

บทที่ 2

โรคที่เกิดจากเชื้อยีสต์ *Pityrosporum* (synonym: *Malassezia*)

เชื้ออยู่ในสกุลมาลาเซียเซีย (Genus *Malassezia*) เป็นยีสต์ที่มีรูปร่างกลมหรือรีคล้ายขวด (bottle-shaped) แดกหน่อได้ตำแหน่งเดียว (unipolar budding) ตรงตำแหน่งที่แดกหน่อมีปากเปิดกว้าง (phialide) และมีขอบ (collarettes) อาจออกสายสั้น ๆ ได้ มีอยู่ 2 สายพันธุ์คือ *Malassezia furfur* ก่อโรคในคน เชื้อนี้ต้องอาศัยไขมัน (medium and long-chain free fatty acids) ในการเจริญขึ้นได้ทั้งในภาวะที่มีก๊าซออกซิเจนและไม่มี *Malassezia furfur* พบ 2 สปีชีส์คือ *Pityrosporum orbiculare* และ *P.ovale* ซึ่งมีหลายรายงานกล่าวว่าเชื้อทั้งสองเป็นชนิดเดียวกัน (Faergemann, and Bernander, 1979; Faergemann, and Fredriksson, 1981) การเปลี่ยนรูปแบบอาจขึ้นกับตำแหน่งภูมิประเทศ (Faergemann and Fredriksson, 1980) อีกสายพันธุ์คือ *Malassezia pachydermatis* ก่อให้เกิดโรคหูชั้นนอกอักเสบ (otitis externa) ในสุนัข สามารถพบเป็น normal flora ของมนุษย์และสัตว์ เชื้อชนิดนี้ไม่ต้องการไขมันในการเจริญ (Rippon, 1988)

นิเวศวิทยาและการติดต่อ

เป็นเชื้อที่พบได้ตามผิวหนังและบริเวณรูขุมขนของคนปกติเช่นจากบริเวณหนังศีรษะ หน้าอก พบได้บ้างที่หลังลำตัวและแขนขา บางครั้งอาจพบได้ที่บริเวณหน้า ผู้ที่มีอายุมากขึ้นสามารถพบเชื้อได้มากกว่าในเด็ก พบได้ในผิวขาวมากกว่าผิวดำและพบในผู้ชายมากกว่าในผู้หญิง การที่เชื้อก่อโรคได้นั้นขึ้นกับปัจจัยหลายประการได้แก่ การใช้สารสเตอรอยด์ (steroid) ซึ่งไปลดอัตราการลอกตัวของหนังกำพร้า การใช้ยาคุมกำเนิด การใช้ยากดภูมิคุ้มกัน โรคเบาหวาน ประเทศในเขตร้อน ปัจจัยทางพันธุกรรม สภาพทางโภชนาการ การติดเชื้อเรื้อรัง ภาวะเหงื่อออกมาก การตั้งครรภ์ (Borelli, Jacobs, and Nail, 1991 ;Rippon, 1988)

ลักษณะทางคลินิก

เชื้อนี้สามารถทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. โรคเกลื้อน

โรคเกลื้อนเป็นโรคติดเชื้อราที่พบบ่อยโดยพบมากที่บริเวณเรียกว่า seborrheic area เช่น ลำตัว คอ หน้า หรือแขนส่วนบน รอยโรคมีลักษณะเป็นตุ่มนูนเป็นวง มีสะเก็ด อาจรวมเป็นผื่นใหญ่ มีหลายสีแตกต่างกันเช่น สีน้ำตาล สีแดง หรือเป็นดวงสีจางขาว โรคนี้มักไม่มีอาการ ส่วนน้อยมีอาการคันได้ (Borelli, et al., 1991; Silva-lizama, 1995) มีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 9.2 ของผู้ป่วยที่มาตรวจโรคทางผิวหนังทั้งในประเทศไทย (เรณู โคตรจรัส, 2532) และร้อยละ 30 ในประเทศเซเชรอน(Borelli, et al., 1991) โรคนี้พบมากในฤดูร้อน พบในช่วงอายุ 10 ถึง 65 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-45 ปี โรคนี้โดยทั่วไปจะเป็นโรคของผู้ใหญ่ เนื่องจากต่อมไขมัน sebaceous gland มีความเจริญมากกว่า แต่จากการศึกษาในประเทศเซเชรอนพบโรคนี้ในเด็กได้บ่อยเช่นกัน ลักษณะทางคลินิกที่ชาวเกิดจากการที่เชื้อนี้สร้างกรด decarboxylic ซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของ tyrosinase และเป็นพิษต่อ melanocytes ที่ทำงานเพิ่มขึ้น ส่วนลักษณะที่เกิดสีเข้มนั้นเมื่อตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนพบมีการเพิ่มขนาดของ melanosome และมีการแยกกระจายเป็นเซลล์เดี่ยว ๆ (Rippon, 1982)

2. โรคซีบอร์โรอิกเดอริมาไตติส

เป็นโรคผิวหนังที่พบได้บ่อย มีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 3-7 ของผู้ป่วยที่มาตรวจโรคทางผิวหนังทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ (เรณู โคตรจรัส, 2532; Rebora, and Rongioletti, 1993) พบได้ในทารก มีลักษณะเป็นผื่นราบสีแดงมีขุยขนาดเล็กสีขาวปนเหลืองเกิดขึ้นในบริเวณที่มีต่อมไขมันเป็นจำนวนมาก ได้แก่บริเวณศีรษะ หน้า และส่วนบนของลำตัว (Faergemann, and Maibach, 1984 ; Rebora, and Rongioletti, 1993) พยาธิกำเนิดของโรคนี้ยังไม่แน่ชัด อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับเชื้อยีสต์ Pityrosporum (Bergbrant, and Faergemann, 1990; Faergemann, and Maibach, 1984; Rebora, and Rongioletti, 1993) มีการศึกษาพบว่าจำนวนเชื้อ Pityrosporum ovale มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงทางคลินิกของผื่น seborrheic dermatitis โดยพบว่าในหนังศีรษะคนปกติมีเชื้อ *P. ovale* อยู่ร้อยละ 46, ในผื่นรังแคมีเชื้อ *P. ovale* อยู่ร้อยละ 74 และในผื่น seborrheic dermatitis มีอยู่ร้อยละ 83 การรักษาผื่นโดยใช้ยาต้านเชื้อรามีผลช่วยให้อาการผื่นดีขึ้นในขณะที่จำนวนเชื้อ *P. ovale* มีจำนวนน้อยลง (McGinley, et al. 1977) มีการศึกษาโดยการนำเชื้อ *P. ovale* ใส่ไปในบริเวณหนังศีรษะที่ได้รับการรักษาหายแล้ว พบว่าสามารถเกิดผื่นแบบเดิมขึ้นมาใหม่ มี

หลายงานตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อนี้ในซีรัมผู้ป่วยร้อยละ 73 โรคนี้พบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในผู้ติดเชื้อ HIV โดยมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 30-83 (Rebora, and Rongioletti, 1993)

3. โรคอักเสบที่รูขุมขน

พบผื่นได้ที่บริเวณหลัง ไหล่ หน้าอก บางครั้งเป็นที่แขนขา หรือคอได้ พบรอยโรคที่บริเวณหน้าได้น้อย ส่วนใหญ่มีอาการคัน ผู้ป่วยส่วนมากมีอายุมากกว่า 30 ปี รอยโรคเป็นแบบตุ่มนูนหรือตุ่มหนองขนาด 2-3 มิลลิเมตร มีสีแดงรอบ ๆ ต่อมขน มักมีปัจจัยเสริมให้เกิดผื่นได้แก่ เบาหวาน การได้รับยา corticosteroids หรือยาปฏิชีวนะ (Baeck, Faergemann, and Hoernqvist, 1985 ; Faergemann, and Maibach, 1984; Ford, 1984; Potter, Burgoon, and Johnson, 1973)

4. โรค atopic dermatitis

ผู้ป่วยที่มีผื่น atopic dermatitis จำกัดอยู่เฉพาะในบริเวณหนังศีรษะ หน้า และคอ ให้ผลบวก prick test ต่อเชื้อ *P. orbiculare* ผู้ป่วยเหล่านี้มักให้การตอบสนองที่ดีต่อยา ketoconazole (Faergemann, and Maibach, 1984) จึงทำให้เข้าใจว่าเชื้อยีสต์ *Pityrosporum* สามารถทำให้ผื่น atopic dermatitic เหนือขึ้นได้

5. โรค confluent and reticulate papillomatosis

ผื่นเป็นตุ่มนูนสีน้ำตาลเทา ตุ่มนูนอาจรวมกันเป็นผื่นร่างแหกว้างสีคล้ำ ส่วนใหญ่รอยโรคพบที่บริเวณหน้าอกและระหว่างกระดูกสะบักหลัง ลามไปที่ท้อง ไหล่ คอ พบเชื้อยีสต์เป็นจำนวนมากและให้ผลตอบสนองต่อ 10% sodium thiosulphate (Faergemann, and Maibach, 1984; Silvalizama, 1995)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ย้อมด้วย 10%KOH, methylene blue (Lachapelle, et al. 1977) พบกลุ่มของยีสต์เป็นแบบพวงอู่นขนาด 4-6 ไมครอน และพบ septate hyphae สั้น ๆ (spagetti and meatballs) เมื่อตรวจด้วย Wood's lamp จะพบการเรืองแสงเป็นสีเหลืองทอง การเพาะเชื้อไม่มีความจำเป็นในการรักษา เชื้อสามารถขึ้นได้ใน Sabouraud's dextrose agar โดยใส่ไขมันมะกอกจากบนผิว (Rippon, 1982)

การรักษา

1. ยาที่สามารถละลายสารเคอราติน (keratolytic agents) ได้แก่

- 1.1 salicylic acid, Whitfield's ointment (6% benzoic acid + 3% salicylic acid) ทาวันละ 1-2 ครั้ง ผลข้างเคียงคือการระคายเคือง ถ้าทาในบริเวณกว้างและมีภาวะไตวายอยู่ก่อน อาจเกิดภาวะพิษจากสาร salicylic (salicylism) ได้ (Barnford, 1983)
- 1.2 50% propylene glycol in water ทาวันละ 2 ครั้งเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ไม่พบการระคายเคือง (Faergemann, 1980)

2. ยาฆ่าเชื้อที่ไม่ทำให้ผิวหนังระคายและลอก เช่น

- 2.1 ยาที่เป็นเกลือซัลไฟด์โดยตรง เช่น selenium sulfide suspension ทาทั่วตัวทิ้งไว้ 10 นาทีแล้วค่อยล้างออก ได้ผลร้อยละ 80 (Albright, and Hitch, 1966; Sanchez, and Tarres, 1984) ผลข้างเคียงและผลไม่พึงประสงค์มี กลิ่นเหม็นร้อยละ 75 ระคายเคืองร้อยละ 25 เบื่อเนื้อผื่นร้อยละ 15 (Hernanz, et al. 1987)

- 2.2 สารที่สลายตัวเป็นซัลไฟด์ เช่น 20% sodium thiosulfate solution ทาหลังอาบน้ำ

- 2.3 zinc pyrithione shampoo ฟอกตัวทิ้งไว้ 5 นาทีวันละครั้ง (Faergemann, Fredriksson, 1980)

3. ยาที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้ออย่างกว้าง ได้ผลดีแต่มีราคาแพงได้แก่

3.1 กลุ่ม imidazole เช่น

- 3.1.1 2% ketoconazole cream ทาวันละครั้งได้ผลร้อยละ 98 และไม่กลับเป็นซ้ำในระยะเวลา 12 เดือนร้อยละ 79 (Savin, and Horwitz, 1986)

- 3.1.2 1% bifonazole cream ทาวันละครั้งได้ผลร้อยละ 100 อาจให้ระยะสั้น 1-2 สัปดาห์ (Hernandez, 1986)

3.2 กลุ่ม pyridone-ethanolamine salt

- ครีม cyclopirox olamine ทาวันละครั้งระยะสั้น 1-3 วัน ได้ผลร้อยละ 100 ภายในสามสัปดาห์หลังเริ่มการรักษา (del Palacio-Hernanz, et al., 1990)

3.3 กลุ่ม allylamines

- ครีม 1% terbinafine ทาวันละครั้งได้ผลร้อยละ 70-90 (Villars, and Jones, 1989)

4. ถ้ารอยโรคเป็นมากอาจต้องใช้ยารับประทานเช่น

4.1 ketoconazole 400 ม.ก. ครั้งเดียว นานมากกว่าร้อยละ 97 แต่ต้องรับประทานหลังอาหารเช้าพร้อมน้ำผลไม้ที่เป็นกรดและงดอาบน้ำไม่ต่ำกว่า 12 ชั่วโมง (Rausch and Jacob, 1984) หรือ 200 ม.ก. ต่อวัน 2-4 สัปดาห์ อัตรากลับเป็นซ้ำร้อยละ 60 ในปีแรก ร้อยละ 80 ในสองปี เมื่อป้องกันด้วย ketoconazole 200 ม.ก. ต่อวัน 2 วันทุกเดือน อัตรากลับเป็นซ้ำจะลดลงจากร้อยละ 46.6 ลงไปเป็นร้อยละ 6.6 และหากได้ 200 ม.ก. ต่อวัน 3 วันติดต่อกันทุกเดือน อัตราเป็นกลับซ้ำพบร้อยละ 3.33 (Faergemann, and Fredriksson, 1982)

4.2 itraconazole 200 ม.ก. วันละครั้ง 5 วัน ได้ผลร้อยละ 85 ไม่พบผลข้างเคียง (Hernanz, et al. 1987)

4.3 fluconazole 400 ม.ก. ครั้งเดียว 3 สัปดาห์หลังรักษาพบว่าหายจากรอยโรค ร้อยละ 74 และไม่มีการกลับเป็นซ้ำหลังติดตามไป 6 สัปดาห์ ถ้าให้ในขนาด 50 ม.ก. วันละครั้ง 4 สัปดาห์ ได้ผลร้อยละ 75 ผลข้างเคียงมีคลื่นไส้ร้อยละ 3.7 ปวดท้องร้อยละ 1.7 อาเจียนร้อยละ 1.7 ปวดศีรษะร้อยละ 1.9 ผื่นจากยาร้อยละ 1.8 ผู้ป่วยต้องหยุดยาเนื่องจากอาการข้างเคียงทางคลินิก ร้อยละ 1.5 และร้อยละ 1.3 จากผล laboratory ที่ผิดปกติ (Fishbein, et al., 1992)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย