

คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ
ยาที่ใช้ทางโรคผิวหนัง

Thai National Formulary 2015
Drugs used in Skin Diseases

โดย

คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ
และ คณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยา
สาขาโรคผิวหนัง

เงื่อนไขการใช้คู่มือ (disclaimer)

คู่มือฉบับนี้ มุ่งหมายเพื่อใช้ประกอบการสั่งยาของผู้สั่งใช้ยาที่ได้รับอนุญาตให้สั่งยาได้ตามกฎหมาย ข้อมูลที่แสดงไว้ไม่ใช่ข้อมูลที่สมบูรณ์ในทุกด้าน ผู้สั่งใช้ยาจำเป็นต้องใช้วิจารณญาณของตนเองในการพิจารณาสั่งใช้ยาในแต่ละครั้งให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการพิจารณาหาข้อมูลจากหลายแหล่ง คณะผู้จัดทำคู่มือนี้ ไม่ได้เป็นผู้สั่งใช้ยาโดยตรงดังนั้นจึงไม่มีผลผูกพันทางกฎหมายใดๆ จากการใช้ยาของผู้อื่น ผู้สั่งใช้ยาเป็นผู้รับผิดชอบอย่างสมบูรณ์ต่อผลที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาของตน คณะผู้จัดทำได้พยายามสอบถามข้อมูลจากหลายแหล่ง โดยมีผู้ตรวจทานเพื่อความถูกต้อง อย่างไรก็ตามหากพบข้อผิดพลาด โปรดแจ้งไปยัง กลุ่มนโยบายแห่งชาติ ด้านยา สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือทาง e-mail : nlem.fda@gmail.com เพื่อปรับปรุงแก้ไขต่อไป

คำนำ

จากปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายด้านยา ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ดำเนินการวิจัยเรื่องการพัฒนาบบัญชีรายจ่ายด้านยาแห่งชาติ โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคม 2552 ถึงเดือนมิถุนายน 2554 ที่ผ่านมานั้น ผลการวิจัยได้สะท้อนให้เห็นค่าใช้จ่ายในการบริโภคยาของประเทศที่มีจำนวนค่อนข้างสูง โดยมีมูลค่ายาเพื่อการบริโภคในประเทศในราคาผู้ผลิต (ตาม price list) เกินกว่าหนึ่งแสนล้านบาท คิดเป็นประมาณร้อยละ 35 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด สำหรับสาเหตุที่ทำให้ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องนั้นมีอยู่ด้วยกันหลายสาเหตุ ซึ่งการสั่งใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล หรือการสั่งใช้ยาเกินความจำเป็นเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยมีมูลค่าสูงขึ้นเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว และเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขโดยเร่งด่วน

คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวในข้างต้น จึงมีการกำหนดให้ “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล” เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการใช้ยาของแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนเป็นไปอย่างสมเหตุผล และมีความคุ้มค่า

คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ (Thai National Formulary) ถือเป็นกลไกหรือเครื่องมืออย่างหนึ่ง ที่ทำให้เกิดการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ จึงได้มอบหมายให้คณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยา ในแต่ละสาขา มีการดำเนินการจัดทำคู่มือดังกล่าวขึ้น ในรูปแบบของสื่อที่สั้น กระชับ ใช้งานง่าย เพื่อใช้คู่กับบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2559 และเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยา สาขาโรคผิวหนัง เป็นคณะทำงานหนึ่งที่ได้ดำเนินการจัดทำคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ “ยาที่ใช้ทางโรคผิวหนัง” โดยได้รับความอนุเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญในและนอกคณะทำงานฯ จึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

คณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยา สาขาโรคผิวหนัง หวังว่า คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ “ยาที่ใช้ทางโรคผิวหนัง” จะเป็นเครื่องมือสำคัญอันหนึ่งในการส่งเสริมการใช้ยาของแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนเป็นไปอย่างสมเหตุผล และมีความคุ้มค่า ต่อไป

พลโท นพ.กฤษฎา ดวงอุไร

ประธานคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยา

สาขาโรคผิวหนัง พ.ศ.2556-2558

รายนามคณะผู้จัดทำ

คณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยา สาขาโรคผิวหนัง พ.ศ. 2556 – 2558

1. รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณิจธรรม ที่ปรึกษา
วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
2. พลโท นพ.กฤษฎา ดวงอุไร ประธาน
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. ศ.พญ.กนกวลัย กุลทนนท์ รองประธาน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
4. ภญ.ยุพิน ลาวัณย์ประเสริฐ ผู้ทำงาน
5. พญ.มิ่งขวัญ วิชัยดิษฐ ผู้ทำงาน
สถาบันโรคผิวหนัง
6. รศ.นพ.นภดล นพคุณ ผู้ทำงาน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
7. ศ.พญ.ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวณิช ผู้ทำงาน
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
8. รศ.นพ.ชาติชาย กว้างสุขสถิตย์ ผู้ทำงาน
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
9. พันเอกหญิง รศ.พญ.กอบกุล อุณห์โชค ผู้ทำงาน
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
10. รศ.พญ.อมรศรี ชุณหรัศมิ์ ผู้ทำงาน
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
11. พญ.วัลลียา เมฆะสุวรรณดิษฐ์ ผู้ทำงาน
โรงพยาบาลพุทธโสธร
12. รศ.ภก.ปราโมทย์ ตระกูลเพ็ชรกิจ ผู้ทำงาน
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
13. ภญ.ชนิกา บุญญารักษ์ ผู้ทำงานและเลขานุการ
สถาบันโรคผิวหนัง
14. ภก.นิพัทธ์ สุขแสนสำราญ ผู้ทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
15. ภญ.ธนิศา ทาทอง ผู้ทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ผู้เชี่ยวชาญสาขาโรคผิวหนัง ร่วมเขียนคู่มือ

16. นพ.เวสารัช เวสสโกวิท

สถาบันโรคผิวหนัง

ผู้เชี่ยวชาญร่วมเขียน

17. รศ.พญ.ณัฐฐา รัชตะนาวิน

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผู้เชี่ยวชาญร่วมเขียน

โรคผิวหนังอักเสบ (ECZEMA)

โดย พันเอกหญิง รศ.พญ.กอบกุล อุณหโชค

นิยาม

Eczema หรือโรคผิวหนังอักเสบ เป็นโรคผิวหนังที่มีลักษณะเป็นผื่นคัน บวมแดง มีขุยละเอียด อาจมีตุ่มน้ำใส ซึ่งมีพยาธิสภาพเป็น spongiosis โรคนี้อาจเกิดจากปัจจัยภายในร่างกาย หรือปัจจัยภายนอกในร่างกาย ได้แก่

1. Endogenous eczema เกิดจากสาเหตุภายในร่างกาย เช่น
 - a. ผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (atopic dermatitis) เป็นผื่นคันที่ใบหน้า หัวเข่า ข้อศอกในเด็กเล็ก และผื่นคันที่ด้านข้างคอ และข้อศอกพับในผู้ใหญ่
 - b. Nummular dermatitis ผื่นเป็นวงแดง ขอบชัด มักกระจายบริเวณ ขา หลังมือ
 - c. Seborrheic dermatitis เป็นผื่นแดงมีขุยออกสีเหลือง มักเป็นที่บริเวณไรผม คิ้ว ร่องจมูก หลังหู
 - d. Stasis dermatitis ผื่นผิวหนังอักเสบที่เกี่ยวข้องกับการคั่งของเลือดดำ รอยโรคมักพบบริเวณข้อเท้า
 - e. Id reaction (autosensitization dermatitis) เกิดจากการกระตุ้นด้วยผื่นผิวหนังอักเสบบริเวณใด บริเวณหนึ่งในร่างกาย ก่อให้เกิดผื่นกระจายได้ทั่วร่างกาย
2. เกิดจากสาเหตุภายนอกในร่างกาย ได้แก่
 - a. ผื่นผิวหนังอักเสบจากการแพ้สัมผัส (allergic contact dermatitis)
 - b. ผื่นผิวหนังอักเสบจากสารระคายเคือง (Irritant contact dermatitis)

อาการแสดงทางคลินิก

จำแนกออกได้เป็น 3 ระยะ ระยะเฉียบพลัน (acute eczema) มีรอยโรคเป็นตุ่มน้ำใส มีน้ำเหลืองไหล ระยะกึ่งเฉียบพลัน (subacute eczema) รอยโรคเป็นผื่นแดง หรือตุ่มแดงแห้ง มีขุย หรือสะเก็ดบาง ๆ และระยะเรื้อรัง (chronic eczema) รอยโรคเป็นผื่นหนา สีคล้ำ มีสะเก็ดปกคลุม เห็นเส้นลายผิวหนังชัดเจน (lichenification)

แนวทางการวินิจฉัยโรค

อาศัยจากประวัติ อาการ และอาการแสดงทางผิวหนังเป็นหลัก โดยทั่วไปการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่มีความจำเป็นในการวินิจฉัยโรค แต่อาจช่วยในการหาสาเหตุของผื่น เช่น การตรวจผื่นแพ้สัมผัส (patch test), การทดสอบการแพ้อาหาร เป็นต้น การตรวจหาการติดเชื้อแทรกซ้อน เช่น การย้อมแกรม (gram stain) เพื่อช่วยในการวินิจฉัยการติดเชื้อแบคทีเรีย หรือการทำ Tzanck's smear จากรอยโรคเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสเริม นอกจากนี้ในบางรายอาจต้องการตัดชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา เพื่อการวินิจฉัยแยกโรคผื่น ที่มีลักษณะคล้ายกับผื่นแพ้ เช่น สะเก็ดเงิน หรือ mycosis fungoides เป็นต้น

การรักษา

1. การปฏิบัติตัวทั่วไป

- a. การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดผื่น หรือทำให้ผื่นกำเริบ เช่น ความร้อน ความเย็น การแกะเกา และสารเคมีที่เป็นต้นเหตุของโรค เป็นต้น
- b. ไม่ควรใช้เวลาในการอาบน้ำนานเกินไป หลีกเลี่ยงการฟอกสบู่ในบริเวณที่เป็นผื่นเพื่อลดการระคายเคือง ไม่ควรใช้สบู่ที่ผสมสารฆ่าเชื้อแบคทีเรีย และไม่ควรรอบน้ำที่มีอุณหภูมิร้อนจัด หรือเย็นจัด
- c. แนะนำทาครีม โลชั่น หรือ ซี้ผึ้ง เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นแก่ผิวหนังทันทีหลังอาบน้ำ แต่แนะนำให้หลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีผื่นแพ้ในระยะเฉียบพลัน

2. การรักษา

a. การรักษาหลัก

- i. ระยะเฉียบพลัน: ในผื่นที่มีน้ำเหลืองไหล หรือเป็นตุ่มน้ำ แนะนำให้ประคบผื่นด้วย Burow's solution หรือน้ำเกลือ ในระยะนี้ยังไม่ควรให้ยาทา ควรเริ่มใช้ยาทาเมื่อไม่มีน้ำเหลืองไหล
 - ii. ระยะกึ่งเฉียบพลันและเรื้อรัง: แนะนำใช้ยาทาในกลุ่มสเตียรอยด์ การเลือกใช้ใช้ความแรงของยา ขึ้นกับตำแหน่งที่เป็น และความหนาของรอยโรค เช่น รอยโรคบริเวณใบหน้า ซอกพับ และรอยโรคที่เป็นในเด็ก ควรใช้ยาทาสเตียรอยด์ที่มีฤทธิ์อ่อน สำหรับรอยโรคบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า และรอยโรคที่เป็นผื่นหนา ควรเลือกใช้ยาทาสเตียรอยด์ ที่มีฤทธิ์แรง เป็นต้น
 - iii. ยาด้านฮีสตามีน ชนิดรับประทาน เพื่อลดอาการคัน
- b. ในผู้ป่วยที่มีผื่นระยะเฉียบพลัน รุนแรง และเป็นกระจายเป็นบริเวณกว้าง อาจพิจารณาให้ยา สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน เป็นระยะเวลาสั้นๆ เพื่อลดอาการ หลังจากนั้นจึงให้รักษาต่อด้วยการรักษาหลัก
 - c. การใช้ยาปฏิชีวนะ หรือยาด้านไวรัสเริม ให้ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อแบคทีเรีย หรือโรคเริมแทรกซ้อน

สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก และไม่ตอบสนองต่อการรักษาควรส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

โรคลมพิษ (Urticaria)

โดย ศ.พญ.กนกวลัย กุลทันทน์

นิยาม

โรคลมพิษ คือ โรคหรือกลุ่มของโรคที่มีอาการทางผิวหนังที่มีลักษณะเป็นผื่นนูนและแดง (wheal and flare) และ/หรือมีการบวมใต้ชั้นผิวหนัง (angioedema) ซึ่งเกิดได้จากหลายปัจจัย อาจเกิดจากสาเหตุที่ร่างกายมีปฏิกิริยาต่อยา อาหาร การติดเชื้อ สิ่งกระตุ้นทางกายภาพ (physical) หรือโรคในระบบอื่นๆ ของร่างกาย แต่โดยส่วนใหญ่มักตรวจไม่พบสาเหตุ

อาการและอาการแสดง

ผื่นลมพิษ (urticaria) มีลักษณะจำเพาะ คือ ผื่นบวมนูน แดง (wheal and flare) มีขนาดไม่แน่นอน อาจคล้ายตุ่มยุงหรือมดกัด หรืออาจมีลักษณะคล้ายแผ่นที่ เกิดขึ้นที่บริเวณใดของร่างกายก็ได้ บางรายอาจมีอาการบวมใต้ชั้นผิวหนังที่เรียกว่า แองจิโออีดีมา (angioedema) ร่วมด้วย ซึ่งชอบเกิดบริเวณเนื้ออ่อน เช่น หนังตา ริมฝีปาก เป็นต้น อาการมักเกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการคันเด่น แต่ผื่นมักจะจางหายไปภายใน 24 ชม. โดยไม่เหลือร่องรอยภายหลังผื่นยุบ และผื่นมักจะเป็นๆหายๆ และย้ายตำแหน่งไปเรื่อยๆ กรณีหากมีภาวะแองจิโออีดีมาาร่วมด้วย รอยโรคมักบวมอยู่นานเกินกว่า 24 ชั่วโมง และมีอาการเจ็บร่วมด้วย

อย่างไรก็ตามผื่นลมพิษในผู้ป่วยบางราย อาจเป็นอาการแสดงหนึ่งของภาวะ anaphylaxis ซึ่งอาจมีอาการแสดงที่ร้ายแรงอื่นได้ เช่น อาการแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เสียงแหบ หอบหืด ปวดท้องหรือท้องเดิน แน่นจุก คอ บางรายอาจเกิดอาการเป็นลมหรือหมดสติจากความดันโลหิตต่ำหรือมีภาวะช็อกเฉียบพลัน (anaphylactic shock)

โรคลมพิษแบ่งตามระยะเวลาที่เกิดขึ้นได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. **ลมพิษเฉียบพลัน (acute urticaria)** คือ มีอาการผื่นลมพิษ ต่อเนื่องกันไม่เกิน 6 สัปดาห์
2. **ลมพิษเรื้อรัง (chronic urticaria)** คือ มีอาการผื่นลมพิษอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องกันมากกว่า 6 สัปดาห์

การวินิจฉัยโรค

อาศัยการซักประวัติ และตรวจร่างกาย เพื่อการวินิจฉัยโรค หาสาเหตุ ปัจจัยกระตุ้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจำแนกชนิดของโรคลมพิษ

กลุ่ม	กลุ่มย่อย	ความหมาย
ผื่นลมพิษที่เกิดขึ้นเอง (Spontaneous urticaria)	• ผื่นลมพิษเฉียบพลัน (acute urticaria)	ผื่นลมพิษ และ/หรือ แองจิโออีดีมา เกิดต่อเนื่องกัน ไม่เกิน 6 สัปดาห์
	• ผื่นลมพิษเรื้อรัง (chronic urticaria)	ผื่นลมพิษ และ/หรือ แองจิโออีดีมา เกิดต่อเนื่องกัน มากกว่า 6 สัปดาห์
ผื่นลมพิษที่เกิดจากการกระตุ้นโดยปัจจัยทางด้านกายภาพ (Inducible urticaria or physical urticaria)	• Cold urticaria	ปัจจัยกระตุ้น: วัตถุเย็น อากาศเย็น น้ำเย็น ลมเย็น
	• Delayed pressure urticaria	ปัจจัยกระตุ้น: แรงกดในแนวดิ่ง จะทำให้เกิดผื่นบวม นูนภายในเวลาประมาณ 3-12 ชั่วโมง หลังถูกกระตุ้น
	• Heat urticaria	ปัจจัยกระตุ้น: ความร้อน
	• Solar urticaria	ปัจจัยกระตุ้น: แสงอัลตราไวโอเล็ต และ/หรือ แสงที่มองเห็นได้
	• Symptomatic dermographism	ปัจจัยกระตุ้น: แรงขีดข่วน (mechanical shearing forces) จะทำให้เกิดลมพิษภายใน 1-5 นาทีหลังถูกกระตุ้น
	• Vibratory angioedema	ปัจจัยกระตุ้น: แรงสั่นสะเทือน เช่น เครื่องขุดเจาะถนน (pneumatic hammer) จะทำให้เกิดรอยโรคภายใน 1-2 ชั่วโมง
	• Aquagenic urticaria	ปัจจัยกระตุ้น: น้ำ
	• Cholinergic urticaria	ปัจจัยกระตุ้น: อุณหภูมิในร่างกายที่เพิ่มสูงขึ้น
• Contact urticaria	ปัจจัยกระตุ้น: สัมผัสกับสารที่ก่อให้เกิดลมพิษ	

นอกจากการวินิจฉัยโรค และประเมินความรุนแรง บางรายอาจส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามข้อบ่งชี้ จากประวัติและการตรวจร่างกาย เพื่อหาสาเหตุผื่นลมพิษ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การสืบค้นและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยโรคลมพิษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีมีข้อบ่งชี้ หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา

การสืบค้น

ผื่นลมพิษที่เกิดขึ้นเอง

(Spontaneous urticaria)

โรคลมพิษเฉียบพลัน

ไม่มี routine diagnostic tests (ยกเว้น ถ้าประวัติสงสัยอย่างมาก)

โรคลมพิษเรื้อรัง (CSU)

Differential blood count**, ESR**

ยาที่สงสัย เช่น NSAID

อาจทำการตรวจเพิ่มเติม เช่น autologous serum skin test*, test สำหรับ

Helicobacter**, gastroscopy**, ANA**, D-Dimer**†, ตรวจอุจจาระหา

พยาธิ**, การทดสอบผิวหนัง**, specific IgE**, ไทรอยด์ฮอร์โมน และ

autoantibodies** (ในผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี การตรวจ antibodies

ของไทรอยด์ ไม่จำเป็นต้องทำทุกราย)

ผื่นลมพิษจากปัจจัยทางด้าน

กายภาพ

1. Cold contact urticaria Cold provocation test (ice cube, cold water) *, differential blood count**, ESR**, cryoglobulins**
2. Delayed pressure urticaria Pressure test* โดยใช้แท่งน้ำหนักวางบนต้นขาหรือหลัง ใช้น้ำหนัก 0.2- 1.5 กก./ตร.ซม. เป็นเวลา 10 และ 20 นาที หรือใช้ตุ้มน้ำหนักข้างละ 6.8 กิโลกรัม (15 ปอนด์) เชื่อมต่อกันโดยใช้เชือกหรือวัสดุแถบกว้าง แล้ววางพาดบนไหล่ของผู้ป่วยในท่านั่งเป็นเวลา 15 นาที
3. Heat contact urticaria Warm arm bath*
4. Solar urticaria แสงอัลตราไวโอเล็ต และ visible light ในช่วงคลื่นต่าง ๆ*
5. Urticaria factitia/
dermographic urticaria ตรวจหา dermatographism*, differential blood count** และ ESR**
6. Vibratory urticaria ใช้เครื่อง vortex วางบนท้องแขนหรือนิ้วมือเป็นเวลา 1-5 นาที*
7. Aquagenic urticaria ใช้ผ้าชุบน้ำที่อุณหภูมิห้อง วางบนท้องแขนนาน 20 นาที
8. Cholinergic urticaria Exercise จนเหงื่อออกหรือเริ่มเหนื่อย หรือ hot bath เป็นเวลา 15-20 นาที*
9. Contact urticaria มีสาเหตุได้ทั้งจาก immunologic และ nonimmunologic การวินิจฉัยหาสาเหตุ อาจต้องทำการทดสอบเช่น patch test, skin prick test แนะนำให้ส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

หมายเหตุ * การสืบค้นเพื่อการวินิจฉัย

** การสืบค้นเพื่อการหาสาเหตุ

† ผู้ป่วย CSU บางราย อาจมีการกระตุ้น coagulation pathway ทำให้มีระดับ plasma D-Dimer สูงขึ้นได้

NSAID, Non-steroidal anti-inflammatory drug

อย่างไรก็ตาม ผื่นลมพิษทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรังส่วนใหญ่ถึงแม้จะช้กประวัติ ตรวจร่างกายโดยละเอียด และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการดังกล่าวแล้ว ก็มักตรวจไม่พบสาเหตุ สำหรับ chronic spontaneous urticaria (CSU) ซึ่งไม่มีสาเหตุจากภายนอกนั้น spontaneous wheals อาจเกิดจากกลไกต่างๆ ภายในร่างกายเช่น

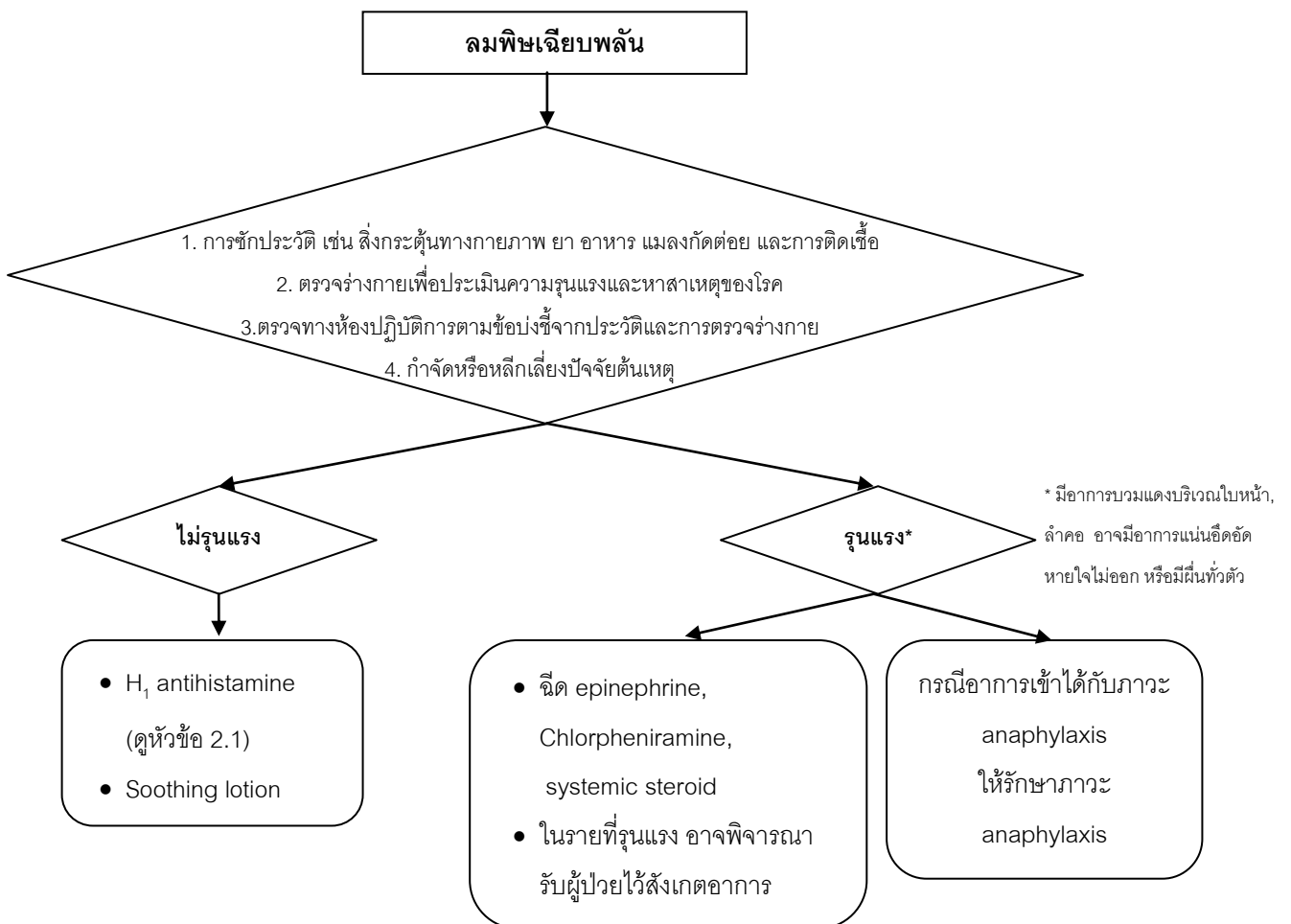
- ผู้ป่วยมี autoantibodies (IgG) ต่อ high-affinity IgE receptor (FcεRI) หรือ ต่อ IgE ซึ่งพบประมาณร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยในกลุ่ม CSU เรียกผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่า autoimmune urticaria
- ผู้ป่วย CSU บางราย อาจมีการกระตุ้น coagulation pathway ทำให้มีระดับ plasma D-Dimer สูงขึ้นได้

แนวทางในการดูแลผู้ป่วย

1. รักษาตามสาเหตุ

กำจัดสาเหตุ ถ้าหาสาเหตุพบและสามารถกำจัดได้ เช่น ผื่นลมพิษที่เกิดจากยา การหยุดยาต้นเหตุจะทำให้ผื่นยุบลง ให้หลีกเลี่ยงหรือลดการสัมผัสปัจจัยต้นเหตุหรือปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรคลมพิษ เช่น เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยโรคลมพิษเฉียบพลัน



หมายเหตุ

- ในกรณีที่ผื่นเป็นมาก อาจพิจารณาให้ ยารับประทานสเตียรอยด์ เช่น prednisolone 20-30 มก. ต่อวัน โดยทั่วไปมักไม่เกิน 10 วัน
- ควรหลีกเลี่ยงยา หรือสารที่อาจกระตุ้นให้เกิดลมพิษ หรือทำให้ผื่นลมพิษกำเริบ เช่น aspirin, non-steroidal anti-inflammatory drugs, codeine, morphine, angiotensin converting enzyme inhibitors เป็นต้น

แผนภูมิที่ 2 แนวทางการรักษาโรคลมพิษเรื้อรัง



¹ ยาที่มีการศึกษาว่าเมื่อมีการเพิ่มขนาดยาที่รับประทาน (ได้ถึง 4 เท่า) จะเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาแต่ไม่เพิ่มอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์จากยา ได้แก่ ยา fexofenadine, rupatadine, desloratadine และ levocetirizine ยาต้านฮิสตามีนบางชนิด การเพิ่มขนาดที่รับประทานอาจไม่ได้ผล

² หลักฐานด้านประสิทธิผลอยู่ในเกณฑ์ต่ำ แต่ในบางรายอาจได้ผล หากไม่ได้ผลหลังให้ยาไปแล้ว 2-4 สัปดาห์ควรพิจารณาหยุดยา

³ ควรส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

2. การรักษาด้วยยา

2.1 ยาด้านฮิสตามีน (Antihistamines)

ยาด้านฮิสตามีนชนิดที่ 1 (H₁-antihistamine) มักใช้ระงับอาการผื่นลมพิษได้ดี ยานี้มี 2 รุ่น ดังนี้

ก. ยาด้านฮิสตามีนชนิดที่ 1 รุ่นที่ 1 (First generation or sedating antihistamines) ยาด้านฮิสตามีนชนิดนี้มีผลข้างเคียงเรื่องซึม, ง่วงนอน และปากคอแห้ง ควรหลีกเลี่ยงในผู้สูงอายุ หรือกรณีที่มี

ข้อห้ามใช้ ได้แก่ ต่อมลูกหมากโต (benign prostate hypertrophy) ต้อหิน (glaucoma) โรคหัวใจ ยามีหลายชนิดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ยาต้านฮิสตามีนชนิดที่ 1 รุ่นที่ 1 (First generation or sedating antihistamines)

Drug	Pediatric dosage (mg/Kg/day)	Age approved	Adult dosage	Pregnancy category	Dose adjustment
Chlorpheniramine* (บัญชชี ก)	0.35-2	1 ปี	4 มก. ทุก 4-6 ชม.	B	-
Cyproheptadine (บัญชชี ข)	0.25	2 ปี	4 มก. ทุก 6-8 ชม.	B	กรณีการทำงาน ของตับบกพร่อง
Diphenhydramine (บัญชชี ก)	5	2 ปี	25-50 มก. ทุก 4-6 ชม.	B	กรณีการทำงาน ของตับบกพร่อง
Hydroxyzine* (บัญชชี ก)	1-2	6 เดือน	10 มก. ทุก 6 ชม.	C	กรณีการทำงาน ของตับบกพร่อง

* ยา 2 ชนิดนี้ เป็นยาเก่าที่ใช้กันมานาน จึงมีการศึกษาเปรียบเทียบน้อย อย่างไรก็ตามอาจพิจารณาใช้ในการรักษาภาวะลมพิษเฉียบพลันในเด็ก

ข. ยาต้านฮิสตามีนชนิดที่ 1 รุ่นที่ 2 (Second-generation or non-sedating antihistamines)

เป็นยาที่มีฤทธิ์ยาว ผลข้างเคียงเรื่องง่วงนอนและปากคอแห้งน้อย ควรพิจารณาใช้ยาในกลุ่มนี้เป็นอันดับแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ต้องทำงานคุมเครื่องจักร ขับรถยนต์ ขึ้นที่สูง วัยเรียน และผู้สูงอายุ ยา มีหลายชนิดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ยาต้านฮิสตามีนชนิดที่ 1 รุ่นที่ 2

Drug	Pediatric dosage		Age approved	Adult dosage	Dose adjustment	Pregnancy category
	Age	Dose				
Cetirizine (บักอซี ก)	2-6 ปี	2.5 มก. วันละ 2 ครั้ง หรือ 5 มก. วันละ 1 ครั้ง	>2 ปี	10 มก. วันละครั้ง	การทำงานของตับ หรือไต บกพร่อง (Ccr<30 มล/นาที/1.73m ²)	B
	>6 ปี	10 มก. วันละครั้ง				
Desloratadine (ยานอกบักอซี)	6-11 เดือน	1 มก. วันละครั้ง	>6 เดือน	5 มก. วันละครั้ง	การทำงานของไต บกพร่องรุนแรง (GFR<30 มล/นาที/1.73m ²)	C
	1-5 ปี	1.25 มก. วันละครั้ง				
	6-11 ปี	2.5 มก. วันละครั้ง				
	>12 ปี	5 มก. วันละครั้ง				
Fexofenadine (ยานอกบักอซี)	6 เดือน- < 2 ปี	15 มก. วันละ 2 ครั้ง	>6 เดือน	180 มก. วันละครั้ง หรือ 60 มก. ทุก 12 ชม	การทำงานของไต บกพร่อง (Ccr< 80 มล/นาที/1.73m ²)	C
	2-11 ปี	30 มก. วันละ 2 ครั้ง				
	≥12 ปี	60 มก. วันละ 2 ครั้ง หรือ 180 มก. วันละ 1 ครั้ง				
Levocetirizine (ยานอกบักอซี)	> 6 ปี	5 มก. วันละครั้ง	>6 ปี	5 มก. วันละครั้ง	ไม่จำเป็นต้องปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่มีตับผิดปกติเพียงอย่างเดียว แต่ควรปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่มีทั้งตับและไตทำงานผิดปกติ (Ccr<50 มล/นาที/1.73m ²)	B
Loratadine (บักอซี ก)	2-12 ปี	5 มก. วันละครั้ง	>2 ปี	10 มก. วันละครั้ง	การทำงานของตับบกพร่อง	B
	>12 ปี, >30 กก.	10 มก. วันละครั้ง				
Rupatadine (ยานอกบักอซี)	6-11 ปี (≥ 25 กก.)	5 มก. วันละครั้ง	>12 ปี (สูตรเม็ด) >6 ปี (สูตรน้ำ)	10 มก. วันละครั้ง	การทำงานของตับหรือไตบกพร่อง (Ccr<30 มล/นาที/1.73m ²)	B

2.2 การรักษาด้วยยาอื่น ๆ

- **คอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroids)**

อาจพิจารณาใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน เช่น prednisolone (บัญญัติ ก) เป็นเวลาสั้นๆ ในกรณีเป็นลมพิษเฉียบพลันที่เป็นรุนแรง หรือที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา

ไม่ควรใช้ prednisolone เป็นประจำหรือใช้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานในโรคลมพิษเรื้อรัง แต่อาจใช้เป็นระยะเวลาสั้นๆ ในการรักษาการเห่อของผื่น (acute exacerbation) หรือ เพื่อให้ผื่นลมพิษเรื้อรังที่ติดต่อการรักษาสงบลง

- **การใช้ยาด้านฮิสตามีนชนิดที่ 1 และ 2 ร่วมกัน (H₁-and H₂-antihistamine)**

พบว่า quality of evidence ของยาด้านฮิสตามีนชนิดที่ 2 (H₂-antihistamine) ร่วมกับยาด้านฮิสตามีนชนิดที่ 1 (H₁-antihistamine) ยังมีน้อย ประสิทธิภาพของยาในการรักษาผู้ป่วยลมพิษยังไม่ชัดเจน อย่างไรก็ตามผู้เชี่ยวชาญบางราย ยังคงแนะนำให้ใช้ยาในกลุ่มนี้ร่วมกับยาด้านฮิสตามีนชนิดที่ 1 เนื่องจากมีความปลอดภัยสูง, ราคาถูก และ อาจช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นบางราย เมื่อเทียบกับการให้ยา H₁-antihistamine เดี่ยวๆ ดังนั้นจึงแนะนำให้อาจลองให้ยา 2 กลุ่มนี้ร่วมกันในผู้ป่วยที่ไม่ค่อยตอบสนองต่อการให้ H₁-antihistamine ทั้งนี้หากไม่ได้อผลในระยะเวลาประมาณ 2-4 สัปดาห์ ควรหยุดยา

- **Leukotriene receptor antagonist** มีการนำยา montelukast (บัญญัติ ค) มาลองใช้ในผู้ป่วยโรคลมพิษเรื้อรังที่ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาด้านฮิสตามีน พบว่า montelukast อาจมีผลช่วยในการรักษาผู้ป่วยโรคลมพิษที่มีภาวะ aspirin-sensitive ยานี้อาจมีประโยชน์ในผู้ป่วย ผู้โรคลมพิษเรื้อรังบางรายเมื่อให้ร่วมกับยาด้านฮิสตามีน แต่ quality of evidence อยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นหากใช้ montelukast นานกว่า 2-4 สัปดาห์แล้วไม่ได้อผล ควรหยุดยา

- **Ciclosporin** (บัญญัติ ง) ขนาดยาที่ได้ผลในการรักษาผื่นลมพิษจากการศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระหว่าง 2.5-5 มก./กก./วัน เนื่องจาก ciclosporin เป็นยาที่มีรายงานเรื่องผลข้างเคียงได้บ่อย ไม่ควรให้ยานานเกิน 3-6 เดือน

- **Omalizumab** (ยานอกบัญญัติ) มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยานี้ว่า ได้ผลในการรักษาดีในผู้ป่วยโรคลมพิษเรื้อรัง ยานี้ได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ให้ใช้รักษาผู้ป่วยโรคลมพิษเรื้อรังที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไปที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย H₁-antihistamine อย่างไรก็ตาม ยานี้ยังมีราคาค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการรักษาด้วยวิธีอื่น ในกรณีที่คิดว่ามีข้อบ่งชี้ ควรส่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

3. การรักษาอื่นๆ

3.1 การใช้ยา calamine lotion (บัตูซี ก) ซึ่งเป็นแป้งน้ำผสม menthol เพื่อให้เย็น ใช้ทาบริเวณที่เป็น ผื่นลมพิษช่วยลดอาการคัน ทำให้ผู้ป่วยไม่แคะเกาจนเกิดผิวหนังอักเสบจากการเกา อาจใช้แป้งเย็นหรือผ้าเย็น ประคบบริเวณผื่นลมพิษที่คันก็ได้

3.2 การให้คำอธิบายถึงสาเหตุ กระบวนการเกิด การดำเนิน พยากรณ์ของโรค การดูแลจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคลมพิษเรื้อรังบางรายจะให้ประวัติว่า ความเครียดมีผลทำให้ผื่นเห่อและเป็นรุนแรงขึ้น เชื่อว่า อารมณ์อาจมีผลทำให้มีการเห่อของผื่นลมพิษ แต่ในทางกลับกัน โรคลมพิษก็อาจรบกวนจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยได้มากเช่นกัน ซึ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยก็ควรคำนึงถึงปัจจัยนี้ด้วย (holistic approach) ควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าส่วนใหญ่โรคมักจะไม่รุนแรง จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติไม่วิตกกังวล สอนให้ผู้ป่วยทำใจสงบ ควบคุมจิตใจไม่ให้เร้าร้อนจะช่วยให้อาการของลมพิษสงบลงเร็วขึ้น

การส่งต่อผู้ป่วยให้ผู้เชี่ยวชาญ

ในกรณีแพทย์ทั่วไปที่ให้การรักษามาตามขั้นตอนที่แนะนำ แล้ว ยังไม่สามารถควบคุมอาการของผู้ป่วยได้ แนะนำให้ส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

การพยากรณ์โรค

1. **โรคลมพิษเฉียบพลัน** ส่วนใหญ่มักจะหายเอง ในเวลาเป็นสัปดาห์ ส่วนใหญ่ไม่เกิน 3 สัปดาห์ สำหรับผู้ป่วยชาวไทย มีเพียงการศึกษาเดียวจากโรงเรียนแพทย์ พบว่า ประมาณ 1 ใน 5 หรือ ร้อยละ 21 เมื่อติดตามต่อไป จะกลายเป็นโรคลมพิษเรื้อรัง

2. โรคลมพิษเรื้อรัง

ในผู้ใหญ่ ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มีผื่นลมพิษโดยไม่มีผื่นแองจิโออีดีมาโรคหายภายในเวลา 1 ปี ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่อาจมีผื่นเป็น ๆ หาย ๆ ต่อไปมากกว่า 20 ปี ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีผื่นลมพิษร่วมกับแองจิโออีดีมาหรือมีแต่ผื่นแองจิโออีดีมาอย่างเดียว พบว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคคงอยู่นานกว่า 1 ปี และร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคเป็นนานกว่า 20 ปี โดยภาพรวมของลมพิษเรื้อรังในคนไทยนั้น ในระยะเวลา 1 ปี ประมาณ 1 ใน 3 หรือ ร้อยละ 34.5 มีโรคสงบ (remission) โดยระยะเวลาเฉลี่ยของโรคคือ 390 วัน

ในเด็ก ประมาณร้อยละ 50 มีอาการลมพิษอยู่นานเกิน 1 ปี (เฉลี่ย 16 เดือน) และพบว่าร้อยละ 18.91 โรคสงบภายใน 1 ปี

กลาก (Dermatophytosis)

โดย นพ.เวสสารัช เวสสโกวิท

นิยาม

โรคที่เกิดจากการติดเชื้อรากลาก (dermatophyte) ที่บริเวณผิวหนัง ศีรษะหรือเล็บ

แนวทางการวินิจฉัย

โรคกลากที่ผิวหนัง

อาการที่พบบ่อย	ผื่นคัน เป็นได้ทั้งที่ลำตัว ขาหนีบ ใบหน้า เท้า
อาการแสดงที่พบบ่อย	ผื่นคันมีขอบบริเวณขอบ ผื่นหนังตรงกลางมักปกติ ที่เท้าอาจมีการลอกเป็นขุย หรือเป็นตุ่มน้ำพอง
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญสำหรับการวินิจฉัย	การขูดขอบผื่นไปตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (KOH preparation) พบสาหร่าย (hyphae) หากเป็นกลากที่เท้า ขูดแล้วพบสาหร่ายสีดำ ขนาดไม่สม่ำเสมอ ควรส่งเพาะเชื้อรา

โรคกลากที่ศีรษะ

อาการที่พบบ่อย	เป็นโรคที่มักพบในเด็ก ผมหร่วงเฉพาะจุด บางรายอาจมีฝีหรือหนอง
อาการแสดงที่พบบ่อย	ถ้าอาการแสดงมีน้อย อาจเห็นเส้นผมเปราะหักง่าย ผมหร่วงเฉพาะบริเวณ ถ้าอาการแสดงมาก อาจมีสะเก็ดเหลืองหนาขนาดใหญ่ (scutula) หรือหนังศีรษะเฉพาะบริเวณมีการอักเสบอย่างรุนแรง มีหนอง ต่อมน้ำเหลืองโต ไข้ ผมหร่วง และเกิดเป็นแผลเป็นที่หนังศีรษะ ที่เรียกว่าชันนะตุ (kerion)
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญสำหรับการวินิจฉัย	<ul style="list-style-type: none">- การดูผื่นด้วยการใช้หลอดเรืองแสงที่เรียกว่า Wood's lamp ที่มีช่วงคลื่นอยู่ระหว่าง 320-400 nm และเข็มดูดที่ 365 nm จะให้ผลบวกเป็นการเรืองแสงสีเขียวในกรณีที่เป็นเชื้อ <i>Microsporum spp.</i>- การขูดผื่นไปตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (KOH preparation) พบสาหร่าย (hyphae)- การส่งเพาะเชื้อรา

โรคกลากที่เล็บ

อาการที่พบบ่อย	ไม่ค่อยมีอาการ แต่ผู้ป่วยมักสังเกตเห็นว่าเล็บมีลักษณะผิดปกติ
อาการแสดงที่พบบ่อย	ขุยขาวๆ ใต้เล็บบริเวณส่วนปลายสุด (distal subungual hyperkeratosis) ร่วมกับเล็บแยกจากผิวหนังใต้เล็บ (onycholysis) ขุยขาวๆ เฉพาะบนผิวเล็บ (superficial white onychomycosis) ขุยขาวๆ ใต้เล็บบริเวณส่วนในสุด (proximal white onychomycosis) บ่งว่าผู้ป่วยน่าจะติดเชื้อไวรัส HIV ร่วมด้วย
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญสำหรับการวินิจฉัย	<ul style="list-style-type: none"> - การขูดฝืนไปตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (KOH preparation) พบสาหร่าย (hyphae) - ควรส่งเพาะเชื้อราทุกราย แม้จะมีผลลบลงบ่อย แต่บางครั้งความผิดปกติเกิดจากเชื้อที่ไม่ใช่กลาก ซึ่งมักไม่ตอบสนองต่อการรักษา

การรักษาที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรก

1. **กลากผิวหนัง** หากเป็นเฉพาะที่ ยาที่ควรใช้เป็นอันดับแรก ได้แก่ ยาทาในกลุ่ม azole ได้แก่ clotrimazole (บัญชีก) หรือ ketoconazole cream (บัญชีก) วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ หรือทาจนผิวหนังหายหมดแล้วทาต่ออีก 1 สัปดาห์ การทาต้องทาให้เลเยอร์ขุยออกมาน้อยกว่า 2 ซม. หากเป็นในบริเวณกว้าง อาจพิจารณาให้ยารับประทาน griseofulvin (บัญชีก) 10-20 mg/kg/d 2-4 สัปดาห์ ในผู้ป่วยเด็ก ให้ยาในขนาด 15-20 mg/kg/d 2-4 สัปดาห์ ยา griseofulvin (บัญชีก) อาจทำให้เกิดภาวะแพ้แสงแดด

การรักษาด้วยยาที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับรอง หากฝืนเป็นบริเวณกว้างและไม่ตอบสนองต่อการรักษา พิจารณาใช้ยา itraconazole (บัญชีก) 200 mg/d 1 สัปดาห์ ในผู้ป่วยเด็ก ให้ยาในขนาด 5 mg/kg/d 1 สัปดาห์ ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็น achlorhydria หากมีน้ำหนักตัวเกิน 40 kg พิจารณาใช้ยา terbinafine (ยานอกบัญชีก) 250 mg/d 1 สัปดาห์ ในผู้ป่วยน้ำหนักระหว่าง 20-40 kg ให้ยา 125 mg/d และหากมีน้ำหนักน้อยกว่า 20 kg ให้ยา 62.5 mg/d

การรักษา/ป้องกันด้วยวิธีการอื่นนอกเหนือจากยา ใช้ Whitfield's ointment อาจทำให้จำนวนเชื้อลดลงได้เร็วขึ้น หากสืบพบแหล่งของเชื้อ แล้วรักษาได้ จะลดอัตราเป็นซ้ำ เช่น กลากที่ติดมาจากสัตว์เลี้ยง

2. **กลากที่หนังศีรษะ** ยาที่ควรใช้เป็นอันดับแรก ได้แก่ griseofulvin (บัญชีก) ขนาด 20 mg/kg/d 6-8 สัปดาห์ ในเด็ก ขนาดยา 20-25 mg/kg/d 6-8 สัปดาห์

การรักษาด้วยยาที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับรอง หากไม่ตอบสนองต่อการรักษา พิจารณาใช้ยา itraconazole (บัญชีก) 5 mg/kg/d 4-8 สัปดาห์ ในผู้ป่วยเด็ก ให้ยาในขนาด 3-5 mg/kg/d 6 สัปดาห์ ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็น achlorhydria หากมีน้ำหนักตัวเกิน 40 kg พิจารณาใช้ยา terbinafine (ยานอกบัญชีก) 250 mg/d 2-4

สัปดาห์ ในผู้ป่วยน้ำหนักระหว่าง 20-40 kg ให้ยา 125 mg/d และหากมีน้ำหนักน้อยกว่า 20 kg ให้ยา 62.5 mg/d

การรักษา/ป้องกันด้วยวิธีการอื่นนอกเหนือจากยา ถ้ามีอาการปวดมาก ให้รักษาตามอาการ หากสืบพบแหล่งของเชื้อ แล้วรักษาได้ จะลดอัตราเป็นซ้ำ

3. **กลากที่เล็บมือ**ยาที่ควรใช้เป็นอันดับแรก ได้แก่ itraconazole (บัญชี่ ค) หากน้ำหนักตัวเกิน 50 kg ให้ยาขนาด 200 mg b.i.d. หนึ่งสัปดาห์ หยุดยาสามสัปดาห์ (pulse therapy) แล้วรักษาซ้ำประมาณ 2-3 รอบ หากเป็นที่เล็บเท้ารักษาแบบเดียวกัน 3-6 รอบ ในเด็กให้รักษา 2-3 รอบ โดยขึ้นกับน้ำหนักตัว หากน้ำหนักตัวระหว่าง 40-50 kg ให้ยา 200 mg/d หากน้ำหนักตัวอยู่ระหว่าง 20-40 kg ให้ 100 mg/d หากน้ำหนักตัวน้อยกว่า 20 kg ให้ 5 mg/kg/d ในกรณีผู้ป่วยเป็น achlorhydria พิจารณาใช้ยา terbinafine (ยานอกบัญชี่) 250 mg/d ถ้าเป็นเล็บมืออย่างเดียว รักษา 6 สัปดาห์ ถ้าเป็นเล็บเท้า ให้ยา 12 สัปดาห์ หากเป็นผู้ป่วยเด็ก ขนาดยาเหมือนกลากที่หนังศีรษะ ถ้าเป็นเล็บมืออย่างเดียว รักษา 6 สัปดาห์ ถ้าเป็นเล็บเท้า ให้ยา 12 สัปดาห์

การรักษา/ป้องกันด้วยวิธีการอื่นนอกเหนือจากยา หากสืบพบแหล่งของเชื้อ แล้วรักษาได้ จะลดอัตราเป็นซ้ำ

โรคหิด เหา และโลน (Scabies Pediculosis and Phthiriasis)

โดย ศ.พญ.ศรีศุภลักษณ์ สิงศาลวณิช และ รศ.พญ.อมรศรี ชุณหรัศม์

นิยาม

หิดเป็นโรคที่เกิดจากตัวไร (Sarcoptes scabiei var hominis) ที่แอบซ่อนอยู่ใต้ผิวหนัง ส่วนเหาเกิดจากตัวเหา (Pediculus humanus capitis) ที่แอบซ่อนอยู่ในผมบนศีรษะ สำหรับโลนเกิดจากตัวโลน (Phthirus pubis) มักจะหลบซ่อนอยู่ที่ขนบริเวณหัวหน่าว

แนวทางการวินิจฉัย

โรคหิด

อาการที่พบบ่อย	ผื่นคันทั่วร่างกาย มักคันมากบริเวณซอกนิ้วมือและซอกนิ้วเท้า รักแร้ทั้งสองข้าง สะดือและอวัยวะเพศ มักคันมากตอนกลางคืน จะพบว่าสมาชิกใกล้ชิดในครอบครัวมีอาการและผื่นแบบเดียวกันด้วย
อาการแสดงที่ตรวจพบ	มีตุ่มคันและมีรอยถลอกจากการเกาตามซอกนิ้วมือ ซอกนิ้วเท้าและรักแร้ทั้งสองข้าง สะดือและอวัยวะเพศ อาจพบลักษณะ burrow หรืออุโมงค์ ซึ่งเกิดจากตัวหิดเข้าไปอาศัยอยู่ใต้ผิวหนัง เป็นลักษณะจำเพาะของโรค
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญสำหรับการวินิจฉัย	ตรวจด้วยวิธี Oil preparation โดยขูดจาก burrowหรือจากรอยโรค ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ จะพบตัวหิด ไข่หิดและอุจจาระหิด ถ้าผลชุดเชื้อ negative ไม่สามารถ rule out โรคหิดได้

โรคเหา

อาการที่พบบ่อย	เป็นโรคที่มักพบในเด็ก จะมีอาการคันศีรษะ บางรายเกาจนผิวหนังถลอกและมีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน เช่น มีฝีที่ศีรษะ
อาการแสดงที่ตรวจพบ	ตรวจพบตัวเหาหรือไข่เหาสีขาวเกาะติดบนเส้นผม
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญสำหรับการวินิจฉัย	ตรวจพบตัวเหาหรือไข่เหาเกาะติดบนเส้นผม

โรคโលน

อาการที่พบบ่อย	มีอาการคันบริเวณที่มีตัวโលนอยู่
อาการแสดงที่พบ	มีตุ่มคันบริเวณอวัยวะเพศ รักแร้และเปลือกตา อาจพบการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญสำหรับการวินิจฉัย	ตรวจพบตัวโលนที่เกาะติดที่ขนบริเวณอวัยวะเพศ อาจพบที่รักแร้และขนตา สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า

การรักษา

หลักสำคัญในการดูแลโรคทั้ง 3 โรค คือการกำจัดตัวหิด ตัวเหา ไข่เหาและตัวโលน ในผู้ป่วยและผู้สัมผัสใกล้ชิดทุกคน นอกจากการใช้ยาแล้วยังต้องดูแลกำจัด หิด เหา ไข่เหาและตัวโលนที่ติดอยู่ตามเครื่องนุ่งห่ม ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัว ปลอกหมอน ผ้าปูที่นอน อุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัว หวีและรองเท้าเป็นต้น ต้องกำจัดไปพร้อมๆกับการทายา ทำต่อเนื่องอย่างน้อย3-7วัน

หิด ยาที่ใช้ได้แก่

1. 25% Benzyl benzoate (บัญญัติ ก) ใช้ทาในผู้ใหญ่ การทายาตั้งแต่คอลงมาให้ทั่วตัว ทาทิ้งไว้ 8-12 ชั่วโมง แล้วล้างออก ต้องทายาซ้ำอีกภายใน 1 สัปดาห์ เพื่อฆ่าไข่ที่จะฟักเป็นตัว ยานี้มีข้อดีคือ ราคาถูก แต่ไม่ควรใช้ในเด็กเล็กเพราะจะทำให้แสบและระคายต่อผิวหนัง
2. 10% sulfur ointment หรือ ซี้ผึ้งกำมะถัน (บัญญัติ ก) ใช้สำหรับทารก เด็กเล็กและหญิงตั้งครรภ์ การทาให้ทาหลังอาบน้ำเช็ดตัวให้แห้งตั้งแต่คอลงมาให้ทั่วตัว รวมทั้งซอกนิ้วมือ นิ้วเท้า รักแร้ อวัยวะเพศ สะดือ ทาทิ้งไว้ 24 ชั่วโมง หากต้องล้างทำความสะอาดก็ต้องทาใหม่ติดต่อกัน3วัน หลังจาก นั้นให้ทำซ้ำอีกหนึ่งสัปดาห์
3. 5% Permetrin cream (บัญญัติ ก) เป็นยาที่รักษาโรคหิดในเด็กที่ปลอดภัย ใช้ได้อายุตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป ทาทิ้งตัวตั้งแต่คอจรดเท้าครั้งเดียว
4. Ivermectin (บัญญัติ ข) รับประทานขนาด 200 ไมโครกรัม/กิโลกรัม 2 ครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ยาชนิดนี้ห้ามใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร

เหา

ยาที่ใช้คือ 25% Benzyl Benzoate (บัญญัติ ก) หรือ 1% permethrin lotion (บัญญัติ ก) ทาให้ทั่วศีรษะทิ้งไว้ 8-24 ชั่วโมงแล้วล้างออก ใช้หวีเสียดสายเอาไข่ออก ทายาซ้ำอีกภายใน 1 สัปดาห์ เพื่อทำลายตัวที่อาจฝักออกจากไข่ที่ยังไม่ตาย ไข่เหาให้หมักน้ำส้มสายชูแล้วใช้หวีเสียดสายออกจนกว่าจะหมด

โលน

ที่อวัยวะเพศใช้ยา 25% Benzyl Benzoate (บัญญัติ ก) ทาอวัยวะเพศ ทิ้งไว้ 8-24 ชั่วโมงแล้วล้างออก โលนที่ขนตาให้ใช้วิธีจับออกหรือตัดขนทิ้ง

โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis)

โดย พญ.ณัฐภา รัชตะนาวิณ

ปรับปรุงจาก CPG psoriasis 2011 สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย

นิยาม

โรคสะเก็ดเงิน (psoriasis) เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของผิวหนัง ลักษณะสำคัญคือ ผื่นแดงนูน ขุยหนา อาจมีอาการคัน โรคนี้เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันหลังสารกระตุ้นการอักเสบที่สำคัญคือสาร TNF alpha ไปกระตุ้นเซลล์ผิวหนังให้แบ่งตัวเร็วขึ้น พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรค

โรคสะเก็ดเงินพบร่วมกับโรคในระบบอื่นๆ ในร่างกายหลายระบบ เช่น โรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน (psoriatic arthritis), metabolic syndrome, inflammatory bowel disease เป็นต้น

ระบาดวิทยา

โรคสะเก็ดเงินพบได้ประมาณร้อยละ 1-2 ของประชากรทุกเชื้อชาติ ในคนเอเชียอุบัติการณ์มีแนวโน้มต่ำกว่า อัตราการเกิดโรคเท่ากันทั้งเพศชายและเพศหญิง การศึกษาในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินจำนวน 2,400 ราย พบความชุกในการเกิดโรคมียุค 2 ช่วงคือช่วงอายุน้อย (22.5 ปี) และอายุมาก (55 ปี) ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่แสดงอาการของโรคตั้งแต่อายุน้อยมักจะพบมีความรุนแรงของโรคมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุมากและพบมีโอกาสที่คนในครอบครัวจะเป็นโรคสะเก็ดเงินด้วย

ประเภทของโรคสะเก็ดเงิน

Plaque psoriasis

พบบ่อยที่สุด ประมาณร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยทั้งหมด รอยโรคมีลักษณะเป็นผื่นแดงหนา ขอบเขตชัดเจน สะเก็ดหนา ขุยมาก ขนาดตั้งแต่ 1 เซนติเมตรขึ้นไป พบบ่อยบริเวณหนังศีรษะ ลำตัว ก้นและแขนขาทั้งสองข้าง โดยเฉพาะบริเวณ extensor เช่น ข้อศอก เข่า เป็นต้น ประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมีความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง เพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่มีความรุนแรงปานกลางถึงมาก คือมีรอยโรคทั่วร่างกายมากกว่าร้อยละ 10 ของพื้นที่ผิวร่างกายทั้งหมด หรือมีรอยโรคในตำแหน่งที่สำคัญ เช่น มือ เท้า หน้า และอวัยวะเพศ เป็นต้น

Guttate psoriasis

เป็นสะเก็ดเงินที่มีรอยโรคเป็นตุ่มแดง มีขุย (fine scale) ตุ่มมีขนาดเล็กไม่เกิน 1 เซนติเมตร บริเวณลำตัว ต้นแขน ต้นขา พบได้น้อยกว่าร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยมักมีอายุน้อยกว่า 30 ปี และอาจมีประวัติการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โดยเฉพาะ group A beta-hemolytic streptococci นำมาก่อนประมาณ 2-3 สัปดาห์ Guttate psoriasis อาจเป็นอาการครั้งแรกของผู้ป่วย หรือเป็นการเห่อในผู้ป่วย plaque psoriasis ที่มีอาการมานานก็ได้

Pustular psoriasis

พบน้อยกว่า 1 % ของผู้ป่วยทั้งหมด รอยโรคมีลักษณะเป็นตุ่มหนอง แบ่งได้เป็น

- Generalized pustular หรือ acute generalized variant (von Zumbusch variant) เป็นโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงที่มีตุ่มหนอง กระจายทั่วผิวหนังที่มีการอักเสบแดง

- Localized pustular variant มักพบบริเวณ ฝ่ามือ ฝ่าเท้า โดยอาจมี plaque psoriasis ร่วมด้วยได้

Erythrodermic psoriasis

พบน้อยกว่า 1 % ของผู้ป่วยทั้งหมด รอยโรคมีลักษณะแดงลอกเกือบทั่วพื้นที่ผิวทั้งหมดของร่างกาย อาจเริ่มจาก plaque psoriasis หรือเกิดได้ทันที อาจพบ ไข้สูง หนาวสั่น อ่อนเพลีย และการสูญเสียน้ำและโปรตีนในร่างกาย (dehydration and hypoalbuminemia) ร่วมด้วยได้

Inverse psoriasis

คือสะเก็ดเงินที่มีรอยโรคในบริเวณซอกพับของร่างกาย ได้แก่ รักแร้ บริเวณอวัยวะเพศ ขาหนีบ และใต้ราวนม เป็นต้น เนื่องจากบริเวณเหล่านี้มีความชุ่มชื้นสูง จึงพบมีขุยหรือสะเก็ดไม่มาก

Psoriatic nails

ความผิดปกติของเล็บพบในโรคสะเก็ดเงินทุกประเภท พบที่นิ้วมือได้ร้อยละ 50 ในขณะที่นิ้วเท้าพบได้ร้อยละ 35 ของผู้ป่วยทั้งหมด ความผิดปกติได้แก่ pitting, onycholysis, subungual hyperkeratosis และ oil-drop sign สำหรับกลุ่มข้ออักเสบสะเก็ดเงิน (psoriatic arthritis) อาจพบความผิดปกติที่เล็บได้ถึงร้อยละ 90

Psoriatic arthritis

คือการอักเสบของข้อที่เกิดจากโรคสะเก็ดเงิน มีความสำคัญเนื่องจากการอักเสบของข้อในโรคสะเก็ดเงินมักทำให้เกิดการพิการผิดรูปได้บ่อย อุบัติการณ์แตกต่างกันมากตามกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษาข้อมูลพบได้ร้อยละ 1-40 ของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

การวินิจฉัย อาศัยประวัติและการตรวจร่างกายเป็นหลัก

การประเมินความรุนแรงของโรค

- The Psoriasis Area and Severity Index (PASI) เป็นการประเมินความรุนแรงของผื่นจาก body surface area involvement, erythema, induration and scaling ของผื่นในส่วนต่างๆของร่างกาย
 - Body surface area (BSA) เป็นการประเมินความรุนแรงของผื่นโดยดูพื้นที่รอยโรค กำหนดให้ 1 ฝ่ามือของผู้ป่วยเป็นร้อยละ 1 ของพื้นที่ผิวหนังทั้งหมด
 - Dermatology Life Quality Index (DLQI) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนัง
- แบ่งความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินดังนี้**
- Mild psoriasis หมายถึง พื้นที่รอยโรค $\leq 10\%$ body surface area (BSA), PASI ≤ 10 , DLQI ≤ 10
 - Moderate to severe psoriasis หมายถึง พื้นที่รอยโรค $>10\%$ BSA, PASI > 10 , DLQI > 10
 - ผื่นสะเก็ดเงินที่ใบหน้า มือและเท้า รวมทั้งอวัยวะเพศ แม้พื้นที่ของรอยโรคจะน้อยกว่า 10% แต่หากส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะจัดอยู่ในกลุ่ม moderate to severe psoriasis

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางพยาธิวิทยา พยาธิสภาพของผื่นสะเก็ดเงินจะมีลักษณะเฉพาะ แต่ไม่จำเป็นต้องทำการตรวจทุกราย จะทำในกรณีที่มีปัญหาในการวินิจฉัยแยกโรค

การตรวจต่อไปนี้จะเลือกทำเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการ หรือข้อบ่งชี้

1. ย้อมสีกรัมและเพาะเชื้อแบคทีเรีย ถ้ามีตุ่มหนอง
2. ถ้ามีอาการข้ออักเสบควรส่งตรวจทางรังสีและตรวจหา rheumatoid factor เพื่อแยกโรค rheumatoid arthritis
3. ในรายที่มีอาการรุนแรง เชียบพลันหรือมีปัจจัยเสี่ยง ควรเจาะ anti HIV antibody

การตรวจหาโรคที่เกิดร่วมกับโรคสะเก็ดเงิน (Medical comorbidities associated with psoriasis)

Metabolic syndrome: ประกอบด้วย obesity, diabetes mellitus, dyslipidemia (hypertriglyceridemia and low high-density lipoprotein) และ hypertension พบว่าผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมีอุบัติการณ์ มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคสะเก็ดเงินและนำไปสู่ cardiovascular disease ดังนั้นจึงควรตรวจร่างกาย วัดความดัน วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และเจาะเลือด ได้แก่ fasting blood sugar, lipid profiles เพื่อหาโรคในกลุ่ม metabolic syndrome ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

การรักษาโรคสะเก็ดเงิน

โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่ทราบสาเหตุชัดเจน การรักษาจึงเป็นการผสมผสานวิธีการหลากหลาย (combination therapy) แพทย์ผู้รักษาจำเป็นต้องทราบข้อดีข้อเสีย และประสิทธิภาพของแต่ละวิธี และมีการหมุนเวียนวิธีการรักษา (rotational therapy) เพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงจากการใช้ยาแต่ละประเภท

1. การรักษาตามมาตรฐาน (Standard treatment)
 - 1.1. ยาทาภายนอก
 - 1.2. ยารับประทาน
 - 1.3. การใช้แสงแดดเทียม (Phototherapy, Photochemotherapy)
 - 1.4. ยาฉีดกลุ่มชีวภาพ
2. การรักษาประคับประคอง (Supportive treatment)
3. การประคับประคองทางจิตใจ (Psychotherapy)

ประสิทธิภาพการรักษามักประเมินโดยใช้ PASI 75 คือ PASI ลดลง 75% ของ PASI ก่อนการรักษา

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแก่ผู้ป่วยและญาติ (Education)

- โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีอาการเด่นทางผิวหนังอักเสบ ไม่สามารถรักษาหายขาดได้แต่สามารถควบคุมโรคได้ ในบางกรณีอาจมีผื่นตลอดชีวิต และโรคมีการกำเริบเป็นช่วงๆ
- โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคไม่ติดต่อ
- ควรหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้โรคกำเริบเช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ การแกะเกา และรบกวนผิวหนังในลักษณะต่างๆ ผิวไหม้แดงจากแสงแดด และ ความเครียด (stress) เป็นต้น

- ภาวะติดเชื้อทำให้โรคกำเริบขึ้นได้
- ยาบางชนิด สามารถกระตุ้นให้โรคกำเริบได้เช่น ยาด้านมาลาเรีย ยาลดความดันโลหิตกลุ่ม beta-blocker, ยา lithium
- วิธีการรักษาแต่ละวิธีมีข้อดี ผลข้างเคียง ประสิทธิภาพ และข้อควรระวังแตกต่างกัน

การรักษาด้วยยาทา (Topical therapy)

ยาทาที่มีใช้ในประเทศไทยและอยู่ในบัญชียาหลักปัจจุบัน ได้แก่

1. Corticosteroids
2. Tar
3. Dithranol (Anthralin)
4. Calcipotriol
5. Calcineurin inhibitor
6. Salicylic acid

1. ยาทาในกลุ่มสเตียรอยด์ (Topical steroids)

กลไกการออกฤทธิ์

- ลดการอักเสบ และลดการแบ่งตัวของเซลล์ผิวหนัง โดยจับกับ glucocorticoid receptors

วิธีใช้

- ยาทาในกลุ่มสเตียรอยด์ มีหลายระดับความแรงของการออกฤทธิ์ให้เลือกใช้ การเลือกใช้ยาชนิดใดนั้นควรพิจารณาจากตำแหน่งของรอยโรค ยาที่มีฤทธิ์อ่อนจะได้ผลการรักษาน้อยกว่าชนิดที่มีฤทธิ์แรงกว่า แต่ยาที่มีฤทธิ์แรงจะใช้ได้บางบริเวณของร่างกาย และควรใช้ในช่วงสั้นๆเท่านั้น
- ยาที่มีฤทธิ์อ่อนอาจทาวันละ 1-2 ครั้งทุกวัน
- ยาที่มีฤทธิ์แรงควรทาวันละ 2 ครั้งต่อเนื่องกันไม่เกิน 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นอาจทาวันเว้นวัน หรือสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เพื่อควบคุมโรค

ประสิทธิภาพ

เมื่อรักษาแบบ monotherapy ยาทาระดับความแรงปานกลางจะได้ประสิทธิภาพการรักษาที่ดีที่สุด สำหรับยาทาที่มีฤทธิ์แรงจะมีประสิทธิภาพดีในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการรักษา^(12, 13) (คุณภาพหลักฐานระดับ 1 ระดับคำแนะนำระดับ A)

ผลข้างเคียงและข้อควรระวัง

- ผิวหนังบางลง
- เกิดรอยแตกของผิวหนัง (Striae) ซึ่งต้องระวังเป็นอย่างยิ่งบริเวณรักแร้ ขาหนีบ และซอกเร้น ต่างๆ
- ยาถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดเกิดการกดการทำงานของต่อมหมวกไต หากใช้เป็นบริเวณกว้างต่อเนื่องนานกว่า 2 สัปดาห์
- การใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลง (Tachyphylaxis)⁽¹⁴⁾

- การใช้ยา topical steroid class I ทาต่อเนื่องกันไม่ควรทาติดต่อกันนานเกิน 2-4 สัปดาห์ และไม่ควรใช้ปริมาณเกิน 50 กรัมต่อสัปดาห์⁽¹⁵⁾

2. น้ำมันดิน (Tars) (บัญชี ก) คุณภาพหลักฐานระดับ 2 ระดับคำแนะนำระดับ B

กลไกการออกฤทธิ์

- กดการสร้าง DNA ในชั้นหนังกำพร้า
- ลดอาการอักเสบ

วิธีใช้

ใช้น้ำมันดินอย่างเดียว

- Tar bath ใช้ coal tar solution ผสมน้ำ ให้ผู้ป่วยแช่นาน 10 นาที
- ทาด้วย Tar cream หรือ ointment บนผื่น ซึ่งต้องระวังการระคายเคืองบริเวณข้อพับและ บริเวณอวัยวะเพศ (genital area)
- ห้างศีรษะ สระด้วย Tar shampoo

ใช้น้ำมันดินร่วมกับการรักษาอื่น

- ใช้ร่วมกับยาทาคอร์ติโคสเตียรอยด์
- แช่ tar bath 15-30 นาทีตามด้วยการฉาย UVB หรืออาบแดด
- การรักษาแบบ Goeckerman คือ ใช้น้ำมันดินทาทั้งตัว ทิ้งไว้ประมาณ 8-12 ชั่วโมง แล้วล้างยาออกตามด้วยการฉาย UVB

ประสิทธิภาพ

ให้ผลการรักษาดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ placebo⁽¹⁶⁾

ผลข้างเคียงและข้อควรระวัง

- รุขุมขนอักเสบ (folliculitis)
- ผื่นหนังระคายเคือง (irritant contact dermatitis)
- ผื่นหนังอักเสบจากการแพ้ (allergic contact dermatitis)
- เปราะเปื้อนเสื้อผ้า และมีกลิ่นเหม็น

3. Anthralin (Dithranol) (บัญชี ก) คุณภาพหลักฐานระดับ 3 ระดับคำแนะนำระดับ C

กลไกการออกฤทธิ์

- กดการแบ่งตัวของเซลล์ชั้นหนังกำพร้า

วิธีใช้

- การรักษาแบบ short contact คือทา anthralin ทิ้งไว้ 15-30 นาที ถ้าไม่มีอาการระคายเคืองให้เพิ่ม ความเข้มข้นขึ้นได้เรื่อยๆ แล้วเช็ดออกด้วยน้ำมันมะกอกถ้าใช้ในรูปแบบขี้ผึ้ง หากใช้ยาในรูปครีมสามารถใช้ น้ำเปล่าล้างออกได้

- การรักษาแบบ Ingram คือใช้น้ำมันดิน ทาบริเวณผื่นแล้วตามด้วยการฉายรังสี UVB และทา anthralin ก่อนนอน

ประสิทธิภาพ

การรักษาแบบ short contact therapy สามารถทำให้รอยโรคดีขึ้นร้อยละ 10-72⁽¹⁷⁾

ผลข้างเคียงและข้อควรระวัง

- มีการระคายเคืองของผิวหนัง
- เปราะเปื้อนเสื้อผ้า
- ทำให้รอยโรคและผิวหนังปกติมีสีคล้ำเข้มขึ้น

4. **กลุ่ม Vitamin D₃ analogues:** calcipotriol (บัญชี่ ง), calcitriol (ยานอกบัญชี่), tacalcitol (ยานอกบัญชี่), maxacalcitol (ยานอกบัญชี่) คุณภาพหลักฐานระดับ 1 ระดับคำแนะนำระดับ A

กลไกการออกฤทธิ์

- จับกับ vitamin D receptors
- ทำให้การ differentiation ของเซลล์กลับสู่ภาวะปกติ

วิธีใช้

ใช้ Calcipotriol อย่างเดียว

- สำหรับผื่น psoriasis ชนิด plaque ทาวันละ 2 ครั้ง
- ควรหลีกเลี่ยงพื้นที่หน้าและบริเวณข้อพับ

ใช้ร่วมกับการรักษาอื่น

- ใช้ร่วมกับยาทาคอร์ติโคสเตียรอยด์จะช่วยลดการระคายเคืองจาก calcipotriol และเสริมประสิทธิภาพของการรักษา แต่ห้ามทาในเวลาเดียวกัน
- ใช้ ร่วมกับ UVB หรือ PUVA

ประสิทธิภาพ

ผลการรักษาที่ 8 สัปดาห์ ของผู้ป่วยสองในสามในระดับดีถึงดีมาก⁽¹⁸⁾

ผลข้างเคียงและข้อควรระวัง

- ผิวหนังระคายเคือง
- เกิดภาวะ hypercalcemia ได้⁽¹⁹⁾ ดังนั้นไม่ควรใช้เกิน 100 กรัม/สัปดาห์

5. **Calcineurin inhibitors:** tacrolimus (ยานอกบัญชี่), pimecrolimus (ยานอกบัญชี่) คุณภาพหลักฐานระดับ 2 ระดับคำแนะนำระดับ B

กลไกการออกฤทธิ์

- จับกับ FK506-binding protein มีผลทำให้ลดการสร้าง cytokine ที่ทำให้เกิดการอักเสบ

วิธีใช้

- ทาบริเวณรอยโรค 2 ครั้งต่อวัน ได้ผลดีเฉพาะรอยโรคบริเวณใบหน้าและซอกพับต่างๆ ได้ผลไม่ดีสำหรับโรคสะเก็ดเงินชนิดแผ่นหนา (plaque type)

ประสิทธิภาพ

ในการรักษา facial and flexural psoriasis ให้ผลการรักษาในระดับดีสูงกว่ากลุ่มที่ใช้ยาหลอก^(20, 21)

ผลข้างเคียงและข้อควรระวัง

- ระคายเคืองบริเวณที่ทายา
- ควรใช้อย่างระมัดระวังในผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 2 ปี

6. Salicylic acid (บัญชี ก) การใช้ร่วมกับยาอื่นให้ดูหลักฐานตามตารางที่ 1

กลไกการออกฤทธิ์

-ทำให้มีการหลุดลอกของเซลล์ผิวหนัง

วิธีใช้

- Salicylic acid มักผสมร่วมกับยาทาชนิดอื่นๆ ซึ่งจะทำให้ผลการรักษาดีขึ้นเนื่องจากทำให้การซึมผ่านของยาทาชนิดอื่นผ่านเข้าผิวหนังดีขึ้น ใช้ทาบริเวณรอยโรควันละ 1-2 ครั้ง

ผลข้างเคียงและข้อควรระวัง

- หากทาปริมาณมากกว่าร้อยละ 20 ของพื้นที่ผิวทั่วร่างกายมีโอกาสดูดซึมเข้าสู่ร่างกายก่อให้เกิดพิษได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคตับและโรคไต
- การทา Salicylic acid ก่อนฉายแสง UVB จะลดประสิทธิภาพของการฉายแสงลง
- ไม่ควรใช้ในเด็ก

การรักษาด้วยยาที่ออกฤทธิ์ทั่วร่างกาย (Systemic therapy)

ในปัจจุบันมียาหลายชนิดที่ถูกนำมาใช้รักษาสะเก็ดเงิน แบ่งเป็นกลุ่มได้ดังนี้

ยากลุ่มหลัก

1. Methotrexate
2. Retinoid
3. Cyclosporine

ยากลุ่มรอง

1. Sulfasalazine
2. Hydroxyurea
3. Mycophenolate mofetil
4. 6-Thioguanine
5. Fumaric acid esters

สำหรับในแนวทางการรักษาโรคสะเก็ดเงินนี้จะกล่าวถึงเฉพาะรายละเอียดของยากกลุ่มหลักดังนี้

1. **Methotrexate** (บัญชี่ ซี) คุณภาพหลักฐานระดับ 2 ระดับคำแนะนำระดับ B

แนะนำให้ใช้เป็นยาลำดับแรกในการรักษาผู้ป่วยที่เป็นสะเก็ดเงินรุนแรง ปานกลาง และรุนแรงมากเนื่องจากประสิทธิภาพการรักษาดี

กลไกการออกฤทธิ์

- ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ dihydrofolate reductase
- ยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์ผิวหนังโดยยับยั้งการสร้าง DNA
- ลดการอักเสบ

ข้อบ่งชี้

- Severe plaque type psoriasis > ร้อยละ 10 ของพื้นที่ผิวหนัง
- Psoriatic arthritis
- Psoriatic erythroderma
- Pustular psoriasis
- Severe palmoplantar psoriasis ที่ไม่ตอบสนองต่อยาทา

ข้อห้ามใช้และข้อควรระวัง

- หญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร (ห้ามใช้อย่างเด็ดขาด)
- ต้องคุมกำเนิดชายและหญิงในระหว่างการรักษาและหลังหยุดยาแล้ว 3 เดือน
- ห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง, ติดเชื้อ HIV
- ผู้ป่วยที่มี renal insufficiency, เบาหวาน อ้วน
- ผู้ป่วยวัณโรคระยะแสดงอาการ
- โรคตับอักเสบระยะแสดงอาการและระยะสงบ
- ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางชีวเคมีของตับ
- ผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มเหล้าจัด
- ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางภูมิคุ้มกัน
- ผู้ป่วยซึ่งไม่ยินยอม และ ผู้ป่วยซึ่งแพทย์สงสัยว่าไม่เข้าใจวิธีใช้ยา

วิธีใช้

- เริ่มให้รับประทานยา 2.5-5 มก. 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นเพิ่มขนาดยาขึ้น สัปดาห์ละ 2.5-5 มก. สูงสุดไม่ควรเกิน 15-25 มก.ต่อสัปดาห์ ควรรับประทานยา สัปดาห์ละครั้งเดียวหรือแบ่งให้เป็น 3 ครั้งห่างกัน 12 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ เพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงต่อตับในระยะยาว
- การให้ folic acid ร่วมด้วย จะช่วยลดผลข้างเคียง เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน และลดอันตรายต่อตับ ขนาดยา folic acid ตั้งแต่ 1-5 มก. ต่อวัน หรือ ต่อสัปดาห์
- หากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก การฉีดยา methotrexate เข้าชั้นกล้ามเนื้อหรือไขมันใต้ผิวหนัง ในขนาด เท่ากับยารับประทานต่อสัปดาห์ จะลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้

ประสิทธิภาพ

ลดความรุนแรงของผื่น psoriasis ได้อย่างน้อยร้อยละ 50 ในร้อยละ 75 ของผู้ป่วยภายหลังการรักษา 16 สัปดาห์

การติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ

- ตรวจ complete blood count (CBC), BUN, creatinine, liver function test, hepatitis B,C profile, anti HIV ก่อนให้ยา
- สัปดาห์ที่สองหลังรับประทานยาตรวจ complete blood count (CBC), AST, ALT หลังจากนั้นควรตรวจเป็นระยะประมาณ 4-6 ครั้งต่อปี หรือถี่กว่านั้นถ้ามีผลการตรวจที่ผิดปกติ
- ตรวจภาพรังสีปอดก่อนให้ยา และตรวจเป็นระยะทุก 1-2 ปี หากได้รับยาต่อเนื่อง
- ในผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง พิจารณาทำ liver biopsy หลังได้รับยาสะสม 3.5-4 กรัม
- ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง หลังจากได้ยาต่อเนื่องมากกว่า 1-1.5 กรัม ควรพิจารณาทำ liver biopsy และควรทำ liver biopsy ซ้ำเมื่อได้รับยาเพิ่มขึ้นทุก 1 กรัม หากผู้ป่วยไม่ยินยอมให้ทำ liver biopsy ควรพิจารณาเปลี่ยนการรักษา
- การทำ fibroscan และ/หรือ Amino-terminal peptide of procollagen III (PIIINP) (ปัจจุบันยังไม่มี การตรวจนี้ในประเทศไทย) ทุก 6-12 เดือน หลังการรักษาสามารถใช้เป็น marker ติดตามภาวะ liver fibrosis ได้ และช่วยลดการทำ liver biopsy

ผลข้างเคียง ในกรณีได้รับยาขนาดมาตรฐาน

- คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน
- คันตามผิวหนัง ลมพิษ ผม่ว่ง
- การสร้างไขจากรังไข่ผิดปกติ
- ประจำเดือนผิดปกติ
- ไวต่อแสงแดด (reactivation of sunburn response)

ผลข้างเคียง ในกรณีได้รับยาขนาดสูงกว่ามาตรฐาน

- มีแผลในปาก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดินมาก
- กดไขกระดูกทำให้เม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือดต่ำมีโอกาสเกิดการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น
- ปวดศีรษะ ไข้ หนาวสั่น
- แผลบริเวณผิวหนังสะเก็ดเงิน
- ปัสสาวะเป็นเลือด กระเพาะปัสสาวะอักเสบ พบความผิดปกติทางไต (nephropathy)
- ตับแข็ง ซึ่งสัมพันธ์กับปริมาณยาสะสม และ fatty liver ของผู้ป่วย

ข้อควรระวัง

- รับประทาน methotrexate ในเลือดจะเพิ่มขึ้นถ้าให้ร่วมกับ alcohol, salicylates, cotrimoxazole, trimethoprim, probenecid, phenytoin, retinoids, pyrimethamine และ furosemide

- กรณีเกิดพิษจากการได้รับ methotrexate เกินขนาด (acute methotrexate toxicity) แก้ไขได้ด้วยการให้ leucovorin 20 มก. (10 มก./ตารางเมตร) รับประทานหรือฉีดเข้าเส้นทุก 6 ชม.

Pregnancy category X

2. **Retinoids** (ยานอกบัญชียา) คุณภาพหลักฐานระดับ 2 ระดับคำแนะนำระดับ B
แนะนำให้ใช้เป็นยาลำดับแรกในการรักษาผู้ป่วยที่เป็นสะเก็ดเงินชนิดตุ่มหนองหรือใช้ร่วมกับการรักษาแบบอื่นในการรักษาผู้ป่วยสะเก็ดเงินชนิดผื่นหนาความรุนแรงปานกลาง และรุนแรงมาก

กลไกการออกฤทธิ์

- จับกับ retinoic acid receptor
- ทำให้ differentiation ของเซลล์ผิวหนังกลับสู่สภาวะปกติ

ข้อบ่งชี้

- Pustular psoriasis ตอบสนองต่อการรักษาดีที่สุด
- Extensive plaque type psoriasis ให้ใช้ร่วมกับการรักษาอื่น
- Erythrodermic psoriasis ให้เป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษา

ข้อห้ามใช้และข้อควรระวัง

- ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์และให้นมบุตร
- ผู้ป่วยหญิงในวัยเจริญพันธุ์ (แต่อาจใช้ได้ถ้า การรักษาอื่น ๆ ไม่ได้ผล และผู้ป่วยยินดีที่จะคุมกำเนิดขณะ รับประทานยาและ หลังจากหยุดยาแล้ว 3 ปี)
- ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง
- ผู้เป็นโรคตับ เช่น ตับแข็ง ไวรัสตับอักเสบบี ผล liver function test ผิดปกติ
- มีความผิดปกติของไต

วิธีใช้

ใช้ชนิดเดี่ยว

- Acitretin ขนาด 0.5-1 มก/กก/วัน เมื่ออาการดีขึ้น ให้ลดขนาดลงเหลือ 0.25-0.5 มก/กก /วัน และให้ต่อ ประมาณ 3 เดือนหลังจากนั้นควรพิจารณาที่จะหยุดยา

ใช้ร่วมกับการรักษาอื่น

- ใช้ร่วมกับ UVB หรือ PUVA โดยให้ใช้ยาในขนาด 0.25-0.5 มก/กก/วันก่อนการฉายแสง 5-14 วันจะทำให้ประสิทธิภาพการรักษาดีขึ้นมาก

ประสิทธิภาพ

เมื่อรักษาแบบ monotherapy พบว่าให้ผลการรักษาดี⁽²²⁾

การติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ

- ตรวจ complete blood count, liver function test, cholesterol, triglyceride, HDL ก่อนการรักษา
- Pregnancy test
- ระหว่างการรักษา ควรเจาะ liver function test และ ไขมันในเลือดทุก 1-3 เดือน

- ภาวะที่มี triglyceride สูงขึ้นสามารถแก้ไขได้โดยงดอาหารมันและอาหารจำพวกแป้ง มีผู้ป่วยน้อยรายที่จำเป็นต้องใช้ยาลดไขมันในเลือด หากระดับ triglyceride ในเลือดสูงถึง 800 mg/dl ควรพิจารณาหยุดยา
- ควรตรวจ bone density เพื่อประเมินความหนาแน่นของกระดูกผู้ป่วยในกรณีที่ต้องให้ยาติดต่อกันเป็นเวลานานหลายปี
- ต้องให้เห็นใบรับทราบผลข้างเคียง (ทั้งผู้ป่วยหญิงและชาย)

ผลข้างเคียง

- Cheilitis (100%), เยื่อบุจมูกแห้ง, ตาแห้ง, ผอมร่วง (20-50%), ผิวแห้ง(100%), ฝ่ามือฝ่าเท้าลอก, ผิวถลอกซ้ำ (bruising), ปลายนิ้วลอก, เล็บเปราะ(20%), กระจายน้ำ, เลือดกำเดาออก ผลข้างเคียงเหล่านี้ขึ้นกับปริมาณยา และอาการเหล่านี้จะหายไป เมื่อลดขนาดหรือหยุดยา
- ตับอักเสบ สัมพันธ์กับขนาดยา
- ไขมันในเลือดสูงขึ้นในระหว่างรับประทานยาโดยเฉพาะไตรกลีเซอไรด์
- อาการปวดกล้ามเนื้อ
- ทำให้ทารกพิการได้สูง (teratogenicity) เนื่องจากยาสะสมในชั้นไขมันได้ จึงต้องควบคุมไม่ให้ตั้งครรภ์ขณะรับประทานยาและต้องคุมกำเนิดต่อหลังหยุดยาอย่างน้อย 3 ปี
- ในระยะยาว อาจทำให้พบหินปูนไปจับที่เอ็นเกิดภาวะกระดูกงอก (spur) และเกิด DISH syndrome (Diffuse Interstitial Skeletal Hyperostosis)
- มีการเสื่อมของกระดูก(degenerative spondylosis) เกิดภาวะกระดูกพรุน(osteoporosis)
- ในผู้ป่วยเด็กอาจเกิดการปิดของกระดูกก่อนกำหนด (premature epiphyseal plate closure)

Pregnancy category X

3. Cyclosporine A (CyA) (บัญชี่ ง) คุณภาพหลักฐานระดับ 2 ระดับคำแนะนำระดับ B

กลไกการออกฤทธิ์

- จับกับ cyclophilin มีผลยับยั้ง calcineurin ทำให้ลดการสร้าง cytokine ที่เกี่ยวข้องกับอาการอักเสบ
- ยับยั้งภูมิคุ้มกันของร่างกาย (immunosuppressive properties)

ข้อบ่งชี้

- Psoriatic erythroderma
- ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองการรักษาด้วย methotrexate และ acitretin

ข้อห้ามใช้และข้อควรระวัง

- หญิงตั้งครรภ์, ให้นมบุตร
- ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของไต
- ผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูง
- ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง
- ผู้ป่วยที่เคยได้ยาหรือสารอื่นที่เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งผิวหนัง เช่น สารหนู
- ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง

วิธีใช้

- ระยะแรก: ควรเริ่มด้วยขนาด 3-5 มก/กก/วัน ให้ครั้งเดียวหรือแบ่งเป็น 2 ครั้ง ถ้าไม่ดีขึ้นภายใน 1-3 เดือน สามารถเพิ่มขนาดยาได้ แต่ไม่ควรเกิน 5 มก/กก/วัน
- Maintenance: ถ้าผื่นดีขึ้นสามารถลดขนาดลงได้ถึง 0.5-1 มก/กก แต่ส่วนมากอยู่ที่ขนาด 2.5-3 มก/กก/วัน ระยะเวลาการรักษาไม่ควรเกิน 2 ปี ถ้าใช้ Cy A 5 มก/กก/วัน เป็นเวลานาน 6 สัปดาห์ แล้วยังไม่ดีขึ้นให้พิจารณาการให้ยาตัวอื่นร่วมด้วย

ประสิทธิภาพ

ผู้ป่วย Psoriatic erythroderma ผลการรักษาอยู่ในระดับดีมากถึงร้อยละ 90^(24,25)

ผู้ป่วย plaque psoriasis ผลการรักษาอยู่ในระดับเดียวกับ methotrexate

ผลข้างเคียง

- มีผลต่อไต (nephrotoxicity) ทำให้ BUN, creatinine เพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้นพบได้ถึงร้อยละ 30 ขึ้นอยู่กับขนาดของยาและระยะเวลาในการให้ยา
- เพิ่มการเกิดมะเร็งโดยเฉพาะที่ผิวหนัง (squamous cell carcinoma) ในผู้ป่วยผิวขาว skin type I-II
- การให้ยาเป็นเวลานานทำให้มีโอกาสดูดเชื้อ Human papilloma virus มากขึ้น
- ระบบทางเดินอาหารผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน
- ขนยาวผิดปกติ (hypertrichosis)
- เหงือกบวม (gingival hyperplasia)
- ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ

การติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ

- Complete blood count, BUN, creatinine, Uric acid, Liver function test, Blood electrolyte และ magnesium, Urinalysis ก่อนการรักษา
- ต้องดูระดับ BUN, creatinine และวัดความดันโลหิตก่อนการรักษา และทุก 2-3 สัปดาห์ระหว่างรักษา ในช่วง 3 เดือนแรก หลังจากนั้นให้ตรวจวัด ทุก 4-6 สัปดาห์ ถ้าระดับ creatinine สูงกว่าร้อยละ 30 ของ baseline ให้ลดระดับของ cyclosporin A ลง 0.5 –1 มก/กก/วัน ใน 1 เดือน ถ้าระดับของ creatinine ยังคงสูงกว่า baseline 25-30% ควรหยุดใช้ cyclosporin A
- ถ้ามีความดันโลหิตสูง ให้ใช้ยากลุ่ม calcium channel blocking แต่ถ้าไม่สามารถควบคุมความดันได้ ควรหยุดใช้ Cy A⁽²⁶⁾

ข้อควรระวังเมื่อใช้ร่วมกับยาอื่น

- ยาที่มีพิษต่อไต เช่น aminoglycoside, amphotericin B, ciprofloxacin, trimethoprim,
- Non-steroidal anti-inflammatory drugs, lovastatin และ colchicine
- ยาที่ส่งผลให้ Cy A ในเลือดเพิ่มขึ้น เช่น ketoconazole, erythromycin, oral contraceptives, diltiazem, nifedipine, verapamil, doxycycline, methylprednisolone
- ยาที่ทำให้ระดับ Cy A ในเลือดลดลง เช่น phenobarbitone, phenytoin, carbamazepine, rifampicin

Pregnancy category C

การรักษาด้วยรังสีอัลตราไวโอเล็ต (Phototherapy and photochemotherapy) คุณภาพหลักฐานระดับ 2 ระดับคำแนะนำระดับ B)

แสงอัลตราไวโอเล็ต (UV) กระตุ้นกระบวนการ apoptosis of T cell ทำให้ T cell ที่ผิวหนังลดจำนวนลง และเกิดการเปลี่ยนแปลงของ cytokine ที่กระตุ้น T helper cell ทำให้ Th1 ลดลง และ Th2 เพิ่มขึ้น ที่ผื่นสะเก็ดเงิน

Ultraviolet B light (290-320 nm) และ Narrowband UVB (NB-UVB; 311-313nm)

เป็นวิธีที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพสูง ปัจจุบันพบว่าการฉาย NB-UVB ได้ผลดีกว่า BB-UVB phototherapy (290-320nm)

Psoralen and ultraviolet A light (PUVA)

เป็นการใช้สาร Psoralen ร่วมกับการฉาย UVA เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา ได้ผลดีกับผื่นสะเก็ดเงิน ที่หนาและมีขนาดใหญ่

Targeted UVB Therapy เช่น Dualight และ Excimer laser (308 nm)

เป็นแสงUV หรือ เลเซอร์ขนาดสูงที่ใช้รักษาสะเก็ดเงินเฉพาะส่วน หรือบริเวณที่แสงจากตู้ฉายเข้าไม่ถึง สามารถเพิ่มพลังงานได้สูง และนิยมใช้กับผื่นหนา (stable recalcitrant plaques) ที่ดื้อต่อการรักษา โดยเฉพาะที่ ข้อศอก ข้อเข่า หน้าแข้ง

การรักษาโรคสะเก็ดเงินด้วยยาชีวภาพ (Biologic drugs)

ยากลุ่มนี้เป็นยาใหม่ออกฤทธิ์ต้านสารอักเสบที่กระตุ้นผื่นสะเก็ดเงินแบบเฉพาะเจาะจง เนื่องจากมีราคาสูงมาก จึงต้องลงทะเบียนผู้ป่วยก่อน จึงจะสามารถเบิกจ่ายจากกรมบัญชีกลางได้ ข้อบ่งชี้ที่สำคัญ คือ

1. ผื่นสะเก็ดเงินที่ > 15 % (PASI > 15)
2. ดื้อต่อการรักษามาตรฐาน 3/4 ชนิด
3. มีผลข้างเคียงจากการรักษามาตรฐาน 3/4 ชนิด

ยาชีวภาพ ที่มีใช้ในประเทศไทย มี 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ยาด้านการทำงานของ Tumor Necrosis Factor α (Anti-TNF- α)

- Etanercept (EnbrelTM) ยานอกบัญชี
- Infliximab (RemicadeTM) ยานอกบัญชี
- Adalimumab (HumiraTM) ไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย

2. มีผลโดยตรงต่อ T cells (Targeting pathogenic T cells) หรือ Cytokine อื่น เช่น IL 12/23

- Ustekinumab (StelaraTM) anti IL (12/23) ปัจจุบันยังไม่อยู่ในบัญชียาเบิกจ่ายได้จากกรมบัญชีกลาง
- Efalizumab (RaptivaTM) และ Alefacept (AmeviveTM) ปัจจุบันยกเลิกจำหน่าย

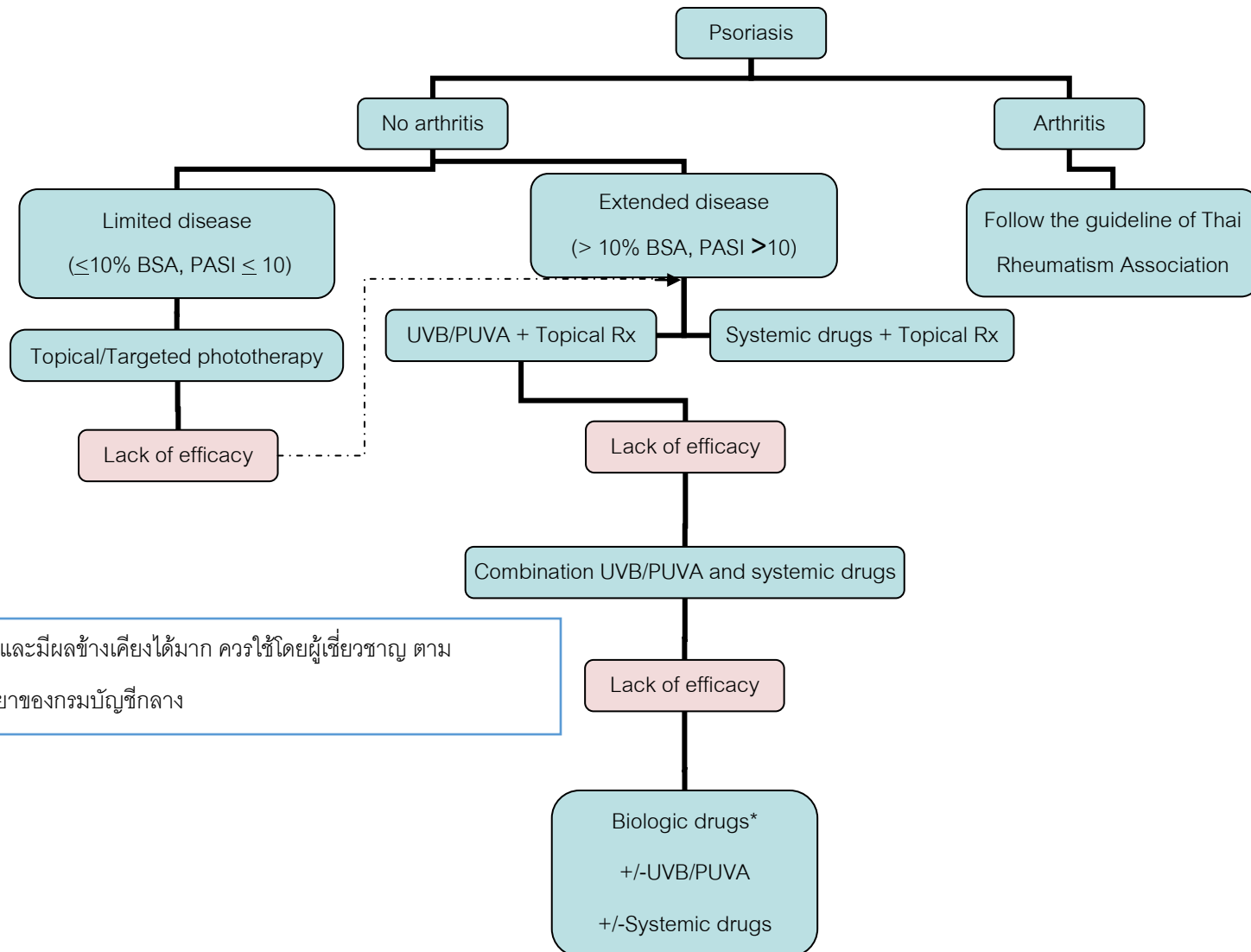
ประสิทธิภาพการรักษา

ยากลุ่มนี้มีประสิทธิภาพดี PASI 75 อยู่ระหว่าง 35-80 % ขึ้นกับชนิดและขนาดของยาที่ใช้จุดเด่นของยาก็คือไม่มีอันตรายกับ ตับ ไต อวัยวะภายในต่างๆ แต่มีผลกดภูมิคุ้มกันทำให้เกิดภาวะติดเชื้อได้ง่าย

ตารางที่ 1 สรุป The strength of recommendation for the treatment of psoriasis using topical, traditional systemic and biologic therapies

ยา/การรักษา	Level of evidence	Strength of recommendation
Topical Therapies		
Class I topical corticosteroid	1	A
Class II topical corticosteroid	2	B
Class III/IV topical corticosteroid	1	A
Class V/VI/VII topical corticosteroid	1	A
Coal tar	2	B
Vitamin D analogues	1	A
Anthralin (Dithranol)	3	C
Topical tacrolimus and pimecrolimus	2	B
Topical corticosteroid + salicylic acid	2	B
Topical corticosteroid + vitamin D analogue	1	A
Topical tacrolimus + salicylic acid	2	B
Traditional systemic therapies		
Methotrexate	2	B
Acitretin	2	B
Cyclosporine	2	B
Azathioprine	3	C
Hydroxyurea	3	C
Leflunomide	2	B
Sulfasalazine	2	B
Biologic therapies		
Infliximab	1	A
Etanercept	1	A
Adalimumab	1	A
Ustekinumab	1	A

แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยสะเก็ดเงิน



* ยานี้เป็นยาราคาแพง และมีผลข้างเคียงได้มาก ควรใช้โดยผู้เชี่ยวชาญ ตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายยาของกรมบัญชีกลาง

ตารางที่ 2 แนวทางการรักษาโรคสะเก็ดเงินที่พบบ่อย

ชนิดของสะเก็ดเงิน	Topical				Systemic			Phototherapy	
	Tar	Steroid	Vit D ₃	Dithranol	MTX	Retinoid	Cyclosporine	PUVA	UVB/Narrowband UVB
Guttate	1	1	1	2	1	-	-	2	1
Plaque ● Limited (≤ 10%BSA, PASI ≤10)	1	1	1	1	2	-	-	-	2
● Extended (> 10%BSA, PASI >10)	1	1	1	1	1	2	2	1	1
Scalp psoriasis	1	1	2	2	-	-	-	-	-
Nail Psoriasis	-	1	2	-	-	-	-	-	-
Psoriatic arthritis	See guideline of Thai Rheumatism Association								

1, 2, 3 หมายถึงควรเลือกเป็นลำดับที่ 1, 2, 3

ตารางที่ 3 แนวทางการรักษาโรคสะเก็ดเงินเฉพาะกลุ่ม

ชนิดของสะเก็ดเงิน	Topical				Systemic				Phototherapy	
	Tar	steroid	Vit D ₃	Dithranol	MTX	Retinoid	Cyclosporine	Biologics	PUVA	UVB/Narrowband UVB
Recalcitrant plaque psoriasis PASI>15								พิจารณาให้ ตาม ความเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ		
Pustular psoriasis										
● Limited (≤ 10%BSA, PASI ≤10)	-	1	-	-	1	1	3	-	2 (local PUVA)	3 -
● Extended (> 10%BSA, PASI >10)	-	3	-	-	1	1	2	4	3	-
Psoriasis erythroderma	-	3	-	-	1	3	1	4	2	3
Psoriasis in pregnancy	2	1	1	1	-	-	-	-	-	1
Psoriasis in HIV or Immunocompromised host	1	1	1	1	-	1	-	-	-	2 พิจารณาให้ตามความเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ

หมายเหตุ การรักษาตามตารางนี้ใช้กรณีการรักษาชนิด monotherapy, ในผู้ป่วยบางราย การรักษาด้วย combination therapy จะได้ผลการรักษาดีกว่า