เฉพาะในกรณีที่ถูกน้ำยังไม่แตกหรือแตกมาไม่เกิน 4-6 ชั่วโมง แต่ถ้าถูกน้ำแตกเกินระยะเวลานี้ไปแล้ว ก็ไม่มีความจำเป็นต้องทำ C/S เพราะจะไม่ช่วยลดการติดเชื้อจากมารดาไปสู่ทารกเลย ทารกที่คลอดจากมารดาที่เป็นแผลเริมที่อวัยวะเพศจะมีโอกาสติดโรคจากมารดาได้มากกว่าร้อยละ 50 จึงควรแยกเด็กนั้นออกจากเด็กอื่น และให้การดูแลอย่างใกล้ชิดอย่างน้อยเป็นเวลา 2 สัปดาห์

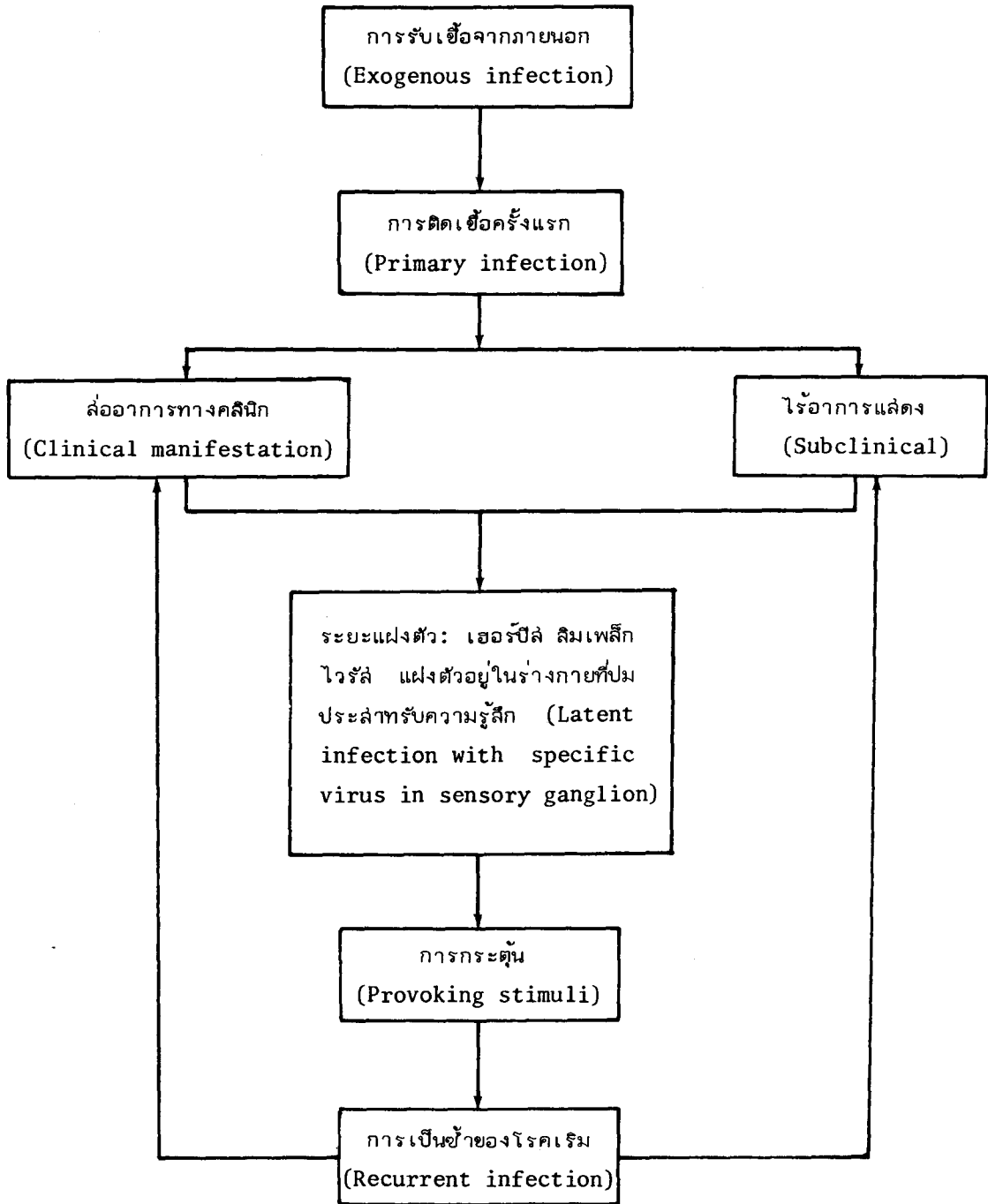
เนื่องจากการติดเชื้อในช่วง 3 เดือนสุดท้ายของการตั้งครรภ์อาจทำให้โรคกำเริบจนเป็น Disseminated HVH Infection ได้⁽¹¹⁾ ดังนั้นสตรีมีครรภ์ที่สามีตรวจแล้วว่าเป็นเริมที่อวัยวะเพศ ควรงดการร่วมเพศกับสามีเป็นเวลาหลาย ๆ เดือนก่อนคลอด

Table 1 Reported venereal disease cases at VD clinic Chulalongkorn Hospital (1982-1984).

Classification of V.D. Cases Calendar year	Acute Gonorrhoea	Nongonococcal urethritis (NGU)	Chancroid	Syphilis	Herpes genitalis	Lymphogranuloma venereum (LGV)	Others	Total
1982	142	89	76	46	28	10	173	564
1983	123	89	74	59	11	7	117	480
1984 (First seven months)	49	45	33	20	13	10	72	242
Total	314	223	183	125	52	27	362	1,286

Source of data : V.D. clinic, Chulalongkorn Hospital (1982-1984).

ไดอะแกรมที่ 1 แสดงลักษณะการติดเชื้อโรคเริ่มของอวัยวะเพศ



อ้างอิง

1. American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn. Committee on Infectious Diseases. Perinatal herpes simplex virus infections. Pediatrics 1980 Jul; 66(1) : 147-149
2. Nahmias AJ. Dowdle WR, Naib ZM. Genital infection with type 2 herpes virus hominis. Br J Vener Dis 1969 Dec ; 45(4) : 294-298
3. U.S Department of Health and Human Services, Center for Diseases Control, Atlanta. Basic statistics on the STD problems in the United States. Health and Human Services Publication No. (CDC) 81-8195
4. Sumaya CV, Marx J, Ullis K. Genital infection with herpes simplex virus in a university student population. Sex Transm Dis 1980 Jan-March ; 7(1) : 16-20
5. Tantivanich S, Tharavanij S. Prevalence of genital herpesvirus infection in Thai women. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1980 Mar; 11(1) : 126-130
6. Adam E, Dressman GE, Kaufman RH, Melnick JL. Asymptomatic virus shedding after herpes genitalis. Am J Obstet Gynecol 1980 Aug 1; 137(7) : 827-830
7. Rawls WE, Tompkins WAF, Melnick JL. The association of herpesvirus type 2 and carcinoma of the uterine cervix. Am J Epidemiol 1969 May; 89(5) : 547-554
8. Nahmias AJ, Josey WE, Naib ZM. Antibodies to herpesvirus hominis type 1 and 2 in human-II Women with cervical cancer. Am J Epidemiol. 1970 Jun ; 91(6) : 547-552
9. Hain J, Doshi N, Harper JH. Ascending transcervical herpes simplex infection with intact fetal membrane. Obstet Gynecol 1980 Jul 15; 137(6) : 742-743
10. Morton RS. Recent Advances in Sexually Transmitted Diseases. Edinburgh :

- Churchill Livingstone : 17. Chow AW. Genital infection
1975. 325-335
with type 2 herpes simplex-
virus-a common venereal
diseases. Postgrad Med
1975 Aug ; 58(2) : 66-70
11. Kobbermann T, Clark L, Griffin
WT. Maternal death second-
ary to disseminated her-
pes virus hominis. Am J
Obstet Gynecol 1980 Jul
15 ; 137(6) : 742-743
12. Vardthananusara C, Wasi C,
Usavajindawatn C. Herpes
simplex virus type 2 and
carcinoma of cervix uteri.
J Med Assoc Thai 1978 Jan;
61(1) : 14-19
13. Young AW. Herpes genitalis.
Med Clin N Am 1972 Sep ;
56(5) : 1175-1191
14. Catteral RD. Venereology and
Genito-Urinary Medicine.
2 ed. London : Hodder and
Stoughton, 1979. 54-58
15. Parker JD, Banatvala JE. Herpes
genitalis ; clinical and
virological studies . Br
J Vener Dis 1967 Sep ;
43(3) : 212-216
16. Jawetz E, Melnick JL, Adelberg
EA. Review of medical
microbiology. 13 ed. Los
Altos, California : Lange
Medical Publication, 1978.
445
18. Parker JD. A double-blind
trial of idoxuridine in
recurrent genital herpes.
J Antimicrob Chemother
1977 Mar ; 3 Suppl A :
131-137
19. Anonymous. Genital herpes.
Br Med J 1980 Jun 7 ;
280(6228) : 1335-1336
20. Amstey MS. Genital herpesvirus
infection. Clin Obstet
Gynecol 1975 Mar; 18(1) :
89-100
21. Olsen GA, Kern ER, Overall
JC, Glasgow LA. Effect
of treatment with exoge-
nous interferon on herpes-
virus hominis infection
in mice. J Infect Dis
1978 Apr; 137(4) : 428-436
22. Selby PJ, Powles RL, Jameson
B, Kay Hem, Watson JG,
Thomton R. Parenteral
acyclovir therapy for
herpesvirus infection in
man. Lancet 1979 Dec 15 ;
2(8155) : 1267-1270

23. Fiddian AP, Kinghorn GR, Goldmeier D, Rees E, Rodin P, Thin RN. Topical acyclovir in the treatment of genital herpes : a comparison with systemic therapy. J Antimicrob Chemother 1983 Sep ; 12 Suppl B : 67-77
24. Nilsen AE, Aasen T, Halsos AM, Efficacy of oral acyclovir in the treatment of initial and recurrent genital herpes. Lancet 1982 Sep 11 ; 2 (8297) : 571-573
25. Mindel A, Adler MW. Intravenous acyclovir treatment for primary genital herpes. Lancet 1982 Mar 27 ; 1 (8274) : 697-700
26. Bryson YJ, Dillon M, Lovett M, Acuna G, Taylor S, Cherry JD. Treatment of first episode of genital herpes simplex virus infection with oral acyclovir. N Eng J Med 1983 Apr 21 ; 308(16) : 916-920
27. Saral R, Burns WH, Laskin OL, Santos GW, Lietman PS. Acyclovir prophylaxis of herpes simplex virus infection. N Engl J Med. 1981 Jul 9; 305(2): 63-67

จุฬาลงกรณ์เวชสารได้รับต้นฉบับเมื่อวันที่ 30 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2527