บทที่ 4

วิเคราะห์ผลการทดลอง

จากผลการทดลองสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายและจำนวนของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน อายุของผู้ป่วยที่เป็นโรคอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 16-20 ปี มากที่สุด รองลงไปคืออายุ 11-36 ปี และ 21-25 ปีตามลำดับ โดยมีผู้ที่อายุน้อยกว่า 10 ปี อยู่ 5 คน มีผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี อยู่ 9 คน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างชายและหญิงในความแตกต่างกันของอายุ พบว่าผู้ป่วยผู้หญิงจะมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยชายเล็กน้อย เมื่อช่วงอายุ 36-45 ปี (หญิง:ชาย = 13/7) แต่ในช่วยอายุอื่น ๆ ไม่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน อาจเนื่องมาจากจำนวนผู้ป่วยมีน้อยเกินไป ส่วนที่การศึกษานี้พบว่ามีจำนวนผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย อาจเนื่องมาจากการศึกษาเป็นการถามความสมัครใจ ผู้ป่วยหญิงมักจะมีเวลาว่างมากกว่าผู้ป่วยชาย จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของอัตราส่วนของการเกิดรอยโรคที่แท้จริงได้ อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน คือ ในกลุ่มที่ใช้ยา miconazole มีอายุเฉลี่ย 30.2 ปี ส่วนผู้ป่วยในกลุ่ม miconazole ผสม hydrocortisone มีอายุเฉลี่ย 31.5 ปี

เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาของการเป็นโรค พบว่าผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการก่อนมาพบแพทย์ ประมาณ 2- 4 สัปดาห์ ระยะเวลาที่สั้นที่สุดที่มาพบแพทย์คือ 5 วัน ส่วนระยะเวลานานที่สุดที่มาพบแพทย์คือ ผู้ป่วยมีอาการเป็นหาย ๆ มานานประมาณ4-5 ปี ซึ่งจากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ในเวลาอันสั้นมักมีอาการอักเสบของรอยโรคค่อนข้างรุนแรง เชื้อที่พบมักเป็นเชื้อที่เป็น zoophilic ได้แก่ T MENTAGROPHYTES และ M GYPSEUM และเชื้อ E FLOCCOSUM ก็มีระยะเวลาค่อนข้างสั้นเช่นเดียวกัน ส่วนผู้ป่วยที่เป็นโรคมาเป็นระยะเวลานาน มักจะเป็นเชื้อ T RUBRUM เชื้อ CANDIDA species ก็พบว่ามีระยะเวลาค่อนข้างสั้นเช่นเดียวกัน

จากการตรวจเชื้อที่พบตามตารางที่ 4 พบว่า เชื้อที่พบมากที่สุดก็คือ T RUBRUM 43 % รองลงมาคือเชื้อ T MENTAGROPHYTES โดยมีเชื้อแคนดิดาพบได้ประมาณ 13% นอกนั้นเป็นเชื้อ E FLOCCOSUM และเชื้อ M GYPSEUM โดยมีผลเชื้อขึ้นในการเพาะเชื้อครั้งแรกประมาณ 85 เปอร์เซนต์ เมื่อดูลักษณะตำแหน่งของรอยโรค พบว่าตำแหน่งที่เป็นมากที่สุด คือที่ขาหนีบ คิดเป็นประมาณ 35 % ตำแหน่งที่พบรองลงมาคือที่เอว และที่ก้น พบว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อได้มากกว่า 1 ตำแหน่งมีอยู่ 21 คน คิดเป็น 28 % ในจำนวนนี้พบว่าที่ขาหนีบมักพบเป็น หลายแห่ง ที่เอวก็เช่นเดียวกัน มักพบเป็นเชื้อ T RUBRUM และเชื้อ E FLOCCOSUM ถ้าเป็นเชื้อ CANDIDA ก็

มักพบเป็นที่ intretrigineous area ซึ่งก็เป็นหลายแห่ง ส่วนผู้ป่วยที่พบเป็นตำแหน่งเดียว มักเป็นที่แขนขา มักจะเป็นแบบ inflammatory โดยเชื้อที่พบมักเป็น T MENTAGROPHYTES เมื่อเปรียบเทียบผลการรักษาในสองสัปดาห์แรก พบว่าอาการดีขึ้น 70 ราย มีอยู่ 2ราย ที่อาการกลับเป็นมากขึ้น ผู้ป่วยหนึ่งคนได้ใช้ยาต่อไป ผู้ป่วยอีกคนหนึ่งขอถอนยา และขอเปลี่ยนเป็นยารับประทานแทน จากผลการเพาะเชื้อ พบเป็น เชื้อ T MENTAGROPHYTES ทั้งสองราย ผู้ป่วยทั้ง 2รายนี้ใช้ยา miconazole ทั้งสองคน

มีอีก 7 รายอาการคงเดิม เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการค่อนข้างน้อย มีการอักเสบและชุยไม่มาก หรือรอยโรคมีลักษณะเป็นตุ่มค่อนข้างมาก ซึ่งมักจะไม่เปลี่ยนแปลง

จากการศึกษาทางสถิติ พบว่าในสัปดาห์แรก miconazole ผสม hydrocortisone จะทำให้อาการแดง และอาการชุยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในสัปดาห์ที่สอง พบว่าอาการชุยและอาการคัน จะดีขึ้นกว่า miconazole อย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในเรื่องของตุ่ม และตุ่มน้ำใส พบว่าไม่มีการเปลี่ยงแปลงใน 2 สัปดาห์แรกของการทดลอง เมื่อติดตามดูผู้ป่วยไปเป็นเวลานาน 3 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ส่วนในสัปดาห์ที่ 4 เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้มาตามกำหนดเวลา จึงทำให้มีผู้ป่วยคงเหลืออยู่ประมาณ 40 รายเท่านั้น จึงไม่ได้นำคิด เพราะข้อมูลอาจน้อยเกินไป และเมื่อติดตามดูผู้ป่วยต่อไปในผู้ป่วยที่พบว่ารอยโรคยังไม่จางไปหมด พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย miconazole ได้รับการนัดมาตรวจซ้ำในสัปดาห์อาทิตย์ที่ 5 และ 6 มากกว่าอีกกลุ่มหนึ่ง คือมารับการตรวจต่ออีก 7 ราย ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับยา miconazole ผสม hydrocortisone มีผู้ป่วยที่ได้รับการนัดมาตรวจซ้ำเพียง 1 รายเท่านั้น

เมื่อเปรียบเทียบยาสองชนิดในเรื่องของการหายของเชื้อเมื่อศึกษาจากการตรวจทางกล้องจุลทัศน์และการเพาะเชื้อ พบว่า ในสัปดาห์แรก miconazole ทำให้ผู้ป่วยมีผลทางการเพาะเชื้อน้อยกว่า miconazole ผสม hydrocortisone ค่อนข้างมากส่วนในสัปดาห์ต่อมาไม่พบว่ามีความแตกต่างกันมาก พบว่าจากการเพาะเชื้อที่ได้ในครั้งต่อ ๆ มาได้เป็นจำนวนค่อนข้างน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับผลการดูด้วยกล้องจุลทัศน์ คือเมื่อเทียบเป็นเปอร์เซนต์ แล้วรวมทั้ง 4 สัปดาห์พบเชื้อบวกในการเพาะเชื้อเท่ากับ 70 และ 76 % ในผู้ป่วยที่ให้ยาทั้งสองชนิด

ในด้านการกลับเป็นซ้ำของโรคพบว่ามีผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ 6 คน ในจำนวน 6 คนนี้มีผู้ป่วยที่ใช้ยา miconazoleในครั้งแรกอยู่ 4 คน มีผู้ป่วยที่ใช้ยา miconazole ผสม hydrocortisone อยู่ 2 คน มีผู้ป่วยอยู่คนหนึ่งได้รับยาถึง 3 ครั้งทั้ง miconazole และ miconazole ผสม hydrocortisone แต่ยังพบว่าผู้ป่วยยังกลับเป็นซ้ำอีกซึ่งผู้ป่วยรายนี้เป็นเชื้อ CANDIDA ที่ก้น และที่ขาหนีบ ส่วนผู้ป่วยอีก 5 คนพบว่าเป็นเชื้อ T RUBRUM 4 ราย เชื้อ

E FLOCCOSUM 1 ราย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนมากที่กลับเป็นซ้ำมีรอยโรคค่อนข้างมาก และมีรอยโรคหลายแห่ง รอยโรคใหม่มักเกิดอยู่ใกล้กับรอยโรคเดิม ระยะเวลาของการกลับมาพบแพทย์ใหม่มีตั้งแต่ 2 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน เชื้อที่พบครั้งหลังเป็นเชื้อชนิดเดียวกันกับครั้งแรกทั้งหมด ยกเว้นผู้ป่วยรายที่ 3 ซึ่งการติดเชื้อครั้งแรกเป็นเชื้อ E FLOCCOSUM ส่วนการติดเชื้อครั้งหลังเป็นเชื้อ T RUBRUM

ส่วนผลข้างเคียงของยา พบว่ามีสองรายที่มี acneiform eruption เกิดขึ้น ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ใช้ยา miconazole ผสม hydrocortisone ทั้งสองคน ไม่พบว่ามี acneiform eruption เกิดขึ้นเลย ในผู้ป่วยที่ใช้ยา miconazole แต่พบว่า acneiform eruption นี้หายไปเองได้โดยไม่ต้องให้การรักษา ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการอักเสบมากขึ้นที่ตรวจพบโดยผู้วิจัยมี 2 ราย ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว มีอยู่ 1 ราย ที่ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการคันมากขึ้น แต่จากการตรวจพบว่ารอยโรคคงเดิม ผู้ป่วยนี้ใช้ยา miconazole และผลเพาะเชื้อเป็น M GYPSEUM เมื่อนำการศึกษานี้ไปเปรียบเทียบกับการศึกษาของผู้อื่น ๆ ที่ได้มีผู้ทำมาแล้ว ในเรื่องของเพศชายและหญิงดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ส่วนผู้ป่วยเด็กในการศึกษานี้พบน้อยเนื่องจากว่า ในร.พ. จุฬาลงกรณ์มีแผนกผิวหนังของเด็กแยกอยู่ต่างหาก และการเก็บข้อมูลทำเฉพาะในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ตึกตรวจจักรพงษ์เท่านั้น จึงอาจทำให้จำนวนผู้ป่วยเด็กน้อยกว่าความเป็นจริง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เปรียบเทียบผลการทดลองในเรื่องเชื้อที่ได้ กับรายงานการทดลองที่มีผู้ทำมาแล้ว

	จำนวนผู้ป่วย	T RUBRUM	T MENTAG	E FLOCCOSUM	M GYPSEUM	CANDIDA
[32]	104	91	6	1	1	-
		[87%]	[6%]	[1%]	[1%]	
[33]	98	33	39	4	6	
		[34%]	[40%]	[4%]	[6%]	
[34]	273	133	38	33	10	59
		[48]	[13%]	[12%]	[4%]	[21%]
[35]	408	188	85	24	4	102
		[46%]	[21%]	[6%]	[1%]	[25%]
[36]	126	64	28	3	3	7
		[51%]	[22%]	[18%]	[2%]	[6%]
[1]	593	356	148	77	12	
		[60%]	[25%]	[13%]	[2%]	
[37]	99	82	3			11
		[82%]	[3%]			[11%]
[38]	2259	343	214	99	25	144
		[16%]	[10%]	[3%]	[1%]	[5%]
[39]	48	33	7	7	1	
		[69%]	[15%]	[15%]	[2%]	
[40]	103	45	11	26		
		[44%]	[11%]	[25%]		
[41]	597	396	68	45		0
		[66%]	[11%]	[8%]		[0%]
ผู้วิจัย	79	34	15	6	4	9
		[43%]	[19%]	[8%]	[5%]	[11%]

เชื้ออื่น ๆที่พบคือ ในรายงาน [33] พบ M AUDOUINII , T VERRUCOSUM , [34] T MAGNENII,[35]M CANIS ,[1] T CONCENTRICUM , [38] T TONSURANS T VERRUCOSUM, [40] M CANIS

รายงานที่ 32 ถึงรายงานที่ 36 และรายงานที่ 1 เป็นรายงานในประเทศไทย ส่วนรายงานที่ 37 ถึงรายงานที่ 41 เป็นรายงานจากต่างประเทศ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ในรายงานพบว่า ผู้ชายจะมีอุบัติการณ์ของ T RUBRUM,T MENTAGROPHYTES,E FLOCCOSUM มากกว่าผู้หญิง ขณะที่ผู้หญิงจะมีอุบัติการณ์ของ T TONSURANS ,M CANIS,M GYPSEUM มากกว่าผู้ชาย ในรายงานของ [38] พบว่า การที่พบ M CANIS มากเนื่องจากมีผู้ป่วยที่เป็นเด็กมาก ส่วนในผู้ใหญ่ที่พบก็ยังเป็น T RUBRUM อยู่ และรายงานของ[38] ทำในประเทศออสเตรเลีย ซึ่งมีอุบัติการณ์ของเชื้อ M CANIS มากอยู่แล้ว ทำให้ผลไม่เหมือนกับที่ผู้วิจัยได้ทำและเมื่อเปรียบเทียบกับการทดลองที่ได้มีการศึกษาในประเทศไทย พบว่ามีอัตราส่วนของเชื้อใกล้เคียงกัน แต่ผู้วิจัยไม่พบเชื้อบางตัวที่ได้รายงานไว้ เช่น T CONCENTRICUM และ M CANIS อาจเนื่องจากว่าจำนวนผู้ป่วยในการทดลองนี้น้อยเกินไป ส่วนเชื้อแคนดิดาที่พบก็มีรายงานใกล้เคียงกับที่ได้มีผู้เคยทำมาแล้ว[34,35,36,37,38]

ในเรื่องของตำแหน่งของรอยโรค จากรายงานของ 33,34,35 พบว่ามีอัตราส่วนใกล้เคียงกัน คือเป็นที่ขาหนีบมากที่สุดและเชื้อแคนดิดาก็มักจะเป็นที่ intertrigineous area อายุส่วนมากของผู้ป่วยที่เป็นมักอยู่ในระหว่าง15-25 ปี ในโรคติดเชื้อกลาก และพบว่าเชื้อ candida ไม่เกี่ยวข้องกับอายุ เมื่อเปรียบเทียบกับการทดลองที่ได้พบว่าต่างกันคือ ผู้ป่วยที่เป็น candida ส่วนใหญ่ที่พบจะมีอายุค่อนข้างมาก

ส่วนลักษณะการติดเชื้อมากกว่า 1 แห่ง พบว่า มีอยู่ 28% เมื่อเทียบกับของ [38] พบว่ามีอยู่ 7.2% :(ซึ่งพบเป็นเชื้อ T RUBRUM มากที่สุดคือ 18.4 %,E FLOCCOSUM,12.1 %,T MENTAGROPHYTES 1.4 % เท่านั้น)ซึ่งจากรายงานนี้ก็พบว่าเป็นเชื้อ T RUBRUM มากที่สุดเช่นเดียวกัน

เมื่อเปรียบเทียบผลการตรวจทางกล้องจุลทัศน์กับการเพาะเชื้อ พบว่า การให้ผลบวกในการเพาะเชื้อครั้งแรกค่อนข้างจะแตกต่างกันมาก คือมีตั้งแต่ ประมาณ 60 % ถึงประมาณ 93 % ซึ่งในรายงานนี้ได้ให้ผลบวกประมาณ 85 %

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างการดูด้วยกล้องจุลทัศน์กับการเพาะเชื้อ พบว่า การที่ให้ผลเหมือนกันด้วยการดูด้วยกล้องจุลทัศน์ และการเพาะเชื้อมีอยู่ 82.7 % คือที่ให้ผลลบทั้งคู่ มีอยู่ 60.3 % ที่ให้ผลบวกทั้งคู่ มีอยู่ 22.4 % ส่วนอีก 4.1 % จะให้ผลลบทางกล้องจุลทัศน์ แต่ผลจากการเพาะเชื้อได้ผลบวก ส่วนอีก 13.2% จะให้ผลบวกเมื่อดูด้วยกล้องจุลทัศน์แต่ให้ผลเพาะเชื้อเป็นลบ ถ้าจะวินิจฉัยโรคเชื้อราด้วยการดูด้วยกล้องจุลทัศน์เพียงอย่างเดียว จะทำให้ผิดพลาดได้ประมาณ 10.4 % และถ้าจะวินิจฉัยโรคด้วยการเพาะเชื้อเพียงอย่างเดียว จะให้ผลผิดพลาดประมาณ 33.2 % [41] เปรียบเทียบกับรายงานของผู้วิจัยพบว่า ได้ผลบวกถึง 85 % ในการเพาะเชื้อครั้งแรก เมื่อเพาะเชื้อไปจนครบ 4 สัปดาห์ ได้ผลบวกประมาณ 70-76 เปอร์เซนต์ ของการดูด้วยกล้องจุลทัศน์ มีผู้ป่วยที่เมื่อติดตามดูผลการรักษาแล้วมีผลเพาะเชื้อบวกอยู่ 2 เปอร์เซนต์ ของการเพาะเชื้อทั้งหมด ที่มาจากการตรวจทางกล้องจุลทัศน์ได้ผลลบ

ส่วนการเกิด mix infection พบว่าในรายงานของ [38] พบได้0.5 %ซึ่งในการทดลองนี้ไม่พบ อาจเป็นเพราะว่าจำนวนผู้ป่วยน้อยเกินไป

ส่วนอาการของผู้ป่วยที่พบ พบว่าอาการแดง และ อาการขุยจะหายไปในระยะสัปดาห์แรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อใช้ยา miconazole ผสม hydrocortisone ,อาการขุยยังหายเร็วกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในสัปดาห์ที่ 2 ,ส่วนอาการคันพบว่าในสัปดาห์แรกยา miconazole ผสม hydrocortisone จะดีขึ้นกว่า miconazole แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญแต่จะมีความแตกต่างในสัปดาห์ที่สอง ส่วนในเรื่องของตุ่มทั้ง papule และ vesicle พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในสัปดาห์แรกและสัปดาห์ที่สอง ส่วนในสัปดาห์ที่สามไม่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในอาการใด ๆ เลย ซึ่งในรายงานของผู้วิจัย ได้ไม่เหมือนกับของ [39] ซึ่งพบว่า อาการ exudate และ burning จะหายก่อน อาการคัน จะหายตามมา แล้วจึงเป็นอาการแดง ส่วนอาการขุย [scale]จะหายช้าที่สุด ในเรื่องนี้ผู้วิจัยคิดว่า อาการ exudate ซึ่งน่าจะแปลความหมายได้คล้ายกับ pustule ปกติไม่ใช่อาการแสดงที่พบบ่อยในการติดเชื้อโรคกลาก แต่อาจพบได้ในการติดเชื้อแคนดิดา และเนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นแคนดิดามีจำนวนน้อย จึงไม่ได้นำมาคิดในที่นี้ ส่วนอาการขุยที่ [39] พบว่าหายช้าที่สุดนั้น ในรายงานของผู้วิจัย พบว่าหายได้เร็วคืออาการดีขึ้นเร็ว เมื่อเปรียบเทียบระหว่างยา 2 ชนิดแต่อาการยังคงมีอยู่ จึงเป็นการเปรียบเทียบในคนละด้าน แต่ถ้าจะดูในด้านของ [39]การหมดไปของอาการขุยพบว่าอาการขุยส่วนมากจะหายหมดไปในประมาณสัปดาห์ที่ 3 ซึ่งเป็นเวลาใกล้เคียงกับอาการหายของตุ่ม หรืออาจจะเร็วกว่า ในการวิจัยของผู้เขียนคิดว่าอาการตุ่ม (PAPULE) เป็นอาการที่หายได้ช้าที่สุด พบว่าแม้ในสัปดาห์ที่ 4 ในผู้ป่วยบางรายอาการตุ่มก็ยังคงมีให้เห็นได้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของยา miconazole ในรายงานของผู้ที่ทำมาแล้ว

	T RUBRUM	T MENTAG	E FLOCCOSUM	C ALBICANS	TOTAL
[5]	11/11	5/5	3/3	3/3	
	[100%]	[100%]	[100%]	[100%]	
[5]	2/2	10/10			
	[100%]	[100%]			
[5]	2/3	12/12			
	[67%]	[100%]			
[5]	15/18	7/7	2/2	2/2	
	[83%]	[100%]	[100%]	[100%]	
[5]	35/43	13/23	21/22	11/14	
	[81%]	[57%]	[95%]	[79%]	
[5]	3/5	1/2	3/4	3/5	
	[60%]	[50%]	[75%]	[60%]	
[5]	9/13	13/16	7/8	4/7	
	[69%]	[81%]	[88%]	[57%]	
[39]					23/24
					[93.4%]
					2WEEK 47.7%
[42]	19/17	8/8	8/8	4/4	
	[89%]	[100%]	[100%]	[100%]	[94.6%]
[43]	5/13	0/2	6/6	4/3	18/28
	[38%]	[0 %]	[100%]	[75%]	[63%]
[44]	45/83	13/26	9/9	14/16	81/134
	[54%]	[50%]	[100%]	[87.5%]	[60 %]
ผู้วิจัย	29/34	19/19	5/6	8/9	
	[85%]	100%]	[83%]	[88%]	[92%]

หมายเหตุ บางรายงาน เป็นการรักษารวมถึงเชื้อราที่เล็บหรือที่ มือและเท้าด้วย และเชื้อแคนดิดาของผู้วิจัยไม่ได้แยกเชื้อว่าเป็นชนิดใด

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากการศึกษาพบว่า เชื้อที่กลับเป็นซ้ำได้บ่อย คือเชื้อ T RUBRUM ซึ่งในการทดลองนี้ก็ได้ผลใกล้เคียงกับการที่มีผู้ได้เคยทำมาแล้ว เนื่องจากพบว่ามีผู้ที่กลับเป็นซ้ำจากเชื้อ T RUBRUM มากที่สุด

การติดตามผลในการรักษา เปรียบเทียบกับรายงานที่มีผู้เคยทำมาแล้ว

[44] 89.5 % CULTURE

78.8 % CLINICAL

มีรายงานว่า การที่เกิดการติดเชื้อขึ้นมาใหม่ ส่วนใหญ่เป็น reinfection มากกว่า relapse เนื่องมาจาก

1. ในผู้ป่วยที่เป็น dermatophytes 5 คน มีอยู่ 4 คน ที่กลับมาเป็นอีกและใช้ยาทาต่อ (มีอยู่อีก 1 คนใช้ยารับประทานแทน) ผู้ป่วยอีก 4 คนที่ได้ยาทาพบว่าไม่มีการกลับเป็นซ้ำอีก จึงคิดว่าเป็นเนื่องมาจากสาเหตุที่ผู้ป่วยทายาไม่สม่ำเสมอมากกว่า หรือทายาไม่ทั่วถึง

2. จากการทดลอง in vitro เรื่อง MIC ของเชื้อ dermatophytes พบว่ามีค่า MIC ต่ำมาก จากที่กล่าวมาแล้วในบทนำ จึงคิดว่าจะไม่มีการดื้อของเชื้อต่อยา จากการศึกษา in vivo พบว่าผู้ป่วยที่ไม่หายจากการทายาพวก imidazole group จะเป็นผู้ป่วยที่มี underlying disease อยู่ เช่นเป็นโรคทาง connective tissue desease ,โรค lymphoma ,leukemia ,หรือผู้ป่วยที่ได้รับ corticosteroid อยู่ และจากรายงานที่ได้มีผู้ทำมาแล้ว เมื่อทายาพวก imidazole ไม่หาย ก็มักจะให้ยารับประทาน grisiofulvin แทน ซึ่งในรายงานมักจะเป็นการรายงานของเชื้อที่ดื้อต่อ griseofulvin มากกว่า

ส่วนในผู้ป่วยอีก 1 ราย ที่เป็นเชื้อแคนดิดา ที่ขาหนีบ และก้น ได้รับการรักษามาหลายครั้ง ยังไม่หาย อาจตั้งข้อสังเกตุไว้ดังนี้

1. ผู้ป่วยมี underlying disease อยู่ จากการทำ CBC,FBS ,BUN ,CT,LFT ไม่พบว่ามีความผิดปกติของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
2. ผู้ป่วยมีการทายาที่ไม่สม่ำเสมอ
3. ผู้ป่วยมี anergy ต่อเชื้อแคนดิดา
4. เชื้อนี้เกิดดื้อต่อยา

เนื่องจากมีรายงานว่าเชื้อแคนดิดา บาง strain มีการดื้อต่อยาได้ ในผู้ป่วยรายนี้ หลังจากให้ ketoconazole oral form ไปรับประทานแล้วไม่ได้กลับมา follow up อีก ซึ่งถ้าผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำอาจต้อง investigate ต่อไป เพื่อดู CMI ของผู้ป่วย

จากการทดลองพบว่าในการตรวจพบเชื้อโดยวิธีการเพาะเชื้อ พบเชื้อที่ผิวหนังปกติได้ในที่ห่างจากรอยโรคประมาณ 1-6เซนติเมตร[45]แม้ว่าจะมีบางรายงานยืนยันว่าไม่มีการติดเชื้อที่ไม่มีอาการ[asymptomatic]ในการติดเชื้อที่ผิวหนังธรรมดา แต่จากบางรายงานคิดว่า

การที่ไม่พบรอยโรคในระยะแรก อาจเกิดจากเชื้อยังอยู่ในระยะ incubation stage ก็ได้ ซึ่งกินเวลานาน ประมาณ 1-3 สัปดาห์ และผู้รายงานแนะนำว่าควรจะทายา ที่บริเวณรอบ ๆ รอยโรคด้วย แม้ว่าบริเวณนั้นจะไม่มีการอักเสบก็ตามหรือถ้าผู้ป่วยมีรอยโรคมาก ๆ และเป็นหลายแห่ง และเป็นรอยโรคในที่ทายายากเช่นที่หลัง หรือที่เอวด้านหลัง ที่ก้นตรงกลาง ควรจะได้รับยารับประทานมากกว่ายาทา และถ้ารอยโรคยังไม่หมดไปในเวลา 4 สัปดาห์ ควรที่จะได้ทายาต่อไปอีกอย่างน้อย 2 สัปดาห์

อาการข้างเคียง ในผู้ป่วยที่ใช้ยา miconazole เปรียบเทียบกับรายงานที่มีผู้ทำมาแล้ว [43] 10/192 [5.2%] ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบได้ 5 คนใน 79 คน คิดเป็น ประมาณ 6 % ซึ่งผลข้างเคียงพบน้อยและหายได้จากยา hydrocortisone เนื่องจากได้ให้ยาแก่ผู้ป่วยเป็นเวลานานเพียง 4-6 สัปดาห์ และมีผู้ป่วยเด็กเพียง2 คน อายุต่ำกว่า 10 ปี และใช้ยา miconazole ด้วย จึงไม่คิดว่าจะมีผลทาง systemic effect ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในบทนำ ส่วนผู้ป่วยที่ทายา miconazoleแล้วเกิดอาการอักเสบมากขึ้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้หาสาเหตุซึ่งอาจเกี่ยวกับตัวยาเอง หรืออาจเกิดจากแพ้สารที่ผสมอยู่

รายงานนี้อาจมีข้อผิดพลาดอยู่หลายประการคือ

1.ผู้ป่วยไม่ได้มาพบแพทย์ตามกำหนดนัดจนครบ 4 สัปดาห์ เนื่องจากผู้ป่วยเมื่อหายจากรอยโรคแล้ว มักจะไม่มาพบแพทย์ตามกำหนด ในการทดลองนี้มีผู้ป่วยที่ไม่มาตามกำหนด 21 ราย

2.การหายของผู้ป่วย แม้ว่าจะได้อธิบายวิธีใช้ให้ผู้ป่วยอย่างละเอียด ให้ทายาวันละ 2 ครั้ง แต่มีผู้ป่วยบางรายลืมทายา หรือทายาไม่หมดของรอยโรค อาจทำให้การตรวจได้ผลผิดไป

3.การอธิบายให้ผู้ป่วยบอกในเรื่องของอาการคัน ซึ่งผู้ป่วยอาจบอกได้ไม่แน่นอนว่าคันมากน้อยเพียงใด อาจทำให้การ GRADING ผิดพลาดไปได้

4.เวลาที่ใช้ในการทดลอง ซึ่งในการทดลองนี้ใช้เวลาในการติดตามผู้ป่วยอาจจะน้อยเกินไป ทำให้อัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยอาจจะน้อยกว่าความเป็นจริงได้