

บทที่ 1

บทนำ



## ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคสะเก็ดเงิน เป็นโรคที่พบได้บ่อยโรคหนึ่งในกลุ่มโรคผิวหนังเรื้อรัง เป็นโรคที่มีปัญหาทางการรักษา เพราะยังไม่มีวิธีที่ดีที่สุดที่ใช้รักษาโรคชนิดนี้, เนื่องจากสาเหตุที่แท้จริง ของโรคนั้นยังไม่มีผู้ใดทราบแน่ชัด

ในแง่ปฏิบัติแล้วผู้ป่วยจะได้รับการรักษาเพียงเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ เช่น ลดคัน ลดอักเสบ หรือเพิ่มความชุ่มชื้นให้แก่ ผิวหนัง ชยาบางจำพวกสามารถออกฤทธิ์โดยตรงกับพยาธิวิทยาของ โรคสะเก็ดเงินได้ เช่น METHOTREXATE จะลด ABNORMAL KINETICS ของ EPIDERMIS หรือ RETINOIDS จะออกฤทธิ์ต่อ KERATINIZATION ที่ผิดปกติ อย่างไรก็ตาม การรักษาโรคสะเก็ดเงิน มักจะเกิดอาการข้างเคียงที่สำคัญได้บ่อย ดังนั้นการรักษาโดยให้ยาร่วมกันและใช้ขนาดของยาแต่ละตัวลดลง จึงเป็นทางเลือกที่ดีในการลดปัญหาข้างเคียงขณะเดียวกันยังสามารถให้ยาแต่ละตัวออกฤทธิ์ได้อยู่เพียงพอที่จะรักษาโรคสะเก็ดเงิน

## โรคสะเก็ดเงิน (PSORIASIS)

โรคสะเก็ดเงิน เป็นโรคเรื้อรังทางผิวหนังซึ่งมีลักษณะแสดงออกทางผิวหนังได้หลายแบบลักษณะที่เด่นชัดของผื่น เช่น ERYTHEMA และ SCALING ทำให้สามารถวินิจฉัยโรคได้ง่าย

## อุบัติการณ์

โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคที่พบได้ทั่วโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบได้ประมาณ 1% ของประชากรทั่วไป แต่อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์ในแต่ละประเทศก็แตกต่างกันออกไป ทั้งนี้เข้าใจว่าขึ้นอยู่กับสภาพภูมิประเทศและสภาวะแวดล้อม พบเท่ากันในเพศชายและเพศหญิง เป็นได้ในทุกวัย แต่ประมาณ 80 %

จะพบในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 30 ปี โคนอายุที่มีอุบัติการณ์มากที่สุด คือ 22.5 ปี

### สาเหตุ

ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่ามียาปัจจัยหลายสาเหตุดังนี้

1. กรรมพันธุ์ โรคนี้มีการถ่ายทอด แบบ AUTOSOMAL DOMINANT WITH REDUCE PENETRANCE หลักฐานที่ยืนยันว่าโรคนี้เกี่ยวข้องกับทางกรรมพันธุ์ ได้แก่

1. อุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นในครอบครัวที่ญาติพี่น้องเป็นโรคนี้อยู่ก่อน
2. อุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นในกรณีบิดาหรือมารดา หรือ ทั้งคู่เป็นโรคนี้อยู่
3. อุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นในรายที่เป็นแฝดไข่ฟองเดียวกัน ถ้ามีใครคนใดคนหนึ่งเป็นอีกคนจะมีโอกาสเป็นสูงขึ้น
4. พบ HLA B 13, B 17, BW 16, CW 6, DR 7 ได้บ่อยในผู้ป่วยโรคนี้นี้

2. การแบ่งตัวของเซลล์ผิวหนังเพิ่มขึ้น (HYPER PROLIFERATION OF EPIDERMAL CELL)

ในภาวะปกติวัฏจักรของเนื้อเยื่อผิวหนังจะเริ่มจากการแบ่งตัวของเซลล์ผิวหนังในชั้นล่าง (BASAL CELL) และต่อมาเซลล์เหล่านี้จะเคลื่อนออกมาถึงชั้นใต้ผิวหนังที่ไคล (STRATUM GRANULOSUM) หลุดออกเป็นชั้นไคล (STRATUM CORNEUM) วัฏจักรนี้ใช้เวลา 26-28 วัน แต่ในโรค psoriasis พบว่าขบวนการแบ่งและเคลื่อนตัวของเซลล์ผิวหนังเร็วกว่าปกติถึง 10 เท่า (3-4วัน)

3. LEUKOTRIENE PRODUCTION

4. SPECIFIC TRIGGER FACTORS ได้แก่

- TRAUMA ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน บางคน จะมีประวัติว่าผิวหนังบริเวณที่มีผื่นลามขึ้นมี TRAUMA นำมาก่อน ซึ่งเราเรียกปรากฏการณ์นี้ว่า "KOEBSNER PHENOMENON" ซึ่งลักษณะเช่นนี้จะยิ่งพบมากขึ้นในขณะที่โรคสะเก็ดเงินกำลังอยู่ในช่วง ACTIVE อยู่ ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้นี้ตั้งแต่อายุน้อยมักจะพบปรากฏการณ์นี้ได้บ่อย และการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ค่อนข้างจะยุ่งยาก ต้องใช้การรักษาผสมกันหลายแบบ สำหรับกลไกการเกิดและช่วงเวลาที่เกิดผื่นโรค

สะเกิดเงินภายหลังการได้รับการรบกวนของผิวหนัง ยังไม่ทราบแน่ชัด

- ภาวะการติดเชื้อเป็นสาเหตุส่งเสริมที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็ก ซึ่งอาจพบได้สูงถึง 54 % ในผู้ป่วยโรคสะเกิดเงินในเด็กที่ป่วยด้วยภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน นอกจากนี้ยังพบผื่นของโรค กำเริบขึ้นภายหลังการติดเชื้อ กลุ่ม STEPTOCOCCUS การติดเชื้อในช่องหูส่วนกลาง เป็นต้น

- ยา เช่น ANTIMALARIA, LITHIUM, CORTICOSTEROID, PRACTOLOL, INDOMETHACIN อาจส่งเสริมให้ผื่น PSORIASIS กระจายลามมากขึ้น

- ภาวะบางอย่าง เช่น ความเครียด พบได้ถึง 30-40 % การดื่มสุรามาก, โรคตับ ภาวะเหล่านี้จะส่งเสริมให้ผื่นของโรคเป็นมากขึ้น

### อาการทางคลินิก

โรคนี้จะมีพยาธิสภาพที่ผิวหนัง เล็บ ข้อ และเยื่อตามรายละเอียดดังนี้

#### 1. ผิวหนัง

ลักษณะของโรคสะเกิดเงินทางผิวหนังจะเป็นลักษณะจำเพาะซึ่งประกอบด้วยขอบเขตชัด, สะเกิดหนาสีเงิน ซึ่งไม่ติดกับฐานข้างล่าง, ใต้สะเกิดจะพบเป็นฐานนูนเล็กน้อยสีแดง รูปร่างของผื่นพบได้หลายแบบ เช่น กลม (CURCULAR), วงแหวน (ANNULAR) หรือคดเคี้ยว (SERPIGENOUS) เป็นต้น ในบางกรณีผิวหนังบริเวณผื่นรอยโรคจะมีสีซีดขาวชัดเจน เรียกว่า WORONOFF'S RING

ขนาดของโลกพบได้ตั้งแต่ขนาดเล็ก จนถึง ขนาดใหญ่ กระจายทั่วร่างกาย มักพบบ่อยที่บริเวณหนังศีรษะ ลำตัว ขา ข้อเข่า และข้อศอก ตามลำดับ ผื่นมักเป็นบริเวณที่ผิวหนังถูถูไถหรือรบกวนในชีวิตประจำวันซึ่งบางครั้ง ลักษณะโรคคล้ายโรคจากผื่นแพ้แบบเรื้อรัง

ลักษณะของผื่นโรคสะเกิดเงิน พบได้หลายชนิด ได้แก่

1. CHRONIC PLAQUE TYPE (PSORIASIS VULGARIS) พบผื่นชนิดนี้มากที่สุด คือประมาณ 90% โดยลักษณะผื่นจะเป็นผื่นนูนสีแดงหนาและมีสะเกิด ซึ่งจะอยู่นานเป็นเดือน หรือเป็นปี ส่วนใหญ่มักพบรอยโรคบริเวณ ข้อศอก, ข้อเข่า, หนังศีรษะโดยเฉพาะบริเวณหลังหู, บริเวณหลังส่วนล่าง และรอบสะดือ ช่วงแรกอาจมีผื่นขนาดเล็ก อยู่ในบริเวณใกล้กัน ต่อมาผื่นเหล่านี้อาจมารวมเป็นผื่น

หนาขนาดใหญ่นั้นได้ซึ่งจะมีขอบเขตไม่ค่อยเรียบ บางครั้งผื่นเหล่านี้จะมีการหาย  
ในบริเวณกึ่งกลางของผื่น ทำให้เห็นเป็นลักษณะวงแหวนได้ (ANNULAR  
PSORIASIS)

2. GUTTATE PSORIASIS ผื่นชนิดนี้จะพบในเด็กหรือในช่วงวัยรุ่นหนุ่มสาว  
ลักษณะผื่นจะมีสีแดง มีสะเก็ดขนาดเล็ก ประมาณ .5 ถึง 1.5 ซม. จะกระจาย  
อยู่บริเวณลำตัวช่วงบน และ ช่วงแขน ผื่นชนิดนี้อาจเกิดตามหลังการมีการอักเสบ  
ของลำคอจากการติดเชื้อ เช่น STREPTOCOCCUS ได้

3. PUSTULAR PSORIASIS ผื่นชนิดนี้มักพบร่วมกับอาการไข้ซึ่งจะเป็นอยู่  
นานหลายวันลักษณะผื่นเป็นตุ่มหนองเล็ก ๆ ซึ่งไม่มีเชื้อโรคขนาดประมาณ 2-3  
มิลลิเมตร ตุ่มหนองเหล่านี้จะกระจายอยู่บริเวณ ลำตัว, แขนขา, ฝ่ามือ และ  
ฝ่าเท้า มักไม่พบบริเวณหน้า

4. EXFOLIATIVE TYPE ในบางระยะของโรค PSORIASIS หรือในผู้ป่วย  
PSORIASIS ซึ่งได้รับยาทาซึ่งระคายเคือง หรือรับประทานยากลุ่มที่กระตุ้นให้  
เกิดผื่นกระจายทั้งตัวได้

5. SEBOPSORIASIS ผื่นกระจายในข้อพับ เช่น หลังหู ข้างจมูก, รักแร้,  
ข้อพับ, แขน, ขา, ขาหนีบหรือรอบอวัยวะเพศ ผื่นกลุ่มนี้จะมีอาการคันร่วมด้วย  
ต้องการรักษาและไม่สามารถใช้ยาทาชนิดระคายเคืองได้

## 2. เล็บ

การเปลี่ยนแปลงของเล็บในโรคสะเก็ดเงินพบได้บ่อยคือประมาณ 50%  
ในเล็บนิ้วและประมาณ 35% ในเล็บเท้า ลักษณะการเปลี่ยนแปลงอาจพบได้  
หลายแบบ เช่น มีลักษณะผิดปกติเล็กน้อย NAIL PLATE (ONYCHODYSTROPHY)  
หรือมีการหลุดของแผ่นเล็บ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเวลาที่โรคไปรบกวนส่วนใดของเล็บ  
เช่นที่ NAIL FOLD, NAIL MATRIX หรือ NAIL BED เป็นต้น

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของเล็บที่พบได้บ่อยคือ

- พบหลุมขนาดเล็กหรือเล็บเป็นร่อง (PITTING, RIDGING NAIL  
PLATE)

- ตัวเล็บหนากว่าปกติ และมีสีขุ่นขาว (SUBUNGUAL  
HYPERKERATOSIS)

- พบรอยดวงสีเข้มกว่าสีเล็บปกติ (OIL SPOT)

- สีเล็บเหลืองขุ่น (YELLOWISH DISCOLORATION)



- ตัวแผ่นเล็บแยกไม่ติดหนังใต้เล็บ (ONYCHOLYSIS)

3. เชื้อ

พบไม่ค่อยบ่อย ถ้าพบจะพบร่วมกับผื่นชนิด PUSTULAR หรือ EXFOLIATIVE ลักษณะเฉพาะคือเป็นผื่นนูนหนาขอบเขตชัดเจนเป็นสีเทาหรือขาว

4. ข้อ

โรคข้ออักเสบที่พบในโรคสะเก็ดเงินนี้ พบได้ประมาณ 25% ของผู้ป่วย ซึ่งสามารถเกิดขึ้นในทุกวัย ตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยชรา ช่วงที่เป็นมากที่สุดคืออายุระหว่าง 36-45 ปีโรคข้ออักเสบที่รุนแรงมักเป็นตั้งแต่ช่วงวัยหนุ่มสาวในกลุ่มโรคข้ออักเสบที่พบ แบ่งเป็น

1. ASYMMETRICAL INVOLVEMENT OF A FEW JOINTS OF THE FINGERS AND TOES เป็นชนิดที่พบมากที่สุดคือประมาณ 70% ของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ แบบ PSORIASIS ทั้งหมด

2. ASYMMETRICAL POLYARTHRITIS พบได้ประมาณ 15% โรคนี้ลักษณะทางคลินิกแยกไม่ได้จากโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ยกเว้นว่า ผล RHEUMATOID FACTOR ให้ผลลบ

3. CLASSICAL PSORIATIC ARTHRITIS พบประมาณ 5% โรคนี้จะเป็นที่นิ้วมือ และนิ้วเท้าส่วนปลาย (DISTAL INTERPHALANGEAL JOINTS)

4. ARTHRITIS MUTILANS เป็นแบบที่รุนแรงที่สุด พบได้ประมาณ 5% ของผู้ป่วย PSORIATIC ARTHRITIS

5. ANKYLOSING SPONDYLITIS มีการอักเสบของกระดูกสันหลัง พบได้ประมาณ 5% เช่นเดียวกัน

การวินิจฉัยแยกโรค

ในผู้ป่วยที่มีผื่นแดงนูนหนาและมีสะเก็ด การวินิจฉัย มักไม่ยุ่งยาก แต่ในรายที่ผู้ป่วยมีผื่นแบบ ERUPTIVE, PUSTULAR, ERYTHEMATOUS หรือ ผื่นโรคสะเก็ดเงินที่มีโรคอื่นร่วมด้วย อาจมีปัญหาในการวินิจฉัยบ้าง โรคที่ต้องแยกจากผื่นของโรคนี้ได้แก่

1. LICHEN SIMPLEX CHRONICUS

2. PITYRIASIS RUBRA PILARIS
3. SEBORRHEIC DERMATITIS
4. PITYRIASIS LICHENOIDES ET VARIOLIFORMIS
5. TINEA CORPORIS
6. SECONDARY SYPHILIS
7. MYCOSIS FUNGOIDES

### การรักษา

การรักษาผื่นของโรคสะเก็ดเงิน มีหลายวิธี โดยยาแต่ละตัวก็แตกต่างกันไป ในแง่ของส่วนประกอบทางเคมี , วิธีการบริหารยา และกลไกการออกฤทธิ์ของยา ในผู้ป่วยบางรายการใช้ยาเพียงตัวเดียวก็ได้ผลดี แต่ในบางรายอาจต้องใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน อย่างไรก็ตาม การเลือกวิธีการรักษาต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น อายุ, เพศ, สุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย, ลักษณะหรือชนิดของผื่น, ความสามารถในการร่วมมือของผู้ป่วย โดยทั่วไปแบ่งกลุ่มของยาได้เป็น 2 กลุ่ม ใหญ่ ๆ ดังนี้

#### 1. ยาทาเฉพาะที่ (TOPICAL TREATMENT)

##### 1.1 วาสลีน (VASALINE, PETROLATUM)

ประสิทธิภาพ เคลือบผิวหนังให้ชุ่มชื้น ลดการสูญเสียน้ำ

1.2 แสงอัลตราไวโอเลตบี จะช่วยให้ผื่นทุเลาได้ จึงควรแนะนำผู้ป่วย PSORIASIS อาบแดดในปริมาณพอเหมาะ (SUBERYTHEMAL DOSE)

##### 1.3 น้ำมันดิน (TAR PREPARATION)

ประสิทธิภาพ น้ำมันดินมีฤทธิ์กดการแบ่งตัวของเซลล์ บรรเทาอาการคันและฆ่าเชื้อโรคได้เล็กน้อย พบว่าถ้ารักษาผสมโดยอาบแสงอัลตราไวโอเลตบี ผลการรักษาจะดีขึ้น

1.4 ยาทาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ประสิทธิภาพต้องเลือกชนิดแรงปานกลางหรือสูงสุดเพราะต้องการฤทธิ์กดการแบ่งตัวของเซลล์

1.5 แอนทราลิน (ANTHRALIN, DITHRANOL, 1,8-DIHYDROXY-ANTHRONE) เป็นยาซึ่งใช้รักษาผื่น PSORIASIS มานานมาก

ประสิทธิภาพ แอนทราลินจะลดการแบ่งตัวของเซลล์

วิธีใช้ แอนทราลินจะต้องผสมในตัวยาพื้นฐานซึ่งมีกรดซาลิซิลิก ร้อยละ 0.5-2 เช่น ผสมใน LASSAR'S PASTE ซึ่งมีกรดซาลิซิลิก 2% ยาจึงจะ

อยู่ตัวและมีประสิทธิภาพสูงสุด แต่การทาด้วยยาผสมใน LASSAR'S PASTE ค่อนข้างยุ่งยากจำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาล เพราะยาเหนียวทาท้องมีบุคคลากรช่วยทาทให้ จึงสิ้นเปลืองเวลาและค่าใช้จ่าย ในปัจจุบันนิยมใช้ยาแอนทราลินผสมเป็นขี้ผึ้งหรือครีมมากกว่าเพราะผู้ป่วยสามารถทาเองได้ แต่ประสิทธิภาพจะด้อยกว่าผสมใน LASSAR'S PASTE.

## 2. ยารับประทาน

### 2.1 Photochemotherapy (Psoralen + UVA = PUVA)

ประสิทธิภาพ ลดการแบ่งตัวของเซลล์ผิวหนัง

### 2.2 ยารับประทานกลุ่มกรดไวตามินเอ (retinoid, etretinate)

ประสิทธิภาพ ทำให้เซลล์กลับมาปกติ (normal differentiation)

### 2.3 methotrexate เป็นยารับประทานซึ่งนิยมใช้มากที่สุดเพราะรักษา psoriasis ได้ผลดีมาก

ประสิทธิภาพ กดการแบ่งตัว

### 2.4 cyclosporin A ขนาดยารับประทาน 5 มก/กก.

2.5 Corticosteroid ไม่ควรใช้ยานี้ เพราะผลข้างเคียงยาสูง และเมื่อหยุดยาผิวจะกลับเป็นมากกว่าเก่า แต่ในกรณีผิวหนังรุนแรงลามทั่วตัว ผู้ป่วยมีไข้สูง อาจให้ยานี้อาจรักษาในระยะแรก

## แอนทราลิน (ANTHRALIN)

### PHARMACOLOGY

แอนทราลิน (DITHRANOL; 1,8-DIHYDROXY-9-ANTHRONE) จะสร้าง HIGHLY REACTIVE FREE RADICAL INTERMEDIATES ที่เชื่อว่าเป็นส่วนสำคัญในการรักษาผื่นโรคสะเก็ดเงิน แอนทราลิน จะยับยั้งการสร้าง DNA และ สร้ากฤทธิยับยั้งการ PROLIFERATION นอกจากนี้ยังยับยั้งการทำงานของ MITOCHONDRIA ในขบวนการสร้างเซลล์ ซึ่งการยับยั้งขบวนการนี้เชื่อว่าเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดของหน้าที่ของ แอนทราลิน ในการรักษาผื่นโรคสะเก็ดเงิน (ROTSTEIN & BOKER ; 1990)

บางส่วนของ แอนทราลิน จะถูกขับออกทางปัสสาวะโดยไม่การเปลี่ยนแปลงและอาจก่อให้เกิดการระคายต่อไตได้เกิดเป็น CASTS และ PROTEINURIA

การที่ปัสสาวะมีสีแดงอาจไม่ใช่ภาวะมีเลือดออกในปัสสาวะ (HEMATURIA) แต่อาจเป็นได้ว่า แอนทราลินจะให้สีแดงเมื่ออยู่ในปัสสาวะที่มีฤทธิ์เป็นด่าง แอนทราลิน มีส่วนในการทำให้เกิดการทำลายไตโดยถาวรหรือไม่นั้น ยังไม่ทราบแน่นอน แต่อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่เป็น RENAL INSUFFICIENCY ถือว่าเป็นข้อห้ามที่จะใช้ยา แอนทราลิน ( ROTSTEIN & BAKER )

### EFFICACY AND STABILITY

แอนทราลิน ถูกนำมาใช้ในรูปแบบของความเข้มข้นและส่วนผสมต่าง ๆ กันในการรักษาเฉพาะที่ของโรคสะเก็ดเงินโดยมากแล้วจะใช้ที่ขนาดความเข้มข้น 0.1 % ถึง 1 % การใช้ยาขนาดความเข้มข้นต่ำ จะสามารถทำให้ใช้ยาได้นานขึ้น หรือสามารถใช้ร่วมกับการรักษาวิธีอื่นได้เช่น การฉายแสง, แอนทราลิน ที่มีความเข้มข้นสูงชันจะทำให้ผลการรักษาผื่นสะเก็ดเงินเร็วขึ้นแต่จะก่อให้เกิดการระคายเคืองและการติดสี (STAINING) ของผิวหนัง ดังนั้นควรใช้ทาแบบสัมผัสระยะสั้น โดยทา 1 ครั้งต่อวัน ด้วยที่ใช้ผสมใน แอนทราลิน มีฤทธิ์ต่อความ STABILITY ของยาและการถูกดูดซึมผ่านชั้นผิวหนัง ส่วนผสมที่ใช้โดยเรียงจากประสิทธิภาพมากไปน้อย ได้แก่ PASSAR'S PASTE , HYDROPHOBIC OINTMENT, HYDROPHILIC OINTMENT และ CREAMS โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่ชอบใช้ในรูปของครีมเนื่องจากความง่ายและความสะดวกในการบริหารยา แต่มีก็ต้องใช้ในช้วงเวลาที่นานขึ้น (GOING, 1988 ; ROTSTEIN & BAKER ,1990,WALKER ET AL ,1989 ; FINISH ,1989)

การใช้ แอนทราลิน ที่มีความเข้มข้นต่ำ (0.1%) ทาในช่วงกลางวัน สลับกับการทา STEROID เฉพาะที่ในช่วงกลางคืน ผลปรากฏว่าให้ผลที่ดีกว่าการใช้ 0.5 % แอนทราลิน ทาร่วมกับการฉายแสง UV (INGRAM TREATMENT) โดยผื่นหายเร็วกว่า การระคายเคืองและการติดสี (STAINING) ที่ผิวหนังน้อยกว่า (FARBER & HARRIS ,1970)

ในทางเปรียบเทียบ 0.1 % แอนทราลินในยูเซอริน (EUCERIN<sup>®</sup>) ได้เคยถูกรายงานว่าสามารถรักษาผื่น โรคสะเก็ดเงิน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นที่น่าสังเกตว่าการรักษาที่ใช้ระยะเวลาการจะใช้ยาแอนทราลินที่มีความเข้มข้นต่ำ และ STABILITY ของยาในส่วนผสมนั้น ๆ ก็มีความสำคัญต่อประสิทธิภาพของยา (LOWE & BREEDING ; 1981)

มีการศึกษาหนึ่งแสดงว่าการรักษาในช้วงเวลา 1 ถึง 8 เดือน ด้วย



0.05 % แอนทราลิน ใน PETROLATUM สามารถรักษาผื่นโรคสะเก็ดเงินได้ 50 % หรือมากกว่าของจำนวนคนใช้โรคสะเก็ดเงิน (VAN SCOTT & YIR ; 1981)

มีการศึกษาแสดงว่าส่วนผสมของยา (VEHICLE) ที่ใช้ร่วมกับ แอนทราลิน นั้นมีผลกระทบต่อ STABILITY และความสามารถในการถูกดูดซึมของยาผ่านผิวหนังของ ANTHRALIN STIFFY PASTE เป็นส่วนผสมที่มีประสิทธิภาพสูงสุด แต่เหนียวและการล้างออกค่อนข้างลำบากและไม่สะดวกต่อการใช้รักษาบริเวณหนังศีรษะ, OINTMENT BASES มีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยยอมรับได้ปานกลาง แต่มีแนวโน้มที่จะกระจายไปยังบริเวณผิวปกติ ในการศึกษาของ KAMMERAU และคณะ (1975) พบว่าความสามารถในการผ่านผิวหนังชั้นนอกของ แอนทราลิน จะดีสุดเมื่ออยู่ในรูปของ HYDROPHOBIC OINTMENT (VASELINE และ AQUEOUS WOOL-WAX-ALCOHOL OINTMENT) เมื่อเปรียบเทียบกับ HYDROPHILIC OINTMENT (POLYETHYLENE GLYCOL OINTMENT และ AQUEOUS HYDROPHILIC CREAM) ในรูปแบบของ CREAM การใช้ยาจะสะดวก, ยาจะไม่กระจายไปสู่ผิวปกติเมื่อทาอย่างถูกวิธีและสามารถล้างออกได้สะดวก การติดสี (STAIN) ของผิวหนัง, เสื้อผ้า และเตียงก็น้อยกว่า ถึงแม้ว่าประสิทธิภาพของยาจะน้อยกว่า OINTMENTS และ PASTES.

ครีมแอนทราลิน จะให้ผลการรักษาผื่นโรคสะเก็ดเงินช้าแต่ว่าแน่นอนในผู้ป่วยส่วนใหญ่และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในลักษณะเป็นครีม ค่อนข้างเหมาะสมสำหรับการใช้เองที่บ้านหรือใช้ทาบริเวณหนังศีรษะนอกจากนี้การใช้ยาแอนทราลินชนิดครีมของผู้ป่วยนอก จะสม่ำเสมอกว่าการใช้ แอนทราลิน PASTES (WALKER ET AL , 1989; LOWE & BREEDING, 1981; CHAMPION, 1966; KAMMERAU ET AL, 1975; WILSON & IVE, 1980; CAVEY ET AL, 1981; WHITEFIELD, 1981 ; SEVILLE , 1977 ; SEVILLE ET AL, 1979; SEVILLE, 1981; BAKER ET AL, 1981)

แอนทราลิน จะถูกออกซิไดซ์ได้ในน้ำ การที่ ครีม มี STABILITY ยาจะต้องถูกละลายใน OILY PHASE ในขณะที่ SOLUBLE ACID (เช่น SALICYLIC ACID) จะถูกเติมเข้าไปในช่วง AQUEOUS PHASE เพื่อเป็นตัว STABILIZER (SEVILLE, 1981; WHITEFIELD, 1981) BRADY & JOHANSSON (1977) ได้รายงานว่าในผู้ป่วย โรคสะเก็ดเงินจำนวน 24 ราย การใช้ แอนทราลิน ความเข้มข้นต่ำ (0.01 % ถึง 0.05 %) ให้ผลการรักษาได้อย่างหายบางส่วนถึงหายแบบสมบูรณ์ ถึง 88 % ของจำนวนผู้ป่วยใน 4 ถึง

14 เดือนโดยไม่มีผลข้างเคียง SCHAEFER (1980) ได้ศึกษาการใช้ 1 % ANTHRALIN ร่วมกับ SALICYLIC ACID 1 % ใน PETROLATUM BASE โดยทาทั้งไว้ 1 ชั่วโมง แล้วล้างออก จากนั้นทาครีมให้ความชุ่มชื้นเป็นเวลา นานทั้งสิ้น 4 อาทิตย์ พบว่าผู้ป่วย 3 รายมีการหายของผื่นอย่างสมบูรณ์, อีก 4 รายมีเพียงผื่นแดงหลงเหลืออยู่, อีก 4 รายดีขึ้นแต่ยังคงมีผื่นนูนหนาบ้างเล็กน้อย อาการระคายเคืองสามารถลดลงได้ โดยการลดความเข้มข้นหรือลดระยะเวลาการทายาของแอนทราลินลง การทายา 1% แอนทราลินในปิโตรลาตัม เป็นเวลา 1 ชั่วโมงต่อวันจะให้ผลการรักษาเท่ากับ การใช้ยาที่ความเข้มข้นต่ำ ลงมา แต่ทาทั้งไว้ 8-10 ชั่วโมง (SCHAEFER ET AL, 1980)

### DOSAGE AND ADMINISTRATION

โดยเริ่มต้นแล้ว จะเริ่มใช้ แอนทราลิน ที่ขนาดความเข้มข้น 0.1 % หรือน้อยกว่าการทาครีมาเฉพาะบริเวณผื่น และทาวันละครั้งหรือน้อยกว่านี้ ทา เป็นเวลา 20-30 นาทีก่อนนอน จากนั้นล้างออกด้วยน้ำมันดิน ถ้าผู้ป่วยทนต่อยา ได้ดี การใช้ยาในขนาดนี้ต่อไปอีกอย่างน้อย 1 อาทิตย์ ก่อนที่จะเพิ่มขนาดความเข้มข้นการใช้ยาบริเวณตาและบริเวณเย็บต่างๆ ควรหลีกเลี่ยง ควรอาบน้ำในช่วงเช้า เพื่อที่จะล้างครีมส่วนที่ยังตกค้างอยู่ออก ซึ่งจะติดผิวหนังกลายเป็น แดง-น้ำตาลได้ (PARISH ET AL, 1989; ROTSTEIN & DRRISTOPHER , 1990; LOWE & BREEDING , 1981; GOING , 1988)

แอนทราลิน ที่มีขนาดความเข้มข้นสูงกว่า 0.1% มักก่อให้เกิดอาการ ระคายผิวหนังและติดสี (STAIN) น้ำตาลบริเวณผิวหนังปกตึรอย ๆ เสื้อผ้าหรือ เตียงได้บ่อยๆ ส่วนที่ขนาดความเข้มข้นต่ำเช่น 0.05 % หรือ 0.01 % จะใช้ใน ผู้ป่วยที่ผิวค่อนข้างบางหรือใช้บริเวณใบหน้า, ข้อพับ หรืออวัยวะเพศ (MONTES ET AL, 1979; LOWE & BREEDING, 1981)

แอนทราลิน เป็นสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองและทำให้เกิดอาการ แสบหรือคันบริเวณผิวหนังที่ถูกทาได้บ่อย ผื่นแดงและเจ็บบริเวณผิวปกตึรอบ ๆ รอยผื่นมักจะเป็นถาวรข้างเคียงของยาที่พบได้บ่อยๆ และเป็นตัวที่ทำให้ไม่สามารถ ใช้ยาที่มีความเข้มข้นสูงขึ้นได้ (GOING , 1988)

## ยูเรีย (UREA)

### PHARMACOLOGY

ผลของยูเรียในการรักษาโรคทางผิวหนังส่วนใหญ่ได้มาจากคุณสมบัติในแง่ UNFOLDING โปรตีน ซึ่งได้แก่การละลายหรือการเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติทางเคมีของโปรตีน ยูเรียในความเข้มข้นสูงสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงทั้ง AMINO-ACID SIDE CHAINS และโครงสร้างของ POLYPEPTIDES ของโปรตีนได้ แต่ยูเรียจะออกฤทธิ์ต่อโปรตีนแต่ละชนิดมากน้อยต่างกันออกไป ผลทางเภสัชวิทยาที่สำคัญของยูเรีย ได้แก่ ฤทธิ์ที่ยับยั้งแบคทีเรีย, ฤทธิ์ตัวทำลายและเปลี่ยนแปลงสมบัติทางเคมีของโปรตีน , ฤทธิ์ในการ PENETRATION ผ่านชั้นผิวหนัง และฤทธิ์เพิ่ม HYDRATION เช่น คุณสมบัติการอุ้มน้ำของโปรตีน

ในปี 1900 ,SPIRO ได้แสดงให้เห็นว่า สารละลายยูเรียที่มีความเข้มข้นสูงสามารถละลายโปรตีนได้ STEINHARDT (1938) พบว่า CRYSTALLINE PEPSIN สามารถละลายในสารละลายเพิ่มมากขึ้นเป็น 10 เท่าของที่ใส่ในสารละลาย RAMSDEN (1902) พบว่าถ้าเอาซากสัตว์ที่ตายแล้วไปใส่ในสารละลายที่มีความเข้มข้นสูงซากสัตว์จะเปื่อยยุ่ยภายในเวลา 2-3 ชั่วโมง KLIBMAN (1957) ได้ทำการทดลอง โดยใช้ผิวหนังของมนุษย์มาแช่ในสารละลายยูเรียความเข้มข้นสูงเทียบกับการแช่ลงในน้ำเปล่า พบว่าการแช่ลงในยูเรียทำให้การเปื่อยของผิวหนังเพิ่มเร็วขึ้น

ฤทธิ์การเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติทางเคมีของโปรตีน (DENATURE OF PROTIEN) ประกอบด้วย การเปลี่ยนโครงสร้างของ PEPTIDE CHAIN ในโมเลกุลของโปรตีน ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติขึ้นอยู่กับว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของ PEPTIDE CHAIN มากหรือน้อยอย่างไร BERKMAN และคณะ (1966) สามารถที่จะแยกโปรตีนที่สกัดจากเยื่อ MEMBRANES บริเวณ ENDOPLASMIC RETICULUM โดยใช้ ELECTROPHORESIS ที่มีส่วนผสมของยูเรียที่มีความเข้มข้นสูงได้ถึง 15 แถบในขณะที่ปราศจากยูเรียสามารถแยกได้เพียง 4 แถบ

ในแง่ของตจวิทยา ได้ให้ความสนใจถึงประสิทธิภาพของสารละลายยูเรียในผิวหนัง SWANBECK (1968) ได้รายงานว่า การแช่ชั้นผิวหนังส่วน HORNY LAYER ซึ่งได้มาจากผิวหนังปกติ , ผิวหนังที่เป็นโรคสะเก็ดเงิน และผิวหนังที่เป็นโรค ICTHYOSIS ในสารละลายยูเรียความเข้มข้น 30 % พบว่า

ยูเรียสามารถเพิ่มคุณสมบัติการอุ้มน้ำของผิวหนังเป็นอย่างมาก ในปี 1952 BLANK ได้แสดงให้เห็นว่าความอ่อนนุ่มของผิวหนังขึ้นอยู่กับปริมาณของน้ำที่อยู่ในผิวหนัง ความสามารถของยูเรียในการเพิ่มคุณสมบัติการอุ้มน้ำในชั้น CORNEUM ของผิวหนัง จึงสามารถอธิบายประโยชน์ในการใช้ยูเรีย ในการรักษาผื่นผิวหนัง ICTHYOSIS ได้นอกจากนี้ยังพบว่ายูเรียมีประสิทธิภาพสูงในการผ่านชั้นผิวหนังซึ่งเข้าใจว่าคงเกิดจากกลไกเดียวกัน

### CLINICAL APPLICATION AND SIDE EFFECTS

ได้เคยมีการใช้ ยูเรีย ในด้านการต่อต้านเชื้อแบคทีเรีย เพื่อรักษาบาดแผล (SYMMERS AND KIRK , 1915 ; ROBINSON , 1936 ; HOLDER AND MACKAY , 1937) และใช้ในการรักษาการติดเชื้อที่ผิวหนัง (FOULGER และคณะ , 1935 ; KLIGMAN , 1957) ซึ่งพบว่าไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงเฉพาะที่ เช่น อาการระคายเคือง , หรือผื่นแพ้เกิดขึ้น

ในการทดลองแบบ DOUBLE-BLIND , SWANBECK และ RAJKA (1970) โดยการฉีด TRYPSINE 1/100,000 ขนาด 0.02 - 0.03 ml เข้าใต้ผิวหนัง พบว่า ยูเรียมีฤทธิ์ในการลดอาการคัน โดยกลุ่มทดลองที่มีการทาสารละลายยูเรียความเข้มข้น 20 % ระยะเวลาของอาการคันสั้นลงกว่าในกลุ่มควบคุม

ในปี 1968 SWANBECK ได้ทำการทดลองโดยในรูปแบบของครีมที่ความเข้มข้น 10 % สำหรับการรักษาโรค ICTHYOSIS และโรคผิวหนังอื่น ๆ ที่มีการหนาตัวของผิวหนังชั้นนอก (HYPERKERATOTIC CONDITIONS) โดยทายาที่มียูเรียครีมความเข้มข้น 10 % ผสมอยู่ที่บริเวณผื่นครึ่งหนึ่งของร่างกาย และอีกด้านหนึ่งทายาตัวเดียวกันแต่ไม่มียูเรียผสม ผลปรากฏว่าด้านที่ใช้ยาที่มีส่วนผสมของยูเรียครีมให้ผลการรักษาดีกว่าอีกด้านหนึ่ง

STEWART และคณะ (1969) ได้ทำการทดลองแบบ DOUBLE-BLIND ในผู้ป่วย 30 ราย ด้วยยูเรียครีมความเข้มข้น 40 % ผสมในยาตัวหนึ่ง เปรียบเทียบกับยาตัวเดิมที่ผสมด้วย 1 % HYDROCORTISONE แทน โดยเปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างด้านซ้ายและด้านขวาของผู้ป่วย โดยใช้กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรค ICTHYOSIS , XEROSIS , และโรคผิวหนังแห้งในวัยชราผลปรากฏว่าด้านที่ใช้ยูเรียครีมให้ผลการรักษาดีพอ ๆ กับด้านที่ใช้ 1 % HYDROCORTISONE CREAM

กลไกการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาทาครีมก่อนข้างซับซ้อน ขึ้นอยู่กับค่าความเข้มข้นของยูเรียและระยะเวลาการใช้ ผลการทดลองต่าง ๆ บ่งบอกถึงความสามารถในการใช้ยูเรียในการรักษาโรคผิวหนังหลาย ๆ ชนิด อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาทดลองในด้านการใช้ยูเรียครีมในการรักษาโรคผิวหนังชนิดต่าง ๆ ต่อไป

### รายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้อง

ในปี 1980 ได้มีการทำการทดลอง โดยเป็น RANDOMIZED CONTROLLED STUDY ในผู้ป่วย 35 รายที่เป็นโรคสะเก็ดเงินชนิดผื่นหนาเรื้อรัง โดยใช้ 0.1% แอนทราลิน ใน 17% ครีมยูเรีย (PSORADRATE 0.1%) เมื่อเทียบกับการใช้ 0.1% แอนทราลิน เพียงอย่างเดียว โดยทายาแต่ละตัวในแต่ละด้านของร่างกายวันละครั้งผลปรากฏว่าประสิทธิภาพของยาทั้งสอง ในการรักษาของโรคสะเก็ดเงินชนิดผื่นหนาเรื้อรัง ไม่มีความแตกต่างกันในช่วง 2 และ 4 สัปดาห์ แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อสังเกตฤทธิ์ข้างเคียงพบว่า 0.1% แอนทราลิน ใน 17% ครีมยูเรีย มีอุบัติการณ์ของการระคายเคือง และการมีผิวหนังตึงน้อยกว่า การใช้ 0.1% แอนทราลินเพียงอย่างเดียว (PORTNOY & BECK, 1980).

จากนั้น R.D.G. PEACHEY และ J.L. BURTON (1982) ได้ทำการศึกษาแบบDOUBLE-BLIND โดยเปรียบเทียบระหว่าง 0.1% แอนทราลิน ใน 17% ครีมยูเรีย (PSORADRATE 0.1%) กับ 0.25% แอนทราลินในครีมยูเรีย (DITHROCREAM) ในการรักษาโรคสะเก็ดเงินชนิดผื่นหนาเรื้อรังในผู้ป่วย 40 ราย ผลปรากฏว่ายาทั้ง 2 ชนิดไม่มีความแตกต่างกันทางด้าน CLINICAL แต่ผู้ป่วยชอบยา PSORADRATE 0.1% มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และฤทธิ์ข้างเคียงของยาชนิดนี้ก็น้อยกว่าด้วยเช่นกัน.

ในปีเดียวกัน M.G. BUDDEN และคณะ (1982) ได้ทดลองแบบ DOUBLE-BLIND ในการใช้ยา 0.1% DITHROCREAM (ครีมแอนทราลิน) เปรียบเทียบกับ 0.1% PSORADRATE CREAM (0.1% แอนทราลิน ใน 17% ครีมยูเรีย) ในการรักษาโรคสะเก็ดเงิน ชนิดผื่นหนาเรื้อรัง ในผู้ป่วย 49 ราย เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ได้พบว่า PSORADRATE 0.1% ให้ผลการรักษาผื่นโรคสะเก็ดเงิน ดีกว่า 0.1% DITHROCREAM อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในช่วง 4 สัปดาห์แรก และฤทธิ์ข้างเคียงก็น้อยกว่าในเรื่องของอาการแสบหรือคันผู้ป่วยหลายรายชอบ 0.1% PSORADRATE มากกว่า และเชื่อว่าออกฤทธิ์เร็วกว่า 0.1%

DITHROCREAM. ในปี 1982 , U. RUNNE และ J. KUNZE ได้เสนอวิธีการใช้ยา DITHRANOL โดยทาแบบสัมผัสระยะสั้น ในการรักษาโรคสะเก็ดเงิน โดยทำการทดลองในผู้ป่วยทั้งสิ้น 85 รายโดยใช้DITHRANOL AND SALICALIC ACIDใน YELLOW SOFT PARAFFIN โดยใช้ความเข้มข้น 0.1 , 0.25 , 0.5 , 1 และ 2 % ในการทาทั้งไว้ 3 ชั่วโมง และแบบที่ 2 ใช้DITHRANOL ความเข้มข้น 1, 2 , 3 % โดยทาทั้งไว้ 10-20 นาที โดยมีการปรับขนาดความเข้มข้นทุก 24 ชั่วโมงแล้วเปรียบเทียบกับการใช้ยา แอนทราลินที่มีขนาดความเข้มข้น 0.1 , 0.25 , 0.5 , 1 และ 2% ส่วนระยะเวลาของการทาคือ 24 ชั่วโมง ผลการทดลองปรากฏว่า การทาทั้งไว้ 3 ชั่วโมงให้ผลการรักษาทั้งทาง CLINICAL และ HISTOLOGY ไม่แตกต่าง กับการใช้ยาทั้งไว้ 24 ชั่วโมงในขณะที่การทาบแบบสัมผัสระยะสั้นคือประมาณ 10 - 20 นาทีโดยใช้ แอนทราลิน ที่มีความเข้มข้น 1, 2, 3 % (โดยปรับความเข้มข้นขึ้นในช่วง 3 - 5 วันหลังการรักษาวันแรก) ให้ผลการรักษาดีกว่า ลดเวลาใช้การใช้ยาลง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาโดยวิธีดังกล่าวได้สะดวกขึ้น

C.J.W GUERRIER และ D.I.PORTER (1983) ได้ทำการทดลองแบบ OPEN STUDY โดยการใช้ยา 0.1 % แอนทราลิน ใน 17% ยูเรีย ครีม ( PSORADRATE 0.1% ) ในการรักษาโรคสะเก็ดเงิน เพื่อดูประสิทธิภาพของยาและฤทธิข้างเคียง ในผู้ป่วยเด็ก 41 ราย โดยทาสัปดาห์ละ 2 ครั้ง พบว่า 34 รายอาการดีขึ้นภายใน 6 สัปดาห์ ในขณะที่อีก 8 รายต้องให้ยาต่ออีกประมาณ 4 สัปดาห์ ผลการรักษาอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยส่วนใหญ่พึงพอใจกับการใช้ยาคันนี้ มีเพียง 3 รายที่เกิดฤทธิข้างเคียงคือ ผื่นหนังแสบและไหม้. T. FREDRIKSON(1983) ได้ทำการทดลองเปรียบเทียบการใช้ยา DITHRANOL CREAM 0.25 % และ 0.1 % และ DITHRANOL OINTMENT 0.25 % ในการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินจำนวน 60 ราย โดยมีการสุ่มเลือกผู้ป่วยว่าจะใช้ยาแบบใดใน 3 แบบ โดยทาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์การประเมินผลจะทำในสัปดาห์ที่ 2 และที่ 4 ผลปรากฏว่า การใช้ยา 0.25 % ครีมแอนทราลิน และ 0.25% แอนทราลิน ออยเม้นท์ ให้ผลการรักษาไม่แตกต่างกันแต่ยาทั้ง 2 ตัวให้ผลการรักษาดีกว่า ครีมแอนทราลิน 0.1 % อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยชอบใช้ยา 0.25 % ครีมแอนทราลิน มากกว่าออยเม้นท์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน

ในปี 1984 W.WOHLRAB ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของ ยูเรีย

ในการช่วยการออกฤทธิ์ของยา TOPICAL STEROIDS เป็นการทดลองในห้องปฏิบัติการ โดยใช้ชิ้นเนื้อจากบริเวณขาหนีบที่ได้มาการผ่าตัดแล้วตัดเอาชั้น SUBCUTANEOUS TISSUE ออกไป เหลือแต่บริเวณผิวหนังจากนั้น นำเอายาที่ต้องการทดลองมาทาบริเวณผิวหนังเหล่านั้นพบว่า UREA ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของยา TOPICAL STEROID ทำให้สามารถใช้ยาที่มีความเข้มข้นต่ำลงได้

ต่อมาในปี 1988 C.E.H. GRATTAN และคณะ ได้ทำการทดลองแบบ DOUBLE-BLIND โดยเปรียบเทียบระหว่าง แอนทราลิน ผสมกับ TOPICAL STEROID เปรียบเทียบกับ แอนทราลิน เพียงอย่างเดียว ในการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินจำนวน 30 ราย ผลปรากฏว่าการใช้ แอนทราลิน ผสมกับ TOPICAL STEROID ให้ผลการหายของผื่นในช่วงแรกได้เร็วกว่าและมีฤทธิ์ข้างเคียง ในแง่ของการไหม้ของผิวหนังน้อยกว่า แต่การติดยาของผิวหนังมากกว่า และในแง่ของการกลับมาเป็นใหม่ของผื่นก็เร็วกว่าด้วย

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการผสมยูเรีย (17%) ใน แอนทราลิน ( 1% ) ว่าจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาผื่นของโรคสะเก็ดเงิน ชนิดผื่นหนาเรื้อรังได้หรือไม่ เปรียบเทียบกับการใช้ แอนทราลิน ( 1% ) อย่างเดียว

ตัววัด

อาศัยลักษณะทางคลินิก โดยดูจาก

ERYTHEMA

SCALING

THICKNESS

2. เพื่อศึกษาว่ามีผลข้างเคียงที่แตกต่างกันหรือไม่ ระหว่าง 1% แอนทราลินใน 17% ยูเรีย กับ 1% แอนทราลิน เพียงอย่างเดียว โดยอาศัยตัววัดดังนี้

INFLAMMATION OF SURROUNDING HEALTHY SKIN

STINGING AND BURNING SENSATION

PRURITUS

DISCOLORATION OF THE SKIN

DISCOLORATION OF BEDDING AND CLOTH

3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยว่ายาตัวใดให้ผลการรักษาดีกว่าและมีผลข้างเคียงน้อยกว่าโดยอาศัยการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดการรักษา มีตัววัดดังต่อไปนี้

- 3.1 ยาตัวไหนให้ผลการรักษาที่ดีที่สุด
- 3.2 ยาตัวไหนใช้ทาง่ายกว่ากัน
- 3.3 ยาตัวไหนทาแล้วแสบหรือคัน
- 3.4 ยาตัวไหนที่เปื้อนเสื้อผ้าหรือที่นอน
- 3.5 ถ้าให้เลือกใช้คิดว่ายาตัวไหนดีที่สุด
- 3.6 ด้านไหนของร่างกายได้ผลเร็วกว่า
- 3.7 มีส่วนไหนบ้างที่ใช้ยาแล้วไม่ได้ผลเลย

### ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษา ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินชนิดแผ่นหนาเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกโรคผิวหนัง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากประวัติ ลักษณะทางคลินิก และผลการตรวจชิ้นเนื้อพยาธิวิทยาโดยคัดเลือกผู้ป่วยที่ยินยอมให้ศึกษาและไม่อยู่ในข้อยกเว้นของการคัดเลือกผู้ป่วยในการวินิจฉัยนี้

### วิธีวิจัยโดยย่อ

ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของยา 1% แอนทราลินใน 17% ยูเรีย กับยา 1% แอนทราลิน เพียงอย่างเดียว ในการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินชนิดแผ่นหนาเรื้อรัง โดยอาสาแต่ละตัวบนแผ่นข้างซ้ายหรือข้างขวาของคนไข้ จากนั้นติดตามผลการรักษาโดยให้เป็นระดับคะแนนของการหายเมื่อครบอาทิตย์ที่ 6 และสอบถามผู้ป่วยถึงความชอบในการใช้ยา

### ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

ในแง่ของการรักษา : เพื่อที่จะได้มียาร่วมตัวใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และผลข้างเคียงน้อยลงในการรักษาโรคสะเก็ดเงิน ชนิดแผ่นหนาเรื้อรัง