



วารสารโรคผิวหนัง

ปีที่ 23 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2550

เจ้าของ

วัตถุประสงค์

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

บรรณาธิการผู้ช่วย

กองบรรณาธิการ

สมาคมแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย

เผยแพร่ความรู้วิชาโรคผิวหนังแก่สมาชิกและแพทย์ทั่วไป

ประสานงานและส่งข่าวระหว่างสมาคมและสมาชิกแพทย์ทั่วไป

แพทย์หญิงณัฐา รัชตะนาวิน

แพทย์หญิงนุชา เนียมประดิษฐ์

แพทย์หญิงสุรี สิตกะลิน

นายแพทย์สมยศ จารุวิจิตรรัตน

แพทย์หญิงวาณี วิสุทธิ์เสีวงศ์

นายแพทย์กฤษฎา ดวงอุไร

แพทย์หญิงพรรณแข มไหสวริยะ

แพทย์หญิงกนกวลัย กุลทนต์

นายแพทย์จินดา โรจนเมธินทร์

นายแพทย์สมศักดิ์ ตันรัตนกร

แพทย์หญิงชนิดาวัฒน์ ตรีวิทยาภูมิ

นายแพทย์สุขุม เขียมตน

นายแพทย์นภดล นพคุณ

นายแพทย์ป่วน สุทธิพินิจธรรม

แพทย์หญิงเพ็ญพรรณ วัฒนไกร

แพทย์หญิงศรีสุกลักษณ์ สิงคาลวนิช

แพทย์หญิงกอบกุล อุณหโชค

แพทย์หญิงสิริยา อารีเจริญเลิศ

นายแพทย์เวสวัชร เวสสโกวิท

อดีตบรรณาธิการ

นายแพทย์ธาดา เปี่ยมพงศ์สานต์

พ.ศ.2528

แพทย์หญิงกนก บุนนยะรัตเวช

พ.ศ.2529-พ.ศ.2531

นายแพทย์สมยศ จารุวิจิตรรัตน

พ.ศ.2531-พ.ศ.2535

นายแพทย์หาญ วงศ์ไวยวรรณ

พ.ศ.2535-พ.ศ.2537

นายแพทย์สมยศ จารุวิจิตรรัตน

พ.ศ.2538-พ.ศ.2539

นายแพทย์ป่วน สุทธิพินิจธรรม

พ.ศ.2539-พ.ศ.2542

แพทย์หญิงพรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน

พ.ศ.2542-พ.ศ.2549

สำนักงานวารสารฯ

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 9 เลขที่ 2 ซ.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่

แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

กำหนดออก

ปีละ 4 ฉบับ (มีนาคม, มิถุนายน, กันยายน, ธันวาคม)

การบอกรับ

ส่งให้โดยไม่คิดมูลค่า แก่สมาชิกสมาคมแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย

และห้องสมุดประจำโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งในประเทศไทย สำหรับผู้สนใจ

ติดต่อขอรับได้ที่ แพทย์หญิงณัฐา รัชตะนาวิน สำนักงานวารสารฯ

ผู้จัดทำและรวบรวม

นางสาวณิยวรรณ หิตพัฒน์

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์ ถ.อรุณอมรินทร์ โทร 0-2411-1523

Thai Journal of Dermatology

Vol.23 No.3 July – September 2007

Editor	Natta Rajatanavin, MD	
Associate Editor	Nucha Niumpradit, MD	
Editorial Board	Chasuree Sitakalin, MD	Sukhum Jiamton, MD
	Somyot Charuwichitratana, MD	Nopadon Noppakun, MD
	Wanee Wisuthsarewong, MD	Puan Suthipinittharm, MD
	Krisada Duangurai, MD	Penpun Wattanakrai, MD
	Punkae Mahaisavariya, MD	Srisupalak Singalavanija, MD
	Kanokvalai Kulthanan, MD	Kabkul Aunhachoke, MD
	Chinda Rojanamathin, MD	Siriya Areechareonlert, MD
	Somsak Tanrattanakorn, MD	Vararat Vertkovit, MD
	Chanitwan Treewittayapoom, MD	
	Thada Piamphongsant, MD	1985
Past-Editors	Kanok Bunyaratavej, MD	1986-1988
	Somyot Charuwichitratana, MD	1988-1992
	Harn Wongwaisayawan, MD	1992-1994
	Somyot Charuwichitratana, MD	1995-1996
	Puan Suthipinittharm, MD	1997-1999
	Porntip Puvabanditsin, MD	1999-2006

Vol.23 No.3 July – September 2007 Thai Journal of Dermatology (ISSN 0125-8680) is published tri-monthly

Postmaster Send address change to Dr.Natta Rajatanavin
9thFloor, Royal Golden Jubilee Building. 2, Soi Soonvijai, New Petchburi Rd, Bangkapi,
Huaykwang, Bangkok 10310. Tel.0-2716-6857, 0-2716-5256, 0-2716-6661-3 ext.9012

รายนามคณะกรรมการ
สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2549 ถึง เมษายน 2551

นายก	แพทย์หญิงชสุรี	สีกะลิน
อุปนายก	นายแพทย์ป่วน	สุทธิพิณิจธรรม
เลขาธิการ	นายแพทย์นภดล	นพคุณ
ประธานวิชาการ	แพทย์หญิงกนกวลัย	กุลทนันท์
เหรัญญิก	นายแพทย์กฤษฎา	ดวงอุไร
นายทะเบียน	นายแพทย์สุทัศน์	ดวงดีเด่น
สารบัญกร	แพทย์หญิงณัฐรา	รัชตะนาวัน
ปลัด	นายแพทย์รัฐกรณ์	อึ้งภากรณ์
ประชาสัมพันธ์	นายแพทย์ประวิตร	อัสวานนท์
กรรมการกลาง	แพทย์หญิงพิมพ์พรรณ	กฤติขันธ์สรณ์
	แพทย์หญิงกอบกุล	อุณหโชค
	แพทย์หญิงปนัดดา	ลีลาอุบลปิ
	นายแพทย์วรพงษ์	มนัสเกียรติ

สำนักงานสมาคม

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 9

เลขที่ 2 ซ.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่

แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทร. 0-2716-6857, 0-2716-5256 หรือ 0-2716-6661-3 ต่อ 9012

วารสารนี้ได้รับเงินอุดหนุนค่าพิมพ์จากสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย เนื้อหาบทความหรือ
ข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนโดยเฉพาะเท่านั้น สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย
หรือ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอไป

The Council of Dermatological Society of The Thailand

March 2006 – April 2008

President	Chasuree	Sitakalin, MD
Vice President	Puan	Suthipinittharm, MD
Secretary General	Nopadon	Noppakun, MD
Scientific	Kanokvalai	Kulthanan, MD
Treasurer	Krisada	Duangurai, MD
Registration	Suthat	Duangdeeden, MD
Editor	Natta	Rajatanavin, MD
Social	Rataporn	Ungpakorn, MD
Public Relation	Pravit	Asawanonda, MD
Members	Pimonpun	Gritiyarangsarn, MD
	Kobkul	Aunhachoke, MD
	Panadda	Leeraudomlipi, MD
	Woraphong	Manuskiatti, MD

Office

Dermatological Society of Thailand

9th Floor, Royal Golden Jubilee Building. 2, Soi Soonvijai,

New Petchburi Rd, Bangkok Huaykwang, Bangkok, 10310

Tel. 0-2716-6857, 0-2716-5256, 0-2716-6661-3 ext. 9012

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารโรคผิวหนังมีนโยบายเผยแพร่วิชาการทางโรคผิวหนังและเรื่องที่เกี่ยวข้อง โดยสนับสนุนให้บทความส่วนใหญ่เป็นภาษาไทย และมีบทคัดย่อเป็นภาษาอังกฤษ ในกรณีที่เรื่องเป็นภาษาอังกฤษจะมีบทคัดย่อเป็นภาษาไทย การใช้ภาษาไทยให้ยึดหลักของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน ศัพท์ภาษาอังกฤษที่พบในเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งขึ้นต้นด้วยอักษรใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยศัพท์ภาษาอังกฤษและหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกริยา

ประเภทของบทความ

บทความที่ส่งมาตีพิมพ์อาจเป็น นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) รายงานผู้ป่วย (case report) บทความฟื้นฟูวิชาการ (review article) บทความจากการประชุม ปกิณกะ บทบรรณาธิการจดหมายถึงบรรณาธิการและบทความประเภทอื่นที่เหมาะสม บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ใน “วารสารโรคผิวหนัง” ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น

การเตรียมต้นฉบับ

การพิมพ์ต้นฉบับ ใช้กระดาษสีขาวขนาด 21½ x 28 ซม. (8½ x 11) หรือกระดาษ ISO A4 พิมพ์หน้าเดียว เว้นบรรทัด ให้เหลือขอบกระดาษแต่ละด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. พิมพ์ตามหัวข้อต่อไปนี้ โดยขึ้นหน้าใหม่สำหรับแต่ละหัวข้อ และพิมพ์เลขหน้าไว้มุมบนขวา

1. Title pages ให้ส่งเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (เขียนแยกแผ่นกัน) โดยแต่ละภาษาประกอบด้วย

- ชื่อเรื่อง
- ชื่อผู้พิมพ์ทุกท่าน ทั้งชื่อตัวและชื่อสกุล พร้อมทั้งคุณวุฒิ (สูงสุด)
- สถานที่ทำงาน
- ชื่อและที่อยู่ของผู้พิมพ์ที่รับผิดชอบในการเตรียมต้นฉบับ ระบุชื่อเรื่องอย่างสั้น (short running title) ไม่เกิน 40 ตัวอักษร พิมพ์ไว้บรรทัดล่างสุดของ title page

2. เรียงย่อ (Abstract) และ คำสำคัญ (Key words)

- เรียงย่อ (Abstract) ถ้ายกบทความที่เป็นภาษาอังกฤษ เรียงย่อภาษาอังกฤษไม่เกิน 150 คำ และบทย่อภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ ถ้ายกบทความที่เป็นภาษาไทย เรียงย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่เกินอย่างละ 150 คำ
- ระบุ key words หรือ short phrases 2-5 คำ (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

3. เนื้อเรื่อง

- 3.1 นิพนธ์ต้นฉบับและรายงานผู้ป่วย ใช้ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษก็ได้
- 3.2 บทความพื้นวิชา ใช้ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษก็ได้
- 3.3 บทความนิพนธ์ต้นฉบับ ประกอบด้วย บทนำ (introduction) วัสดุและวิธีการ (materials and methods) ผล (results) วิจารณ์ (discussion)
- 3.4 บทความประเภทอื่น การเรียงหัวข้อของเนื้อเรื่อง ให้พิจารณาตามความเหมาะสม

4. กิตติคุณประกาศ (Acknowledgements)

5. เอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงเอกสาร ใช้ระบบ Vancouver ใส่หมายเลขเรียงลำดับที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง ไม่ใช่เรียงตามตัวอักษรของผู้นิพนธ์
การย่อชื่อวารสาร ให้ใช้ตาม Index Medicus

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร

- 5.1 บทความธรรมดาใส่ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคนถ้ามีจำนวน 6 คน หรือน้อยกว่า (ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรกตามด้วย et al.) โดยใส่ชื่อสกุลก่อนและใช้เครื่องหมายวรรคตอนดังตัวอย่าง

Sorter NA, Wasserman T1, Austen KF. Cold urticaria : release into the circulation of histamine and eosinophil chemotactic factor of anaphylaxis during cold challenge. N Engl J Med. 1976; 274 : 687-90.

ถ้าเอกสารเป็นภาษาไทย ให้เขียนชื่อก่อนนามสกุลดังนี้

สมพงษ์ บุญขุ๊ป. ไวรัสตับอักเสบชนิดบี : 3 ระบาดวิทยาและการเกิดพยาธิสภาพ. แพทยสมาคม 2518; 4: 165-71.

- 5.2 ผู้นิพนธ์เป็นกลุ่มในหน่วยงาน

The Committee on Enzymes of the Scandinavian Society for Clinical Chemistry and Clinical Physiology. Recommended method for the determination of gamma-glutamyltransferase in blood. Scan J Clin Lab Invest 1976; 36: 119-25.

หนังสือ

- 5.3 ผู้นิพนธ์คนเดียว

Osler AG. Complement : mechanisms and functions. Englewood Cliffs : Prentice-Hall, 1976.

5.4 ผู้นิพนธ์เป็นกลุ่มในหน่วยงาน

American Medical Association Department of Drugs. AMA drug evaluations.

3rd ed. Littleton : Publishing Sciences Group, 1977.

5.5 ผู้นิพนธ์หลายคน แต่มีบรรณาธิการหรือหัวหน้าในการเขียนนั้น

Rhodes AJ, Van Rooyen CE, comps. Textbook of virology: for students

and practitioners of medicine and the other health sciences. 5th ed. Baltimore :

Williams and Wilkins, 1967.

5.6 อ้างเฉพาะบทใดบทหนึ่ง

Weinstein L. Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In :

Sodemann WA Jr, Sodemann WA, eds. Pathologic physiology: mechanisms of disease.

Philadelphia : WB Saunders. 1974: 457-72.

5.7 รายงานของหน่วยงาน

National Center for Health Statistics. Acute conditions: incidence and

associated disability, United States July 1968-June 1969. Rockville, Md :

National Center for Health Statistics, 1972. (Vital and health statistics. Series

10 : Data from the National Health Survey, No 69)[DHEW publication No

(HSM) 72-1036].

เอกสารอื่น ๆ

5.8 บทความจากหนังสือพิมพ์รายวัน

Shaffer RA. Advances in chemistry are starting to unlock mysteries of the

brain : discoveries could help cure alcoholism and insomnia, explain mental

illness. How the messengers work. Wall Street Journal. 1977 Aug 12 : 1

(col 1), 10 (col 1).

5.9 บทความจากวารสารรายปี หรือวารสารรายเดือน

Rouche B. Annals of medicine : The Santa Claus culture. The New Yorker

1971 Sept. 4 : 66-81.

6. ตาราง (table) พิมพ์เป็นแผ่นแยกต่างหาก แผ่นละตารางเรียงลำดับก่อนหลังตามที่อ้างอิง

ในเรื่องนี้ คำอธิบายเพิ่มเติมใส่ข้างใต้ตาราง โดยใช้เครื่องหมายสำหรับเชิงอรรถเรียง

ลำดับดังนี้ *,†,‡,§,||,¶, **,††,‡‡,§§,|||,¶¶

7. คำบรรยายภาพ ถ้าเป็นบทความภาษาไทยให้ใช้ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษอย่างใดอย่างหนึ่ง เรียงลำดับภาพตามที่อ้างอิงในเนื้อเรื่องภาพประกอบ ภาพถ่ายใช้ post card ขาว-ดำ ขนาด 3x5 นิ้ว (ทำเครื่องหมายแสดงขอบบนของภาพและลำดับที่ของภาพบน sticker พร้อมทั้งชื่อผู้นิพนธ์แล้วติดที่หลังภาพ) ในกรณีที่ เป็นภาพสี ให้ส่งเป็นรูปสไลด์ ทำเครื่องหมายแสดงขอบบนของภาพ ลำดับที่ของภาพ และชื่อผู้นิพนธ์บนกรอบรูปสไลด์ คำบรรยายได้ภาพให้พิมพ์ในกระดาษอีกแผ่นหนึ่ง ส่งมาพร้อมกับภาพ สำหรับแผนภาพและกราฟให้เขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษอาร์ต ท่านเจ้าของเรื่องที่ตีพิมพ์ในวารสารจะได้รับสำเนาเรื่องละ 20 ฉบับ

การส่งบทความ ส่งต้นฉบับ 2 ชุด และแผ่นข้อมูล (diskette) พร้อมจดหมายแจ้งด้วยว่าเป็นบทความประเภทใด

มายัง

แพทย์หญิงณัฏฐา รัชตะนาวิณ

สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 9

เลขที่ 2 ซ.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่

แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทร. 0-2716-6857, 0-2716-5256 E-mail: dermthai@gmail.com

สมาชิกสมาคมแพทย์ผิวหนัง

ย้ายที่อยู่ กรุณาแจ้ง

นายแพทย์สุทัศน์ ดวงดีเด่น

สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 9

เลขที่ 2 ซ.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่

แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทร. 0-2716-6857, 0-2716-5256

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาประสิทธิผลของจี๊ฟี่ที่มีส่วนประกอบของ เด็กซ์แพนทีนอล (Dexpanthenol) ในการรักษาผู้ป่วยโรคผื่นสัมผัสที่มือ	127-134
วรฤทธิ เอกวัฒนกุล	
มนตรี อุดมเพทายกุล	
ปิติ พลังวชิรา	
การศึกษาความเครียดในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่สถานบำบัดโรคผิวหนังวัดมกุฏฯ ใน เดือน มกราคม-กรกฎาคม พ.ศ.2550	135-151
กุลประภัสสร ไปรยาชุดากุล	
การศึกษาประสิทธิภาพในการใช้คลื่นวิทยุความถี่สูง ร่วมกับการใช้ยาทาในการรักษาสิว	152-164
เพ็ญพรรณ วัฒนไกร	
สุริดา สุวรรณโชติ	
กอบกุล ดันติพิสิฐกุล	
การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์	
ภาพปริศนาผู้ป่วยรายที่ 1	165-168
ยิ่งลักษณ์ อภิบาล	
ณัฐา รัชตะนาวิน	
ภาพปริศนาผู้ป่วยรายที่ 2	169-171
ยิ่งลักษณ์ อภิบาล	
ณัฐา รัชตะนาวิน	

Contents

Original article

- A study on the effectiveness of an emollient containing dexpanthenol 127-134
in treatment of hand contact dermatitis

Worrarit Eakwattanakul

Montree Udompataikul

Piti Palungwachira

- Stress in psoriatic patients at Wat Mongkut Clinic 135-151

Raj Pracha Samasai Institute In Jan-July 2007

Kulprapat Pairayayutakul

- Effectiveness of combination of nonablative radiofrequency 152-164
and topical drugs for acne treatment

Penpun Wattanakrai

Suthida Suwanachote

Kobkul Tantipisitkul

Continuing Medical Education (CME)

- CME Patient I 165-168

Yingluck Apibal

Natta Rajatanavin

- CME Patient II 169-171

Yingluck Apibal

Natta Rajatanavin

A study on the effectiveness of an emollient containing dexpanthenol in treatment of hand contact dermatitis

Worrarit Eakwattanakul MD,

Montree Udompataikul MD,

Piti Palungwachira MD Phd.

ABSTRACT:

EAKWATTANAKUL W, UDOMPATAIKUL M, PALUNGWACHIRA P. A STUDY ON THE EFFECTIVENESS OF AN EMOLLIENT CONTAINING DEXPANTHENOL IN TREATMENT OF HAND CONTACT DERMATITIS. THAI J DERMATOL 2006; 23: 127-134.

SKIN CENTER, SRINAKHARINWIROT UNIVERSITY, BANGKOK, THAILAND.

Hand dermatitis is a common problem and its history is often chronic. There are many evidences that support the efficacy of dexpanthenol when applied topically in a variety of dermatological disorders. These included: skin abrasion, chronic ulcer and diaper dermatitis. The stimulation of epithelialization were the most prominent effects of dexpanthenol formulations.

To evaluate the effectiveness of an emollient containing dexpanthenol in the treatment of hand contact dermatitis. Forty participants with chronic hand contact dermatitis were enrolled and divided into 2 groups: The treatment group was given an emollient containing dexpanthenol whereas the control group was provided with a cream based emollient each of which lasted for 8 weeks. The completely recovery of hand dermatitis patients in the treatment group and the control group after 8 weeks of the treatment period were observed among 60.0% and 15.78%, respectively.

Key words : hand contact dermatitis, dexpanthenol

บทคัดย่อ:

วรฤทธิ เอกวัฒนกุล, มนตรี อุดมเพทายกุล, ปิติ พลังวชิรา การศึกษาประสิทธิผลของซีฟี่งที่มีส่วนประกอบของเด็กซ์แพนทีนอล (DEXPANTHENOL) ในการรักษาผู้ป่วยโรคผื่นสัมผัสที่มือ วารสารโรคผิวหนัง 2550; 23: 127-134.

ศูนย์ผิวหนัง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผื่นสัมผัสที่มือเป็นปัญหาเรื้อรังที่พบได้บ่อยและมี มีการศึกษาผลของเด็กซ์แพนทีนอล ต่อผิวหนังในภาวะต่างๆ เช่น แผลถลอก แผลเรื้อรัง และผื่นผ้าอ้อม พบว่าช่วยกระตุ้นการหายของแผล

คณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของซีฟี่งที่มีส่วนประกอบของเด็กซ์แพนทีนอล (Dexpantenol) ในการรักษาผู้ป่วยโรคผื่นสัมผัสที่มือ จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้รับการรักษาด้วยซีฟี่งที่ผสมเด็กซ์แพนทีนอล และกลุ่มที่สองได้รับครีมเบส เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยและผู้ป่วยที่ได้รับครีมเบสกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยซีฟี่งที่มีส่วนประกอบของเด็กซ์แพนทีนอล และครีมเบสหายจากผื่นสัมผัสที่มือจำนวน 60.0% และผื่นหาย 15.78% ตามลำดับ

คำสำคัญ : ผื่นสัมผัสที่มือ, เด็กซ์แพนทีนอล

ภูมิหลัง

ผื่นสัมผัสที่มือเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย โดยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคในประชากรทั่วๆ ไปอยู่ในช่วงประมาณ 2-8.9%¹⁻⁵ แล้วแต่กลุ่มเชื้อชาติ และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างมากในกลุ่มประชากรที่มีการทำงาน หรือประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเกิดผื่นสัมผัสที่มือ โดยอาจมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นถึง 80-88%^{6,7}

ผู้ป่วยผื่นสัมผัสที่มือจะประสบปัญหาเรื่องความเรื้อรัง และการกลับมาเป็นซ้ำของโรคสูง ซึ่งรบกวนชีวิตประจำวัน และการทำงานของผู้ป่วย ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง มีการศึกษาการใช้สารกลุ่มที่ให้ความชุ่มชื้น (moisturizing agents) ในการดูแลผู้ป่วย

ผื่นสัมผัสที่มือ⁸ พบว่าทำให้ความรุนแรงของโรคลดลง สามารถป้องกันการเกิดผื่นสัมผัสที่มือได้ เพิ่มความทนทานของผิวหนังที่มือทำให้เกิดการแพ้ได้ยากขึ้นนั้น มีความสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยผื่นสัมผัสที่มือ และเป็นรากฐานสำคัญในการรักษาผื่นสัมผัสที่มือด้วยวิธีอื่นๆ

การทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของการรักษาผื่นสัมผัสที่มือ ด้วยการใช้สารกลุ่มที่ให้ความชุ่มชื้น (moisturizing agents) ในช่วง ปี ค.ศ. 1977-2003⁹ มีการศึกษาเพียง 5 การศึกษาเท่านั้นจากทั้งหมด 90 การศึกษา และมีการศึกษาการใช้ Barrier creams และ gloves จำนวน 6 การศึกษาจากทั้งหมด 90 การศึกษาของการรักษาผื่นสัมผัสที่มือทั้งหมด และผลการศึกษา

แสดงให้เห็นว่าการใช้สารกลุ่มที่ให้ความชุ่มชื้นในการรักษา และป้องกันผู้ป่วยผื่นสัมผัสที่มือนั้นได้ผลเป็นที่น่าพอใจ อีกทั้งมีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในขณะที่มีการศึกษาประสิทธิภาพของสารให้ความชุ่มชื้นในด้านนี้จำนวนไม่มากนัก



ภาพที่ 1 ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยซีฟี่ฟี่ที่ผสมเด็กซ์แพนทีนอลก่อนได้รับการรักษา



ภาพที่ 2 ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยซีฟี่ฟี่ที่ผสมเด็กซ์แพนทีนอลหลังได้รับการรักษาครบ 8 สัปดาห์

เด็กซ์แพนทีนอล (Dexpanthenol) เป็นสารกลุ่มวิตามิน บี 5 ที่อยู่ในรูปของแอลกอฮอล์ ที่มีคุณสมบัติในการดูดซึมผ่านผิวหนังได้ดี เด็กซ์แพนทีนอล เป็นสารตั้งต้นที่สำคัญต่อการสร้าง โคเอนไซม์ เอ

(coenzyme A) ในร่างกาย ซึ่งมีความจำเป็นต่อองค์ประกอบทางเคมีต่างๆ ของเซลล์ที่มีชีวิต

มีการศึกษาผลการรักษาของเด็กซ์แพนทีนอล ในผิวหนังในภาวะต่างๆ กัน เช่น ผื่นผ้าอ้อม แผลไฟไหม้ แผลปลูกถ่ายผิวหนัง แผลผ่าตัด แผลเรื้อรังที่ขา และทวารหนัก พบว่าช่วยบรรเทาอาการคัน กระตุ้นการหายของแผลในภาวะต่างๆ กันของผิวหนังได้¹⁰⁻¹⁴ ทำให้แผลหายเร็วขึ้น จากการเพิ่มปริมาณไฟโบรบลาสในผิวหนัง อีกทั้งสามารถทำให้ผิวหนังชั้นคอร์เนียม (stratum corneum) มีปริมาณน้ำมากขึ้น จากการลดอัตราการสูญเสียของน้ำผ่านทางผิวหนัง (transepidermal water loss) เพิ่มความทนทานของผิวหนังต่อสารระคายเคืองและสารภูมิแพ้อีกด้วย¹⁰ และมีฤทธิ์ลดการอักเสบของผิวหนังอักเสบได้ แต่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยในการใช้ซีฟี่ฟี่ที่ผสมเด็กซ์แพนทีนอล มาใช้ในการรักษาผื่นสัมผัสที่มือ

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยและวิธีดำเนินการวิจัย

ผู้ป่วยซึ่งมารับการรักษาโรคผื่นสัมผัสที่มือ ทั้งในกลุ่มที่เกิดจากการระคายเคือง (Irritant hand contact dermatitis) และในกลุ่มที่เกิดจากสารสัมผัส (Allergic hand contact dermatitis) ที่ศูนย์ผิวหนัง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน โดยวิธีการสุ่ม รวมเป็น 40 คน ซึ่งจะได้รับการรักษาด้วยซีฟี่ฟี่ที่ผสมเด็กซ์แพนทีนอล

(Dexpanthenol) และ ครีมเบส ตามลำดับ โดยเลือกผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป มีประวัติเป็นมาไม่น้อยกว่า 3 เดือน ระดับความรุนแรงของโรคอยู่ที่เล็กน้อยถึงปานกลาง ผู้ป่วยต้องสามารถหยุดการใช้ยาทาใดๆ ที่มือทั้งสองข้าง รวมถึงสารในกลุ่มที่ให้ความชุ่มชื้นที่มือ และหยุดการใช้ยาชนิดรับประทาน

โฆษณา 4 สี

ใดๆ ก็ตาม หรือฉายแสง เพื่อรักษาผื่นสัมผัสที่มือ
ทั้งหมดก่อนเข้าร่วมโครงการเป็นเวลาอย่างน้อย 1
สัปดาห์ และตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา 8 สัปดาห์

ผู้ป่วยต้องไม่มีรอยโรคที่มีลักษณะของถุงน้ำร่วมด้วย
หรือมีประวัติของการเป็นลมพิษชนิดสัมผัส (contact
urticaria) มาก่อน

ตารางที่ 1 แสดงการประเมินด้วยค่าคะแนน Hand eczema severity index (HECSI)¹⁵

Clinical signs	Fingertips	Fingers (except tips)	Palm of hands	Back of hands	wrists
Erythema (E)	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3
Infiltration/papulation (I)	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3
Vesicles (V)	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3
Fissures (F)	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3
Scaling (S)	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3
Oedema (O)	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3
SUM (E+I+V+F+S+O)					
Extent (Ex)	(0 = 0%, 1-25% = 1, 26-50% = 2, 51-75% = 3, 76-100% = 4)				
Total HECSI score=	Sum x EX+	Sum x EX+	Sum x EX+	Sum x EX+	Sum x EX+

Extent คือ ปริมาตรรอยโรคของทั้งสองมือ

คะแนนรวม HECSI คือ รวมคะแนน Sum x Extent ในทั้ง 5 บริเวณของมือ มีค่าต่ำสุดของคะแนน คือ 0 และ สูงสุด คือ 360

โดยผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ทาครีมวันละ 2 ครั้ง ติดตาม
ผลการรักษาในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6, และ 8 โดยมีการ
ถ่ายภาพรอยโรคด้วยกล้องดิจิทัล ประเมินผลในแต่ละ
ครั้งด้วยการใช้ Hand eczema severity index
(HECSI) (ดังแสดงในตาราง 1) และหลังจากจบ
การศึกษาที่สัปดาห์ที่ 8 ใช้แบบสอบถามประเมิน
อาการที่เหลือของรอยโรค (คะแนน 1 = worse,
คะแนน 2 = no change, คะแนน 3 = minimal
improvement, คะแนน 4 = moderate improvement,
คะแนน 5 = marked improvement, คะแนน 6 =
clearing or almost clearing) และ ใช้แบบสอบถาม
เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตในระหว่าง
ที่มีการทำวิจัย สถิติที่ใช้การประเมินผลใช้ สถิติเชิง
พรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์แบบ repeated anova
และ T-test

ผลการวิจัย

ลักษณะโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ป่วยผื่นสัมผัสที่ได้รับการรักษาโดยวิธีที่
ผสมเด็กซ์แพนทีนอล ทั้ง 20 คน ประกอบไปด้วย
ผู้ป่วยชายจำนวน 4 คน (20.0) และผู้ป่วยหญิงจำนวน
16 คน (80.0) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.60 ปี (21-60) มี
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เป็นโรค 23.60 เดือน (3-120)

กลุ่มผู้ป่วยผื่นสัมผัสที่ได้รับการรักษาโดยครีมเบส
ทั้ง 20 คน ประกอบไปด้วยผู้ป่วยชาย

จำนวน 4 คน (20.0) และผู้ป่วยหญิงจำนวน 16 คน
(80.0) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.25 ปี (19-52) มีค่าเฉลี่ย
ระยะเวลาที่เป็นโรค 28.05 เดือน (3-120) ซึ่งข้อมูล
พื้นฐานทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

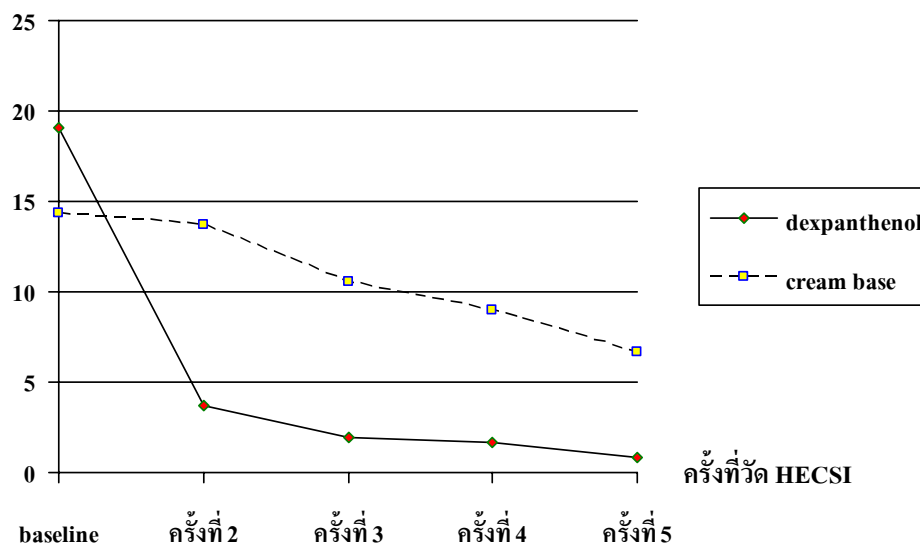
หลังการสิ้นสุดการวิจัย มีผู้ป่วยครบ 20 คน ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยขี้ผึ้งที่ผสมเดกซ์แพนทีนอล ส่วนกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยครีมเบส มีผู้ป่วย

เหลืออยู่จำนวน 19 คน โดยผู้ป่วย 1 รายที่ออกจากการศึกษาให้เหตุผล เนื่องจากอาการของโรคไม่ดีขึ้น และต้องการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา

ตารางที่ 2 Hand eczema severity index (HECSI) ทั้งสองกลุ่มการศึกษา

กลุ่มการศึกษา	HECSI	Mean	Median	Mode	Std. Deviation	HECSI ที่ลดลงเป็นร้อยละ
กลุ่มผู้ป่วยที่	ครั้งที่ 1(baseline)	19.05	17.50	20	8.799	-
รักษาด้วย	ครั้งที่ 2	3.75	2.00	2	3.09	80.31
ขี้ผึ้งที่ผสม	ครั้งที่ 3	1.95	1.50	0	1.66	89.76
เดกซ์แพนที	ครั้งที่ 4	1.65	1.00	0	2.34	91.33
นอล	ครั้งที่ 5	0.85	0	0	1.66	95.53
กลุ่มผู้ป่วยที่	ครั้งที่ 1(baseline)	14.32	7.00	6	15.93	-
ได้รับการ	ครั้งที่ 2	13.68	4.00	3	24.44	4.46
รักษาด้วย	ครั้งที่ 3	10.58	3.00	2	16.43	26.11
ครีมเบส	ครั้งที่ 4	8.95	3.00	2	13.13	37.50
	ครั้งที่ 5	6.68	3.00	0	11.05	53.35

Mean of HECSI



กราฟที่ 1 แสดง mean ของค่า HECSI ของทั้งสองกลุ่มการศึกษา

จากตาราง 2 และ กราฟ 1 แสดงให้เห็นว่าในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยจีฟังก์ที่ผสมเด็กซ์แพนทีนอลมีการลดลงของค่า HECSI ในสัปดาห์ที่ 2 ถึงร้อยละ 80.31 ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยครีมเบสลดลงร้อยละ 4.46 และเมื่อสิ้นสุดการศึกษาในสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยจีฟังก์ที่ผสมเด็กซ์แพนทีนอลมีค่า HECSI ลดลงร้อยละ 95.53 ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยครีมเบสมีค่า HECSI ลดลงร้อยละ 53.35

เมื่อหลังสิ้นสุดการรักษาที่ 8 สัปดาห์ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยจีฟังก์ที่ผสมเด็กซ์แพนทีนอล ที่มีค่า HECSI = 0 (อาการผื่นสัมผัสที่มีรอยไหม้) มีจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยครีมเบส ที่มีค่า HECSI = 0 มีจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.78

เมื่อหลังสิ้นสุดการรักษาในสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยจีฟังก์ที่ผสมเด็กซ์แพนทีนอล ที่มีค่า HECSI = 0 และ 1 (อาการผื่นสัมผัสที่มีรอยไหม้หรือเหลือรอยโรคอยู่เล็กน้อย) มีจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 85.0 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยครีมเบส ที่มีค่า HECSI = 0 และ 1 มีจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 31.57

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยจีฟังก์ที่ผสมเด็กซ์แพนทีนอล อาการแสดงของผื่นสัมผัสที่มีรอยไหม้จะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) เมื่อมีการใช้เพียง 2 สัปดาห์ และลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างต่อเนื่องจนถึงสัปดาห์ที่ 4

หลังจากรักษาครบในสัปดาห์ที่ 8 ให้ผู้ป่วยประเมินอาการที่เหลืออยู่ของรอยโรค พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้จีฟังก์ที่ผสมเด็กซ์แพนทีนอลประเมินอาการของโรคหายมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย

ครีมเบส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ แบบ T test ($f = 0.016$, $t = 2.486$, $df = 57$, Sig. (2-tailed) = 0.016) และในระหว่างการศึกษาไม่พบผลข้างเคียงของการรักษาทั้งสองกลุ่มแต่อย่างใด

สรุป

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยจีฟังก์ที่ผสมเด็กซ์แพนทีนอลและครีมเบสมีอาการของผื่นสัมผัสที่มีรอยไหม้หลังได้รับการรักษาครบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยจีฟังก์ที่ผสมเด็กซ์แพนทีนอลอาการของผื่นสัมผัสที่มีรอยไหม้หลังได้รับการรักษามากกว่า และเร็วกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยครีมเบสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยจีฟังก์ที่ผสมเด็กซ์แพนทีนอล ภายหลังรักษาครบ 8 สัปดาห์ มีผู้ป่วย 60.0% ที่ผื่นสัมผัสที่มีรอยไหม้ (HECSI = 0) และมีผู้ป่วย จำนวน 85.0% ที่ ผื่นสัมผัสที่มีรอยไหม้หรือมีรอยโรคเหลืออยู่เพียงเล็กน้อย (HECSI = 0 และ 1)

ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยจีฟังก์ที่ผสมเด็กซ์แพนทีนอล หลังการทา 2 สัปดาห์แรก สามารถลด ค่า HECSI ได้มากถึง 80.37 % และเป็นการลดลงของค่า HECSI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (sig. =0.000)

ดังนั้น จีฟังก์ที่มีส่วนประกอบของเด็กซ์แพนทีนอลจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีประโยชน์อย่างมาก ในการดูแลผู้ป่วยผื่นสัมผัสที่มีรอยไหม้ การศึกษาในอนาคตกับการใช้จีฟังก์ที่มีส่วนประกอบของเด็กซ์แพนทีนอลร่วมกับยาอื่นๆ เพื่อทำให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด และปลอดภัยที่สุดเป็นสิ่งที่น่าสนใจ

วิจารณ์

เหตุผลการเลือกใช้ครีมเป็นตัวเปรียบเทียบกับขี้ผึ้งที่ผสมเด็กซ์เพนทีนอล ในการศึกษาที่แทนที่จะเป็นขี้ผึ้งหรือปิโตรลาทัม เนื่องจากในปัจจุบันการรักษาผื่นสัมผัสที่มือนั้นยังไม่มีมาตรฐานการรักษาที่แน่นอน การให้สารบำรุงมือประเภทครีมเป็นพื้นฐานของการรักษาในทางปฏิบัติที่แพทย์ส่วนใหญ่เลือกใช้ มากกว่าที่จะใช้ขี้ผึ้งหรือปิโตรลาทัม

อีกทั้งมีการศึกษาวิจัยในอดีตเกี่ยวกับการใช้ครีมและขี้ผึ้งในการรักษาผู้ป่วยผื่นอักเสบที่มือเรื้อรังจำนวน 20 คน โดยทวนละ 2 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกันนาน 2 เดือน (ซึ่งตรงกับการศึกษานี้) โดยผลการศึกษานั้น แสดงให้เห็นว่าการใช้ครีมหรือขี้ผึ้งทำให้อาการของผื่นอักเสบที่มีดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างการใช้ครีมหรือขี้ผึ้ง

References

1. Agrup G. Hand eczema and other hand dermatoses in South Sweden. *Acta Derm Venereol* 1969;49 (Suppl. 61): 5-91.
2. Menné T, Borgan Ö, Green A. Nickel allergy and hand dermatitis in a stratified sample of the Danish female population: an epidemiologic study including a statistic appendix. *Acta Derm Venereol* 1982; 62: 35-41.
3. Kavli G, Förde OH. Hand dermatoses in Tromsø. *Contact Dermatitis* 1984;10:174-7.
4. Coenraads PJ, Nater JP, Van Der Lende R. Prevalence of eczema and other dermatoses of the hands and arms in the Netherlands. Association with age and occupation. *Clin Exp Dermatol* 1983;8:495-503.
5. Goh CL, Soh SD. Occupational dermatoses in Singapore. *Contact Dermatitis* 1984;11:288-93.
6. Vestey JP, Gawkrödger DJ, Wong WK, et al. An analysis of 501 consecutive contact clinic consultations. *Contact Dermatitis* 1986;15:119-25.
7. Keil JE, Shmunes E. The epidemiology of work-related skin disease in South Carolina. *Arch Dermatol* 1983;119:650-4.
8. Kucharekova M, Van De Kerkhof PC, Van Der Valk PG. A randomized comparison of an emollient containing skin-related lipids with a petrolatum-based emollient as adjunct in the treatment of chronic hand dermatitis. *Contact Dermatitis* 2003;48:293-9.
9. A.M. Van Coevorden; et al. Overview of studies of treatments for eczema-the EDEN hand eczema survey. *Epidemiology and Health Surveys Research* 2004;151:446-51.
10. Fritz Ebner, et al. Topical Use of Dexpanthenol in Skin Disorder. *Am J Clin Dermatol* 2003; 3(6)427-33.
11. Pugliese PT, Farina JC, Chautems Y. Efficacy of dexpanthenol in wound healing: double-blind assessment of excised wound tissue by ultrasound and histologic examination. *Nouv Dermatol* 1995;14:130-8.
12. Vimodrone MI. Vitamine in dermatologia e cosmesi. *Cosmet News* 1992;15:99-104.
13. Abdel Hamid M, Kassem AA, Mattha AG, et al. Evaluation of the biological activity of some medicated solidified sodium stearate-based sticks (SSSS). *Drug Dev Ind Pharm* 1984;10:685-97.
14. Korkmaz S, Zeytinoglu H, Zeytinoglu M, et al. Testing wound-healing activity in T15 fibroblast cultures: a morphometric analysis. *Atlas Radiol Clin Presse Med* 2000;28:41-51.
15. Held E, R. Skoet, J.D. Johansen and T. Agner. The Hand eczema severity index (HECSI); a scoring system for clinical assessment of hand eczema. A study of inter- and intraobserver reliability. *Br J Dermatol* 2005; 152: 302-4.

Stress in psoriatic patients at Wat Mongkut Skin Clinic Raj Pracha Samasai Institute In Jan – July 2007

Kulprapat Pairayayutakul MD.

ABSTRACT :

PAIRAYAYUTAKUL K. STRESS IN PSORIATIC PATIENTS AT WAT MONGKUT SKIN CLINIC RAJ PRACHA SAMASAI INSTITUTE IN JAN – JULY 2007. THAI J DERMATOL 2006; 23: 135-151.

WAT MONGKUT SKIN CLINIC, RAJ PRACHA SAMASAI INSTITUTE, DEPARTMENT OF DISEASE CONTROL, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH, BANGKOK, THAILAND.

The author has studied stress in psoriatic patients at Wat Mongkut Skin Clinic, Raj Pracha Samasai Institute, Department of Disease Control from Jan – July 2007. This descriptive research was conducted by collection and analysis of general data form , psoriatic data form , stress data form (Mental health department) , stress data form (of Suan pung hospital = SPST-60) and psoriatic's stress data form. The results of 104 number of psoriatic patients, age between 15 – 73 years old (average 46.8), age at onset between 4 – 69 years old (average 35.9). Chronic plaque type was the most common type of psoriasis in this study. Severity was mild and infrequently flare. The total stress score was in normal level. The causes of stress were from social, environment and financial problems. The sign and symptoms of the patients were involving in many systems especially from endocrine and immunological system. The main stress of psoriasis was in severe level. The author suggests to evaluate psychological status in every psoriatic patients as well as give counselling to all patients to know how to prevent it.

Key words: Psoriasis, Stress

บทคัดย่อ:

กุลประภัสสร ไปทยาตุกุล การศึกษาความเครียดในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่สถานบำบัดโรคผิวหนัง วัดมกุฏฯ ใน เดือน มกราคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2550 วารสารโรคผิวหนัง 2550; 23: 135-151.

สถานบำบัดโรคผิวหนัง วัดมกุฏกษัตริยาราม สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ผู้วิจัยได้ศึกษาความเครียดในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่สถานบำบัดโรคผิวหนัง วัดมกุฏฯ ตั้งแต่เดือน ม.ค.-ก.ค. 2550 โดยวิธีศึกษาเชิงพรรณนาด้วยการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลโรคสะเก็ดเงิน แบบวัดความเครียดกรมสุขภาพจิต 20 ข้อ แบบวัดความเครียดสวนปรง (SPST-60) และแบบวัดความเครียดจากโรคสะเก็ดเงิน ผลการศึกษาวิจัยมีประชากรที่เป็นผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน จำนวน 104 ราย อายุระหว่าง 15-73 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 46.8 ปี และกลุ่มที่มีมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 46-55 ปี อายุที่เริ่มเป็นผื่นอยู่ระหว่าง 4-69 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 35.9 ปี โดยกลุ่มที่มีมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 36-45 ปี Chronic plaque type เป็นชนิดของโรคสะเก็ดเงินที่พบมากที่สุด ส่วนใหญ่มีความรุนแรงน้อยและเห่อนานๆ ครั้ง ประชากรมีคะแนนความเครียดโดยรวมจัดเป็นกลุ่มที่มีความเครียดปกติ สาเหตุของความเครียดมาจาก ความเครียดจากสังคม ความเครียดจากสิ่งแวดล้อม และความเครียดจากเรื่องการเงิน โดยมีอาการแสดงในระบบต่างๆ โดยเฉพาะระบบต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกัน สำหรับความเครียดจากโรคสะเก็ดเงินอยู่ในระดับรุนแรง ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะในการประเมินสภาพจิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินทุกราย และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยรวมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีป้องกันไม่ให้เกิดความเครียด

คำสำคัญ : โรคสะเก็ดเงิน, ความเครียด

บทนำ

โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis) เป็นโรคผิวหนังเรื้อรังที่พบบ่อยประมาณร้อยละ 0.5-4 ของประชากรทั่วโลก¹ ในประเทศไทย โรคสะเก็ดเงินเป็นหนึ่งในโรคผิวหนังที่มีอุบัติการณ์สูงสุดและเป็นหนึ่งในห้าของโรคผิวหนังที่พบในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในกรุงเทพ สำหรับสถานบำบัดโรคผิวหนังวัดมกุฏฯ มีแนวโน้มของอุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงินเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน เนื่องจากการดำเนินของโรคเรื้อรังไม่หายขาด เป็นๆ หายๆ ตลอด

ชีวิต บางครั้งสงบเองได้ บางครั้งเห่อขึ้น ระยะเวลาที่โรคสงบยาวสั้นต่างกันผู้ป่วยแต่ละคนไม่สามารถพยากรณ์โรคได้ล่วงหน้าว่าผื่นจะเกิดเมื่อไร การรักษาในปัจจุบันไม่มีวิธีใดสามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ การรักษาเพียงสามารถทำให้โรคสงบได้เพียงชั่วคราวจึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความเครียดทางจิตใจจากสารพันปัญหาที่เกิดจากโรค เช่น ผลข้างเคียงของการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา ความรังเกียจกลัว การปรับตัวในสังคม โรคสะเก็ดเงินจึงเป็นโรคผิวหนังที่

เป็นปัญหาทางการแพทย์ และปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม

มีปัจจัยกระตุ้นหลายอย่างที่ทำให้โรคกำเริบ เช่น การบาดเจ็บหรือกระทบกระเทือน การติดเชื้อ แอลกอฮอล์ ความเครียด การแกะเกา ฯลฯ จากการสำรวจทางสุขภาพจิตคนไทยพบว่าคนไทยมีปัญหา ด้านจิตใจถึงร้อยละ 30 การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับ ความเครียด การดูแลการใช้ชีวิตให้เอื้อต่อสุขภาพกาย และจิตใจเป็นเรื่องจำเป็น² ความเครียดเป็นสาเหตุใหญ่ ของพฤติกรรมแปรปรวนและเป็นสาเหตุของโรคทาง กายหลายชนิด เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ฯลฯ สำหรับโรคสะกดเงิน ความเครียดมีส่วนกระตุ้นให้ เกิดอาการหรือทำให้โรครุนแรงขึ้น³ ผู้วิจัยจึงมีความ สนใจและแรงบันดาลใจที่จะศึกษาความเครียดใน ผู้ป่วยโรคสะกดเงินที่มารับการรักษาที่สถานบำบัด โรคผิวหนังวัดมกุฏฯ ซึ่งจะทำให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับ ความเครียดของผู้ป่วย สาเหตุของความเครียด อาการ ของความเครียดเพื่อนำไปใช้วางแผนการรักษา การ ให้บริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่เหมาะสมและขยาย ผลนำไปใช้ประโยชน์ในผู้ป่วยโรคผิวหนังเรื้อรังชนิด อื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรุนแรง สาเหตุและอาการ ของความเครียดในผู้ป่วยโรคสะกดเงินที่มารับการ รักษาที่สถานบำบัดโรคผิวหนังวัดมกุฏฯ
2. เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปในผู้ป่วยโรคสะกดเงิน ที่มารับการรักษา รวมทั้งการเห่อ ความรุนแรงของโรค
3. เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประเมินสภาพจิตของ ผู้ป่วยโรคสะกดเงินทุกรายและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย

ในรายที่รุนแรง เห่อบ่อยๆ โรคกำเริบมากขึ้น หรือมี ปัญหาทางด้านจิตใจร่วมด้วย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Cross sectional descriptive study) เพื่อศึกษาระดับ ความเครียดในผู้ป่วยโรคสะกดเงิน

ลักษณะประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสะกดเงินที่มารับบริการที่ สถานบำบัดโรคผิวหนัง วัดมกุฏฯ ตั้งแต่เดือน ม.ค.- ก.ค. 2550 โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ
2. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูล เกี่ยวกับอายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ
2. แบบบันทึกข้อมูลโรคสะกดเงิน ประกอบด้วย อายุที่เริ่มเป็น มีญาติพี่น้องที่มีอาการเหมือนผู้ป่วย บริเวณที่เกิดผื่น อาการอื่นที่พบร่วม ชนิดของโรค การ เห่อ ปัจจัยการกระตุ้นและความรุนแรงของโรค
3. แบบวัดความเครียดกรมสุขภาพจิต 20 ข้อ: เป็น แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
4. แบบวัดความเครียดสวนปรง (SPST-60): เลือก เฉพาะส่วนที่วัดสาเหตุของความเครียด และอาการ ของความเครียด แบบวัดความเครียดสวนปรง (SPST-60) เป็นเครื่องมือที่สุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่ม ไพศาลชัยและพิมพ์มาศ คาปัญญา⁴ สร้างขึ้นจากกรอบ

แนวคิดรูปแบบชีวพฤติกรรมของความเครียดของ

Miller, Smith and Rothstein³

5. แบบวัดความเครียดจากโรคสะเก็ดเงิน 4 ข้อ

การให้คะแนนและแปลความหมาย

1. แบบวัดความเครียดกรมสุขภาพจิต

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีระดับคะแนน 4 ระดับ โดยเริ่มตั้งแต่ ไม่เคยเลย เป็นครั้งคราว เป็นบ่อย เป็นประจำ การให้คะแนนเรียงลำดับจาก 0 ถึง 3 คะแนน โดยคะแนนต่ำที่สุด เท่ากับ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 6 คะแนน

การแปลความหมายคะแนน

ไม่แน่ใจ	0-5	คะแนน
ปกติ	6-17	คะแนน
เครียดสูงกว่าปกติ	18-25	คะแนน
เครียดปานกลาง	26-29	คะแนน
เครียดมาก	30	คะแนนขึ้นไป

2. แบบวัดความเครียดสวนปรุง

2.1 สาเหตุของความเครียด

มีระดับคะแนน 6 ระดับ ถ้าไม่เกิดเหตุการณ์ ไม่ต้องตอบให้คะแนนเท่ากับ 0 ถ้าเกิดเหตุการณ์ให้ระบุ โดยเริ่มตั้งแต่ ไม่เครียด จนถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด การให้คะแนนเรียงลำดับจาก 0 ถึง 5 คะแนน โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนนและคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 125 คะแนน

การแปลความหมายคะแนน

2.1.1 เครียดจากงาน

คะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 0-35 คะแนน

เครียดระดับต่ำหรือไม่เครียด	0-15	คะแนน
เครียดระดับปานกลาง	16-22	คะแนน

เครียดระดับสูง 23-28 คะแนน

เครียดระดับรุนแรง มากกว่า 28 คะแนน

2.1.2 ความเครียดส่วนตัว

คะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 0-25 คะแนน

เครียดระดับต่ำหรือไม่เครียด 0-7 คะแนน

เครียดระดับปานกลาง 8-11 คะแนน

เครียดระดับสูง 12-15 คะแนน

เครียดระดับรุนแรง มากกว่า 15 คะแนน

2.1.3 ความเครียดจากครอบครัว

คะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน

เครียดระดับต่ำหรือไม่เครียด 0-1 คะแนน

เครียดระดับปานกลาง 2-7 คะแนน

เครียดระดับสูง 8-13 คะแนน

เครียดระดับรุนแรง มากกว่า 13 คะแนน

2.1.4 ความเครียดทางสังคม

คะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน

เครียดระดับต่ำหรือไม่เครียด 0-2 คะแนน

เครียดระดับปานกลาง 3-5 คะแนน

เครียดระดับสูง 6-8 คะแนน

เครียดระดับรุนแรง มากกว่า 8 คะแนน

2.1.5 ความเครียดจากสิ่งแวดล้อม

คะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน

เครียดระดับต่ำหรือไม่เครียด 0-2 คะแนน

เครียดระดับปานกลาง 3-7 คะแนน

เครียดระดับสูง 8-13 คะแนน

เครียดระดับรุนแรง มากกว่า 13 คะแนน

2.1.6 ความเครียดเรื่องการเงิน

คะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน

เครียดระดับต่ำหรือไม่เครียด 0-4 คะแนน

เครียดระดับปานกลาง 5-8 คะแนน

เครียดระดับสูง	9 – 12	คะแนน
เครียดระดับรุนแรง	มากกว่า 12	คะแนน

3. อาการของความเครียด

มีระดับคะแนน 6 ระดับถ้าไม่เกิดอาการไม่ต้องตอบให้คะแนนเท่ากับ 0 ถ้าเกิดอาการให้ระบุความรู้สึกรู้สึกจาก 1 ถึง 5 คะแนน โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนนและคะแนนสูงสุดเท่ากับ 165 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน

3.1 อาการเครียดในระบบกล้ามเนื้อ

คะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 0 – 15 คะแนน

เครียดระดับต่ำหรือไม่เครียด	0 – 4	คะแนน
เครียดระดับปานกลาง	5 – 9	คะแนน
เครียดระดับสูง	10 – 12	คะแนน
เครียดระดับรุนแรง	มากกว่า 12	คะแนน

3.2 อาการเครียดในระบบประสาทพาราซิมพาเทติก

คะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 0 – 15 คะแนน

เครียดระดับต่ำหรือไม่เครียด	0 – 1	คะแนน
เครียดระดับปานกลาง	2 – 4	คะแนน
เครียดระดับสูง	5 – 9	คะแนน
เครียดระดับรุนแรง	มากกว่า 9	คะแนน

3.3 อาการเครียดในระบบประสาทซิมพาเทติก

คะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 0 – 15 คะแนน

เครียดระดับต่ำหรือไม่เครียด	0 – 1	คะแนน
เครียดระดับปานกลาง	2 – 4	คะแนน
เครียดระดับสูง	5 – 9	คะแนน
เครียดระดับรุนแรง	มากกว่า 9	คะแนน

3.4 อาการเครียดด้านอารมณ์

คะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 0 – 15 คะแนน

เครียดระดับต่ำหรือไม่เครียด	0 – 4	คะแนน
-----------------------------	-------	-------

เครียดระดับปานกลาง	5 – 9	คะแนน
เครียดระดับสูง	9 – 16	คะแนน
เครียดระดับรุนแรง	มากกว่า 16	คะแนน

3.5 อาการเครียดด้านความคิด

คะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 0 – 15 คะแนน

เครียดระดับต่ำหรือไม่เครียด	0 – 3	คะแนน
เครียดระดับปานกลาง	4 – 7	คะแนน
เครียดระดับสูง	8 – 11	คะแนน
เครียดระดับรุนแรง	มากกว่า 11	คะแนน

3.6 อาการเครียดในระบบต่อมไร้ท่อ

คะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 0 – 20 คะแนน

เครียดระดับต่ำหรือไม่เครียด	0	คะแนน
เครียดระดับปานกลาง	1 – 4	คะแนน
เครียดระดับสูง	5 – 9	คะแนน
เครียดระดับรุนแรง	มากกว่า 9	คะแนน

3.7 อาการเครียดในระบบภูมิคุ้มกัน

คะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 0 – 20 คะแนน

เครียดระดับต่ำหรือไม่เครียด	0	คะแนน
เครียดระดับปานกลาง	1 – 4	คะแนน
เครียดระดับสูง	5 – 10	คะแนน
เครียดระดับรุนแรง	มากกว่า 10	คะแนน

4. ความเครียดจากโรคสะกดจิต

คะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 0 – 20 คะแนน

เครียดระดับต่ำหรือไม่เครียด	0 – 1	คะแนน
เครียดระดับปานกลาง	2 – 4	คะแนน
เครียดระดับสูง	5 – 10	คะแนน
เครียดระดับรุนแรง	มากกว่า 10	คะแนน

หมายเหตุ ถ้าคะแนนอยู่เชื่อมต่อกันแต่ละระดับ ใช้คะแนนขอบเขตบนและขอบเขตล่างของแต่ละขั้นเป็นเกณฑ์คะแนน เช่น อาการเครียดในระบบภูมิคุ้มกัน มี

คะแนน 1.3 คะแนน จัดว่ามีความเครียดระดับต่ำ หรือไม่เครียด หากมีคะแนน 1.5 คะแนน จัดว่ามีความเครียดระดับปานกลาง เป็นต้น

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

แบบวัดความเครียดสวนปรง ผู้สร้างได้หาความตรงตามสภาพ (concurrent validity) แล้ว โดยหาความสัมพันธ์กับความเครียดทางกล้ามเนื้อจากการทำ EMG biofeedback พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการของความเครียดกับค่า EMG biofeedback มีค่าตั้งแต่ 0.28 – 0.39 ที่ระดับค่าความเชื่อมั่น 95%

แบบวัดความเครียดจากโรคสะเก็ดเงินเป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอาศัยจากประสบการณ์ที่ได้จากผู้ป่วยและหลักการจากแบบวัดความเครียดสวนปรง

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

คำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบวัดความเครียดกรมสุขภาพจิต แบบวัดความเครียดสวนปรง (SPST-60) และแบบวัดความเครียดจากโรคสะเก็ดเงิน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

แบบวัดความเครียดกรมสุขภาพจิตได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.87

แบบวัดความเครียดสวนปรง (SPST-60)

- สาเหตุของความเครียดได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.93
- อาการของความเครียดได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.95

แบบวัดความเครียดจากโรคสะเก็ดเงิน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของประชากรตั้งแต่กระบวนการเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยก่อนดำเนินการวิจัยได้ถามความสมัครใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประชากรมีสิทธิที่จะยุติการให้ความร่วมมือ และสามารถขอรับข้อมูลกลับคืนได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผลและไม่เกิดผลเสียหายต่อประชากรและผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุลของประชากร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. คัดเลือกประชากรที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดจากผู้ป่วยโรคผิวหนังทั้งหมดที่มารับการรักษาที่สถานบำบัดโรคผิวหนังวัดมกุฏฯ ตั้งแต่เดือน ม.ค.-ก.ค. 2550 เมื่อได้ประชากรแล้วจึงเข้าไปพูดคุยแนะนำตัว ขอความร่วมมือและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย
2. เมื่อประชากรตอบรับ ยินดีให้ความร่วมมือผู้วิจัยให้ผู้ป่วยที่เป็นประชากรลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการแล้วอธิบายวิธีการตอบแบบวัดเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา แต่ไม่มีการอธิบายหรือขยายความเพิ่มเติม เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที หลังจากผู้ป่วยที่เป็นประชากรตอบแบบวัดแล้ว ผู้วิจัยตรวจคำตอบทุกข้อ ถ้าพบว่าข้อใดไม่มีคำตอบผู้วิจัยจะซักถามเพื่อให้ได้คำตอบที่ครบถ้วน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวน

3. นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมดมาคิดคะแนนและนำคะแนนไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistic Package of the Social Science/For Window) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ
2. ข้อมูลโรคสะเก็ดเงิน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ
3. ระดับความเครียดวิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ร้อยละ
4. ความเครียดจากสาเหตุต่างๆ และอาการของความเครียด วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

การนำเสนอผลงานวิจัย เรื่องการศึกษาความเครียดในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน นำเสนอโดยบรรยายประกอบตาราง แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของประชากร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลโรคสะเก็ดเงิน

ส่วนที่ 3 ระดับความเครียดกรมสุขภาพจิต

ส่วนที่ 4 ความเครียดจากสาเหตุต่างๆ และอาการของความเครียด

ส่วนที่ 5 ความเครียดจากสาเหตุต่างๆ และอาการของความเครียดที่พบมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ลักษณะประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินจำนวน 104 คน อายุระหว่าง 15-73 ปี โดยมีอายุ

เฉลี่ย 46.8 ปี และกลุ่มที่มีมากที่สุด (ร้อยละ 32.1) คือ กลุ่มอายุ 46-55 ปี ร้อยละ 63.5 เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.4 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 30.8 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 62.5 ประกอบอาชีพราชการ/ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ดังแสดงในตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 ข้อมูลโรคสะเก็ดเงิน

อายุที่เริ่มเป็นผื่นอยู่ระหว่าง 4-69 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 35.9 ปี โดยกลุ่มที่มีมากที่สุด (ร้อยละ 30.8) คือ กลุ่มอายุ 36-45 ปี ดังแสดงในตารางที่ 2.1 ร้อยละ 74 ไม่พบญาติพี่น้องมีอาการเหมือนผู้ป่วย ดังแสดงในตารางที่ 2.2 ร้อยละ 74 ตำแหน่งที่พบผื่นมากที่สุด คือ ศีรษะ (ร้อยละ 11.5) ตามด้วย ตัว (ร้อยละ 4.8) และขา (ร้อยละ 3.8) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2.3 อาการร่วมที่พบบ่อยมากที่สุดคือ อาการคัน (ร้อยละ 60.6) ดังแสดงในตารางที่ 2.4

Chronic plaque type เป็นชนิดของโรคสะเก็ดเงินที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 75) ดังแสดงในตารางที่ 2.5 ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเห่อนานๆ ครั้ง (ร้อยละ 52.9) ตามด้วย 2-3 เดือน/ครั้ง (ร้อยละ 21.2) ดังแสดงในตารางที่ 2.6 ปัจจัยกระตุ้นที่พบบ่อยคือการแกะเกา (ร้อยละ 12.5) ตามด้วยอากาศร้อน/เย็น (ร้อยละ 11.5) ดังแสดงในตารางที่ 2.7

ความรุนแรงของโรค ส่วนใหญ่มีความรุนแรงน้อย (ร้อยละ 54.8) ดังแสดงในตารางที่ 2.8

สำหรับบริเวณที่มีผื่นพบมากที่สุด (ร้อยละ 29.8) คือ 2 ตำแหน่ง รองลงมาคือ 3 ตำแหน่ง (ร้อยละ 25.9) ดังแสดงในตารางที่ 2.9 ส่วนปัจจัยกระตุ้นที่พบบ่อยที่สุด (ร้อยละ 19.3) คือ 3 ปัจจัย รองลงมาคือ 4 ปัจจัย (ร้อยละ 16.4) ดังแสดงในตารางที่ 2.10

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของประชากร จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=104)	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่า 15 ปี	1	1
16 – 25	9	8.7
26 - 35	9	8.7
36 – 45	24	23.1
46 – 55	34	32.1
มากกว่า 55 ปี	27	26
เพศ		
ชาย	66	63.5
หญิง	38	36.5
สถานภาพสมรส		
โสด	33	31.7
สมรส	67	64.4
หย่า	1	1.0
หม้าย	3	2.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	1.0
ประถมศึกษา	26	25
มัธยมศึกษา	32	30.8
อาชีวศึกษา	15	14.4
อุดมศึกษา	5	4.8
ระบุ	25	24
อาชีพ		
ว่างงาน	2	1.9
แรงงาน	6	5.8
แม่บ้าน / พ่อบ้าน	12	11.5
ใช้ฝีมือ	5	4.8
วิชาชีพ	8	7.7

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=104)	ร้อยละ
นักเรียน / นักศึกษา	6	5.8
อื่นๆ:ข้าราชการ / ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	65	62.5

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลโรคสะเก็ดเงิน

ตารางที่ 2.1 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามอายุที่เริ่มเป็น

อายุที่เริ่มเป็น	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 15 ปี	6	5.8
16 – 25	19	18.3
26 – 35	25	24
36 – 45	32	30.8
46 – 55	14	13.5
มากกว่า 55 ปี	8	7.7

ตารางที่ 2.2 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามมีญาติพี่น้องมีอาการเหมือนผู้ป่วย

ญาติพี่น้องมีอาการเหมือนผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
มี	27	26
ไม่มี	77	74

ตารางที่ 2.3 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามอาการและอาการแสดง

อาการแสดง	จำนวน	ร้อยละ
ศีรษะ	12	11.5
ตัว	5	4.8
แขน	1	1
ขา	4	3.8
เท้า	2	1.9
เล็บ	2	1.9

ตารางที่ 2.4 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามอาการร่วม

อาการร่วม	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	32	30.8
คัน	63	60.6
ปวดข้อ	3	2.9
อื่นๆ	3	2.9

ตารางที่ 2.5 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามชนิดของโรค

ชนิดของโรค	จำนวน	ร้อยละ
Chronic plaque type	78	75
Guttate	12	11.5
Erythroderma	5	4.8
Flexural (Inverse)	1	1
Plamoplantar	1	1
Scalp	4	3.8
Nail	2	1.9

ตารางที่ 2.6 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามความถี่ของการเห่อ

ความถี่ของการเห่อ	จำนวน	ร้อยละ
นานๆครั้ง	55	52.9
5 – 6 เดือน	10	9.6
2 – 3 เดือน	22	21.2
ต้องใช้ยากินตลอด	17	16.3

ตารางที่ 2.7 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามปัจจัยกระตุ้น

ปัจจัยกระตุ้น	จำนวน	ร้อยละ
อาหาร	2	1.9
อากาศร้อน/เย็น	12	11.5
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2	1.69
ความเครียด	6	5.8
การขาดการรักษา	3	2.9
การเกะเกา	13	12.5

ตารางที่ 2.8 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามความรุนแรงของโรค

ความรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ
รุนแรงน้อย	57	54.8
รุนแรงปานกลาง	30	28.8
รุนแรงมาก	13	12.5

ตารางที่ 2.9 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามตำแหน่งที่มีผื่น

ตำแหน่ง	จำนวน	ร้อยละ
1	26	25
2	31	29.8
3	27	25.9
4	6	5.7
5	4	3.8
6	8	7.7
7	1	0.96
8	1	0.96

ตารางที่ 2.10 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามปัจจัยกระตุ้น

ปัจจัยกระตุ้น	จำนวน	ร้อยละ
1	7	6.7
2	23	22.1
3	20	19.2
4	17	16.4
5	4	3.8
7	1	0.96

ส่วนที่ 3 ระดับความเครียดกรมสุขภาพจิต

ประชากรส่วนใหญ่มีระดับความเครียดปกติ (ร้อยละ 63.5) ตามด้วยเครียดสูงกว่าปกติ (ร้อยละ 18.3) เครียดปานกลาง (ร้อยละ 6.7) และเครียดมาก (ร้อยละ 1.9) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามระดับของความเครียด(กรมสุขภาพจิต)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ไม่แน่ใจ	10	9.6
ปกติ	66	63.5
เครียดสูงกว่าปกติ	19	18.3
เครียดปานกลาง	7	6.7
เครียดมาก	2	1.9

ส่วนที่ 4 ความเครียดจากสาเหตุต่างๆ และอาการของความเครียด

ประชากรมีคะแนนความเครียดโดยรวม ระหว่าง 0-46 มีคะแนนเฉลี่ย 13.4 จัดเป็นกลุ่มที่มีความเครียดปกติ และเมื่อแยกเป็นความเครียดรายด้าน มี 2 ด้านที่มีคะแนนความเครียดระดับต่ำ ได้แก่ เครียดจากงาน มีคะแนนระหว่าง 0-31 คะแนนเฉลี่ย 13.2 เครียดจากเรื่องส่วนตัว มีคะแนนระหว่าง 0-16 คะแนนเฉลี่ย 7.3 และมีอีก 3 ด้านที่มีระดับคะแนนความเครียดปาน

กลาง ได้แก่ เครียดจากสังคม มีคะแนนระหว่าง 0-10 คะแนนเฉลี่ย 3.5 เครียดจากสิ่งแวดล้อม มีคะแนนระหว่าง 0-17 คะแนนเฉลี่ย 6.8 เครียดจากเรื่องการเงิน มีคะแนนระหว่าง 0-15 คะแนนเฉลี่ย 6.2

ส่วนอาการของความเครียดมี 5 ระดับ ด้านที่มีคะแนนความเครียดระดับปานกลาง ได้แก่ อาการเครียดทางกล้ามเนื้อ มีคะแนนระหว่าง 0-15 คะแนนเฉลี่ย 5.1 อาการเครียดในระบบพาราซิมพาเทติก มีคะแนนระหว่าง 0-11 คะแนนเฉลี่ย 4.2 อาการเครียด

ในระบบซึมพาเรติก มีคะแนนระหว่าง 0–14 คะแนน
เฉลี่ย 4.1 อาการเครียดด้านอารมณ์ มีคะแนนระหว่าง
0–19 คะแนนเฉลี่ย 7.2 อาการเครียดด้านความคิด มี
คะแนนระหว่าง 0–15 คะแนนเฉลี่ย 5.4 และมี 2 ด้าน
ที่มีคะแนนระดับความเครียดสูง ได้แก่ อาการเครียด
ในระบบต่อมไทรอยด์ มีคะแนนระหว่าง 0–16 คะแนน

เฉลี่ย 5.0 อาการเครียดในระบบภูมิคุ้มกัน มีคะแนน
ระหว่าง 0–15 คะแนนเฉลี่ย 5.0

สำหรับความเครียดจากโรคสะกดเงิน มีคะแนน
ความเครียดระดับรุนแรง มีคะแนนระหว่าง 4–20
คะแนนเฉลี่ย 10.3 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พิสัยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดจากสาเหตุต่างๆและอาการของความเครียด

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	พิสัย	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
ความเครียดโดยรวม (กรมสุขภาพจิต)	0-60	0-46	13.4	7.9	ปกติ
ความเครียดรายด้าน					
-เครียดจากงาน	0-35	0-31	13.2	7.1	ต่ำ
-เครียดจากเรื่องส่วนตัว	0-25	0-16	7.3	3.7	ต่ำ
-เครียดจากสังคม	0-10	0-10	3.5	2.2	ปานกลาง
-เครียดจากสิ่งแวดล้อม	0-20	0-17	6.8	3.9	ปานกลาง
-เครียดจากเรื่องการเงิน	0-15	0-15	6.2	3.6	ปานกลาง
อาการของความเครียด					
-อาการเครียดทางกล้ามเนื้อ	0-15	0-15	5.1	3.5	ปานกลาง
-อาการเครียดในระบบประสาท	0-15	0-11	4.2	2.8	ปานกลาง
พาราซึมพาเรติก					
-อาการเครียดในระบบประสาทซึม	0-15	0-14	4.1	3.1	ปานกลาง
พาเรติก					
-อาการเครียดด้านอารมณ์	0-25	0-19	7.2	4.5	ปานกลาง
-อาการเครียดด้านความคิด	0-15	0-15	5.4	3.6	ปานกลาง
-อาการเครียดในระบบต่อมไทรอยด์	0-20	0-16	5.0	3.9	สูง
-อาการเครียดในระบบภูมิคุ้มกัน	0-20	0-15	5.0	3.8	สูง
ความเครียดจากโรคสะกดเงิน	0-20	4-20	10.3	4.9	รุนแรง

ส่วนที่ 5 ความเครียดจากสาเหตุต่างๆ และอาการของความเครียดที่พบมากที่สุด

สาเหตุของความเครียด

ความเครียดจากงาน	-ทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ
ความเครียดจากเรื่องส่วนตัว	-บาดเจ็บหรือเจ็บป่วย
ความเครียดจากครอบครัว	-มีความลำบากที่จะทำให้ได้อย่างที่ครอบครัวต้องการ
ความเครียดทางสังคม	-รู้สึกต้องระมัดระวังตัวเมื่อเข้าสังคม
ความเครียดจากสิ่งแวดล้อม	-มีปัญหาการจราจร การจอดรถ การเดินทาง
ความเครียดเรื่องการเงิน	-เงินไม่พอใช้จ่าย -รายจ่ายเพิ่มขึ้น

* ความเครียดจากโรคสะกดเงิน

-เป็นโรคที่ไม่หายขาด

อาการของความเครียด

อาการเครียดทางกล้ามเนื้อ	-ปวดหลัง
อาการเครียดทางประสาทสัมผัสอัตโนมัติ PNS	-ปากแห้ง คอแห้ง
อาการเครียดทางประสาทสัมผัสอัตโนมัติ SNS	-หัวใจเต้นเร็ว
อาการเครียดทางอารมณ์	-โกรธหรือหงุดหงิด
อาการเครียดทางด้านความคิด	-ความจำไม่ดี
อาการเครียดทางด้านต่อมไร้ท่อ	-รู้สึกเหนื่อยง่าย
ความเครียดทางระบบภูมิคุ้มกัน	-เจ็บคอหรือเจ็บในปาก

การอภิปรายผล

ลักษณะของประชากร

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคสะกดเงินที่มารับการรักษาที่สถานบำบัดโรคผิวหนัง วัดมกุฏฯ จำนวน 104 ราย อายุที่เริ่มเป็นผื่นระหว่าง 4-69 ปี อายุเฉลี่ย 35.9 ปี กลุ่มที่มีอายุ 36-45 ปี มีมากที่สุด (ร้อยละ 3.8) ไม่พบญาติพี่น้องมีอาการเหมือนผู้ป่วย (ร้อยละ 74) ความรุนแรงของโรค ส่วนใหญ่มีความรุนแรงน้อย (ร้อยละ 54.8) เกือบๆ ครึ่ง (ร้อยละ 52.9) ซึ่งใกล้เคียงกับหลายการศึกษาที่พบผู้ป่วยเริ่มเกิดโรคเมื่อ

อายุมากกว่า 40 ปี (type 2, late onset psoriasis) ที่มักไม่มีประวัติครอบครัว การดำเนินของโรคไม่รุนแรง⁶

ประชากรกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.5) แตกต่างจากการศึกษา Brandrup⁷ และ Barker⁶ ที่พบว่าเพศหญิงและเพศชายมีความชุกของโรคไม่แตกต่างกัน

ความเครียดของผู้ป่วยโรคสะกดเงิน

ผลการศึกษา พบว่าประชากรมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปกติ (คะแนนเต็ม 60, มีคะแนนระหว่าง 0-46 คะแนน ค่าเฉลี่ย = 13.4, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.9) อาจเป็นเพราะประชากรส่วนใหญ่มี

ระยะเวลาหลังการวินิจฉัยมากกว่า 10 ปีขึ้นไป (อายุเฉลี่ยประชากร 46.8 ปี, อายุเฉลี่ยประชากรที่เริ่มเป็นฝิ่น 35.9 ปี) ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไปการปรับตัวจะดีขึ้นตามลำดับ อธิบายจากศักยภาพในการปรับตัวของบุคคลประกอบกับแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อน ทำให้ผู้ป่วยเผชิญหน้าต่อผู้และยอมรับความจริงมากขึ้น

ผลการวิจัย ประชากรมีความเครียดรายด้านระดับต่ำ 2 ด้าน ระดับปานกลาง 3 ด้าน และระดับรุนแรง 1 ด้าน คือ

ความเครียดรายด้านระดับต่ำ ได้แก่ เครียดจากงาน เครียดจากเรื่องส่วนตัว

ความเครียดรายด้านระดับปานกลาง ได้แก่ เครียดจากสังคม เครียดจากสิ่งแวดล้อม และเครียดจากการเงิน ซึ่งน่าจะเป็นเรื่องปกติเหมือนกับคนทั่วไป ที่ต้องปรับตัวเข้ากับสังคมยุคใหม่ที่มีการแข่งขันสูง เร่งรีบ เผชิญกับปัญหานานัปการ เช่น ปัญหาของมลพิษ สิ่งแวดล้อม ปัญหาทางเศรษฐกิจ

ความเครียดระดับปานกลางมีประโยชน์ที่ทำให้เรามีความพร้อมที่จะเรียนรู้ เป็นภาวะที่จะทำให้งานประสบความสำเร็จ เพราะความกดดันตรงนี้จะบังคับให้เราทำงานได้เป็นอย่างดี

ความเครียดรายด้านระดับรุนแรง ได้แก่ ความเครียดจากโรคสะเก็ดเงิน โดยเฉพาะในเรื่องเป็นโรคที่ไม่หายขาด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวล เศาะแสวงหาวิธีการรักษาใหม่ๆหรือตระเวนหาสถานที่ที่จะรักษาให้หายขาดได้

ส่วนอาการของความเครียด ประชากรมีคะแนนอาการของความเครียดระดับกลาง 5 ด้าน และมีคะแนนอาการของความเครียดระดับสูง 2 ด้าน

โดยกลุ่มอาการของความเครียดระดับคะแนนปานกลาง ได้แก่ อาการเครียดทางกล้ามเนื้อ อาการเครียดในระบบประสาทพาราซิมพาเธติก อาการเครียดในระบบประสาทซิมพาเธติก อาการเครียดด้านอารมณ์ อาการเครียดด้านความคิด

กลุ่มอาการของความเครียดระดับสูง ได้แก่ อาการเครียดในระบบต่อมไร้ท่อ อาการเครียดในระบบภูมิคุ้มกัน

ลักษณะความเครียดของกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดปานกลาง ความเครียดชนิดนี้เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว และเกิดซ้ำๆจากการดำเนินของโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องมารับการตรวจเป็นระยะๆ ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ เกิดแรงกดดันเป็นระยะๆ แสดงออกในระบบประสาทซิมพาเธติก เช่น ปวดศีรษะข้างเดียว หัวใจเต้นเร็ว และแสดงออกด้านอารมณ์ เช่น โกรธ กังวล ซึมเศร้า บางรายมีความเครียดเรื้อรัง แสดงออกทางระบบต่อมไร้ท่อ เช่น รู้สึกเหนื่อยง่ายและแสดงออกทางระบบภูมิคุ้มกัน เช่น เป็นหวัดหรือภูมิแพ้

ส่วนอาการในระบบประสาทพาราซิมพาเธติก เป็นอาการแสดงของความเครียดเฉียบพลัน อาจพบในรายที่มีอาการดีขึ้น เว้นระยะในช่วงหนึ่งแล้วต้องกลับมารักษาใหม่เมื่อห่อขึ้นอีก โรค ทำให้เกิดแรงกดดันเป็นครั้งๆ ซึ่งแสดงออกในระบบประสาทพาราซิมพาเธติก เช่น ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง ท้องเสีย ส่วนอาการเครียดในระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกันอยู่ในระดับสูง อาจเป็นเพราะการห่อของโรคสะเก็ดเงินเกิดเป็นช่วงๆ ไปมีผลกระทบทำให้เกิดอาการระบบต่อมไร้ท่อ เมื่อเกิดบ่อยและนานก็จะทำงานผิดปกติ และทำให้เกิดอาการของต่อมไร้ท่อเป็นระยะๆ เมื่อเกิด

บ่อยๆ และนานก็จะทำงานผิดปกติ และจะทำให้เกิดอาการผิดปกติของฮอร์โมน เช่น มีประจำเดือนไม่ปกติ รู้สึกเหนื่อยง่าย หรือไปมีผลต่อความแข็งแรงของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็ง โรคติดเชื้อ โรคภูมิแพ้ และโรคอื่นเกิดเนื่องจากภูมิคุ้มกันอื่นๆ³

ความเครียดเป็นสาเหตุทำให้โรคสะเก็ดเงินกำเริบขึ้นได้ ซึ่งยืนยันจากหลายการศึกษา^{8,9,10} หรือจัดให้โรคสะเก็ดเงินอยู่ในกลุ่มโรคจิตสรีระแปรปรวน (Psychosomatic disorder) โดยปัจจัยทางจิตใจมีบทบาทในการกระตุ้นให้เกิดโรค หรือทำให้โรคมียอาการรุนแรงมากขึ้น^{3,11} พบว่ามีความหดหู่ใจ (depression) และความพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal idea) เพิ่มมากขึ้นในโรคผิวหนังเรื้อรัง เช่น โรคสะเก็ดเงิน, ผิว, atopic dermatitis¹²

จากการศึกษาของ Madhulika A.Gupta¹³ พบว่าโรคสะเก็ดเงินไวต่อความเครียดมากกว่าโรคผิวหนังอื่นๆ ที่มีความเครียดเป็นตัวกระตุ้น เมื่อเป็นโรคในผู้ป่วยอายุน้อย (อายุระหว่าง 18-45 ปี) ผู้ป่วยมักประสบปัญหาในการดำเนินชีวิต การทำงาน การเข้าสังคม จากความรังเกียจกลัวคิดว่าผู้ป่วยเป็นโรคติดต่อร้ายแรง ซึ่งผลกระทบนี้เท่ากันทั้งในเพศหญิงและเพศชายจากการศึกษาล่าสุด พบว่าผู้ป่วยมักมีบุคลิกภาพเฉพาะที่เป็นคนเก็บกด ความเครียดในผู้ป่วยเหล่านี้จึงมาจากความเครียดจากโรค จากการดำเนินชีวิตประจำวันและบุคลิกภาพที่เก็บกด ดังนั้น ถึงแม้มีอาการไม่รุนแรง เมื่อเกิดผื่นที่ก่อให้เกิดความไม่สวยงาม ควรให้การรักษาอย่างเต็มที่ นอกจากนี้ยังพบความหดหู่ใจ (depression) เพิ่มขึ้นเมื่ออาการคันจากโรคเพิ่มขึ้น การรักษาอาการคันช่วยลดความรุนแรง

ของความหดหู่ใจ การรักษาโรคสะเก็ดเงินจึงค่อนข้างซับซ้อนต้องคำนึงถึงความรุนแรงของโรค สภาพจิตใจของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิต

สำหรับบทบาทของแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน จึงควรชี้แจงให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ จัดข้อสงสัยและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่บนพื้นฐานของเหตุผลและความเป็นจริง แนะนำสิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติ เช่น หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นต่างๆ มาได้รับการรักษาม่าเสมอ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกกับข้อใจต่างๆ แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักจัดโปรแกรมลดความเครียดต่างๆ เช่น รู้จักวิถีคลายความเครียด และจัดการระบบการทำงาน หรือการใช้ชีวิตประจำวันในลักษณะที่ไม่ก่อให้เกิดความเครียด หรือให้เกิคน้อยที่สุด ตลอดจน รู้จักใช้กลไกในการแก้ปัญหา (coping mechanism) ที่เหมาะสม^{14,15}

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เลือกประชากรที่มีคุณสมบัติตามกำหนดโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่างและขนาดของประชากรค่อนข้างน้อย จึงมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงกับผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินโดยทั่วไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงระดับความเครียดรุนแรงในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่ได้รับการรักษาที่สถานบำบัดโรคผิวหนัง วัดมฤฎฯ ดังนั้น ในบทบาทของแพทย์ พยาบาล ควรมีการประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินทุกราย และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในรายที่รุนแรง เหลือบ่อยๆ โรคกำเริบมากขึ้น หรือมีปัญหาทางด้านจิตใจร่วมด้วย รวมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีป้องกันไม่ให้เกิดความเครียด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ชัยวุฒิ บันทัด
ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย ผู้สนับสนุนให้
บทวนศึกษาเรื่องนี้

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระ
รามสูต ที่ปรึกษากรมควบคุมโรคและ
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์
หญิงณัฏฐา รัชตะนาวัน หัวหน้าหน่วยผิวหนัง
โรงพยาบาลรามาริบัติ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล
รักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัด
เชียงใหม่ และดร.วนิดา พุ่มไพศาลชัย

ขอขอบคุณ ดร.เพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์ สถาบันราช
ประชาสมาสัย

ขอบพระคุณทุกท่านที่กรุณาให้คำปรึกษาและ
คำแนะนำที่มีคุณค่าอย่างยิ่ง

References

1. Christophers E. Psoriasis—epidermiology and clinical spectrum. Clin Exp Dermatol 2001; 26: 314–20.
2. จิรากรณ ตั้งกิตติภากรณ. (2535). ปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย คณะวิทยาการจัดการมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
3. ชัชวาล ศิลปะกิจ. เอกสารคำสอนเรื่อง Common Psychophysiologic Disorders.
4. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, พิมพ์มาศ ตาปัญญา.(2540). รายงานการวิจัยเรื่อง การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
5. Miller LH, Smith AD, Rothstein L. (1993). The Stress Solution: An action plan to manage the stress in your life. New York: Pocket Books.
6. Barker JN. The Pathophysiology of Psoriasis. Lancet 1991; 338: 227-230.
7. Brandrup E, Green A. The prevalence of psoriasis in Denmark. Acta Derm Venereol (Stockh) 1981; 61: 344–6.
8. Gelfand JM, et al. Lymphoma Raje are low but increase in patients with psoriasis. Arch Dermatol 2003; 139: 1425–9.
9. Seville RH. Psoriasis and Stress. Br J Dermatol. 1977; 97: 297–302.
10. Abadie MSAL, Kent GG, Gawkrödger DJ. The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin condition. Br J Dermatol. 1994; 130 : 199–203.
11. Gupta MA, Gupta AK. Pschodermatology: An update. J Am Acad Dermatology 1996 ; 34 : 1030–46.
12. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. Br J Dermatol 1998; 139 : 846–850.
13. Gupta MA, Gupta MK, Watteel GN. Early onset (<40 years age) psoriasis is comorbid with greater psychopathology than late onset psoriasis: A study of 137 patients. Acta Derm Venerol (Stockh) 1996; 76 : 464–466.
14. Price ML, Mottahedin I, May. PR. Can psychotherapy help patients with psoriasis? Clin Exp Dermatol 1991; 16: 114–17.
15. Winchell SA, Watts RA. Relaxation therapies in the treatment of psoriasis and possible pathophysiologic mechanisms. J Am Acad Dermatol 1988; 18: 101–4.

Effectiveness of combination of nonablative radiofrequency and topical drugs for acne treatment

Penpun Wattanakrai MD,

Suthida Suwanachote MD,

Kobkul Tantipisitkul BSc (Nursing).

ABSTRACT:

WATTANAKRAI P, SUWANACHOTE S, TANTIPISTITKUL K. EFFECTIVENESS OF COMBINATION OF NONABLATIVE RADIOFREQUENCY AND TOPICAL DRUGS FOR ACNE TREATMENT. THAI J DERMAOL 2007; 23: 152-164.

DIVISION OF DERMATOLOGY, DEPARTMENT OF MEDICINE, RAMATHIBODI HOSPITAL, MAHIDOL UNIVERSITY, BANGKOK, THAILAND

The objective of this randomized, half-face comparative pilot study was to evaluate the effectiveness of combination nonablative radiofrequency with topical drugs compared to topical acne medication in the treatment of moderate to severe acne. Eight patients were randomized to receive 3 weekly nonablative radiofrequency treatments (Dento-Surg 90 F.F.P.™ 3.8 MHz: Surgitron, Ellman International, Inc., Hewlett, New York) to one side of the face. During the study patients were allowed to continue their previous topical acne medication to both sides of the face. Follow-up and evaluation of the 2 treatment sides were done before and after treatments at week 1, 2, 3, 4, 6 and 8 weeks. Statistical analysis was done with nonparametric Mann-Whitney test. The patients tolerated the radiofrequency treatments well and there were no side effects or down time. Results showed that the percent of acne count reduction and sebum measurement of the sides receiving combination radiofrequency with topical acne treatment were not significantly different from the topical treatment alone. However there was a trend favoring the

combination side; with excellent response (>75% reduction in active acne lesion counts) achieved in 6 of 8 sides (75%). When compared to the topical treatment alone excellent response was only seen in 2 of 8 (25%).

Key words: acne, treatment, radiofrequency, nonablative, topical drug, topical medication

บทคัดย่อ:

เพ็ญพรรณ วัฒนไกร, สุธิดา สุวรรณโชติ, กอบกุล ตันติพิสิฐกุล. การศึกษาประสิทธิภาพในการใช้คลื่นวิทยุความถี่สูงร่วมกับการใช้ยาทาในการรักษาสิว วารสารโรคผิวหนัง 2550; 23: 152-164.

หน่วยโรคผิวหนัง ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

งานวิจัยนี้เป็น randomized, half-face comparative pilot study เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการรักษาสิवरระดับปานกลางและรุนแรงด้วยคลื่นวิทยุร่วมกับการใช้ยาทารักษาสิวเปรียบเทียบกับการใช้ยาทาเพียงอย่างเดียว ผู้เข้าร่วมวิจัย 8 คนได้รับการรักษาด้วยเครื่องกำเนิดคลื่นวิทยุ (Radiofrequency: Dento-Surg 90 F.F.P.™ 3.8 MHz: Surgitron, Ellman International, Inc., Hewlett, New York) บริเวณใบหน้าข้างซ้ายหรือขวา ข้างใดข้างหนึ่ง 3 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ ประเมินผลการรักษา ก่อนการรักษา ที่สัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, 6 และ 8 โดยถ่ายภาพ นับจำนวนสิวก่อนและวัดความมันด้วยเครื่อง sebumeter และให้ผู้ร่วมวิจัยประเมินใบหน้าแต่ละด้าน นำมาวิเคราะห์ก่อนและหลังการรักษา ผลพบว่าผู้ร่วมวิจัยทนต่อการรักษาด้วยคลื่นวิทยุได้ดี และไม่เกิดผลข้างเคียง เมื่อเปรียบเทียบการรักษาด้วยคลื่นวิทยุร่วมกับการทายาเปรียบเทียบกับทายาอย่างเดียวได้ผลไม่แตกต่างกันทางสถิติ (nonparametric Mann-Whitney test p-value > 0.05) อย่างไรก็ดี สังเกตได้ว่าใน 1-2 สัปดาห์แรกหลังเริ่มทำการรักษา ใบหน้าด้านที่ได้รับคลื่นวิทยุร่วมกับการใช้ยาทา มีอัตราการลดลงของจำนวนสิวก่อนที่สูงกว่าด้านที่ได้รับยาทาอย่างเดียว และโดยรวมพบว่าด้านที่ได้รับคลื่นวิทยุร่วมกับการทายาให้ผลตอบสนองต่อการรักษาดีมาก (จำนวนสิวก่อนลดลงมากกว่า 75%) 6 ใน 8 ด้าน (75%) เทียบกับด้านที่ได้รับการรักษาด้วยยาทารักษาสิวอย่างเดียว ผลการรักษาดีมาก เพียง 2 ใน 8 ด้าน (25%)

คำสำคัญ : การรักษา สิว คลื่นวิทยุความถี่สูง ยาทา

บทนำ (Introduction)

สิวเป็นโรคของต่อมไขมันและรูขุมขน (pilosebaceous unit) ที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ โดยมากมักเป็นบริเวณหน้า คอ และลำตัวส่วนบนซึ่งเป็นบริเวณที่มีต่อมไขมันขนาดใหญ่อยู่หนาแน่น มัก

พบในวัยรุ่น และมักหายไปในช่วงอายุ 20-25 ปี แต่บางคนอาจเป็นๆ หายๆ จนอายุเกิน 40 ปี สิวเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยมากในวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาวโดยมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านอารมณ์และจิตใจ¹ จากสถิติผู้ป่วยนอกของหน่วยโรคผิวหนัง

รพ.รามาริบัติ พ.ศ.2548 พบมีผู้ป่วยสิ่วร้อยละ 23 ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด

สาเหตุของการเกิดสิ่วมีหลายประการร่วมกันคือการหนาตัวของผิวหนังชั้นนอกสุดที่ทอของรูขุมขนซึ่งต่อมไขมันมาเปิดเชื่อมต่อ ซึ่งการหนาตัวเกิดจากการระคายเคืองจากไขมัน (Sebum) ที่ผลิตเพิ่มขึ้นจากต่อมไขมัน การมีแบคทีเรียที่สำคัญคือ *Propionibacterium acnes* (P.acnes) ย่อยไขมันจากต่อมไขมันให้เป็นกรดไขมันอิสระ และสร้างเอนไซม์ที่ทำให้เกิดการอักเสบขึ้น ร่วมกับการตอบสนองของร่างกายในแต่ละคนก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการเกิดสิ่ว^{1,2}

วิธีการรักษาสิ่วที่มีอยู่ในปัจจุบันได้แก่การใช้ยาทาเฉพาะที่ เช่น ยาปฏิชีวนะ, เบนซิลเปอร์ออกไซด์, กรดวิตามินเอ, กรด azelaic และ กรดผลไม้ การใช้ยารับประทานเช่น ยาปฏิชีวนะและยาในกลุ่มอนุพันธ์ของกรดวิตามินเอ (Isotretinoin) การรักษาสิ่วด้วยยามักต้องใช้ยาหลายชนิดร่วมกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา กรณีที่การใช้ยาทาเฉพาะที่แล้วไม่ได้ผลอาจต้องใช้ยารับประทานร่วมด้วย โดยยารับประทานมักใช้ในกรณีที่เป็สิ่วอักเสบปานกลางและรุนแรง ซึ่งปัญหาในการรักษาสิ่วด้วยการใช้ยา คืออาจเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการเกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ทำให้การรักษาไม่ได้ผล^{3,4}

คลื่นวิทยุความถี่สูง (Radiofrequency) มีที่ใช้อย่างมานานในการรักษาโรคต่างๆ โดยเป็นอุปกรณ์ช่วยในการจี้ (electro coagulation) และห้ามเลือดในด้านศัลยกรรมทั่วไป ในทางจลศัลยกรรมสามารถนำมาใช้รักษาหลายโรค เช่น หูด กระเนื้อ คิงเนื้อ มะเร็งผิวหนัง ในยุคหลังได้มีการประยุกต์ใช้เป็นอุปกรณ์กระตุ้นฟื้นฟูสภาพผิวโดยอาศัยพลังงานความร้อนจาก

คลื่นวิทยุไปกระตุ้นให้เกิดการสร้างคอลลาเจนขึ้นใหม่ ทำให้ผิวตึงขึ้น^{5,6}

การนำคลื่นวิทยุความถี่สูงมาใช้รักษาสิ่วเคยมีรายงานการศึกษาว่าสามารถทำให้สิ่วชนิดปานกลางถึงรุนแรงดีขึ้นได้โดยใช้เครื่องกำเนิดคลื่นวิทยุความถี่สูงที่ 6MHz (Thermacool TC; Thermage Inc. Hayward, CA)⁷ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าความร้อนที่เกิดขึ้นทำให้ลดการทำงานของต่อมไขมัน แต่การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการรักษาด้วยคลื่นวิทยุโดยไม่ได้เปรียบเทียบกับการรักษาเดิมที่มีอยู่

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการรักษาสิ่วระดับปานกลางและรุนแรงด้วยคลื่นวิทยุร่วมกับการใช้ยาทา รักษาสิ่ว เปรียบเทียบกับการใช้ยาทาเพียงอย่างเดียว

วัสดุและวิธีการ (Materials and methods)

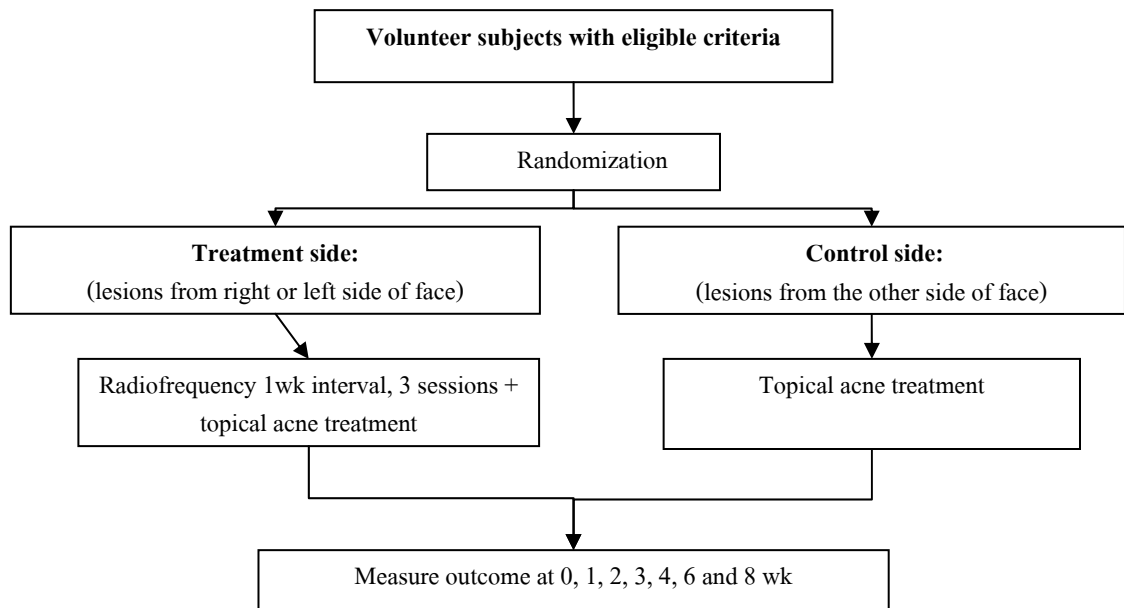
งานวิจัยนี้เป็น randomized, half-face comparative pilot study และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ทำการศึกษาในผู้ป่วยสิ่ว อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปจำนวน 8 ราย ผู้ป่วยทุกรายต้องมียาสิ่วอักเสบ (papule, pustule หรือ nodulocystic) จำนวนอย่างน้อย 10 รอย โรคขึ้นไปที่ใบหน้าและมีความรุนแรงของสิ่วไม่เปลี่ยนแปลงภายใน 4 สัปดาห์ก่อนเริ่มการวิจัย ผู้ป่วยสามารถใช้ยาทา รักษาสิ่วที่ใช้ยาทาอยู่เดิมได้ตามปกติ แต่ต้องไม่ได้รับประทานยาปฏิชีวนะภายใน 8 สัปดาห์ หรือรับประทานยาในกลุ่มอนุพันธ์กรดวิตามินเอ ภายใน 1 ปี ก่อนเริ่มวิจัย ผู้ป่วยต้องไม่ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตรไม่มีประวัติโรคผิวหนังอักเสบ หรือมีประวัติโรคผิวหนังอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการสุ่มให้รับการรักษาด้วยเครื่องกำเนิดคลื่นวิทยุ (Dento-Surg 90 F.F.P.TM 3.8 MHz: Surgitron, Ellman International, Inc., Hewlett, New York) บริเวณใบหน้าข้างซ้ายหรือขวาเพียงข้างเดียวร่วมกับการทายรักษาสิวเดิมที่เคยใช้มาก่อนเข้าร่วมวิจัย ทำการรักษาด้วยเครื่องกำเนิดคลื่นวิทยุ โดยตั้งค่าพลังงานใน mode cut and coagulation, 2 seconds interval ใช้หัว electrode ชนิดกลมขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 1.5 ซม. เริ่มต้นที่ระดับความร้อน 2.5 โดยสามารถปรับเพิ่มขึ้นได้ จนแต่ละครั้งวัดอุณหภูมิผิวหนังด้วยเครื่องมือวัดอุณหภูมิอินฟราเรดให้อุณหภูมิผิวหนังขณะทำการรักษาวัดได้ประมาณ 40 องศาเซลเซียส และสามารถปรับลดพลังงานหากผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกร้อนเกินไป ทำการรักษานบนใบหน้าแต่ละซีกไม่เกิน 15 นาทีต่อครั้ง ทำการรักษาทั้งหมด 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ (แผนภูมิที่ 1)

ประเมินผลการรักษา ก่อนทำการรักษา สัปดาห์ที่ 1,2,3,4 และติดตามผลการรักษาทุก 2 สัปดาห์ ต่อเนื่องจนครบ 8 สัปดาห์ โดยทุกครั้งที่มาติดตามผลการรักษา

จะทำการถ่ายภาพด้วยกล้องดิจิทัล และให้แพทย์ผู้ไม่ทราบข้อมูลด้านที่ถูกสุ่มเลือกทำการรักษา นับจำนวนสิวอักเสบ (รวมถึง papule, pustule, nodule, cyst) บนใบหน้าด้านขวาและซ้าย และทำการประเมินความรุนแรงของสิว (ตาม acne grading ของ Plewig และ Kligman⁸⁾) วัดความมันบนใบหน้าด้วยเครื่อง sebometer บริเวณแก้มซ้ายและขวาดำแหน่งละ 2 ครั้ง นำมาหาค่าเฉลี่ย ผู้เข้าร่วมวิจัยทำการประเมินหลังสิ้นสุดการรักษาโดยตอบแบบสอบถามเปรียบเทียบผล 2 ด้าน ก่อนและหลังการรักษาโดยประเมิน (1) ความรุนแรงของสิว (2) ความมันบนใบหน้า และ (3) รอยแผลเป็นจากสิว ให้คะแนนตั้งแต่ -2 (แย่ลงมาก) ถึง +2 (ดีขึ้นมาก) และประเมินความพึงพอใจในการรักษา โดยให้คะแนนตั้งแต่ -2 (ไม่พอใจมาก) ถึง +2 (พอใจมาก) ผู้ป่วยประเมินระดับตามเจ็บบวดของการรักษาด้วย visual analogue score (VAS) 0-10

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างด้านที่ได้รับการรักษาด้วยคลื่นวิทยุกับด้านที่ไม่ได้รับการรักษาใช้ nonparametric Mann-Whitney test

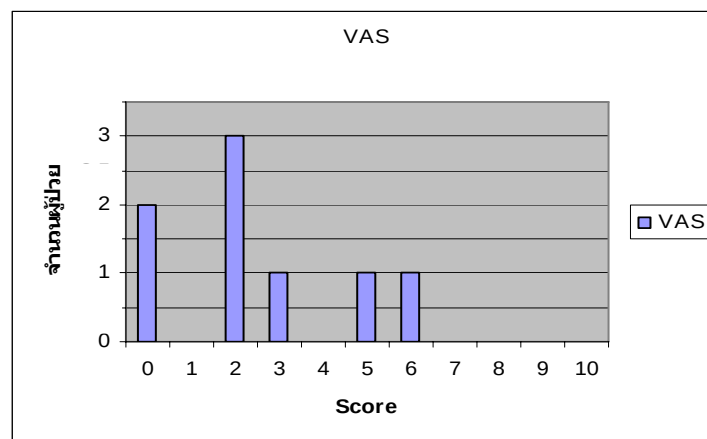


แผนภูมิที่ 1 แสดง Protocol flow chart

ผลการวิจัย (Results)

มีผู้เข้าร่วมวิจัย 8 คน เป็นผู้หญิงทั้งหมด มีช่วงอายุระหว่าง 20-43 ปี ทุกคนได้รับการรักษาด้วยคลื่นวิทยุที่ระดับความร้อน 4.5-5 เป็นเวลาไม่เกิน 15 นาที ต่อการรักษาใบหน้าครึ่งซีกโดยวัดอุณหภูมิผิวหนังขณะทำการรักษาให้อยู่ที่ 40 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยสามารถทน

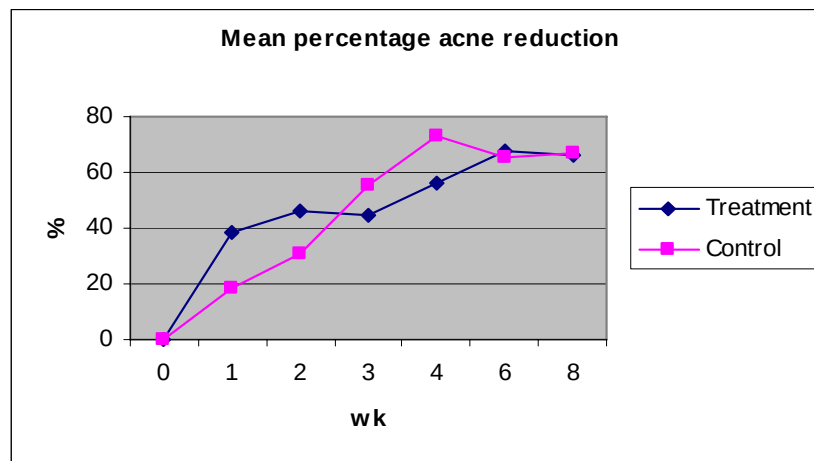
ต่อระดับความเจ็บปวดระหว่างการรักษาได้เป็นอย่างดี ประเมินระดับความเจ็บปวดใน Visual analogue score (VAS) ตั้งแต่ 0-6 โดยส่วนใหญ่ (5 ใน 8 ราย) ประเมิน VAS ในระดับที่ต่ำคือ 0-2 ดังแผนภูมิที่ 2 และไม่เกิดผลข้างเคียงจากการรักษา



แผนภูมิที่ 2 Visual analogue score

การประเมินจำนวนสิวอักเสบโดยการนับจำนวน สิวก่อนทำการรักษา และที่สัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, 6, 8 หลังจากเริ่มรักษาครั้งแรกนั้นพบว่า จำนวนสิวมทั้งข้าง ที่ได้รับการรักษาด้วยคลื่นวิทยุรวมกับการใช้ยาทา และข้างที่ได้รับยาทาเพียงอย่างเดียว นั้น คืบหน้าเป็น ลำดับจนถึงสัปดาห์ที่ 4 และผลเริ่มมีแนวโน้มคงที่ใน สัปดาห์ที่ 6 คือ หลังการรักษาด้วยคลื่นวิทยุครั้งสุดท้าย

4สัปดาห์ (แผนภูมิที่ 3) แต่เมื่อคำนวณเป็นค่าทางสถิติ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของจำนวนสิวอักเสบที่ลดลง ระหว่างข้างที่ได้รับการรักษาด้วยคลื่นวิทยุ และไม่ได้ รับการรักษานั้น ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (Mann-Whitney test, p-value > 0.05) (ตาราง ที่ 1)



แผนภูมิที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยการลดลงของจำนวนสิวอักเสบเป็นเปอร์เซ็นต์

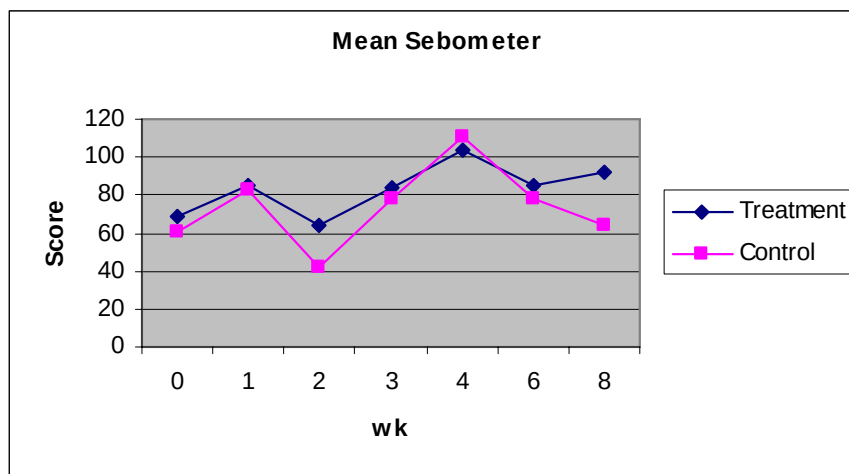
ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยการลดลงของจำนวนสิวอักเสบเป็นเปอร์เซ็นต์

สัปดาห์ที่	Mean % acne reduction		p-value*
	Treatment	Control	
0	0	0	
1	38.55114	18.0982906	0.402
2	46.1039	31.1355311	0.399
3	44.70644	55.3952991	0.527
4	56.32035	72.9181929	0.305
6	67.52841	65.042735	0.311
8	66.5	66.9230769	0.753

* Mann-Whitney test, p-value > 0.05

การประเมินความมันบนใบหน้า วัดด้วยเครื่อง sebometer (แผนภูมิที่ 4) พบว่าค่าเฉลี่ยความมันบนใบหน้าที่ก่อนทำการรักษา และที่สัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, 6, 8 หลังจากรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ได้รับ (แผนภูมิที่ 4) และเมื่อคำนวณเป็นค่าทางสถิติ

ค่าเฉลี่ยความมันบนใบหน้าที่ระหว่างข้างที่ได้รับการรักษาด้วยคลื่นวิทยุ และไม่ได้รับการรักษานั้น ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (Mann-Whitney test, p-value > 0.05) (ตารางที่ 2)



แผนภูมิที่ 4 ค่าเฉลี่ยความมันบนใบหน้าวัดด้วยเครื่อง sebometer

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยความมันบนใบหน้าที่วัดด้วยเครื่อง sebometer

สัปดาห์ที่	Mean score		p-value*
	Treatment	Control	
0	68.5	60.0625	
1	85.5625	82.375	0.916
2	64.21429	41.5	0.565
3	83.625	78.5625	0.834
4	103.8571	110.214286	0.949
6	85.4375	78.25	0.674
8	92.5	63.7	0.347

*Mann-Whitney test, p-value > 0.05

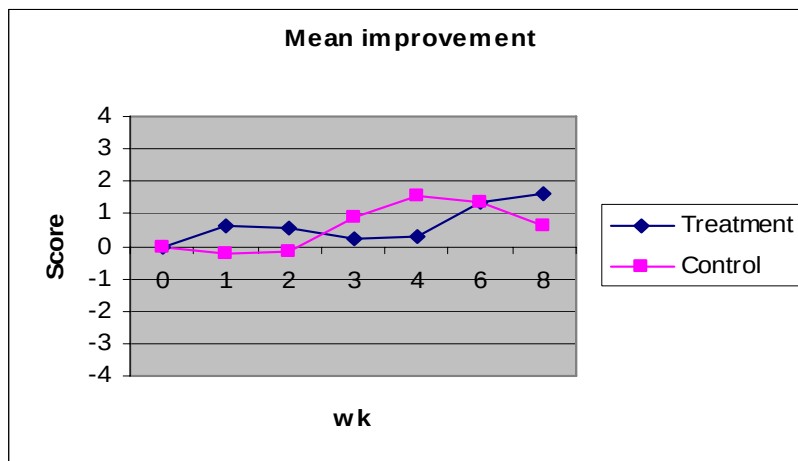
การประเมินผลรักษาจากภาพถ่าย ก่อนทำการรักษา และหลังการรักษา โดยแพทย์ที่ไม่ทราบด้านที่ได้รับคลื่นวิทยุ นั้น พบว่าการตอบสนองต่อการรักษาที่ใบหน้าทั้งสองข้างไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (แผนภูมิที่ 5)

การประเมินผลการรักษาโดยผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม เมื่อสิ้นสุดการวิจัย (แผนภูมิที่ 6) พบว่าผู้ป่วยทุกรายประเมินการรักษาของใบหน้าทั้งสองข้างพอๆกัน แต่มีแนวโน้มว่าด้านที่ทำการรักษาด้วยคลื่นวิทยุได้ผลดีกว่าด้านที่ไม่ได้รับการรักษาเล็กน้อย จากแผนภูมิที่ 6.1 พบว่ามีผู้ให้คะแนนผลการรักษา ด้านที่ได้การรักษาด้วยคลื่นวิทยุ ความรุนแรงของสิว ดีขึ้นมาก (score 2) จำนวน 4 ใน 8 ด้าน; ดีขึ้น (score 1) 2 ด้าน ในขณะที่ให้คะแนนด้านที่ไม่ได้รับการรักษา

ด้วยคลื่นวิทยุ ดีขึ้นมาก (score 2) เพียง 1 ใน 8 ด้าน และ ดีขึ้นเล็กน้อย (score 1) จำนวน 4 ด้าน (แผนภูมิที่ 6.1)

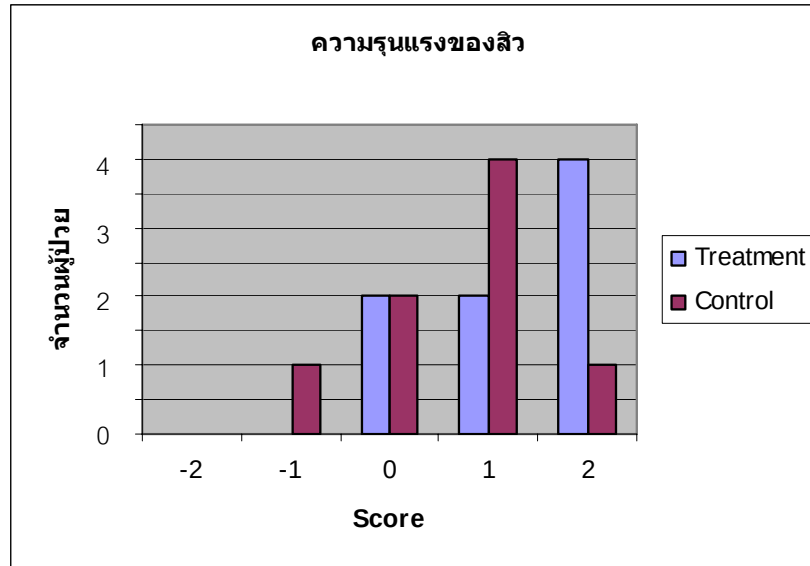
ส่วนความมันบนใบหน้า (แผนภูมิที่ 6.2) และ แผลเป็นจากสิว (แผนภูมิที่ 6.3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ประเมินว่าไม่เปลี่ยนแปลงหรือดีขึ้นเล็กน้อยเท่านั้น

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่ประเมินความพึงพอใจต่อการรักษาด้วยคลื่นวิทยุในระดับดีมาก (แผนภูมิที่ 7) อาจเนื่องมาจากความรุนแรงของสิวก่อนเข้ารับการรักษาโดยรวมทั้งสองข้างนั้นดีขึ้นกว่าก่อนทำการวิจัยและวิธีการรักษาด้วยคลื่นวิทยุ นั้นมีความเจ็บปวดในระดับที่ต่ำและไม่มีผลข้างเคียงใดๆ

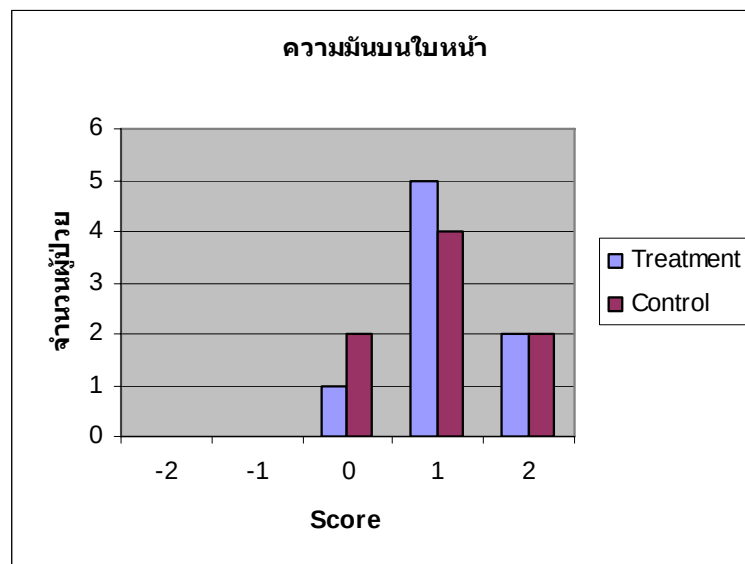


แผนภูมิที่ 5 แสดงการตอบสนองของการรักษาโดยแพทย์ประเมินจากภาพถ่าย

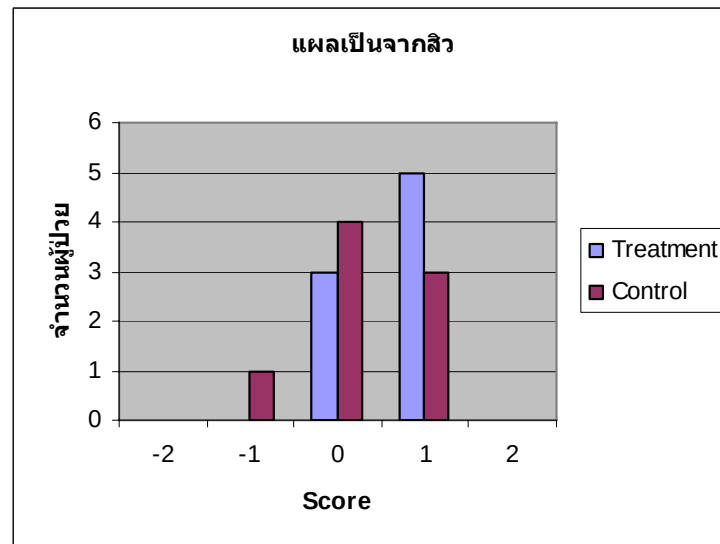
แผนภูมิที่ 6 แสดงผลคะแนนประเมิน โดยผู้ร่วมวิจัย เป็นจำนวน (ความถี่) ของผู้ให้คะแนนนั้นใน แบบสอบถาม



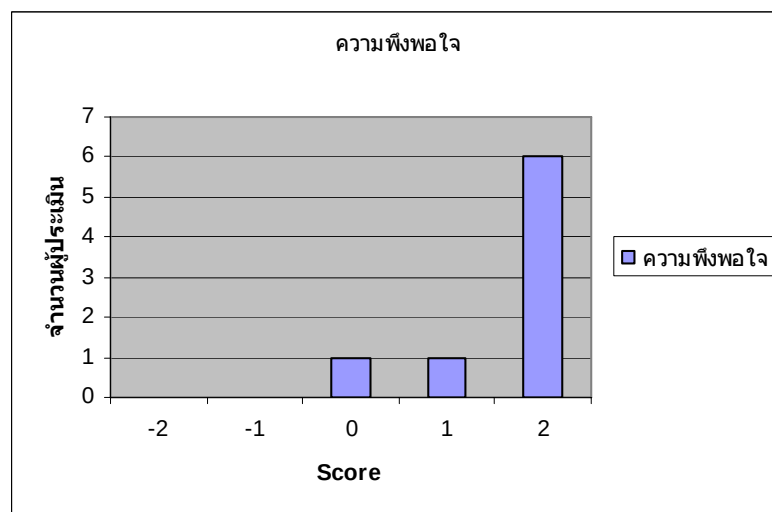
แผนภูมิที่ 6.1 แสดงผลคะแนนประเมิน ความรุนแรงของสิวลหลังการรักษา (เกณฑ์คะแนน -2 แย่ลงมาก ถึง +2 ดีขึ้นมาก)



แผนภูมิที่ 6.2 แสดงผลคะแนนประเมิน ความมันบนใบหน้า (เกณฑ์คะแนน -2 แย่ลงมาก ถึง +2 ดีขึ้นมาก)



แผนภูมิที่ 6.3 แสดงผลคะแนนประเมิน แผลเป็นจากสิว (เกณฑ์คะแนน -2 แย่ลงมาก ถึง +2 ดีขึ้นมาก)



แผนภูมิที่ 7 แสดงผลคะแนน ความพึงพอใจต่อการรักษาสิวด้วยคลื่นวิทยุ (เกณฑ์คะแนน -2 ไม่พอใจมาก ถึง +2 พอใจมาก)

ข้อวิจารณ์ (Discussion)

สิวเป็นโรคทางผิวหนังที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ สิวอักเสบในบางรายนั้นรักษาได้ยาก การรักษาสิวด้วยยามักต้องใช้ยาหลายชนิดร่วมกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ

ในการรักษา กรณีที่ใช้ยาทาเฉพาะที่แล้วไม่ได้ผล อาจต้องใช้ยารับประทานร่วมด้วย โดยยารับประทาน มักใช้ในกรณีที่เป็สิวอักเสบปานกลางและรุนแรง ซึ่ง ปัญหาในการรักษาสิวด้วยการใช้ยาคืออาจมี

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการเกิดเชื้อแบคทีเรียคือยาทำให้การรักษาไม่ได้ผล^{3,4} และมีผู้ป่วยบางรายไม่ต้องการรักษาด้วยการใช้ยารับประทาน จึงมีความพยายามคิดค้นวิธีใหม่ๆ เพื่อเสริมประสิทธิภาพในการรักษาสิว เช่น การใช้เลเซอร์ การใช้สารเคมีร่วมกับการฉายแสง^{9,10}

การใช้ความร้อนในการรักษาโรคทางผิวหนังเคยมีรายงานในอดีต ส่วนใหญ่เป็นการรักษาโรคที่มีการติดเชื้อ¹¹⁻¹⁶ การรักษาสิวอักเสบด้วยความร้อนเคยมีรายงานในปี 2003 โดย Ruiz-Esparza และ Gomez⁷ ได้มีการใช้เครื่องกำเนิดคลื่นวิทยุ (ThermaCool TC; Thermage, Inc. Hayward, CA) ซึ่งให้พลังงานคลื่นวิทยุความถี่ 6MHz เป็นตัวกำเนิดความร้อนในชั้นหนังแท้ ทำการรักษาสิวอักเสบปานกลางถึงรุนแรงในผู้ป่วย 22 ราย พบว่าได้ผลการรักษาดี แต่ขั้นตอนการรักษามีความเจ็บปวดค่อนข้างมาก ต้องใช้ยาชาชนิดทาเฉพาะที่เพื่อลดความเจ็บปวด ในการศึกษาของ Ruiz-Esparza และ Gomez ทำการรักษาด้วยคลื่นวิทยุบนใบหน้าทั้งสองด้าน มี 59% ของผู้ป่วยไม่ได้รับยารักษาสิวก่อนระหว่างหรือ หลังการรักษาด้วยคลื่นวิทยุ แต่อีก 41% ของกลุ่มศึกษาได้รับยารักษาสิวยื่นร่วมกับการรักษาด้วยคลื่นวิทยุ เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยนี้ ซึ่งผู้ป่วยใช้ยาทารักษาสิวที่ใช้อยู่เดิมและทำการรักษาด้วยเครื่องกำเนิดคลื่นวิทยุ บริเวณใบหน้าเพียงข้างเดียว กับการศึกษาของ Ruiz-Esparza และ Gomez ด้วยเกณฑ์การประเมินผลตอบสนองต่อการรักษาของสิวดียวกัน (ดังตารางที่ 3,4) จะเห็นว่าผลการรักษาด้วยเครื่องกำเนิดคลื่นวิทยุ Thermage ให้ผลการตอบสนองดีมาก ใน 82% (18 ใน 22 ราย) ส่วนการศึกษานี้ด้านที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องกำเนิดคลื่นวิทยุ Ellman

ร่วมกับยาทารักษาสิวที่ใช้อยู่เดิม ให้ผลการตอบสนองดีมากใน 75% (6 ใน 8 ราย) (ตารางที่ 4)

แต่จากผลการศึกษาของเราครั้งนี้พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาเพียงอย่างเดียว นั้นได้ผลที่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ แม้ว่าด้านที่ได้รับการคลื่นวิทยุร่วมกับยาทา มีแนวโน้มว่าจะดีกว่า คือ เมื่อประเมินโดยผู้ป่วย (แผนภูมิที่ 6.1) พบว่าด้านที่ได้รับการรักษาด้วยคลื่นวิทยุร่วมกับยาทา ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงของสิวจึงขึ้นมาก 4 ใน 8 ด้าน (50%) เทียบกับด้านที่ทาเพียงอย่างเดียว ความรุนแรงของสิวจึงขึ้นมากเพียง 1 ใน 8 ด้าน (12.5%) และเมื่อประเมินตามเปอร์เซ็นต์การลดลงของจำนวนรอยโรคสิวจึงนับได้บนใบหน้าแต่ละด้าน (acne lesion count) (ตารางที่ 3) ด้านที่ได้รับการคลื่นวิทยุร่วมกับยาทา มีผู้ที่มีจำนวนรอยโรคของสิวลดลงมากกว่า 75% 6 ใน 8 ด้าน (75%) เทียบกับด้านที่ได้รับการยาทาอย่างเดียวมีเพียง 2 ใน 8 ด้าน (25%) อาจเป็นไปได้ว่าความร้อนที่เกิดขึ้นจากเครื่องกำเนิดคลื่นวิทยุ (Ellman) มีระดับความร้อนที่น้อยกว่าโดยสังเกตได้จากระดับความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยได้รับขณะทำการรักษา อย่างไรก็ตามก็ดูจากข้อมูลที่จะแสดงจะสังเกตได้ว่าในช่วง 1-2 สัปดาห์แรกหลังจากเริ่มทำการรักษาใบหน้าที่ด้านที่ทำการรักษาด้วยคลื่นวิทยุร่วมกับการใช้ยานั้นมีอัตราการลดลงของจำนวนสิวยุบที่สูงกว่าด้านที่ได้รับการยาทาเพียงอย่างเดียว แสดงให้เห็นว่าความร้อนสามารถช่วยทำให้การอักเสบของสิวนั้นหายเร็วขึ้น แต่เมื่อหยุดการรักษาด้วยคลื่นวิทยุ (สัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป) ผลของการรักษานั้นไม่ได้คงอยู่อีกต่อไป

นอกจากนี้ยังพบว่าความร้อนจากการรักษานั้นไม่ได้ช่วยรักษารอยดำและรอยแดงและรอยแผลหลังการอักเสบให้หายเร็วขึ้น จากการประเมินจากภาพถ่าย

พบว่า รอยดำและรอยแดงหลังการอักเสบนั้นยังมีปริมาณใกล้เคียงกับก่อนการรักษา ไม่มีความแตกต่างกันที่ชัดเจน อีกทั้งจากการประเมินโดยผู้ป่วยทุกราย

ตอบว่ารอยแผลเป็น (รอยดำและรอยแดง) หลังการรักษา นั้นมีปริมาณเท่าๆเดิมหรือดีขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ตารางที่ 3 แสดงผลตอบสนองต่อการรักษาของสิวในงานวิจัยนี้ เป็นจำนวนของด้านที่ได้รับการรักษาด้วยคลื่นวิทยุร่วมกับยาทารักษาสิว กับด้านที่ยาทาสิวลำพังอย่างเดียว (ตามเกณฑ์ของ Ruiz-Esparaza¹ และ Gomez⁷)

ผลการรักษาสิว	RF+Topical treatment	Control Topical treatment
	N = 8 จำนวน (%)	N = 8 จำนวน (%)
ดีมาก (>75% reduction in active acne lesion counts)	6 (75)	2 (25)
ดี (50-75 % reduction in active acne lesion counts)	0 (0)	4(50)
ปานกลาง (25-50 % reduction in active acne lesion counts)	1 (12.5)	1 (12.5)
ไม่ได้ผล (<25% reduction in active acne lesion counts)	1 (12.5)	1 (12.5)

ตารางที่ 4 แสดงผลตอบสนองต่อการรักษาสิวด้วยเครื่องกำเนิดคลื่นวิทยุ ของงานวิจัยนี้กับของ Ruiz-Esparaza และ Gomez⁷

ผลการรักษา	This study	Ruiz-Esparza and Gomez
	Ellman RF+ topical	Thermage RF+ acne
	acne treatment	medication
	N = 8 จำนวน (%)	N = 22 จำนวน (%)
ดีมาก (>75% reduction in active acne lesion counts)	6 (75)	18 (82)
ดี (50-75 % reduction in active acne lesion counts)	0 (0)	0 (0)
ปานกลาง (25-50 % reduction in active acne lesion counts)	1 (12.5)	9 (9)
ไม่ได้ผล (<25% reduction in active acne lesion counts)	1 (12.5)	9 (9)

โดยสรุปการรักษาด้วยสิวก่อนด้วยคลื่นวิทยุนี้ยังมีข้อมูลการศึกษาไม่มากนัก จากการวิจัยนี้เมื่อเปรียบเทียบการรักษาด้วยคลื่นวิทยุร่วมกับการทายา เทียบกับการทาอย่างเดียว นั้นได้ผลที่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ อย่างไรก็ดี มีแนวโน้มว่าข้างที่ได้รับการรักษาด้วยคลื่นวิทยุร่วมกับการใช้ยาทา อาจมี

ประสิทธิภาพการรักษาสิวก่อนดีกว่าข้างที่ได้รับยาทาอย่างเดียว การเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยให้มากกว่านี้ การปรับคลื่นวิทยุเพิ่มให้พลังงานความร้อนสูงขึ้น การเพิ่มระยะเวลาการรักษาในแต่ละครั้ง หรือเพิ่มจำนวนครั้งในการรักษา อาจทำให้ประสิทธิภาพของการใช้

คลื่นวิทยุในการรักษาสิวร่วมขาตา ดีขึ้นอีกได้ จึงควร
ต้องมีการศึกษาเพิ่มขึ้นในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement):

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก
ทุนอุดหนุนการวิจัยจากเงินรายได้คณะฯ คณะ
แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล ประเภททุนวิจัย ประเภทที่ 1 ทุน
Biomedical research ประจำปีงบประมาณ 2550
หน่วยโรคผิวหนัง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี ได้รับบริจาคเครื่องกำเนิดคลื่นวิทยุ Dento-
Surg 90 F.F.P.TM, Ellman International, Inc. จาก
บริษัท Medicare (Thailand)

References

1. Zouboulis CC. Acne and sebaceous gland function. Clin Dermatol 2004; 22:360-6.
2. Gollnick H. Current concepts of the pathogenesis of acne: implications for drug treatment. Drugs 2003; 63:1579-96.
3. Simonart T, Dramaix M. Treatment of acne with topical antibiotics: lessons from clinical studies. Br J Dermatol 2005;153:395-403.
4. Ross JI, Snelling AM, Carnegie E, et al. Antibiotic-resistant acne: lessons from Europe. Br J Dermatol 2003; 148:467-78.
5. Meshkinpour A, Ghasri P, Pope K, et al. Treatment of hypertrophic scars and keloids with a radiofrequency device: a study of collagen effects. Lasers Surg Med 2005; 37:343-9.
6. Weiss RA, Weiss MA, Munavalli G, Beasley KL. Monopolar radiofrequency facial tightening: a retrospective analysis of efficacy and safety in over 600 treatments. J Drugs Dermatol 2006;5:707-12.
7. Ruiz-Esparza J, Gomez JB. Nonablative radiofrequency for active acne vulgaris: the use of deep dermal heat in the treatment of moderate to severe active acne vulgaris (thermotherapy): a report of 22 patients. Dermatol Surg 2003; 29:333-9; discussion 339.
8. Plewig G, Kligman A. Acne: morphogenesis and treatment. New York : Springer – Verlag, 1975:162-3
9. เพ็ญพรรณ วัฒนไกร. Acne; Adjunctive Therapy ใน: สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, พัฒน์ มหวิโชคเลิศวัฒนา, บรรณวิธการ รัตนปัญหาวัยรุ่นยุคใหม่ กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ 2549: 107-114.
10. Rohrer TE, Ross EV, Zelickson B. Light and lasers for acne. Supplement to Skin and Aging 2004; 12-4.
11. Kinbara T, Fukushima R, Eryu Y. Chromomycosis-report of two cases successfully treated with local heat therapy. Mykosen 1982; 25:689-94.
12. Tagami H, Ginoza M, Imaizumi S, Urano-Suehisa S. Successful treatment of chromoblastomycosis with topical heat therapy. J Am Acad Dermatol 1984; 10:615-9.
13. Belknap BS. Sporotrichosis. Dermatol Clin 1989; 7:193-202.
14. Stern P, Levine N. Controlled localized heat therapy in cutaneous warts. Arch Dermatol 1992; 128:945-8.
15. Pfau A, Abd-el-Raheem TA, Baumler W, Hohenleutner U, Landthaler M. Nd:YAG laser hyperthermia in the treatment of recalcitrant verrucae vulgares (Regensburg's technique). Acta Derm Venereol 1994; 74:212-4.
16. Dvoretzky I. Hyperthermia therapy for warts utilizing a self-administered exothermic patch. Review of two cases. Dermatol Surg 1996; 22:1035-8; discussion 1038-9.

CME Patient I

Yingluck Apibal MD*,

Natta Rajatanavin MD,**

Department of Pathology, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand.*

*Division of Dermatology, Department of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand.***

A 57 year-old female patient from Samutprakarn province presented with gradually swelling of upper lip for 1 year. She had no pain or any other symptom. She refused history of previous lip trauma or cosmetic implantation. She was a known case of type 2 diabetic mellitus, well controlled by oral hypoglycemic drugs for 10 years.



Figure 1

On physical examination, ill-defined erythematous and indurated firm to soft plaque at upper lips was noted. Histological examination revealed superficial and deep perivascular and nodular inflammatory cells infiltration in the dermis.

The cells infiltration composed of lymphocytes and histocytes with foci of tuberculoid granuloma. Parakeratosis and epidermal hyperplasia were evident.

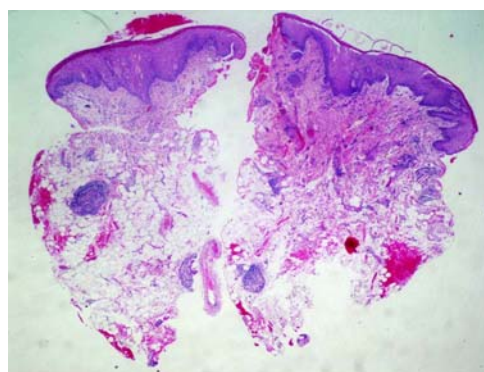


Figure 2

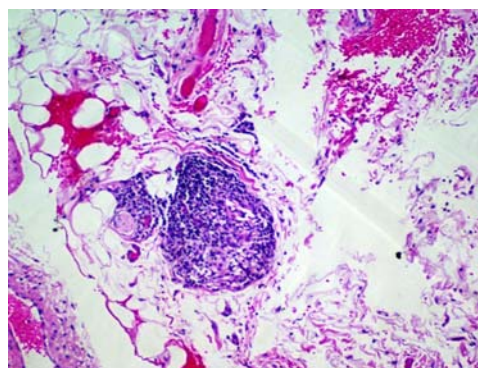


Figure 3

โฆษณา 4 ตี

Self assessment question

1. What is the most likely diagnosis?
 - A. actinic cheilitis
 - B. lichen planus
 - C. cheilitis granulomatosa
 - D. angular stomatitis
 - E. contact dermatitis
2. Which of the following were true about this disease, **EXCEPT**?
 - A. unknown etiology
 - B. no sex predilection
 - C. occur most common at upper lip
 - D. histologic section show granulomatous inflammation
 - E. associated with ulcerative colitis
3. Which treatment is most effective for this disease?
 - A. Intralesional steroid
 - B. Surgical reduction
 - C. Systemic steroid
 - D. Combination intralesional steroid and surgical reduction
 - E. retinoic acid
4. Which of the following is a criteria for diagnosis Melkersson-Rosenthal syndrome?
 - A. Meischer's cheilitis
 - B. sarcoidosis
 - C. vagus nerve palsy
 - D. hairy tongue

E. cheilitis glandularis

5. Which cranial nerve is commonly affected in this disease?
 - A. olfactory nerve
 - B. vagus nerve
 - C. auditory nerve
 - D. facial nerve
 - E. hypoglossal nerve

Discussion

Cheilitis granulomatosa (meischer's cheilitis) is the chronic swelling of the lip due to chronic granulomatous inflammation of unknown cause. There is no sex predilection. It occur most common at upper lip, lower lip and both lips respectively. It slowly and progressively swells. Cranial nerve palsy occur only 20% (usually facial nerve, unilaterally). Rarely other cranial nerves may be affected (olfactory, auditory, glossopharyngeal, hypoglossal and vagus nerve). Sometime it may associated with sarcoidosis and Crohn's disease and some may develop regional ileitis even years later. If the patient with cheilitis granulomatosa also have scrotal tongue and facial palsy, the diagnosis will be Melkersson-Rosenthal syndrome. Treatment of cheilitis granulomatosa requires follow up care to exclude the development of Crohn's disease, sarcoidosis and Melkersson-Rosenthal syndrome. If the lesion affect cosmetic condition or too enormous and interfere with the speech and eating, it may be treated with

intralesional steroid or surgical reduction. Surgical treatment should be deferred until the patient has been free of disease activity for about 1 year and excision should be as extensive as possible.

References

1. Scully C. The oral cavity and lips. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. Rook's Textbook of dermatology Vol4, 7th ed. Oxford: Blackwell Science 2004:61.117-8.
2. Anderson KM, Sedghizadeh P, Allen CM, Camisa C. Oral disease. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP Vol1, 1st ed. Philadelphia: Mosby 2003: 1088-9.
3. Van der kooi K, Davis MD, McCloske G: Chronic edema of the lips- A rare but real problem: A report of 3 cases and their response to therapy. J Am Acad Dermatol 2005; 53:875-7.
4. Kruse-Losler B, Pressor D, Metze D, Joos U: Surgical treatment of persistent macrocheilia in patients with Melkersson Rosenthal syndrome and cheilitis granulomatosa. Arch Dermatol 2005;141:1085-91.
5. Khanpur S, Malhotra AK, Khanna N: Melkersson-Rosenthal syndrome with diffuse facial swelling and multiple cranial nerve palsies. J Dermatol 2006; 33:411-4.
6. Coskun B, Saral Y, Cicek D, Akpolat N: Treatment and follow-up of persistent granulomatous cheilitis with intralesional steroid and metronidazole J dermatol treat Sep; 15: 333-5.

เฉลยแบบทดสอบ Continuing Medical Education (CME) ปีที่ 23 ฉบับที่ 2

CME Patient I

- | | | | | |
|------|------|------|------|------|
| 1. D | 2. B | 3. E | 4. D | 5. A |
|------|------|------|------|------|

CME Patient II

- | | | | | |
|------|------|------|------|------|
| 1. B | 2. E | 3. D | 4. E | 5. C |
|------|------|------|------|------|

CME Patient II

Yingluck Apibal MD*,

Natta Rajatanavin MD**.

Department of Pathology, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand.*

*Division of Dermatology, Department of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand.***

A 53-year-old Thai woman from Nakhonpratom presented with bilateral painful swollen of both ears for 5-6 months. She has no history of hoarseness and joint pain.

Physical examination showed mildly swollen of upper part of right auricle. The left ear was also swollen, tender, slightly erythema and loss of cartilaginous frame from top part down to middle part of auricle.

Histopathologic examination show dense inflammatory cells infiltrate in perichondrial tissue. The inflammatory cells composed of mostly lymphocytes with degeneration of the marginal chondrocyte.

Self assessment question

1. What is the most likely diagnosis?
 - A. scleroderma
 - B. sarcoidosis
 - C. relapsing polychondritis
 - D. traumatic chondritis
 - E. sjogren s'syndrome



Figure 1



Figure 2

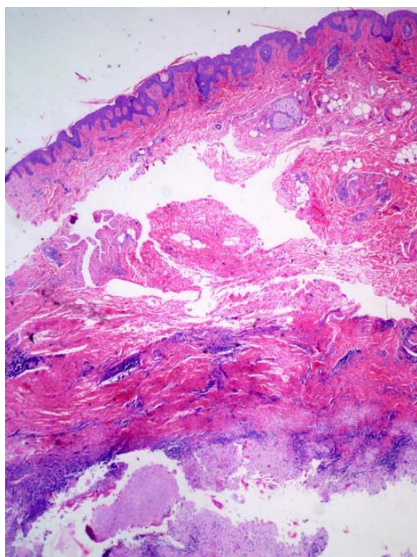


Figure 3

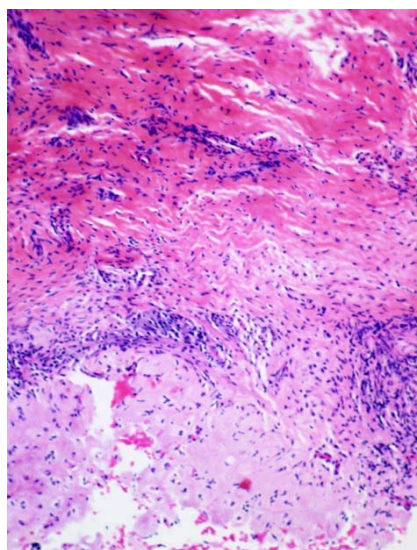


Figure4

2. Which is not true about this disease?

- A. unknown etiology
- B. characterized by recurrent episode of inflammation

C. auricular chondritis is the most unique presenting sign

D. the earlobe always sparing

E. Malignant transformation is the major cause of death

3. What is the most appropriate treatment in this patient?

A. systemic prednisolone

B. anti TNF α

C. calcipotriol

D. cyclosporin

E. topical corticosteroids

4. Which one of the following are included in the criteria for diagnosis relapsing polychondritis?

A. bilateral auricular chondritis

B. nonerosive seronegative inflammatory polyarthritis

C. ocular inflammation

D. fever

E. a, b and c

5. Which of the following organs are not involved in relapsing polychondritis?

A. eye

B. ear

C. joint

D. nasal

E. all of the above

Discussion

Relapsing polychondritis (RP) is an uncommon inflammatory disorder with a suspected autoimmune origin. The etiology is unknown, but there are several lines of evidence accumulated to support the role of the immune system:

RP is characterized by recurrent episodes of inflammation and progressive destruction of cartilaginous structures throughout the body, as well as proteoglycan-rich structures, such as eye, ear, nose, joints, and respiratory system. Auricular chondritis is the most frequent and unique presenting sign, causing pain, redness, and swelling of the ear, sparing the lobule. Inflammatory course generally last a few days or weeks and may subside spontaneously or upon treatment, later, recurrent or persistent inflammation results in cartilage destruction.

Criteria for diagnosis of relapsing polychondritis include three or more of the following features: bilateral auricular chondritis, nonerosive seronegative inflammatory polyarthritis, nasal chondritis, ocular inflammation, respiratory tract chondritis, cochlear and/or vestibular dysfunction or

cartilage biopsy confirmation of a compatible histologic picture.

The primary treatment is prednisolone (30-60 mg./day initially), which improves acute flares and decreases the number and severity of recurrences; NSAIDs may be employed to decrease fever, auricular chondritis, and arthralgia. Sulfones, in particular dapsone (50-150 mg./day as tolerated), can also be used. Other immunosuppressive agents have been tried alone or in conjunction with corticosteroids with variable responses. Anti-TNF agents (infliximab and etanercept) have also been tried successfully inducing remission. Surgery is sometimes performed to repair damaged cartilage.

References

1. Gergely P, Poor G : Relapsing polychondritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2004; 18: 723-38.
2. Kent PD, Michet CJ, Luthra HS. Relapsing polychondritis. *Current Opinion in Rheumatology* 2004; 16: 56-61.
3. Carter JD. Treatment of relapsing polychondritis with a tumor necrosis factor antagonist. *J Rheumatol* 2005; 32:1413
4. Molina JF, Espinoza LR. Relapsing polychondritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2000; 14: 97-109.
5. Letko E, Zafirakis P, Baltatzis S, et al. Relapsing polychondritis: a clinical review. *Semin Arthritis Rheum* 2002;31:384-95.
6. Cazabon S, Over K, Butcher J. The successful use of infliximab in resistant relapsing polychondritis and associated scleritis. *Eye* 2005;19:222-4.
7. Saadoun D, Deslandre CJ, Allanore Y, et al. Sustained response to infliximab in 2 patients with refractory relapsing polychondritis. *J Rheumatol* 2003;30:1394-5