

รายการอ้างอิง

1. Spuls IP, Bossuyt MP, Van Everdingen JE. The development of practice guideline for the treatment of severe plaque form psoriasis. **Arch Dermatol** 1998; 134:1591-6.
2. Christopher E, Mroweitz U. Psoriasis. In: Freedberg MI, Eisen ZA, Wolff K. **Fitzpatrick's dermatology in general medicine** 5thed McGraw-Hill, New York 1999;1:499-521.
3. Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis-oral therapy with a new retinoid. **Dermatologica** 1978;157:238-44.
4. Finlay AY, Khan GK. Dermatology life quality index(DLQI)-a simple practical measure for routine clinical use. **Clin Exp Dermatol** 1994;19:210-6.
5. Zanolli MD, Feldman SR, Clark AR. **Phototherapy treatment protocols for psoriasis and other phototherapy responsive dermatoses**. The Parthenon Publishing Group Limited, Lancaster 2000:359.
6. Hench PS. Arthropathia psoriatica: Presentation of a case. **Proc Staff Meet Mayo Clin** 1927; 2:89.
7. Bauer W. The pathology of joint lesions in patients with psoriasis and arthritis. **Trans Assoc Am Physicians** 1941; 59:349.
8. Wright V. Psoriasis and arthritis. **Ann Rheum Dis** 1956; 15:348.
9. Brandrup F, Green A. The prevalence of psoriasis in Denmark. **Acta Derm Venereol (Stockh)** 1981;61:344-6.
10. Russel TJ. Histocompatibility(HL-A) antigens associated with psoriasis. **N Eng J Med** 1972; 287: 738.
11. Johnson TM. AIDS exacerbates psoriasis (letter). **N Eng J Med** 1985; 313:1415.
12. Farber EM, Nall ML, Watson W. Natural history of psoriasis in 61 twin pairs. **Arch Dermatol** 1974; 109: 207.
13. Watson W, Cann HM, Farber EM. The genetics of psoriasis. **Arch Dermatol** 1972; 105:197.

14. White SH, Newcomer VK, Mickey MR. Disturbance of HLA antigen frequency in psoriasis. **N Eng J Med** 1972; 287:740.
15. Ozawa A, Lhikodo M, Ihako H. Specific restriction fragment length polymorphism on the HLA-C region and susceptibility to psoriasis vulgaris. **J Invest Dermatol** 1988; 90:402.
16. Ozawa A, Ohkido M, Tsuji K. Some recent advances in HLA and skin disease. **J Am Acad Dermatol** 1981; 4:205.
17. Tiilikainen A, Lassus A, Karonen J. Psoriasis and HLA-Cw6. **Br J Dermatol** 1980;102:179.
18. Gottlieb AB, Kruger JG. HLA region genes and immune activation in the pathogenesis of psoriasis. **Arch Dermatol** 1990; 16:1083.
19. Batchelor JR, Morris PJ. HLA and diseases-joint report. In: Bodmer WF, Batchelor JR, Bodmer JG. **Histocompatibility testing** Munksgaard, Copenhagen 1978:205.
20. Elder JT, Nair RP, Guo SW. The genetics of psoriasis. **Arch Dermatol** 1994; 130:216.
21. Takematsu H, Ozawa H, Hoshimaru T. Systemic TNF administration in psoriatic patients: A promising therapeutic modaling for severe psoriasis. **Br J Dermatol** 1991;124:209.
22. Gudmundsdottir AS, Sigmundsdottir H, Sigurgeirslon B. Is an epitope on keratin 17 a major target for autoreactive T lymphocytes in psoriasis? **Clin Exp Immunol** 1999; 117:580-6.
23. McKay IA, Leigh IM. Altered keratinocyte growth and differentiation in psoriasis. **Clin Dermatol** 1995; 13:105-14.
24. Leigh IM, Nausaria H, Purkis PE. Keratins (K16and K17) as markers of keratinocyte hyperproliferation in psoriasis in vivo and in vitro. **Br J Dermatol** 1995; 133:501-11.
25. Baadsgarrd O, Fisher G, Voorhes JJ. The role of the immune system in the pathogenesis of psoriasis. **J Invest Dermatol** 1990; 95:32S.
26. Uyemura K, Yamamura M, Fivenson DF. The cytokine network in lesional and lesion-free psoriatic skin is characterized by a T-helper type 1 cell-mediated response. **J Invest Dermatol** 1993;101:701.

27. Lebwohl M, Suad A. Treatment of psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45:487.
28. Melski JW, Tanenbaum L, Parrish JA. Oral methoxsalen photochemotherapy for the treatment of psoriasis: a cooperative clinical trial. *J Invest Dermatol* 1977; 68:328-35.
29. O'Neal MA, Griffin AC. The effect of oxypsoresalen upon ultraviolet carcinogenesis in albino mice. *Cancer Res* 1957; 17:911-6.
30. Hakim RF, Griffin AC, Knox JM. Erythema and tumor formation in methoxsalen-treated mice exposed to fluorescent light. *Arch Dermatol* 1960;82: 572-7.
31. Honigsmann H, Wolff K, Gschnait F. Keratoses and non-melanoma skin tumors in long-term photochemotherapy(PUVA). *J Am Acad Dermatol* 1980; 3:406-14.
32. Roenigk HH, Caro WA. Skin cancer in the PUVA-48 cooperative study. *J Am Acad Dermatol* 1981; 4:319-24.
33. Lindskov R. Skin carcinomas and treatment with photochemotherapy(PUVA). *Acta Derm Venereol* 1983;63:223-6.
34. Reshad H, Challoner F, Pollock DJ. Cutaneous carcinoma in psoriatic patients treated with PUVA. *Br J Dermatol* 1984; 110:299-305.
35. Stern RS, Laird N, Melski J. Cutaneous squamous cell carcinoma in patients treated with PUVA. *N Eng J Med* 1984;310:1156-61.
36. Eskelinen A, Halme K, Lassus A. Risk of cutaneous carcinoma in psoriatic patients treated with PUVA. *Photodermatology* 1985; 2: 10-4.
37. Henseler T, Christophers E, Honigsmann H. Skin tumors in the European PUVA study. *J Am Acad Dermatol* 1987;16:108-16.
38. Torinuki W, Tagami H. Incidence of skin cancer in Japanese psoriatic patients treated with either methoxsalen phototherapy, Goeckerman regimen or both therapies. *J Am Acad Dermatol* 1988;18:1278-81.
39. Forman AB, Roenigk HH, Caro WA. Long-term follow-up of skin cancer in the PUVA-48 cooperative study. *Arch Dermatol* 1989;125:515-9.
40. Bruynzeel I, Bergman W, Hartevelt HM. High single-dose European PUVA regimen also causes an excess of non-melanoma skin cancer. *Br J Dermatol* 1991; 124:49-55.

41. Lindelof B, Sigurgeirsson B, Tegner E. PUVA and cancer: a large-scale epidemiological study. **Lancet** 1991; 338:91-3.
42. Chuang T, Heinrich LA, Schultz E. PUVA and skin cancer. **J Am Acad Dermatol** 1992; 26:173-7.
43. Olsen JH, Moller H, Frenzt G. Malignant tumors in patients with psoriasis. **J Am Acad Dermatol** 1992; 27: 716-22.
44. Tanew A, Honigsmann H, Ortel B. Nonmelanoma skin tumors in longterm photochemotherapy treatment of psoriasis. **J Am Acad Dermatol** 1986; 15: 960-5.
45. Lever LR, Farr PM. Skin cancers or premalignant lesions occur in half of high-dose PUVA patients. **Br J Dermatol** 1994; 131: 215-9.
46. Stern RS, Lange R. Non-melanoma skin cancer occurring in patients treated with PUVA five to ten years after first treatment. **J Invest Dermatol** 1988; 91:120-4.
47. Maier H, Schemper M, Ortel B. Skin tumors in photochemotherapy for psoriasis: a single center follow-up of 496 patients. **Dermatology** 1996; 193: 185-91.
48. McKenna KE, Patterson CS, Handley J. Cutaneous neoplasia following PUVA therapy for psoriasis. **Br J Dermatol** 1996; 134: 639-42.
49. Abdullah AN, Keezkes K. Cutaneous and ocular side-effects of PUVA photochemotherapy- a 10-year follow-up study. **Clin Exp Dermatol** 1989; 14:421-4.
50. Bergner T, Przybilla B. Malignant melanoma in association with phototherapy. **Dermatology** 1992; 184: 59-61.
51. Pittelkow MR, Perry H, Muller SA. Skin cancers in patients with psoriasis treated with coal tar. **Arch Dermatol** 1981; 117: 465-8.
52. Mayhan WZ, Muller CA, Perry H. Incidence of skin cancers in patients with atopic dermatitis treated with coal tar. **J Am Acad Dermatol** 1980; 3: 612-5.
53. Grupper C, Bernetti B. Tar, ultraviolet light, PUVA and cancer (Editorial). **J Am Acad Dermatol** 1980; 3: 643-6.
54. Slaper H, Scholhorst AA, Van der leun JC. Risk evaluation of UVB therapy for psoriasis: comparison of calculated risk for UVB therapy and observed risk in

- PUVA-treated patients. **Photodermatol Photoimmunol Photomed** 1986; 3:271-83.
55. Stern RS, Zierler S, Parrish JA. Skin carcinoma in patients with psoriasis treated with topical tar and artificial ultraviolet radiation. **Lancet** 1980; 1: 732-5.
56. Walter JF, Stoughton RB, DeQuoy PR. Suppression of epidermal DNA synthesis: Suppression by ultraviolet light, coal tar and anthralin. **Br J Dermatol** 1978; 99: 89.
57. Fisher T. Ultraviolet light treatment of psoriasis. **Acta Derm Venereol** 1976; 56: 1473-9.
58. Coven TR, Burack LC, Gilleaudeau R. Narrowband UV-B produces superior clinical and histopathological resolution of moderate-to-severe psoriasis in patients compared with broadband UV-B. **Arch Dermatol** 1997; 133: 1514-22.
59. Walters IB. Suberythemogenic narrow-band UVB is markedly more effective than conventional UVB in treatment of psoriasis vulgaris. **J Am Acad Dermatol** 1999; 40: 893-900.
60. Green C, Ferguson J, Lakshminpathi T. 311 nm UVB phototherapy-an effective treatment for psoriasis. **Br J Dermatol** 1988; 119:691-6.
61. Markham T. Narrowband UV-B (TL-01) phototherapy VS oral 8-Methoxypsoralen-UVA for the treatment of chronic plaque psoriasis. **Arch Dermatol** 2003; 139: 325-8.
62. Alora MBT, Taylor CR. Narrowband (311 nm) UVB phototherapy: an audit of the first year's experience at the Massachusetts General Hospital. **Photodermatol Photoimmunol Photomed** 1997; 13: 82-4.
63. Ferguson J. The use of narrowband UV-B (tube lamp) in the management of skin disease. **Arch Dermatol** 1999; 135: 589-90.
64. Tzung TY, Runger TM. Assessment of DNA damage induced by broadband and narrowband UVB in cultured lymphoblasts and keratinocytes using the comet assay. **Photochem Photobiol** 1998; 67:647-50.
65. Young AR. Carcinogenicity of UVB phototherapy assessed. **Lancet** 1995; 345: 1431-2.

66. Shelk J, Morgan P. Narrow-Band UVB: A practical approach. **Dermatol Nurs** 2000; 12: 407-11.
67. El-Ghorr AA, Pierik F, Norval M. Comparative potency of different ultraviolet source in reducing the density and antigen-presenting capacity of Langerhans cells in C3H mice. **Photoderm Photobiol** 1994; 60:256-61.
68. Cuckian M, Jones CD, Cooper E. Immunomodulation at the initiation of phototherapy and photochemotherapy of psoriasis. **Photoderm Photoimmunol Photomed** 1995; 11: 163-9.
69. Ozawa M, Fereczi K, Kikuchi T. 312-nanometer ultraviolet B light (narrow-band UVB) induces apoptosis of T cells within psoriatic lesions. **J Exp Med** 1999; 189: 711-8.
70. Jones CD, Cuckian M, El-Ghorr A. Effects of phototherapy on the production of cytokines by peripheral blood mononuclear cells and on systemic antibody responses in patients with psoriasis. **Photoderm Photoimmunol Photomed** 1996; 12: 204-10.
71. Taylor JR, Halprin KM, Levine V. Effects of methotrexate in vitro on epidermal cell proliferation. **Br J Dermatol** 1983; 108: 45-61.
72. Jeffes EWB, McCullough JL, Pittelhow MR. Methotrexate therapy of psoriasis: Differential sensitivity of proliferating lymphoid and epithelial cells to the cytotoxic and growth-inhibitory effects of methotrexate. **J Invest Dermatol** 1995; 104: 183-8.
73. Weinskin G, Jeffes E. Cytotoxic and immunologic effects of methotrexate in psoriasis. **J Invest Dermatol** 1990; 95: 49S-52S.
74. Boffa MJ, Chalmers RJG. Methotrexate for psoriasis. **Clin Exp Dermatol** 1996; 21:399-408.
75. Menter MA, See J, William JC. Preceding of the psoriasis combination and rotation therapy conference. **J Am Acad Dermatol** 1996; 34: 315-21.
76. Van de Kerkhof PCM. Therapeutic strategies: rotational therapy and combination. **Clin Exp Dermatol** 2001; 26: 356-61.

77. Woo WK, McKenna KE. Combination TL-01 ultraviolet B phototherapy and topical calcipotriol for psoriasis: a prospective randomized placebo-controlled clinical trial. **Br J Dermatol** 2003; 149: 146-50.
78. Hofmann UB, Eggert AAO, Brocker E-B. Calcitriol VS dithranol in combination with narrow-band ultraviolet B(311 nm) in psoriasis. **Br J Dermatol** 2003; 148: 779-83.
79. Behrens S, Grundmann-kollmann M, Schiener R. Combination phototherapy of psoriasis with narrow-band UVB irradiation and topical tazarotene gel. **J Am Acad Dermatol** 2000; 42: 493-5.
80. Schiener R, Behrens-Williams SC, Pillekamp H. Calcipotriol VS tazarotene as combination therapy with narrowband ultraviolet B(311 nm) : efficacy in patients with severe psoriasis. **Br J Dermatol** 2000; 143: 1275-8.
81. Spuls PI, Rozenblit M, Lebwohl M. Retrospective study of the efficacy of narrowband UVB and acitretin. **J Dermatol Treat** 2003; 14: 17-20.
82. Calzavara-Pinton P. Narrowband UVB (311 nm) phototherapy and PUVA photochemotherapy: A combination. **J Am Acad Dermatol** 1998; 38:687-90.
83. Morison WL, Momtaz K, Parrish JA. Combined methotrexate-PUVA therapy in the treatment of psoriasis. **J Am Acad Dermatol** 1982; 6:45-51.
84. Paul BS, Montaz-T K, Parrish JA. Combined methotrexate-ultraviolet B therapy in the treatment of psoriasis. **J Am Acad Dermatol** 1982; 7: 758-62.
85. Rosenbaum M, Roenigk H. Treatment of generalized pustular psoriasis with etretinat (Ro 10-9359) and methotrexate. **J Am Acad Dermatol** 1984; 10; 357-61.
86. Vanderveen E, Ellis C. Methotrexate and etretinate as concurrent therapies in severe psoriasis. **Arch Dermatol** 1982; 118: 660-2.
87. Zachariae H. Methotrexate and etretinate as concurrent therapies in the treatment of psoriasis (letter). **Arch Dermatol** 1984; 120: 155.
88. Harrison P. Short-term cyclosporine therapy for psoriasis. **Arch Dermatol** 1989; 125: 1582-3.
89. Korstanje M, Vriesman C. Cyclosporine and methotrexate: A dangerous combination. **J Am Acad Dermatol** 1990; 23:320-1.

90. Powles A, Baker B. Cyclosporine toxicity. *Lancet* 1990; 335: 610.
91. Krutmann J. Therapeutic photomedicine: phototherapy. In: Freedberg MI, Eisen ZA, Wolff K. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine* 5thed McGraw-Hill, New York 1999;2:2870-9.
92. Schupack JL, Kitchin JE, Stiller MJ. Cytotoxic and antimetabolic agents. In: Freedberg MI, Eisen ZA, Wolff K. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine* 5thed McGraw-Hill, New York 1999;2:2797-2810.
93. เต็มศรี ชำนิจารกิจ. **สถิติประยุกต์ทางการแพทย์** พิมพ์ครั้งที่ 5. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ 2540; 122-4.





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เรื่อง การเปรียบเทียบผลการรักษาด้วยการฉายแสงอัลตราไวโอเล็ตบีช่วงคลื่นแคบและการฉายแสงอัลตราไวโอเล็ตบีช่วงคลื่นแคบร่วมกับการใช้ยาเม็ทโทเทริกเซทในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

1. คำชี้แจงเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน

โรคสะเก็ดเงิน เป็นโรคผิวหนังเรื้อรังชนิดหนึ่งซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด

วิธีการรักษาโรคสะเก็ดเงินมีหลายวิธี

การรักษาด้วยยาเม็ทโทเทริกเซทให้ผลการรักษาดี แต่ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงหลายระบบ ได้แก่

- ระบบทางเดินอาหาร : คลื่นไส้ อาเจียน, ปากอักเสบ, ท้องเสีย
- ตับและทางเดินน้ำดี : ตับอักเสบ, ตับแข็ง
- ระบบโลหิต : ซีด, เม็ดเลือดขาวต่ำ, เกล็ดเลือดต่ำหรือต่ำหมดทั้ง 3 ชนิด
- ระบบทางเดินหายใจ : ปอดเกิดพังผืด

การรักษาด้วยการฉายแสงอัลตราไวโอเล็ตบีช่วงคลื่นแคบ (มีความยาวคลื่นอยู่ระหว่าง 311-313 นาโนเมตร) ให้ผลการรักษาดี และมีผลข้างเคียง ได้แก่ อาการไหม้, ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งผิวหนังน้อยและมีระยะสงบของโรคนาน

เนื่องจากผู้ป่วยต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาล เพื่อฉายแสงสัปดาห์ละหลายครั้ง จึงอาจมีผู้ป่วยบางคนที่มีปัญหาในการเดินทาง ทำให้ขาดการรักษาไป ดังนั้นถ้าให้ยาเม็ทโทเทริกเซท ร่วมด้วยแล้วช่วยลดระยะเวลาที่ต้องมาฉายแสง ก็น่าจะทำให้ผู้ป่วยสามารถมารับการรักษาได้จนรอยโรคหาย

2. คำชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอน, วิธีการ, ผลข้างเคียง และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย

ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย แพทย์จะอธิบายถึงขั้นตอนการรักษา, ผลดี, ผลเสียของการรักษาแต่ละอย่าง

ท่านจะได้รับการเลือกโดยสุ่มให้ได้รับการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ ได้รับการฉายแสงอัลตราไวโอเล็ตบีช่วงคลื่นแคบ หรือได้รับการฉายแสงอัลตราไวโอเล็ตบีช่วงคลื่นแคบร่วมกับยาเม็ทโทเทริกเซท

ก่อนเริ่มการรักษาท่านจะได้รับการเจาะเลือดตรวจนับเม็ดเลือด และหน้าที่ของตับ ต่อจากนั้นจะตรวจทุก 2 เดือนระหว่างรับการรักษา

การกินยาเม็ทโทเทริกเซท จะกินสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 12 ชม. (จำนวนเม็ดแล้วแต่แพทย์จะสั่ง)

การฉายแสงอัลตราไวโอเล็ตบีช่วงคลื่นแคบ จะทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

ถ้ามีความผิดปกติหรือข้อสงสัยอันเกี่ยวข้องกับการวิจัย ท่านสามารถมาพบหรือติดต่อได้ที่ พญ. เขียวลักษณ์ นทีทองรุ่งศักดิ์ หน่วยผิวหนัง ตึกจิระประวัติน ชั้น 2 รพ.จุฬาลงกรณ์ นอกเวลาราชการ ให้ติดต่อที่ (01) 8195463

ถ้าท่านมีอาการข้างเคียงหรือเจ็บป่วยจากการศึกษาวิจัย ท่านจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจนเป็นปกติโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

3. ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านจะได้รับการรักษาในระหว่างการศึกษาวิจัยโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

4. คำชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิของท่าน

เนื่องจากการรักษา นี้ จะได้รับการรวบรวม เพื่อนำไปใช้ในงานวิจัยของหน่วยผิวหนัง ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดังนั้นท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่ายในส่วนของการรักษาแต่อย่างใด นอกจากนี้ท่านมีสิทธิปฏิเสธการรักษาวิจัยนี้ โดยยังมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลจากแพทย์ได้ตามปกติ

5. คำยินยอมของผู้ป่วย

ข้าพเจ้า.....ได้อ่านและทำความเข้าใจ
 ในข้อความทั้งหมดของใบยินยอมครบถ้วนดีแล้ว ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้ารับการรักษาด้วยวิธี
 ดังกล่าว ด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีการบังคับ หรือให้อามิสสินจ้างใด ๆ

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ(ผู้ยินยอม)
 (.....)

.....(แพทย์ผู้ทำการวิจัย)
 (.....)

.....(พยาน)
 (.....)

ภาคผนวก ข

แบบฟอร์มการบันทึกผล

PASI

ชื่อผู้ป่วย -----

HN -----

			วันที่			
Head	A	0-6				
	E	0-4				
	I	0-4				
	D	0-4				
Trunk	A	0-6				
	E	0-4				
	I	0-4				
	D	0-4				
Upper extremities	A	0-6				
	E	0-4				
	I	0-4				
	D	0-4				
Lower extremities	A	0-6				
	E	0-4				
	I	0-4				
	D	0-4				
PASI						

การให้คะแนน A

0 = ไม่มีรอยโรค, 1 <10%, 2 = 10-30%, 3 = 30-50%

4 = 50-70%, 5 = 70-90%, 6 = 90-100%

คำนวณ PASI (0-72) = $0.1(E_h + I_h + D_h)A_h + 0.3(E_t + I_t + D_t)A_t + 0.2(E_u + I_u + D_u)A_u + 0.4(E_l + I_l + D_l)A_l$ (2)

ภาคผนวก ค

Dermatology life quality index

วันที่ -----

คะแนน -----

เลขที่ -----

แบบสอบถามนี้ถูกจัดทำขึ้นเพื่อเป็นเครื่องวัดว่าโรคผิวหนังมีผลกระทบต่อชีวิตของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยให้กากบาทเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวสำหรับแต่ละคำถาม

1. ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผิวหนังของท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่

	เจ็บ/แสบ	<input type="checkbox"/>
	คัน	<input type="checkbox"/>
	ไม่มีอาการดังกล่าว	<input type="checkbox"/>
และมีอาการดังกล่าวอย่างน้อยเพียงใด	มากที่สุด	<input type="checkbox"/>
	มาก	<input type="checkbox"/>
	เล็กน้อย	<input type="checkbox"/>

2. ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกอายหรือสูญเสียความมั่นใจในตัวเอง เนื่องจากโรคผิวหนังหรือไม่

	มากที่สุด	<input type="checkbox"/>
	มาก	<input type="checkbox"/>
	เล็กน้อย	<input type="checkbox"/>
	ไม่มี	<input type="checkbox"/>

3. ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โรคผิวหนังของท่านเป็นอุปสรรคต่อการไปซื้อของหรือดูแลบ้านหรือไม่

	มากที่สุด	<input type="checkbox"/>
	มาก	<input type="checkbox"/>
	เล็กน้อย	<input type="checkbox"/>
	ไม่มี	<input type="checkbox"/>
	ไม่ได้ทำกิจกรรมดังกล่าว	<input type="checkbox"/>

4. ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โรคผิวหนังของท่านเป็นอุปสรรคต่อการ**สวมเสื้อผ้า**หรือไม่

มากที่สุด

มาก

เล็กน้อย

ไม่มี

5. ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โรคผิวหนังของท่านมีผลต่อ**งานอดิเรกหรือการออกกำลังกาย**หรือไม่

มากที่สุด

มาก

เล็กน้อย

ไม่มี

ไม่ได้ทำกิจกรรมดังกล่าว

6. ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โรคผิวหนังของท่านเป็นอุปสรรคต่อการ**เล่นกีฬา**หรือไม่

มากที่สุด

มาก

เล็กน้อย

ไม่มี

ไม่ได้ทำกิจกรรมดังกล่าว

7. ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โรคผิวหนังทำให้ท่าน**ต้องขาดงานหรือหยุดเรียน**หรือไม่

ใช่

ไม่

ไม่ได้ทำงานหรือเรียน

ถ้าตอบ "ใช่" ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โรคผิวหนังของท่านเป็นปัญหาต่อการทำงานหรือการเรียน **มากน้อยเพียงใด**

มาก

เล็กน้อย

8. ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โรคผิวหนังทำให้ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับสามี / ภรรยา, เพื่อนสนิท หรือญาติ หรือไม่
- มากที่สุด
- มาก
- เล็กน้อย
- ไม่มี
9. ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โรคผิวหนังทำให้ท่านมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์หรือไม่
- มากที่สุด
- มาก
- เล็กน้อย
- ไม่มี
10. ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การรักษาโรคผิวหนังทำให้ท่านมีปัญหาเล็กน้อยเพียงใด
- มากที่สุด
- มาก
- เล็กน้อย
- ไม่มี

ภาคผนวก ง

ภาพถ่ายแสดงการเปลี่ยนแปลงของรอยโรคระหว่างการรักษา



รูปที่ 1 ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย NB-UVB+MTX (ผู้ป่วย 3) ก่อนได้รับการรักษา (PASI=14.9)



รูปที่ 2 ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย NB-UVB+MTX (ผู้ป่วย 3) หลังได้รับยา MTX เป็นเวลา 3 สัปดาห์ (PASI=9.2)



รูปที่ 3 ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย NB-UVB+MTX (ผู้ป่วย 3) หลังได้รับการฉายแสง 14 ครั้ง (PASI=4.8)



รูปที่ 4 ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย NB-UVB+MTX (ผู้ป่วย 3) ขณะสิ้นสุดการรักษา (ได้รับการฉายแสง 21 ครั้ง) (PASI=0)



รูปที่ 5 ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย NB-UVB+MTX (ผู้ป่วย 3) หลังสิ้นสุดการรักษา
เป็นเวลา 3 เดือน
(PASI=8.3)



รูปที่ 6 ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย NB-UVB+placebo (ผู้ป่วย 12) ก่อนได้รับการรักษา (PASI=15.4)



รูปที่ 7 ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย NB-UVB+placebo (ผู้ป่วย 12) หลังได้รับยา 3 สัปดาห์ (PASI=7.8)



รูปที่ 8 ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย NB-UVB+placebo (ผู้ป่วย 12) หลังได้รับการฉายแสง 12 ครั้ง (PASI=7.8)



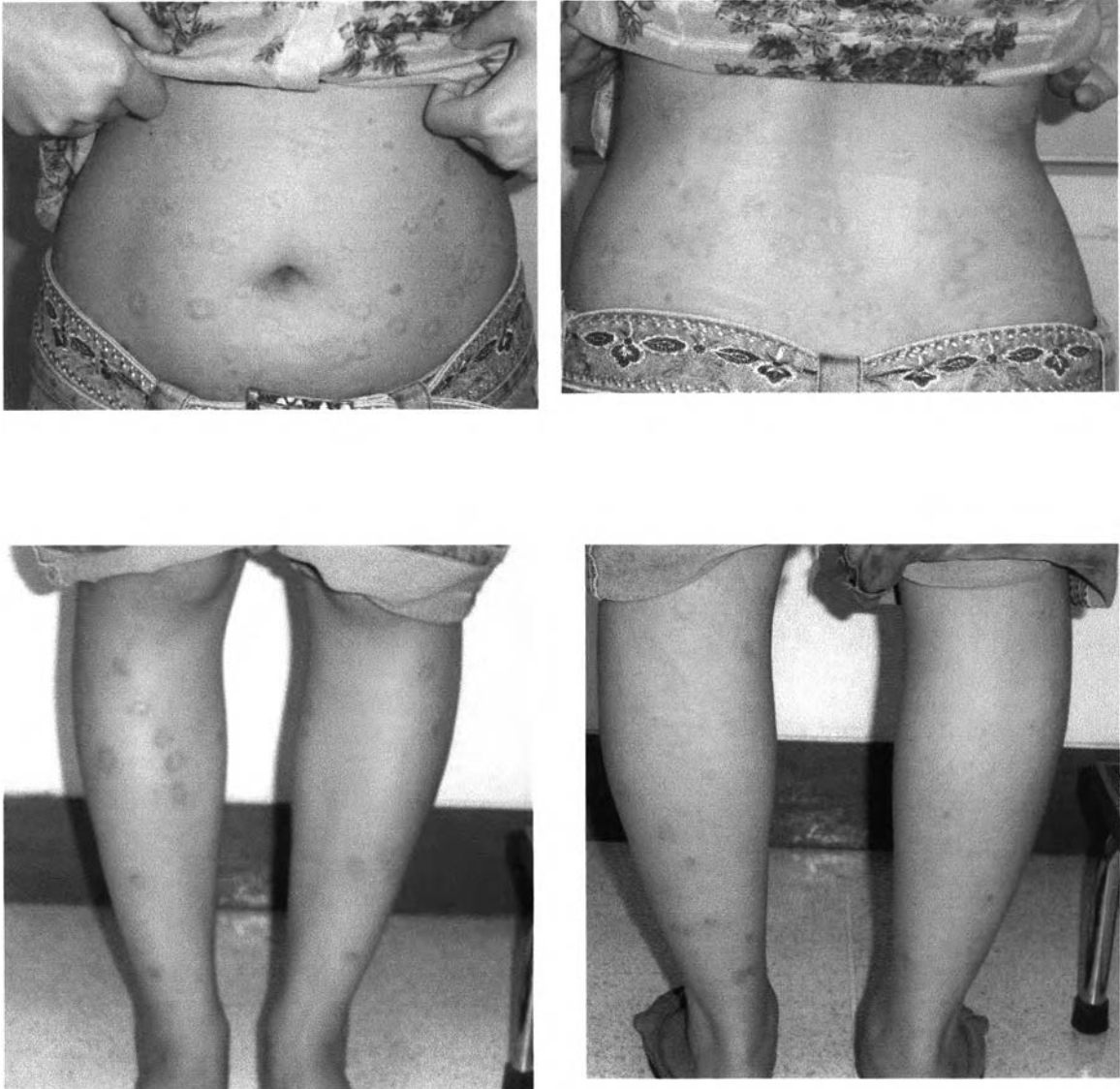
รูปที่ 9 ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย NB-UVB+placebo (ผู้ป่วย 12) หลังได้รับการฉายแสง 45 ครั้ง (PASI=6.4)



รูปที่ 10 ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย NB-UVB+placebo (ผู้ป่วย 12) หลังได้รับการฉายแสง 62 ครั้ง (PASI=5.5)



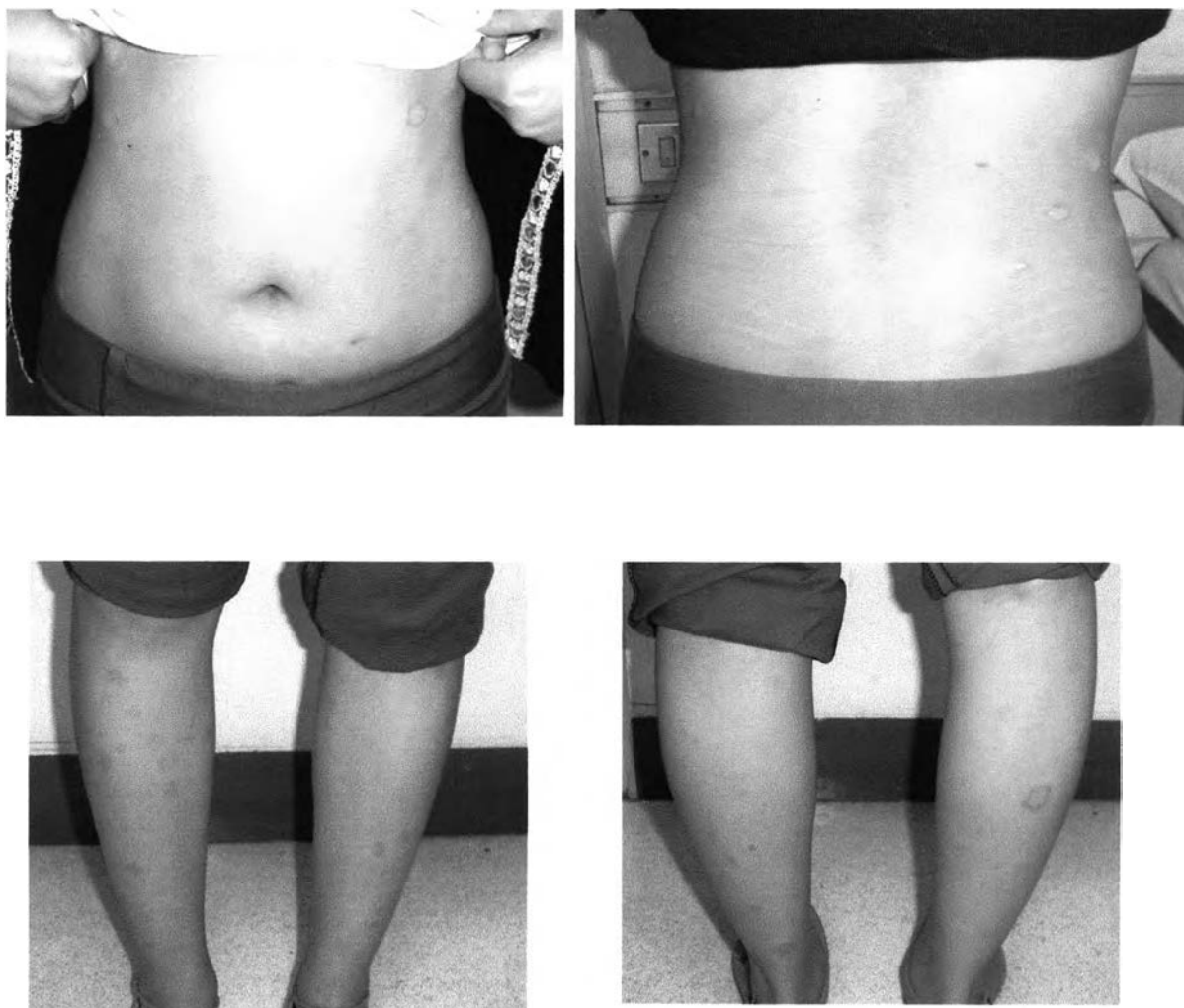
รูปที่ 11 ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย NB-UVB+MTX (ผู้ป่วย 2) ก่อนได้รับการรักษา (PASI=9)



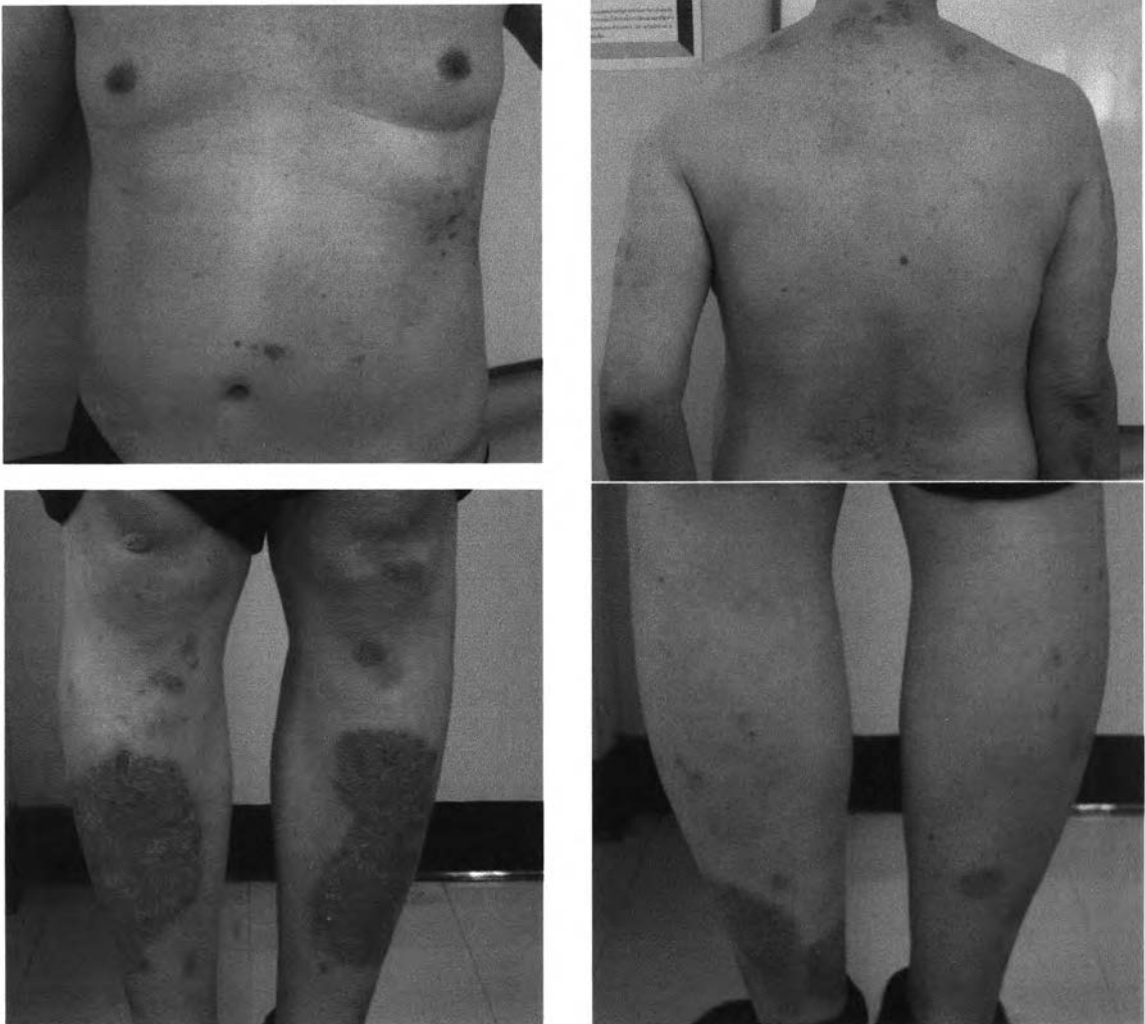
รูปที่ 12 ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย NB-UVB+MTX (ผู้ป่วย 2) หลังได้รับยา MTX เป็นเวลา 3 สัปดาห์ (PASI=6.6)



รูปที่ 13 ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย NB-UVB+MTX (ผู้ป่วย 2) ขณะสิ้นสุดการรักษา (ได้รับการฉายแสง 15 ครั้ง) (PASI=0)



รูปที่ 14 ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย NB-UVB+MTX (ผู้ป่วย 2) หลังสิ้นสุดการรักษา เป็นเวลา 4 เดือน (PASI=3.8)



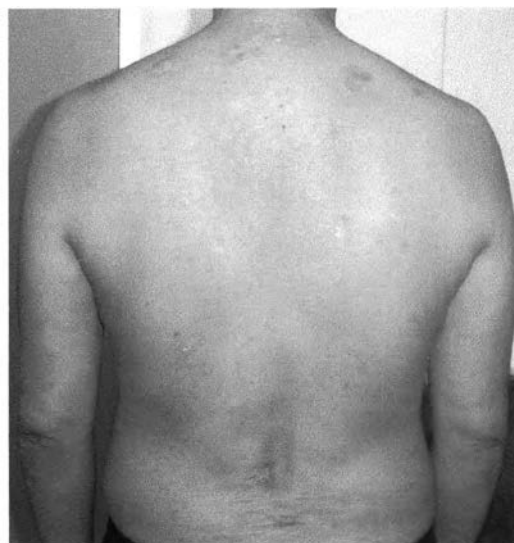
รูปที่ 15 ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย NB-UVB+placebo (ผู้ป่วย 13) ก่อนได้รับการรักษา (PASI=6.7)



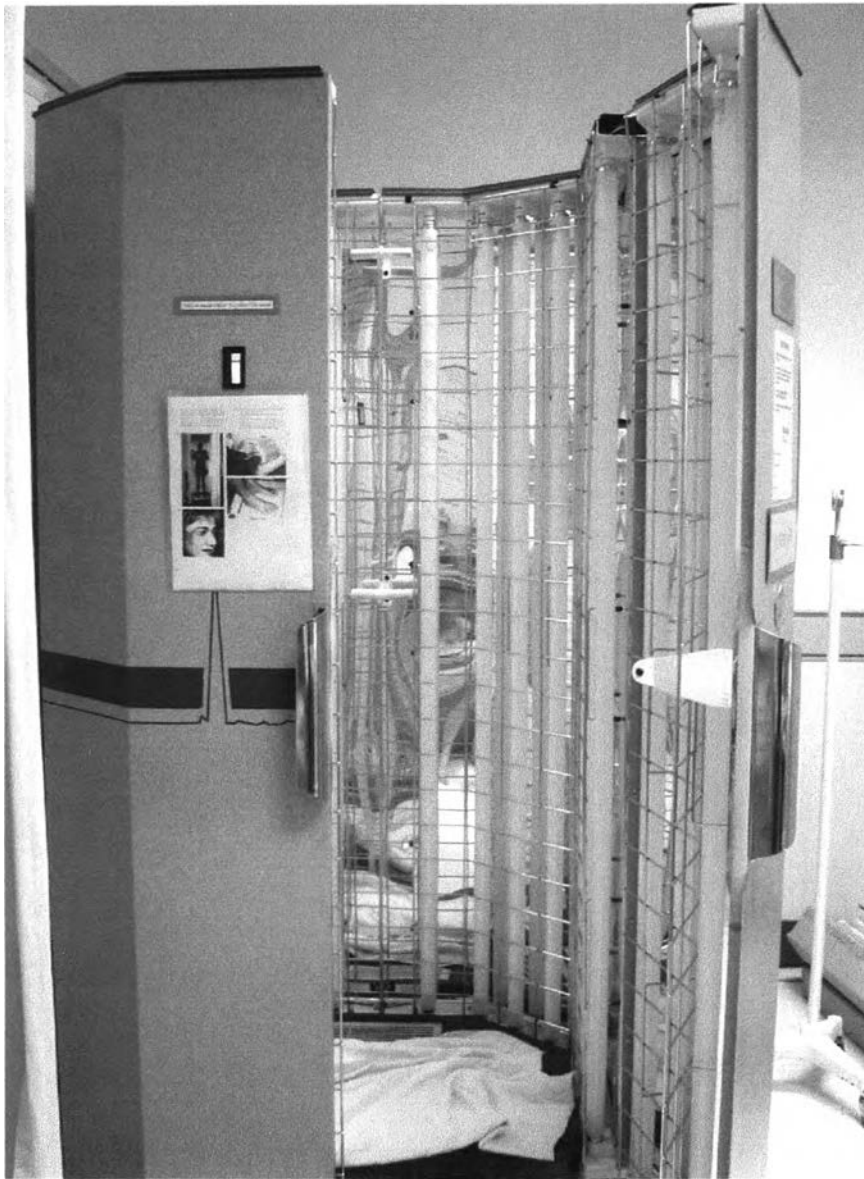
รูปที่ 16 ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย NB-UVB+placebo (ผู้ป่วย 13) หลังได้รับยา 3 สัปดาห์ (PASI=5.6)



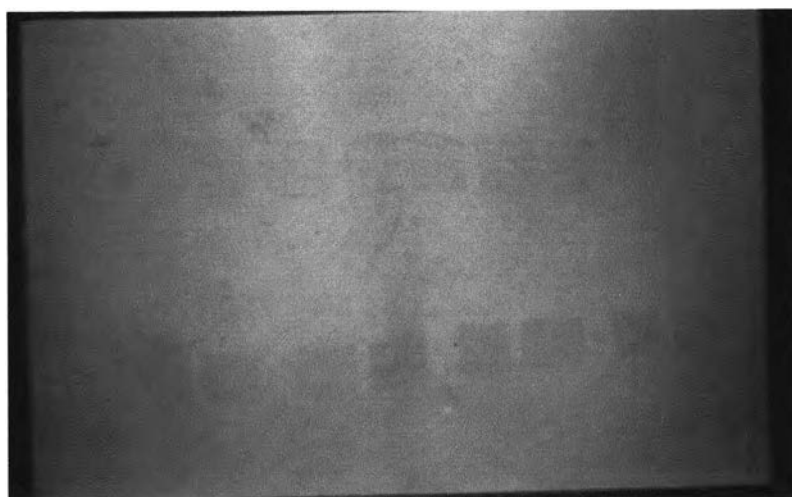
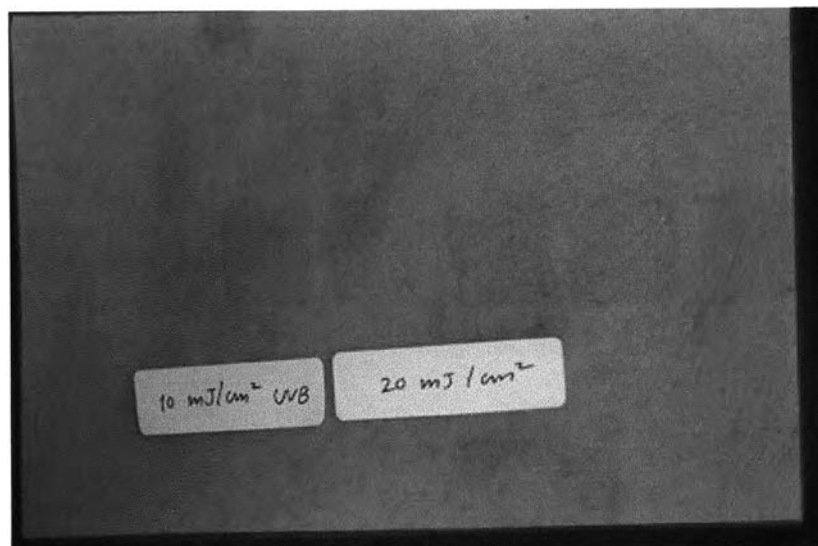
รูปที่ 17 ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย NB-UVB+placebo (ผู้ป่วย 13) หลังได้รับการฉายแสง 23 ครั้ง (PASI=2.8)



รูปที่18 ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย NB-UVB+placebo (ผู้ป่วย 13) หลังได้รับการฉายแสง 60 ครั้ง (PASI=4.5)



รูปที่ 19 แสดงตู้ฉายแสง NB-UVB



รูปที่ 20 แสดงการทดสอบ MED



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวเยาวลักษณ์ นทีทองรุ่งศักดิ์ เกิดวันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2517 ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในปีการศึกษา 2540 ได้เข้าทำงานในตำแหน่งอาจารย์ภาควิชาชีวเคมี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2541 และเป็นแพทย์ใช้ทุนที่โรงพยาบาลอุทัยธานีในปี พ.ศ. 2543 หลังจากนั้นได้ลาออกจากราชการเพื่อมาศึกษาต่อปริญญาโทสาขาตจวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2544