

- แนวทางเวชปฏิบัติ
เรื่องปอดอักเสบชุมชน

สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย



คำนำ

ปอดอักเสบชุมชน (community-acquired pneumonia, CAP) เป็นโรคติดเชื้อที่มีอัตราการตายค่อนข้างสูง และเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของโรคที่ต้องเฝ้าระวังของกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันมีข้อมูลการศึกษาและความรู้ทางระบาดวิทยาทั้งในและนอกประเทศ ทำให้สามารถสรุปแนวทางการรักษาปอดอักเสบชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดการใช้ยาต้านจุลชีพที่ฟุ่มเฟือย สามารถลดความจำเป็นที่ต้องนอนโรงพยาบาล และสามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายได้

คำแนะนำ (Recommendations)

การวินิจฉัย

เกณฑ์การวินิจฉัยปอดอักเสบชุมชนซึ่งเป็นการติดเชื้อจุลินทรีย์นอกโรงพยาบาลนั้น ประกอบด้วย

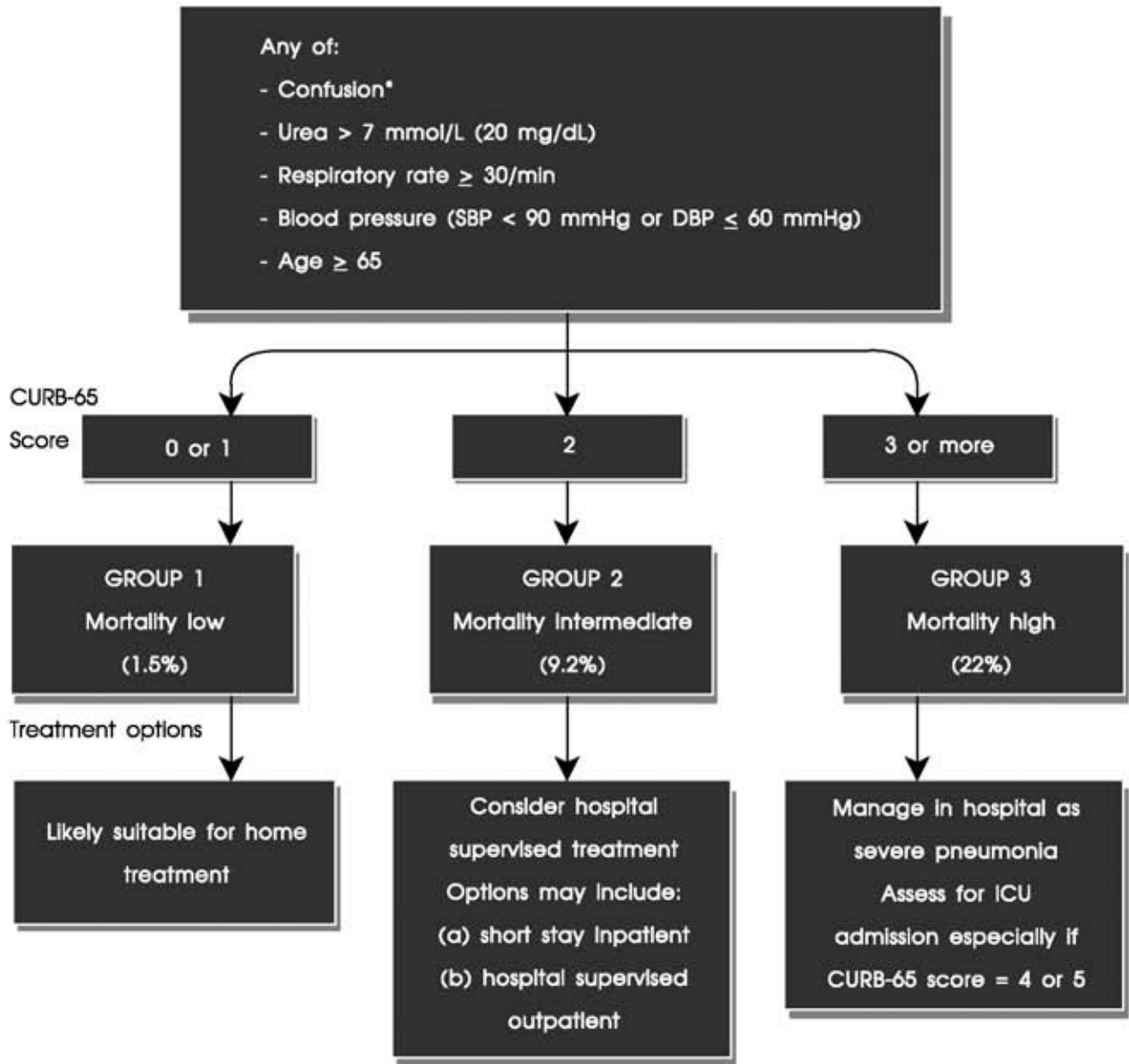
1. อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนล่าง ได้แก่ ไข้, ไอ (มีหรือไม่มีเสมหะก็ได้), หอบเหนื่อย, เจ็บหน้าอก (แบบ pleuritic chest pain), และตรวจพบ crackles หรือ consolidation โดยการเปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วยนี้เกิดขึ้นค่อนข้างเฉียบพลันหรือไม่เกิน 2 สัปดาห์
2. ภาพรังสีทรวงอก มีรอยหรือปื้นฝ้าขาวที่เกิดขึ้นใหม่
3. การวินิจฉัยนี้ไม่รวมถึง
 - ปอดอักเสบในผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลภายในเวลาไม่เกิน 3 สัปดาห์
 - ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV, ผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลในเลือดต่ำ (neutropenia), ผู้ป่วยที่มีภาวะปราศจากเม็ดเลือดขาว (agranulocytosis) หรือ ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูกหรือปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น

การจำแนกผู้ป่วยเพื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

การจำแนกผู้ป่วยอาศัย CURB-65 score เพื่อใช้พิจารณาการรักษาแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก โดยอ้างอิงจาก British Thoracic Society (BTS) guidelines 2004 ตามแผนภูมิที่ 1 โดยการคิดคะแนนให้แต่ละข้อมีค่าเท่ากับ 1 คะแนน



แผนภูมิการจำแนกผู้ป่วยปอดอักเสบชุมชน



*defined as a Mental Test Score of 8 or less, or new disorientation in person, place or time

การสืบค้นทางห้องปฏิบัติการ

Outpatient : CXR, CBC, BUN

Inpatient : - CXR, CBC, BUN, SpO2(ABG)

- Sputum Gram's stain (culture)
- Hemoculture
- Thoracocentesis (if significant amount of pleural effusion)
- Melloidosis antibody, Anti-HIV, sputum AFB stain (when clinically suspected)
- (electrolytes, LFT)

**การรักษา**

- หลังจากทบทวนจรรยาว่าผู้ป่วยเป็นปอดอักเสบชุมชน ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ควรได้ยาต้านจุลชีพ ภายใน 4 ชั่วโมง เพราะมีผลทำให้ลดอัตราการตายและระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- ให้ยาแบบ empirical ไปก่อน เนื่องจากกว่าจะทราบเชื้อสาเหตุจากผลเพาะเชื้อ และ serology ใช้เวลาหลายวัน และจากรายงานการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า แม้ว่าจะพยายามหาเชื้อสาเหตุอย่างเต็มที่แล้ว ก็มีเพียงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่ทราบเชื้อ
- จากข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่าเชื้อสาเหตุของโรคปอดอักเสบชุมชนที่พบบ่อยที่สุดคือ *Streptococcal (S) pneumoniae* สำหรับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชนที่มีอาการรุนแรง (severe CAP) จะพบว่า *Burkholderia (B) pseudomallei* เป็นเชื้อสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคไต เป็นต้น
- เชื้อกลุ่ม atypical pathogens ได้แก่ *Mycoplasma (M) pneumoniae*, *Chlamydia (C) pneumoniae* และ *Legionella (L) pneumophila* พบว่าเป็นสาเหตุที่สำคัญทั้งกลุ่มผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และพบว่า *C.pneumoniae* เป็นเชื้อที่พบ ร่วมกับเชื้อสาเหตุอื่น (co-infection) ได้บ่อยที่สุด
- การเลือกใช้ยาต้านจุลชีพแบบ empiric ในผู้ป่วยปอดอักเสบที่เกิดในชุมชน

ประเภทผู้ป่วย	ยาที่เลือกใช้
1. การรักษาแบบผู้ป่วยนอก 1.1 เดิมแข็งแรงดีและอายุ < 65 ปี 1.2 มีโรคอื่นอยู่เดิมหรือ อายุ > 65 ปี	1.1 doxycycline หรือ macrolide 1.2 2 nd or 3 rd Cephalosporin หรือ amoxicillin/clavulanate + doxycycline หรือ macrolide หรือ anti-pneumococcal fluoroquinolone
2. การรักษาแบบผู้ป่วยใน 2.1 อาการไม่รุนแรง 2.2 อาการรุนแรง	2.1 3 rd cephalosporin หรือ amoxicillin/clavulanate + doxycycline หรือ macrolide 2.2 3 rd cephalosporin + doxycycline หรือ macrolide หรือ anti-pneumococcal fluoroquinolone ± 3 rd cephalosporin

ทั้งนี้ข้อพิจารณาเพิ่มเติมในผู้ป่วยบางราย คือ

1. มีภูมิคุ้มกันอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในระยะฤดูฝน โดยเฉพาะรายที่มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน หรือ ไตวายเรื้อรัง ควรพิจารณาให้ยาต้านจุลชีพที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อ *B.pseudomallei* คือ ceftazidime 2 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง
2. มีโรคปอดอยู่เดิม เช่น bronchiectasis หรือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับรุนแรง ควรพิจารณาให้ยาที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa*



- มีลักษณะทางคลินิกของการติดเชื้อหรือเป็นฝีที่กล้ามเนื้อ หรือมีประวัติคล้ายไข้หวัดใหญ่นำมาก่อนหรือ ติดยาเสพติด ควรพิจารณาให้ยาที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อ *Staph. aureus*
- มีลักษณะทางคลินิกสงสัยเชื้อริคเกตเซีย หรือเลปโตสไปรา เลือกใช้ doxycycline แทน macrolide

ผู้ป่วยที่ตอบสนองช้า หรือ ไม่ตอบสนองต่อการรักษา(ภายใน 48 - 72 ชม.)

ควรประเมินดังนี้

1. การเลือกยาต้านจุลชีพที่ไม่เหมาะสม
2. การติดเชื้อที่พบไม่บ่อย เช่น *Leptospira spp.*, *Nocardia spp.*, *Histoplasma spp.* เป็นต้น หรือเป็นเชื้อที่พบบ่อยเฉพาะถิ่น เช่น *B. pseudomallei*, *Rickettsia tsutsugamushi* เป็นต้น
3. เกิดภาวะแทรกซ้อน (complications) เช่น ท้องในช่องเยื่อหุ้มปอด ท้องในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ข้ออักเสบ ลิ้นหัวใจอักเสบ เป็นต้น
4. เป็นการติดเชื้อที่วินิจฉัยได้เฉพาะการตรวจพิเศษเท่านั้น เช่น การส่องกล้องหลอดลม (bronchoscopy) ได้แก่ เชื้อ *Pneumocystis carinii* เชื้อราบางชนิด และวัณโรคซ่อนเร้น
5. มิใช่เป็นโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อ เช่น มะเร็งปอด, pulmonary hemorrhage, hypersensitivity pneumonitis หรือ acute interstitial pneumonia เป็นต้น

พิจารณาเปลี่ยนจากยานิวคลีอิดเป็นชนิดกิน

1. อาการไอ เหนื่อยหอบ เสมหะดีขึ้น
2. ไข้ลงเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง
3. ผลการตรวจ CBC พบว่าจำนวนเม็ดเลือดขาวมีแนวโน้มลดลงหรือเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น
4. ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน สามารถรับประทานอาหารและยาทางปากได้ ทั้งนี้ไม่จำเป็นต้องรอดูการเปลี่ยนแปลงของภาพถ่ายรังสีทรวงอกก่อน

ถ้าสามารถทราบเชื้อก่อโรคชัดเจนจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก็ให้ยาด้านจุลชีพที่จำเพาะต่อเชื้อก่อโรค แต่ถ้าไม่ทราบเชื้อก่อโรคที่ชัดเจนควรให้ยาด้านจุลชีพชนิดรับประทานที่มีฤทธิ์ครอบคลุมเชื้อได้ใกล้เคียงกับยารชนิดฉีด ระยะเวลาของการให้ยาด้านจุลชีพโดยทั่วไปคือ 7-14 วัน ขึ้นกับชนิดของเชื้อที่เป็นสาเหตุ การตอบสนองต่อการรักษา ภาวะแทรกซ้อนและโรคที่พบร่วม

การนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการทางคลินิกแบบผู้ป่วยนอก

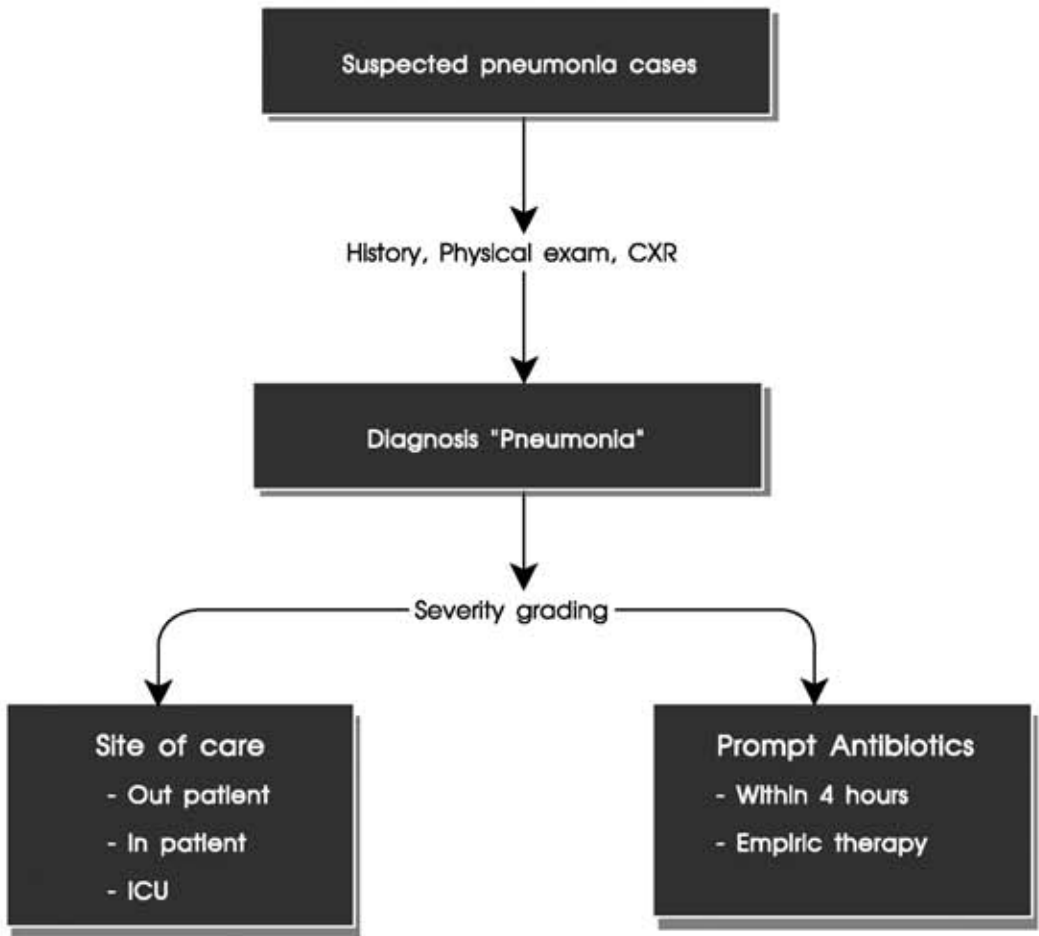
หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1-2 สัปดาห์ หากผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาดีไม่จำเป็นต้องถ่ายภาพถ่ายรังสีทรวงอกเพื่อประเมินผลการรักษา แต่ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกดีขึ้นไม่ชัดเจน เช่น ยังมีอาการไอ ไข้ เบื่ออาหาร ควรประเมินภาพถ่ายรังสีทรวงอกและตรวจเสมหะผู้ป่วยใหม่ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายอาจตอบสนองต่อการรักษาช้า เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของปอดอักเสบร่วมด้วย



การส่งต่อ

- ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากตามแผนภูมิการจำแนกความรุนแรง โดยเฉพาะในรายที่มี hemodynamics instability อวัยวะล้มเหลว หรือ intractable hypoxemia ที่ทำการรักษาเบื้องต้นแล้วอาการไม่ดีขึ้น และไม่มีข้อห้ามในการขนย้ายผู้ป่วย
- ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมรุนแรงหรือหลายโรค

แผนภูมิการจำแนกผู้ป่วยปอดอักเสบชุมชน





เอกสารแนะนำอ่านเพิ่มเติม

1. สมาคมจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย แนวทางการรักษาโรคปอดอักเสบชุมชนในประเทศไทย (สำหรับผู้ใหญ่) กรุงเทพฯ: เอสดีการพิมพ์, 2544.
2. Niederman MS, Mandell LA, Anzueto, et al. Guidelines for the management of adults with community acquired pneumonia: diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 1730-54.
3. Mandell LA, Bartlett JG, Dowell SF, et al. Update of practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in immunocompetent adult: IDSA guidelines. *Clin Infect Dis* 2003; 37: 1405-33.
4. Macfarlane JT, Boldy D. 2004 update of BTS pneumonia guidelines: what's new? *Thorax* 2004; 59: 364-6.
5. Wattanathum A, Chaoprasong C, Nanthapisud P, et al. Community-acquired pneumonia in Southeast-Asia: the microbial different between ambulatory and hospitalized patients. *Chest* 2003; 123: 1512-9.
6. Reechaipichitkul W, Pisprasert V. Severe community-acquired pneumonia (CAP) treated at Srinagarind Hospital, Khon Kaen, Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2004; 35: 430-3.
7. Reechaipichitkul W, Lulitanond V, Tantiwong P, et al. Etiologies and treatment outcomes in patients hospitalized with community-acquired pneumonia (CAP) at Srinagarind Hospital, Khon Kaen, Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2005; 36: 156-61.