

การศึกษาประสิทธิภาพการรักษาระหว่างซุททิง 12 % โอเมกาที่มีไลโคซาลเอร่วมกับ
ร่วมกับ 0.25% เดโซซิเมทาโซน และ 10% ยูเรียร่วมกับ 0.25% เดโซซิเมทาโซน ในผู้ป่วย
โรคสะเก็ดเงินชนิดแผ่นหนูนหนา

Comparative study in the efficacy of soothing lotion 12% omega with Licochalcone A,
versus 10% urea lotion adjunctive therapy in chronic plaque psoriasis

ผู้วิจัย : ปานดาว วุฒิชัยประดิษฐ์

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาตจวิทยา มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
กรุงเทพมหานคร

อาจารย์ที่ปรึกษา: อาจารย์ ชูชัย ตั้งเลิศสัมพันธ์

อาจารย์ สายชลี ทาบโลกา

รศ.ดร.สุขุมล จงธรรมคุณ

คำสำคัญ: สะเก็ดเงิน/ซุททิง 12 % โอเมกาที่มีไลโคซาลเอ/ โลชั่น 10% ยูเรีย / PASI SCORE

1. ภูมิหลัง Introduction

โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis) เป็นโรคผิวหนังเรื้อรัง เกิดจากความผิดปกติของ
ระบบภูมิคุ้มกัน (Immune system) ทำให้เซลล์ผิวหนังกำพำ (epidermis) แบ่งตัวเร็วกว่าปกติ
(Hyperproliferative keratinocytes) จะพบลักษณะผิวหนังหนาตัวขึ้นมีขุยและมีscaleที่ติดแน่น
เมื่อแกะscale ออก จะมี จุดเลือดออกเล็ก ๆ เรียกว่า Auspitz sign โรคสะเก็ดเงินแบ่งออกเป็น
4 ชนิด ได้แก่

1.1.1 ชนิดปื้นหนา (plaque type) จะมีลักษณะเป็นผื่นนูนหนาสีแดงขอบเขตชัด มี สะเก็ด
สีขาวเงิน (silvery scale) ปกคลุม พบได้บ่อยสุด

1.1.2 ชนิดผื่นขนาดเล็กกระจาย (guttate type) ผื่นมักเกิดหลังจากเป็นไข้หวัด 1-2
สัปดาห์ และลามไปอย่างรวดเร็ว แต่จะหายอย่างรวดเร็ว ไม่เป็นเรื้อรัง

1.1.3 ชนิดตุ่มหนอง (pustular type) เป็นตุ่มหนองบนผื่นสีแดง ตุ่มหนองเหล่านี้จะ
ปราศจากเชื้อโรค (sterile pustule) อาจเป็นเฉพาะที่ เช่น ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ปลายนิ้วมือ นิ้วเท้า
หรือเป็น ทั่วตัว (generalized pustular psoriasis) ผู้ป่วยมักจะมีไข้ อ่อนเพลีย และมี
leukocytosis

1.1.4 ชนิดผื่นแดงลอกทั้งตัว (erythroderma type) มักพบในรายที่โรคกำเริบ
รุนแรง อาจเป็นชนิด plaque มาก่อนก็ได้

วิธีการรักษาโรคสะเก็ดเงินในปัจจุบันแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ

1. การรักษาด้วยยาทาภายนอก (Topical therapy) ได้แก่ emollients, steroids,
glucocorticoids,

vitamin D3 analogs, dithranol, tazarotene, tar, และ topical calcineurin inhibitor

2. การฉายแสง (Phototherapy) ได้แก่ UVA ร่วมกับใช้ psolaren (PUVA), UVB

(narrowband UVB และ broadband UVB) และ excimer laser

3. การรักษาด้วย systemic medication ได้แก่ metretrexate, retinoids, cyclosporin, fumaric acid, sulfasalazine, hydroxyurea, thioguanine, and biologic therapies (efalizumab, alefacept, etanercept, infliximab, adalimumab)

โรคสะเก็ดเงินได้มีการนำยาทาเพิ่มความชุ่มชื้น (emollients) มาเป็นส่วนสำคัญในการรักษา ผื่นพุพอง รวมทั้งคืนความชุ่มชื้นสู่ผิวหนังกำพร้า (Proksch, 2008) เพื่อลดการระคายเคืองลดการอักเสบของผื่น ตลอดจนลดสภาวะทางฟิสิกส์เช่น เกา กัด แกะ เสียดสี (Koebner phenomenon)

ที่เป็นการกระตุ้นให้โรคกำเริบ (Comaish & Greener, 1976) ทั้งนี้เพราะเล็งเห็นถึงผลข้างเคียงของยา ทาในกลุ่มสเตียรอยด์ ซึ่งเป็นยาหลักในการรักษาได้แก่ ทำให้ผิวหนังบางลง (skin atrophy) ผิวหนัง ฝ่อ เกิดรอยแตกของผิวหนัง และยาดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดจนเกิดการกดการทำงานของต่อมหมวกไตจึงมีการศึกษาวิจัย เพื่อจะลดการใช้สารสเตียรอยด์ให้มากที่สุดจากการทบทวนวรรณกรรมที่ เกี่ยวข้องพบมีการใช้ยาทาเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้น (emollient) ร่วมกับการรักษาด้วย betamethasone dipropionate cream โดยเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพพบว่าการใช้ betamethasone dipropionate cream วันละ 2 ครั้ง ได้ผลเท่ากับการใช้ betamethasone dipropionate cream ร่วมกับ water-in-oil based moisturizing วันละ 1 ครั้ง (Watsky, Freije, Leneveu, Wenck & Leffell, 1992) ซึ่งการให้ความชุ่มชื้นกับผิวหนัง ทำให้การดูดซึมของ สเตียรอยด์ได้ดีขึ้น (Fluhr, Cavallotti & Berardesca, 2008) จาก การวิจัยข้างต้นนั้น นับเป็นแนวทางในการพัฒนา แนวทางในการรักษาร่วมกับการรักษาหลัก (adjunctive therapy) ที่ดี แต่อย่างไรนั้นในการประเมินผล เป็นการประเมินจากผู้เข้าร่วมวิจัยเอง ทำให้ผลการทดลองนั้น มีความน่าเชื่อถือลดลงและการนำไปใช้อ้างอิงได้ไม่เต็มที่ควร

จากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีหลักฐานแสดงว่า ยาทาที่เพิ่มความชุ่มชื้น (emollients) ที่มี ส่วนประกอบของสารสกัดจากรากของต้นlicorice (*Glycyrrhiza inflata*) คือ Licochalcone A โดย สามารถยับยั้งกระบวนการอักเสบ (antiinflammation) (Tsukiyama, Katsura, Tokuriki & Kobayashi, 2002; Shibata, 2000) ลดการหลั่งสาร cytokine ที่ก่อให้เกิดการอักเสบ (Kolbe et al., 2006) และยังมีผล การศึกษาแสดงให้เห็นว่า licochalcone A สามารถยับยั้งการแบ่งเซลล์ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิด โรคสะเก็ดเงิน (Park et al., 1996-2000) การข้อมูลที่ได้มาทั้งหมด ผู้วิจัยมุ่งจะศึกษา การใช้ยาทาที่มี ส่วนประกอบหลักคือ licochalcone A ร่วมกับการใช้สเตียรอยด์ เพื่อเพิ่มการดูดซึมของสเตียรอยด์ ทำให้สเตียรอยด์ออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น ส่งผลให้อาการของผู้ป่วยหายเร็วขึ้น มีการใช้สเตียรอยด์ในปริมาณ และระยะเวลาที่ลดลง ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ลดลง ตลอดจนลดผลข้างเคียงของการใช้ สเตียรอยด์ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการศึกษาในโครงการวิจัยนี้ น่าจะเป็นองค์ความรู้ใหม่ เพื่อจะเป็น แนวทางการรักษาโรคสะเก็ดเงินให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต

2. ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ที่มาเข้ารับการรักษาโรคสะเก็ดเงินที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง กรุงเทพมหานคร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสะเก็ดเงินชนิดแผ่นนูนหนา จำนวน 40 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria)

1. ไม่จากัดเพศ
2. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
3. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและลงลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมรับการรักษา
4. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสะเก็ดเงินระดับน้อยถึงปานกลาง (mild to moderate psoriasis) ชนิด plaque type จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย โดยมีระดับของ PASI score < 10 (committee for medicinal products for human use, 2004)

เกณฑ์คัดออกอาสาสมัคร (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมีประวัติแพ้สาร licochalcone A, omega หรือยาทาสเตียรอยด์
2. ภาวะตั้งครรภ์และให้นมบุตร
3. ผู้เข้าร่วมโครงการมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ไม่สามารถเข้าโครงการวิจัยได้
4. ผู้ป่วยใช้ยาที่มีผลต่อโรคสะเก็ดเงิน ได้แก่ ยารักษาโรคมาลาเรีย, ยาต้านอักเสบ, β blockers, angiotensin-converting enzyme inhibitors และ gemfibrozil
5. ผู้ป่วยหยุดยาน้อยกว่า 1 เดือน ได้แก่ nonsteroidal anti-inflammatory drugs, IFN α and γ และ imiquimod (Wolff et al., 2008)
6. ผู้ป่วยมีประวัติได้รับยากดภูมิคุ้มกัน (Wolff et al., 2008)
7. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงก่อนเข้าโครงการวิจัย น้อยกว่า 3 เดือน
8. ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบแพทย์ทางเลือก เช่น ผังเข็ม สวนล้างพิษ เป็นต้น

เกณฑ์การให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษาวิจัย (Discontinuation Criteria) ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้นคือเปลี่ยนไปเป็นสะเก็ดเงินขั้นรุนแรง

1. (severe plaque type) สะเก็ดเงินชนิดตุ่มหนอง (pustular psoriasis) และสะเก็ดเงินชนิดผื่นแดงลอกทั้งตัว (erythroderma psoriasis)
2. อาการแพ้ยาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเกิดจากยูเรีย สเตียรอยด์และโอเมกา ที่มีไลโคซาลโคเนอ

3. ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้
4. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาตามโครงการได้

การวิจัยนี้เป็นลักษณะ **prospective ,clinical trial**

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยตามข้อกำหนดข้างต้น
 2. ให้ข้อมูลและขั้นตอนในการปฏิบัติ ทำความเข้าใจแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ
 3. ผู้เข้าร่วมโครงการลงลายลักษณ์อักษรยินยอมเข้าร่วมโครงการ (inform consent)
 4. ให้ผู้ป่วยหยุดการรักษาด้วยยาทาชนิดอื่นยกเว้นยา 0.25%desoximetasone ซึ่ง เป็นยาหลัก ในการรักษาเป็นเวลา 2 สัปดาห์
 5. ประเมิน PASI score และถ่ายภาพด้วยกล้อง canon A530 ผู้ป่วยก่อนการรักษา โดยแพทย์ที่ได้รับการอบรมการให้คะแนน PASI score เป็นเวลา 2 วัน
 6. ให้การรักษาโดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คนด้วยวิธีการสุ่มแจกจ่าย เสมือน โยนเหรียญ
 1. ให้ 0.25% desoximetasone ทารอยโรควันละ 1 ครั้งช่วงเช้าและทาโลชั่น 12%โอเมกาที่มีไลโคซาลโคเนอก่อนนอน
 2. ให้ 0.25% desoximetasone ทารอยโรควันละ 1 ครั้งช่วงเช้า และทาโลชั่น 10% ยูเรียก่อนนอน พร้อมทั้งให้สมุดบันทึกความจาในการทายาทุกวัน
- 7 นัดผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมาติดตามผลการรักษาที่โรงพยาบาลนวมินทร์ที่ 1, 2 และ 4 สัปดาห์หลัง เริ่มทายา (committee for medicinal products for human use, 2004) เพื่อประเมินผล PASI score ถ่ายภาพด้วยกล้อง canon A530 ติดตามผลข้างเคียงของยา และการใช้ยาโดยแพทย์ที่ ได้ ผ่านการอบรมPASI score เป็นเวลา 2 วัน
- 8 ผู้ป่วยจะได้รับยาทาเป็นเวลา 1 เดือน หรือ น้อยกว่าในกรณีที่รอยโรคหายก่อน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของ PASI score ระหว่างโลชั่น 12% โอเมกาที่มี ไลโคซาลโคเนอกับ 10% ยูเรียในการรักษา ร่วมกับ 0.25% เดโซซิเมทาโซน ด้วย Mann-Whitney U test
2. เปรียบเทียบผลของPASIscoreก่อนและหลังการรักษาในแต่ละกลุ่มของทั้งสองกลุ่ม ด้วย ANOVA
3. ผลการวิจัย

ลักษณะโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสะเก็ดเงินชนิดแผ่นนูนหนา จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย จำนวนทั้งหมด 40 คน ประกอบด้วยเพศชาย 15 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 ของผู้ป่วย

ทั้งหมดและเพศหญิงจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5 ของผู้ป่วยทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างมีอายุ ตั้งแต่ 20 ปีถึง 69 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 39.775 ปี

ผู้ป่วยสะกดเงินชนิดแผ่นนูนหนาทั้งหมดจำนวน 40 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่ได้รับ 0.25% เดโซซิเมทาโซนร่วมกับซูททิงโลชั่น 12% โอเมกาที่มีไลโคซาล โคนเอ จำนวน 20 คน
2. กลุ่มที่ได้รับ 0.25% เดโซซิเมทาโซนร่วมกับ 10% ยูเรีย จำนวน 20 คน

ตารางแสดงโรคประจำตัวของผู้ป่วย

โรคประจำตัว	จำนวนผู้ป่วย (คน)	เปอร์เซ็นต์
ความดันโลหิตสูง	4	10
ไขมันในเลือดสูง	4	10
เบาหวาน	4	10
ภูมิแพ้	2	5
หอบหืด	1	2.5
ไมเกรน	1	2.5
ไม่มีโรคประจำตัวใด ๆ	28	70

แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสะกดเงินส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมวิจัย ไม่มีโรคประจำตัว ใดๆ ร้อยละ 70 แต่ พบผู้ป่วยบางรายมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค

ตารางแสดงให้เห็นโดยสรุปการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม

	Licochalcone A		Urea		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี), Mean±SD	41.2±14.45		38.35±11.89		0.500†
เพศ					0.327†
ชาย	14	70	11	55	
หญิง	6	30	9	45	
โรคประจำตัว					0.490†
ไม่มี	15	75	13	65	
มี	5	25	7	35	
ประวัติสูบบุหรี่					1.000‡
ไม่สูบ	18	90	17	85	
สูบ	2	10	3	15	
ประวัติดื่มสุรา					0.451‡
ไม่ดื่ม	14	70	17	85	
ดื่ม	6	30	3	15	

แสดงให้เห็นโดยสรุปการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มระหว่างกลุ่มที่ได้ชูทิง โลชั่น 12% โอเมกาที่มีไลโคซาลโคนเอร่วมกับ 0.25% เดโซซิเมทาโซนและกลุ่มโลชั่น 10% ยูเรีย ร่วมกับ 0.25% เดโซซิเมทาโซนได้แก่

(p = 0.490)

1. อายุของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มพบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.5)
2. เพศของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มพบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.327)
3. โรคประจำตัวของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มพบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
4. ประวัติสูบบุหรี่ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มพบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
5. ประวัติดื่มสุราของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มพบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลคะแนนความรุนแรงของโรค (PASI) กลุ่มผู้ป่วยสะเก็ดเงินชนิดแผ่นนูนหนาทั้งสอง กลุ่มในแต่ละสัปดาห์

หมายเลข	PASIสัปดาห์ที่0	สัปดาห์ที่1	สัปดาห์ที่2	สัปดาห์ที่4
1.01	3.6	1.8	1.6	0.3
1.02	0.6	0	0	0
1.03	7.6	6.2	6.0	1.4
1.04	3.9	3.1	3.6	0.8
1.05	3.4	3.4	3.7	2.8
1.06	9.5	8.5	7.2	4.0
1.07	1.9	0.3	0.3	0.2
1.08	3.3	1.3	0.4	0.6
1.09	3.0	0.6	0.1	0
1.10	6.6	5.2	6.2	5.4
1.11	9.8	1.6	0.3	0.3
1.12	5.3	3.8	2.5	2.1
1.13	1.7	1.8	1.2	0.0
1.14	4.3	3.0	2.2	3.0
1.15	5.7	2.4	1.4	0.8
1.16	3.4	1.6	0.9	0.9
1.17	6.7	2.4	0.3	0
1.18	5.2	2.8	1.2	0
1.19	10.0	9.6	8.6	7.3
1.20	7.9	5.3	5.5	3.6
2.01	2.1	2.1	2.8	1.8

หมายเลข	PASIสัปดาห์ที่0	สัปดาห์ที่1	สัปดาห์ที่2	สัปดาห์ที่4
2.02	5.7	3.5	3.1	2.7
2.03	5.0	3.4	3.1	0
2.04	2.4	2.0	2.0	1.6
2.05	1.6	1.4	0.8	0.4
2.06	2.8	0.6	0.5	0.1
2.07	9.6	7.2	6.2	8.1
2.08	9.9	8.6	5.5	4.4
2.09	8.9	5.8	5.7	4.4
2.10	2.5	2.4	2.2	0.7
2.11	7.7	5.9	4.4	3.4
2.12	10	5.6	3.6	2.8
2.13	5.4	2.5	1.2	1.2
2.14	4.4	0.9	0.8	0.6
2.15	5.8	2.6	2.2	2.2
2.16	3.2	3.7	3.1	2.6
2.17	7.4	5.9	4.6	3.5
2.18	1.2	0.5	0.3	
2.19	6.9	5.6	5.6	1.0
2.20	9.4	6.3	6.8	6.8

มีการลดลงของคะแนนความรุนแรงของโรค (PASI) ใน ผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่เข้าร่วมการวิจัยทุกรายโดยมีการลดลงของคะแนนสูงสุด คือ 9.5 และคะแนน ลดลงน้อยที่สุด คือ 0.6

4. อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองทางคลินิก เพื่อประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยโรค สะเก็ดเงินชนิดแผ่นนูนหนา ระดับน้อยถึงปานกลางจากการรักษาผู้ป่วยด้วยโลชั่น12%โอเมกาที่ มีไลโคซาลโคนเอร่วมกับ 0.25% เดโซซิเมทาโซนว่า มีค่าลดลงหรือไม่ และแตกต่างจาก 10% ยูเรีย ร่วมกับ 0.25% เดโซซิเมทาโซนหรือไม่ จากการศึกษาที่สนับสนุนว่า มีการให้ยาทาเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นร่วมกับยาสเตียรอยด์ โดยมีแนวทางการรักษาเพื่อ เสริมการรักษาหลักให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Watsky et al., 1992) การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองทางคลินิกแบบไปข้างหน้า โดยมีกลุ่มควบคุม (Clinical Prospective Control trial) ซึ่งจะทำให้ลดการเกิดอคติที่เกิดขึ้นจากการวิจัยได้ โดย การศึกษานั้นยาทาโลชั่น 10% ยูเรียที่ใช้ผลิตเป็นรูปโลชั่นซึ่งหาได้ยากจากโรงพยาบาลทั่วไป เนื่องจากตามโรงพยาบาลทั่วไปนั้น จะใช้ในรูปแบบครีมเป็น

ส่วนใหญ่ แต่ทางผู้วิจัยมีความ จำเป็นต้องใช้ในรูปแบบโลชั่น เพื่อลดอคติที่อาจจะเกิดขึ้นได้ เนื่องจากยาทาโลชั่น 12% โอเมกาที่ มีไลโคซาลโคนเอนั้นเนื้อเป็นโลชั่นเป็นสีขาว เพื่อให้เกิดความแตกต่างน้อยที่สุดระหว่างยาทั้ง 2 ตัว ปัจจุบัน โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผื่นผิวหนังอักเสบเรื้อรังที่พบได้บ่อย ทั้งยังส่งผลกระทบต่อร่างกาย และจิตใจ (Gelmetti, 2008; Kimball et al., 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของการรักษาโรคสะเก็ดเงิน ปัจจุบันนี้ เป็นที่ทราบดีว่า โรคสะเก็ดเงินนั้นเป็นโรคที่ไม่หายขาด แนวทางในการรักษาโรคสะเก็ดเงินจึงมุ่งเน้นเพื่อควบคุม โรคหรือยับยั้งไม่ให้โรคกำเริบ ในกรณีรอยโรคชนิดแผ่นหนูนหนาและมีขนาดของรอยโรคน้อยกว่า 20 เปอร์เซ็นต์ของร่างกาย (1 เปอร์เซ็นต์ประมาณเท่ากับ 1 ฝ่ามือ) โดยทั่วไปถ้ามีผื่นไม่มากนัก วิธี รักษาที่ง่าย ค่าใช้จ่ายไม่สูง และปลอดภัยมากที่สุด คือ การใช้ยาทา

ผลการศึกษาจากข้อมูลที่ได้นำมาเปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงรอยโรค ก่อนและหลังการรักษาเป็นเวลา 4 สัปดาห์พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความรุนแรงของรอยโรคก่อนการรักษาไม่แตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.7557$) หลังจากรับการรักษาพบว่ามีความรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.0001$ ระดับความเชื่อมั่น 95% ทั้งสองกลุ่ม แสดงให้เห็นว่ายาทาเพิ่มความชุ่มชื้นสามารถช่วยส่งเสริมการรักษาหลักซึ่งก็คือ สเตียรอยด์ได้ดี ในขณะที่เดียวกันยังมีแนวโน้มสามารถ ลดปริมาณการใช้สเตียรอยด์ อ้างอิงได้จากการทบทวนวรรณกรรมพบมีการใช้ สเตียรอยด์วันละ 1 ครั้ง ร่วมกับยาทาเพิ่มความชุ่มชื้นวันละ 1 ครั้งไม่แตกต่างจากการใช้สเตียรอยด์วันละ 2 ครั้งได้อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ จากการวิจัยสังเกตว่าไม่มีผู้ป่วยรายใดที่มีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นในการวิจัย พบผู้ป่วย 1 ราย เลิกจากการศึกษาวิจัยในกลุ่ม 10% ยูเรียเนื่องจากบิดาของผู้ป่วย มีอาการป่วยหนักเข้า โรงพยาบาลผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นที่ไม่สามารถมาตามนัดเพื่อติดตามอาการต่อเนื่องได้ ในการศึกษา พบว่าผู้ป่วยบางรายมีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น จากการทำกิจวัตรประจำวัน ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ทำให้เกิดความแปรปรวนผลการวิจัย ได้แก่ พบผู้ป่วย 1 รายเป็นพระภิกษุมีความจำเป็นที่จะต้องนั่งขัดสมาธิทุกวัน เป็นระยะเวลาช้านาน ทำให้รอยโรคบริเวณตาตุ่มและเข่า ไม่ค่อยดีขึ้น พบ ผู้ป่วย 1 ราย มีอาชีพเป็นแม่บ้านทำให้ฝ่ามือต้องเสียดสีบ่อย ส่งผลให้รอยโรคกำเริบซ้ำ หลังจากรอย โรคบริเวณฝ่ามือหายเป็นปกติดี แต่ผู้วิจัยได้แนะนำผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงการเสียดสีทำให้รอยโรคหาย ดี แต่ค่อนข้างล่าช้า พบผู้ป่วยบางรายประสบปัญหาในการทายาบางตำแหน่ง เช่น หลัง ศีรษะ ก้น ได้ไม่ทั่วถึง ทำให้รอยโรคหายบางส่วนในบางตำแหน่ง จากการทาวิจัยพบว่าไม่มีผู้ป่วยรายใด เกิดผลข้างเคียง เช่น ระคายเคือง แสบร้อน หลังจากได้รับทั้งยาทาทั้งสารไลโคซาลโคนเอและยูเรีย

เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงรอยโรค (PASI) ที่ลดลงก่อนและหลังการ รักษา ระหว่างกลุ่มโดยสถิติเชิงวิเคราะห์ข้อมูลด้วย Mann Whitney U test

เมื่อนำทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกัน ระหว่างการใช้ 0.25% เดโซซีเมทาโซนร่วมกับไลโค ซาล โคนเอกับ 0.25% เดโซซีเมทาโซนร่วมกับ10%ยูเรียพบว่าความรุนแรงรอยโรคของทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน Sig.(2-tailed) เท่ากับ0.1149 ที่ระดับความเชื่อมั่น95%แต่จากกราฟ เปรียบเทียบ การลดลงของความรุนแรงรอยโรคในช่วงสัปดาห์ที่ 1 2และ4แม้จะเป็นการลดลงที่ ขนานกันแต่ กลุ่มไลโคซาลโคนเอพบว่าลดลงได้มากกว่าในช่วงสัปดาห์ที่4 ผู้วิจัยจึงสันนิษฐาน ว่า ผลสรุปทั้งสอง กลุ่มมีคะแนนความรุนแรงลดลงไม่แตกต่างกัน เพราะในแง่ของการทดลองใน หลอดทดลองกับทาง คลินิก ส่วนหนึ่งอาจไม่มีความจำเป็นที่ผลจะสอดคล้องกันเสมอไป ทำให้ ทั้งสองกลุ่มไม่พบความ แตกต่างได้

5. สรุปผลการวิจัย

การเลือกใช้ยาทาเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นนั้นทั้งโลชั่น 12% โอเมกาที่มีไลโคซาลโคนเอ และโลชั่น 10% ยูเรียร่วมกับสเตียรอยด์ในการรักษาโรคสะเก็ดเงินชนิดแผ่นหนูนหนาไม่แตกต่างกัน

6. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาทดลองเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ป่วยใช้สเตียรอยด์วันละ 2 ครั้งร่วมกับใช้ ยาทาเพิ่มความชุ่มชื้น และใช้สเตียรอยด์วันละ 2 ครั้งเพื่อเปรียบเทียบกับการรักษาตาม มาตรฐาน อาจแสดงให้เห็นประสิทธิผลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรทำการศึกษาในแง่การกลับมากำเริบของโรคซ้ำหลังจากทำการรักษาโรคจน กลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. ควรมีการศึกษาในแง่ให้ยาทาเพิ่มความชุ่มชื้นชนิดไลโคซาลโคนเอและ 10% ยูเรีย เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคซ้ำในระยะยาว

7.รายการอ้างอิง

Bagel, J., Garland, W.T., Breneman, D., Holick, M., Littlejohn, T.W., Crosby, D., Faust, H., Fivenson, D., & Nichols, J. (1998). Administration of DAB389IL-2 to patients with recalcitrant psoriasis: a double-blind, phase II multicenter trial. *J Am Acad Dermatol*, 38, 938-944.

Bowcock, A., & Krueger, J. (2005). Getting under the skin: the immunogenetics of psoriasis. *Nat Rev Immunol*, 5, 699-711.

Cesare, D.A., Meglio, P.D., & Nestle, F.O. (2009). The IL-23/Th17 Axis in the Immunopathogenesis of Psoriasis. *J Invest Dermatol*, 129, 1339-1350.

Douglas, W.S., Poulin, Y., Decroix, J., Ortonne, J.P., Mrowietz, U., Gulliver, W., Krogstad, A.L., Latsen, F.G., Iglesias, L., Buckley, C., & Bibby, A.J. (2002). A new calcipotriol/betamethasone formulation with rapid onset of action was superior to

monotherapy with betamethasone dipropionate or calcipotriol in psoriasis vulgaris. *Acta Derm Venereol*, 82, 131-135.

- Fluhr, J.W., Cavallotti, C., & Berardesca, E. (2008). Emollients, moisturizers, and keratolytic agents in psoriasis. *Clin dermatol*, 26(4), 380-386.
- Guenther, L., Cambazard, F., Van de Kerkhof, P.C.M., Snellman, E., Kragballe, K., Chu, A.C., Tegner, E., Garcia-Diez, A., & Springborg, J. (2002). Efficacy and safety of a new combination of calcipotriol and betamethasone dipropionate (once or twice daily) in the treatment of psoriasis vulgaris: a randomized, double-blind, vehicle-controlled clinical trial. *Br J Dermatol*, 147, 316-323.
- Hagemann, I., & Proksch, E. (1996). Topical treatment by urea reduces epidermal hyperproliferation and induces differentiation in psoriasis. *Acta Derm Venerol (Stockh)*, 76, 353-356.
- Kragballe, K., Barnes, L., Hamberg, K.J., Hutchinson, P., Murphy, F., Moller, S., Ruzick, T., & Van de Kerkhof, P.C.M. (1998). Calcipotriol cream with or without concurrent topical corticosteroid in psoriasis: tolerability and efficacy. *Br J Dermatol*, 139, 649-654.
- Lahfa, M., Mrowietz, U., Koenig, M., & Simon, J.C. (2003). Calcitriol ointment and clobetasol propionate cream: a new regimen for the treatment of plaque psoriasis. *Eur J Dermatol*, 13, 261-265.
- Mueller, W., & Hermann, B. (1979). Cyclosporin A for psoriasis. *N Engl J Med*, 301, 555
- Nickoloff, B.J. (2000). Characterization of lymphocyte-dependent angiogenesis using a SCID mouse: human skin model of psoriasis. *J Invest Dermatol Symp Proc*, 67-73.
- Norris, D.A. (2005). Mechanisms of action of topical therapies and the rationale for combination therapy. *J Am Acad Dermatol*, 53(1), S17-25.
- Ortonne, J.P., Kaufmann, R., Lecha, M., & Goodfield M. (2004). Efficacy of treatment with calcipotriol/betamethasone dipropionate followed by calcipotriol alone compared with tacalcitol for the treatment of psoriasis vulgaris: a randomized, double-blind trial. *Dermatology*, 209, 308-313.
- Proksch, E. (2008). The role of emollients in the management of diseases with chronic dry skin. *Skin Pharmacol Physiol*, 21(2), 75-80.

- Schlaak, J.F., Buslau, M., Jochum, W., Hermann, E., Girndt, M., Gallati, H., Meyer zum Büschenfelde, K.H., & Fleischer, B. (1994). T cell involved in psoriasis vulgaris belong to the Th1 subset. *J invest Dermatol*, 102, 145-149.
- Tsukiyama, R.I., Katsura, H., Tokuriki, N., & Kobayashi, M. (2002). Antibacterial activity of Licochalcone A against Spore-forming bacteria. *Antimicrob Agents Chemother*, 46(5), 1226-1230.
- Uyemura, K., Yamamura M., Fivenson, D.F., Modlin, R.L., & Nickoloff, B.J. (1993). The cytokine network in lesional and lesional-free psoriatic skin is characterized by a T-helper type 1 cell-mediated response. *J invest Dermatol*, 101, 701-705.
- van de Kerkhof, P.C. (2004). The impact of a two-compound product containing calcipotriol and betamethasone dipropionate (Daivobet/Dovobet) on the quality of life in patients with psoriasis vulgaris: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol*, 151, 663-668.
- van Rossum, M.M., van Erp, P.E.J., & van de Kerkhof, P.C.M. (2001). Treatment of psoriasis with a new combination of calcipotriol and betamethasone dipropionate: a flow cytometric study. *Dermatology*, 203, 148-152.
- Watsky, K.L., Freije, L., Leneveu, M.C., Wenck, H.A., & Leffel, D.J. (1992). Water-in-oil emollients as steroid-sparing adjunctive therapy in the treatment of psoriasis. *Cutis*, 50(5), 383-386.
- Ziegler, H.L., Hansen, H.S., Staerk, D., Christensen, S.B., Hagerstrand, H., & Jaroszewski, J.W. (2004). The antiparasitic compound licochalcone A is a potent echinocytogenic agent that modifies the erythrocyte membrane in the concentration range where antiplasmodial activity is observed. *Antimicrob Agents Chemother* 48, 4067-4071.
- Zulfakar, M.H., Edwards, M., & Heard, C.M. (2007). Is there a role for topically delivered eicosapentaenoic acid in the treatment of psoriasis?. *Eur J Dermatol*, 17(4), 284-291.