



การพัฒนารูปแบบ

การบริการผู้ป่วย

โรคสะเก็ดเงิน

สำหรับสถานบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพ





คู่มือ

แนวทางการพัฒนารูปแบบ การบริการผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

สำหรับสถานบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพ



สถาบันโรคผิวหนัง
INSTITUTE OF DERMATOLOGY

คู่มือ แนวทางการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน
สำหรับสถานบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพ

ISBN: 978-616-8322-97-0

พิมพ์ครั้งที่ 1: กันยายน 2567 จำนวนพิมพ์ 200 เล่ม

จัดทำโดย

สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
456 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ : 0-2354-5222 โทรสาร : 0-2644-9333
www.iod.go.th

คำนำ

โรคสะกดเงิน เป็นโรคผิวหนังที่พบได้ทุกเชื้อชาติ พบได้เท่าๆ กันในทั้งเพศชายและเพศหญิง ปัญหาของโรคสะกดเงินในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมินั้นพบด้วยกันหลายอย่าง เช่น แพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านโรคผิวหนังที่กระจายตัวไม่ครบทุกจังหวัดในประเทศ เรื่องของการขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับตัวโรคสะกดเงิน ปัจจัยกระตุ้นโรค การประเมินความรุนแรงของโรค ลักษณะผื่นรอยโรค ทำให้เกิดการวินิจฉัยโรคผิวหนังที่ไม่ถูกต้องจำนวนมาก อีกทั้งเรื่องของการขาดยาที่เฉพาะเจาะจงในการรักษาของโรคสะกดเงิน ทำให้ผู้ป่วยโรคสะกดเงินเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หรือโรงเรียนแพทย์จำนวนมาก เกิดปัญหาเรื่องความแออัดในโรงพยาบาล ระยะเวลารอคอยในการเข้ารับบริการบริการค่อนข้างสูง รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการเดินทางไปรักษา ผู้ป่วยโรคสะกดเงินในประเทศไทย ร้อยละ 75 มีระดับความรุนแรงของโรคสะกดเงินอยู่ในระดับรุนแรงน้อย (Mild) และ ร้อยละ 25 มีระดับความรุนแรงของโรคสะกดเงินอยู่ในระดับรุนแรงปานกลางถึงมาก (Moderate to Severe) ในผู้ป่วยโรคสะกดเงินที่มีระดับความรุนแรงน้อยซึ่งเป็นกลุ่มคนใช้ส่วนใหญ่ สามารถให้การดูแลรักษาหลักด้วยยาทาชนิดต่างๆ ร่วมกับการควบคุมปัจจัยภายนอกที่มากระตุ้นโรค จึงสามารถที่จะให้การดูแลรักษาโรคสะกดเงินที่มีระดับความรุนแรงน้อยในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิได้ ซึ่งจะช่วยลดทั้งความแออัดลดระยะเวลารอคอย รวมทั้งประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของคนไข้ได้ นอกจากนี้อาจจะช่วยในการประเมินภาวะโรคร่วม เช่น โรคข้ออักเสบสะกดเงิน โรคอ้วนลงพุง หรือ ภาวะซึมเศร้า ได้รวดเร็วมากขึ้นมีการจัดการได้ทันทั่วถึง และสามารถควบคุมผื่นที่มีความรุนแรงน้อยได้

สถาบันโรคผิวหนังเป็นหน่วยงานแพทย์เฉพาะทางในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้เห็นความสำคัญของปัญหาในการให้บริการรักษา โรคสะเก็ดเงินในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ จึงได้ร่วมมือกับ สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย และโรงพยาบาลบางปะอิน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในการจัดทำคู่มือแนวทางการพัฒนารูปแบบ การบริการผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน สำหรับสถานบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพ เพื่อใช้เป็นคู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในพื้นที่ของตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์

สารบัญ

บทนำ	7
สถานการณ์และความรู้เบื้องต้นโรคสะเก็ดเงิน	7
1. สถานการณ์โรคสะเก็ดเงิน	7
2. ความรู้เรื่องโรคสะเก็ดเงิน	10
3. โรคร่วมสะเก็ดเงิน (Medical Comorbidities Associated with Psoriasis)	15
4. การประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน	17
5. วิธีการรักษาโรคสะเก็ดเงิน	18
บทที่ 1	21
แนวทางการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน	19
1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในโรงพยาบาลชุมชน แม่ข่ายบริการโรคสะเก็ดเงิน	19
2. รูปแบบการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนบริการโรคสะเก็ดเงิน (ไม่มีแพทย์ผิวหนัง)	22
3. รูปแบบการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนบริการโรคสะเก็ดเงิน (มีแพทย์ผิวหนัง)	25
บทที่ 2	
บทบาทของสถานบริการสุขภาพเครือข่ายบริการโรคสะเก็ดเงิน	27
บทที่ 3	29
การกระจายตัวของ ตจวแพทย์ (แพทย์ພົວພັນ) และเครื่องฉายแสงอาทิตย์เทียม	29
1. การกระจายตัวของแพทย์ผิวหนังในเขตสุขภาพ	29
2. เครื่องฉายแสงอาทิตย์เทียม	31
บทที่ 4	36
แนวทางการให้การรักษาและคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน	36
1. การรักษาโดยการทายา (Topical Treatment)	40
2. การรักษาโดยใช้ยารับประทาน (Systemic Treatment)	42
3. การดูแลแบบประคับประคอง (Supportive Treatment)	43
4. การใช้เครื่องมือพิเศษ (Special Treatment)	45
5. การดูแลตนเองโดยทั่วไป	50

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	จำนวนผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 – 2565	9
ตารางที่ 2	เปรียบเทียบจำนวนตจแพทย์ (สังกัดภาครัฐ) ในเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2563 เทียบกับ ปีงบประมาณ 2566	30
ตารางที่ 3	แสดงเครื่องฉายแสงอาทิตย์เทียมในเขตสุขภาพ	32

สารบัญรูปภาพ

รูปที่ 1	สะเก็ดเงินชนิดปื้นหนา (Plaque Psoriasis)	12
รูปที่ 2	สะเก็ดเงินชนิดหยดน้ำ (Guttate Psoriasis)	13
รูปที่ 3	สะเก็ดเงินชนิดตุ่มหนอง (Pustular Psoriasis)	13
รูปที่ 4	สะเก็ดเงินชนิดผื่นแดงทั่วตัว (Erythrodermic Psoriasis)	14
รูปที่ 5	เล็บสะเก็ดเงิน (Psoriatic Nails)	15
รูปที่ 6	แนวทางการดูแลผู้ป่วยสะเก็ดเงินในโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย บริการโรคสะเก็ดเงิน	16
รูปที่ 7	รูปแบบการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนบริการโรคสะเก็ดเงิน (ไม่มีแพทย์ผิวหนัง)	21
รูปที่ 8	รูปแบบการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนบริการโรคสะเก็ดเงิน (มีแพทย์ผิวหนัง)	24
รูปที่ 9	บทบาทของสถานบริการสุขภาพเครือข่ายบริการโรคสะเก็ดเงิน	26
รูปที่ 10	แผนที่แสดงการกระจายตัวของตจแพทย์ในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566	28
รูปที่ 11	แผนที่แสดงการกระจายเครื่องฉายแสงอาทิตย์เทียมในประเทศไทย ปี 2565	31
รูปที่ 12	ขั้นตอนการบริหารดูแลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โดยพยาบาล	35

บทนำ

สถานการณ์และความรู้เบื้องต้นโรคสะเก็ดเงิน

1. สถานการณ์โรคสะเก็ดเงิน

โรคสะเก็ดเงินพบได้ทุกเชื้อชาติ ของจำนวนประชากรทั้งหมด พบได้เท่าๆ กันในทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยพบได้บ่อยใน 2 ช่วงอายุ คือช่วงอายุน้อย (20-29 ปี) และอายุมาก (50-59 ปี)^(1,2) สถานการณ์ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินจาก Health Data Center เมื่อปี พ.ศ.2565 พบว่ามีผู้ป่วยทั้งหมด 1,763,779 คน (คิดเป็น 2.67% ของประชากรไทย) รายละเอียดดังตารางที่ 1

จากข้อมูลจากเวชสถิติสถาบันโรคผิวหนังพบว่าผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่เข้ารับบริการการรักษา ส่วนใหญ่จะเข้ารับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หรือโรงเรียนแพทย์มากกว่าโรงพยาบาลในระดับปฐมภูมิ โดยพบว่าจากข้อมูลของโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง มีผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมารักษามากที่สุดเป็นลำดับที่ 1 สำหรับสถาบันโรคผิวหนัง มีผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมากเป็นลำดับที่ 3 ของผู้ป่วยทั้งหมด ปัญหาของโรคสะเก็ดเงินในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมินั้นพบด้วยกันหลายอย่าง เช่น แพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านโรคผิวหนังที่กระจายตัวไม่ครบทุกจังหวัดในประเทศ เรื่ององค์ความรู้เกี่ยวกับตัวโรคสะเก็ดเงิน ปัจจัยกระตุ้นโรค การประเมินความรุนแรงของโรค ลักษณะผื่นรอยโรค ทำให้เกิดการวินิจฉัยโรคผิวหนังคลาดเคลื่อนจำนวนมาก อีกทั้งเรื่องของการขาดยาที่เฉพาะเจาะจงในการรักษาของโรคสะเก็ดเงิน เช่น ยาสำหรับทารอยโรคสะเก็ดเงินยากดภูมิต้านทานชนิดต่างๆ รวมทั้งเครื่องฉายแสงอาทิตย์เทียม และยาชีวโมเลกุล ทำให้ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

หรือโรงเรียนแพทย์จำนวนมาก เกิดปัญหาเรื่องความแออัดในโรงพยาบาล
ระยะเวลารอคอยในการเข้ารับบริการค่อนข้างสูง รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้
ในการเดินทางไปรับการรักษา

จากการศึกษาปี พ.ศ.2556 ได้มีการสำรวจข้อมูลโรคสะเก็ดเงินใน
ประเทศไทยภายใต้โครงการ Psoriasis Registry ⁽³⁾ ซึ่งรวมข้อมูลจากสถาบัน
โรคผิวหนังและโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์ในการรักษาโรคผิวหนังอีก 32 แห่ง
ในประเทศไทย พบว่า 75% ของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในประเทศไทย มีระดับ
ความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินอยู่ในระดับรุนแรงน้อย (Mild) และ 25% มีระดับ
ความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินอยู่ในระดับรุนแรงปานกลางถึงมาก (Moderate
to Severe) ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีระดับความรุนแรงน้อยซึ่งเป็นกลุ่มคนไข้
ส่วนใหญ่ สามารถให้การดูแลรักษาหลักด้วยยาทาชนิดต่างๆ ร่วมกับการควบคุม
ปัจจัยภายนอกที่มากกระตุ้นโรค จึงสามารถที่จะให้การดูแลรักษาโรคสะเก็ดเงิน
ที่มีระดับความรุนแรงน้อยในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิได้ ซึ่งจะ
ช่วยลดทั้งความแออัด ลดระยะเวลารอคอย รวมทั้งประหยัดค่าใช้จ่ายในการ
เดินทางของคนไข้ได้ นอกจากนี้อาจจะช่วยในการประเมินภาวะโรคร่วม เช่น
โรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน โรคอ้วนลงพุง หรือ ภาวะซึมเศร้า ได้รวดเร็วมากขึ้นมี
การจัดการได้ทันทั่วทั้งที่ และสามารถควบคุมพื้นที่ที่มีความรุนแรงน้อยได้

จากการศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยสะเก็ดเงินในประเทศไทย
ระหว่างปี พ.ศ.2548 - 2551 จากจำนวนผู้ป่วย 11,548 ราย พบว่า อัตราการ
เกิดโรค เพศชายต่อเพศหญิง 1.3:1 อายุเฉลี่ยในการเกิดโรค 32.88 ปี (1 เดือน
- 87 ปี) เพศหญิงมี Early Age of Onset เร็วกว่าเพศชาย (เพศหญิง 29.41 ปี,
เพศชาย 35.33 ปี; $p < 0.001$) ผู้ป่วยมีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวเป็น
โรคสะเก็ดเงิน 21% โดย 71% เป็น First - Degree Relatives และ 54% เป็น
Second-Degree Relatives โดยผู้ป่วยที่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวเป็น
โรคสะเก็ดเงินจะมี Early Age of Onset (29.36 ปี) เร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติ
โรคสะเก็ดเงินในครอบครัว (33.88 ปี) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ^(4,5)

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในประเทศไทย (คน) ปี พ.ศ. 2561 – 2565

ข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วย	ปี 61		ปี 62		ปี 63		ปี 64		ปี 65		รวม	ร้อยละ
เพศ	IPD	OPD	IPD	OPD	IPD	OPD	IPD	OPD	IPD	OPD		
ชาย	2,738	34,676	993	11,383	995	11,342	9,470	1,003,590	9,822	982,649	2,067,658	55.20
หญิง	997	25,173	3,952	55,227	1,432	52,887	4,738	762,285	5,253	766,055	1,677,999	44.80
จำแนกโรค												
L400 Psoriasis vulgaris	254	19,711	314	22,444	337	22,359	886	623,595	1,033	612,450	1,303,383	34.80
L401 Generalized pustular psoriasis	117	802	140	949	151	1,011	409	28,220	336	27,276	59,411	1.59
L402 Acrodermatitis continua	5	105	4	172	3	124	70	2,591	7	2,654	5,735	0.15
L403 Pustulosis palmaris et plantaris	46	392	74	413	54	365	160	8,031	143	6,791	16,469	0.44
L404 Guttate psoriasis	12	946	5	979	12	938	38	24,135	55	23,976	51,096	1.36
L405 Arthropathic psoriasis	84	1,209	141	1,588	145	1,707	463	65,053	484	72,272	143,146	3.82
L408 Other psoriasis	47	2,816	76	3,198	59	3,115	195	89,200	254	81,316	180,276	4.81
L409 Psoriasis\, unspecified	3,170	33,868	4,191	36,867	1,480	34,610	11,987	925,050	12,763	921,969	1,985,955	53.02
รวม	3,735	59,849	4,945	66,610	2,241	64,229	14,208	1,765,875	15,075	1,748,704	3,745,471	100.00

ที่มา : ฐานข้อมูล Health Data Center; HDC* กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 8 กันยายน 2566

ฐานข้อมูล HDC* คือ ข้อมูลที่ได้จากการรายงานของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่รวมข้อมูลจากโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2. ความรู้เรื่องโรคสะกิดเงิน

2.1 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค

ปัจจัยทางพันธุกรรม ในแฝดไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic Twins) พบการเกิดโรคสะกิดเงินจะเพิ่มขึ้น 2 - 3 เท่า เมื่อเทียบกับแฝดไข่คนละใบ (Dizygotic Twins) ซึ่งช่วยสนับสนุนว่าปัจจัยทางพันธุกรรมมีส่วนสำคัญในการเกิดโรคสะกิดเงิน⁽⁶⁾ ผู้ป่วยสะกิดเงินมีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคด้วย 35% มีการศึกษาในประเทศเยอรมันพบว่าถ้ามีทั้งพ่อและแม่เป็นโรคสะกิดเงิน ลูกมีโอกาสที่จะเป็นโรค 41% ถ้ามีทั้งพ่อหรือแม่เป็นโรคสะกิดเงิน ลูกมีโอกาสที่จะเป็นโรค 14 % แต่ถ้ามีญาติ พี่น้องเป็นโรคสะกิดเงินโอกาสที่จะเป็นโรคสะกิดเงินแค่ 6%⁽⁷⁾

โรคสะกิดเงินยังมีความสัมพันธ์กับ Human Leukocyte Antigen (HLA) โดยเฉพาะ HLA-Cw6 โดยพบว่าคนผิวขาวและคนญี่ปุ่นที่มี HLA- Cw6 มีความเสี่ยงสัมพันธ์ในการเกิดโรค 13 เท่า และ 25 เท่าตามลำดับ HLA-Cw6 ยังมีความสัมพันธ์กับอายุที่เริ่มแสดงอาการโรคโดยพบ HLA-Cw6 ใน 90% ของผู้ป่วยที่มีอาการแสดง Early - Onset และ 50% ที่มีอาการแสดง Late - Onset แต่พบ HLA-Cw6 ร้อยละ 7 ของประชากรปกติ ทำให้มีการแบ่งโรคสะกิดเงินออกเป็น Type I ซึ่งมี HLA - Cw6 Expression อาการแสดงออก Early - Onset และมีประวัติครอบครัวเป็นโรคสะกิดเงิน ผู้ป่วยมักมีผื่นกระจายทั่วร่างกายและกลับเป็นซ้ำได้บ่อยส่วน Type II ไม่มี HLA - Cw6 Expression อาการแสดงออก Late - Onset และไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคสะกิดเงิน⁽⁸⁾

ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมจากภายนอก เชื่อว่าเริ่มต้นจากมีสิ่งกระตุ้น เช่น การเสียดสี การกระทบกระแทก แทะเกาบาดแผล พักผ่อนไม่เพียงพอ ความเครียด การดื่มสุรา สูบบุหรี่ โรคติดเชื้อ คออักเสบ ยาลดความดันชนิดต้านเบต้า ยาทางจิตเวช ยาต้านมาลาเรีย การขาดยารักษา และอื่นๆ ที่ยังไม่ทราบแน่ชัดเป็นจุดเริ่มต้นกระบวนการกระตุ้นเซลล์ทางระบบภูมิคุ้มกันของ

ร่างกาย (Innate Immune Cells เช่น Plasmacytoid, Dendritic Cells, Natural killer cells, Keratinocytes) เซลล์เหล่านี้จะหลั่ง Cytokines (Interferon α , Tumor Necrosis Factor α , Interleukin -1 β , Interleukin-6) ไปกระตุ้นเซลล์ Myeloid Dendritic Cells ซึ่งเซลล์นี้จะไปกระตุ้น Naive T Cells (T-naive) ใน Lymph Nodes ให้มี Differentiate กลายเป็นเซลล์ T helper Type 17 (TH17) / Tcytotoxic Type 17 (Tc17), และ T helper Type 1 (TH1) / Tcytotoxic Type 1 (Tc1) ที่ผิวหนังโดยอาศัย IL-12 and IL-23 ตามลำดับ TH17 และ TH1 ที่ผิวหนังจะหลั่ง IL-17A, IL-17F, IL-22 จาก TH17/ Tc17 และ IFN - γ , TNF - α จาก TH1/Tc1 ตามลำดับมากระตุ้นเซลล์ Keratinocyte ให้มีการแบ่งตัวมากขึ้น ทำให้เกิดเป็นผื่นแดงหนาเซลล์ Keratinocyte ที่ถูกกระตุ้นจะหลั่ง Cytokine และ Chemokine ต่างๆ มากกระตุ้นเป็นวงจรซ้ำเดิมต่อไป^(9, 10)

ชนิดของโรคสะเก็ดเงิน

โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis) เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของผิวหนัง พบได้ประมาณร้อยละ 1-2 ของประชากร⁽¹¹⁾ สาเหตุของการเกิดโรคมียังไม่ชัดเจนทางพันธุกรรมและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมจากภายนอกมาเกี่ยวข้องทำให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด T-helper 17 ทำงานผิดปกติ มีการหลั่งสารที่ทำให้เกิดการอักเสบ เช่น Tumor Necrosis Factor- (TNF), Interleukin (IL) 12/23, IL-17, IL 23 และเกิดการแบ่งตัวของเซลล์ผิวหนังชั้นกำพร้าที่รวดเร็วผิดปกติ⁽¹²⁾ ผู้ป่วยมักจะมีประวัติเป็นผื่นเรื้อรังเป็นๆ หายๆ อาจจะมีหรือไม่มีอาการคัน บางรายมีประวัติคนในครอบครัวเป็นสะเก็ดเงินร่วมด้วย ผื่นมักเกิดขึ้นตาม ตำแหน่งที่มีการกระแทก แคะ แกะ (Koebner Phenomenon) ผื่นอาจกำเริบได้ภายหลัง

ภาวะติดเชื้ความเครียด หรือหลังได้รับยาบางชนิด เช่น Lithium, Antimalarial Drug, Beta-blocker, Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs) และ Alcohol บางครั้งพบความผิดปกติของเล็บและข้อร่วมด้วย ผื่นสะเก็ดเงิน มีได้หลายลักษณะ ได้แก่

1. สะเก็ดเงินชนิดปื้นหนา (Plaque Psoriasis)



รูปที่ 1 สะเก็ดเงินชนิดปื้นหนา (Plaque Psoriasis)

เป็นผื่นผิวหนังสะเก็ดเงินที่พบบ่อยที่สุดพบประมาณร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยทั้งหมด⁽¹³⁾ ผื่นมีลักษณะผื่นแดงหนา ขอบเขตชัด สะเก็ดหนา ขุยมาก ขนาดตั้งแต่ 1 เซนติเมตรขึ้นไป พบบ่อยบริเวณหนังศีรษะ ลำตัว ก้นและแขนขาทั้งสองข้าง โดยเฉพาะบริเวณ Extensor เช่น ข้อศอก เข่า เป็นต้น ประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วย มีความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง เพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่มีความรุนแรงปานกลางถึงมาก คือมีผื่นทั่วร่างกาย มากกว่าร้อยละ 10 ของพื้นที่ผิวร่างกายทั้งหมด หรือมีผื่นในตำแหน่งที่สำคัญ เช่น มือ เท้า หน้า และอวัยวะเพศ เป็นต้น⁽¹⁴⁾ บางครั้งเมื่อแกะขูดหนาสีขาวบนผื่นแดงออกจะพบจุดเลือดออกบนรอยผื่น (Auspitz's sign)

2. สะเก็ดเงินชนิดหยดน้ำ (Guttate Psoriasis)



รูปที่ 2 สะเก็ดเงินชนิดหยดน้ำ (Guttate Psoriasis)

เป็นสะเก็ดเงินที่มีผื่นเป็นตุ่มแดงมีขุย (Fine scale) ตุ่มมีขนาดเล็กไม่เกิน 1 เซนติเมตร บริเวณลำตัว ต้นแขน ต้นขา เป็นชนิดที่พบได้บ่อยเป็นอันดับที่สองของผู้ป่วยทั้งหมดรองจาก Chronic Plaque Psoriasis ผู้ป่วยมักมีอายุน้อยกว่า 30 ปี และอาจมีประวัติการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โดยเฉพาะ Group A Beta Hemolytic Streptococci นำมาก่อนประมาณ 2-3 สัปดาห์ อาจเป็นอาการครั้งแรกของผู้ป่วยหรือเป็นการกำเริบในผู้ป่วย Plaque Psoriasis⁽¹³⁾ ที่มีอาการมานานก็ได้

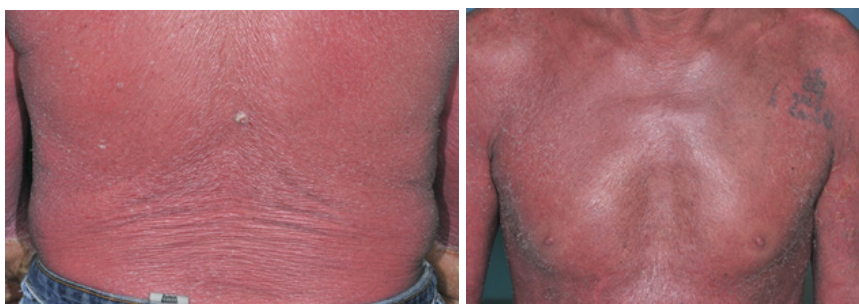
3. สะเก็ดเงินชนิดตุ่มหนอง (Pustular Psoriasis)



รูปที่ 3 สะเก็ดเงินชนิดตุ่มหนอง (Pustular Psoriasis)

ผื่นมีลักษณะเป็นตุ่มหนอง แบ่งได้เป็น Generalized Pustular Psoriasis เป็นโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงที่มีตุ่มหนองกระจายทั่วตัว ผิวหนังมีการอักเสบแดง หรือ Localized Pustular Psoriasis มักพบบริเวณ ฝ่ามือ ฝ่าเท้า โดยอาจมี Plaque Psoriasis นำมาก่อนเกิดขึ้นพร้อมกัน หรือเกิดตามหลังได้⁽¹⁵⁾

4. สะเก็ดเงินชนิดผื่นแดงทั่วตัว (Erythrodermic Psoriasis)



รูปที่ 4 สะเก็ดเงินชนิดผื่นแดงทั่วตัว (Erythrodermic Psoriasis)

เป็นผื่นที่มีลักษณะแดงเกือบทั่วพื้นที่ผิวทั้งหมดของร่างกาย มีปริมาณขุยที่แตกต่างกันไป อาจพัฒนาจาก Plaque Psoriasis หรือเกิดขึ้นแบบเฉียบพลันโดยไม่มีรอยโรคชนิดอื่นนำมาก่อน นอกจากนี้อาจพบไข้สูง อ่อนเพลีย หนาวสั่น และการสูญเสียน้ำและโปรตีนในร่างกาย (Dehydration and Hypoalbuminemia) ร่วมด้วยได้^(13,15)

5. สะเก็ดเงินบริเวณซอกพับ (Inverse Psoriasis)

คือสะเก็ดเงินที่เกิดขึ้นที่บริเวณซอกพับของร่างกาย เช่น รักแร้ อวัยวะเพศ ขาหนีบ และใต้ราวนม เป็นต้น เนื่องจากบริเวณเหล่านี้มีความอับชื้นอยู่แล้วจึงพบ มีขุยหรือสะเก็ด^(13,15)

6. เล็บสะเก็ดเงิน (Psoriatic Nails)

ความผิดปกติของเล็บสามารถพบได้ในโรคสะเก็ดเงินทุกประเภท พบที่ นิ้วมือน้อยกว่าที่นิ้วเท้าความ ผิดปกติที่พบ ได้แก่ เล็บมีหลุม (Pitting), เล็บร่อน (Onycholysis), ใต้เล็บหนา (Subungual Hyperkeratosis) และจุดสีน้ำตาลใต้เล็บ (Oil-drop Sign) ซึ่งการมีเล็บผิดปกติร่วมด้วยในบางครั้งอาจสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการมีข้ออักเสบสะเก็ดเงิน^(13,15)



รูปที่ 5 เล็บสะเก็ดเงิน (Psoriatic Nails)

3. โรคร่วมสะเก็ดเงิน (Medical Comorbidities Associated with Psoriasis)

โรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน (Psoriatic Arthritis)

โรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินจัดอยู่ในกลุ่มโรคของ Seronegative Spondyloarthropathies ความชุกของโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงินของผู้ป่วย โรคสะเก็ดเงินอยู่ที่ร้อยละ 35.5⁽¹⁶⁾ โดยอัตราส่วนของเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน ช่วงอายุที่พบบ่อยคือ 35-55 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.5)

จะมีอาการแสดงทางผิวหนังเกิดก่อนอาการข้ออักเสบ⁽¹⁷⁾ เฉลี่ยเป็นระยะเวลาประมาณ 5 ปี⁽¹⁸⁾ ลักษณะอาการของข้ออักเสบสะเก็ดเงิน มีอาการแสดงได้หลายรูปแบบ รูปแบบที่พบบ่อยที่สุดคือการอักเสบของข้ออย่างจำกัดจำนวน 2-3 ข้อแบบไม่สมมาตร (Asymmetric Oligoarthritis) โดยเฉพาะที่นิ้วมือหรือนิ้วเท้า อาจพบอาการแสดงของ Dactylitis ซึ่งเห็นลักษณะเป็นนิ้วบวมแดง คล้ายไส้กรอก (Sausage Digit) สำหรับรูปแบบของข้ออักเสบสะเก็ดเงินอื่น ๆ ประกอบด้วย ข้อปลายนิ้วมืออักเสบอย่างเดียว (Distal Interphalangeal joint) ข้ออักเสบหลายข้อแบบสมมาตร (Symmetric Polyarthritis) ข้อกระดูกสันหลังอักเสบ (Spondylitis) และข้ออักเสบอย่างรุนแรงจนเกิดความผิดปกติ (Arthritis Mutilans)



รูปที่ 6 ข้ออักเสบสะเก็ดเงิน (Psoriatic Arthritis)

กลุ่มอาการอ้วนลงพุง (Metabolic Syndrome)

กลุ่มอาการอ้วนลงพุงเป็นกลุ่มอาการซึ่งประกอบด้วยภาวะ 5 อย่าง โดยผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจะต้องเข้าเกณฑ์อย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อดังต่อไปนี้ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยกลุ่มอาการอ้วนลงพุงของ Asian Modified NCEP ATP III Criteria⁽¹⁹⁾

- 
1. ภาวะอ้วนลงพุง (เส้นรอบเอว ≥ 80 cm. ในเพศหญิง หรือ ≥ 90 cm. ในเพศชาย)
 2. ความดันโลหิตสูง ($\geq 130/85$ mm Hg)
 3. น้ำตาลในเลือดสูง (≥ 100 mg/dL)
 4. ไขมัน HDL ต่ำ (< 50 mg/dL ในเพศหญิง หรือ < 40 mg/dL ในเพศชาย)
 5. ไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง (≥ 150 mg/dL)

ปัญหาทางสุขภาพจิต (Mental Health)

เนื่องจากผื่นผิวหนังโรคสะเก็ดเงินมองเห็นได้ชัดจากภายนอกและในบางครั้งก่อให้เกิดผลกระทบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีความรุนแรงของผื่นระดับปานกลางถึงมาก การพูดคุยกับผู้ป่วยจะสามารถทำให้ประเมินความรุนแรงของผลกระทบทางจิตใจได้ การให้ความใส่ใจและการให้กำลังใจกับผู้ป่วยจะทำให้ภาวะทางจิตจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น มีหลักฐานสนับสนุนมากมายว่าการรักษาผื่นสะเก็ดเงินให้ดีขึ้นจะทำให้สุขภาพทางจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น ^(21,20)

4. การประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน

การประเมินโดยใช้ Body Surface Area (BSA)

เป็นการประเมินความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงินโดยเปรียบเทียบพื้นที่ผื่นกับพื้นที่ผิวหนังของร่างกาย วิธีการประเมินกระทำโดยใช้ฝ่ามือ (ตั้งแต่ข้อมือถึงปลายนิ้ว) ของผู้ป่วยเป็นเครื่องวัด โดยกำหนดให้ 1 ฝ่ามือของผู้ป่วยเทียบเท่ากับร้อยละ 1 ของพื้นที่ผิวหนังทั้งหมด ผู้ป่วยที่มีพื้นที่ของผื่นสะเก็ดเงิน 5-10%, $>10\%$ BSA จะถือเป็น ผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่มีความรุนแรงปานกลางถึงมาก ข้อจำกัดของการประเมินโดย BSA คือ อาจมีความแตกต่างกันมากในผู้ประเมินแต่ละคน โดยเฉพาะผู้ประเมินที่ไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมมา นอกจากนี้ การประเมินโดยใช้ BSA ยังไม่ได้คำนึงถึงลักษณะองค์ประกอบอื่นของ

ความรุนแรงของผื่น เช่น ความแดง (Erythema), ความหนา (Induration) และ ความเป็นขุย (Scaling) และ ตำแหน่งที่อาจเกิดผลกระทบกับจิตใจ หรือคุณภาพชีวิต^(17,22)

การประเมินโดยใช้คะแนน Psoriasis Area and Severity Index (PASI)

เป็นการประเมินความรุนแรงของผื่นโดยคำนวณจากความแดง (Erythema) ความหนา (Induration) ความเป็นขุย (Scaling) ของผื่น และ พื้นที่ของผื่นตามร่างกาย (BSA Involvement) คะแนน PASI จะมีคะแนน เริ่มตั้งแต่ 0-72 คะแนน ผู้ป่วยที่มีคะแนน PASI 5-10, >10 จะถือเป็นผู้ป่วย โรคสะเก็ดเงินที่มีความรุนแรงปานกลางถึงมาก

เนื่องจาก PASI มีวิธีการคำนวณที่ค่อนข้างซับซ้อนจึงไม่ค่อยนิยมนำมาใช้ในเวชปฏิบัติทั่วไปแต่ได้ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในงานวิจัย นอกจากนี้ ถ้าผู้ป่วยมีผื่นสะเก็ดเงินที่รุนแรงน้อยโดยเฉพาะผื่นสะเก็ดเงินที่ <3% BSA จะทำให้คะแนน PASI ไม่สามารถบอกความรุนแรงของโรคได้นัก อีกทั้ง PASI ยังไม่สามารถใช้ประเมินความรุนแรงของสะเก็ดเงินที่เล็บ ฝ่ามือ ฝ่าเท้า อวัยวะเพศ เนื่องจากไม่ได้คำนึงรวมถึงความรุนแรงของผื่นที่เห็นชัดจากภายนอกซึ่ง อาจทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากกว่าบริเวณอื่น^(17,22)

5. วิธีการรักษาโรคสะเก็ดเงิน

1. ยาทาภายนอก เช่น ยาทาสเตียรอยด์ ยาทากลุ่ม วิตามินดี ยาทากลุ่มน้ำ มันดิน ยาทา Dithranol (Anthralin)
2. ยารับประทาน เช่น Methotrexate, Retinoid, Cyclosporine
3. การฉายแสงอาทิตย์เทียม เช่น Narrow band UVB, PUVA
4. ยาฉีดชีวโมเลกุล เช่น Infliximab, Etanercept, Ustekinumab, Adalimumab, Brodalumab Secukinumab, Ixekizumab, Guselkumab

บทที่ 1

แนวทางการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย บริการโรคสะเก็ดเงิน

การดำเนินงานให้บริการผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในโรงพยาบาลแม่ข่ายบริการโรคสะเก็ดเงิน มีแนวทางการดำเนินงาน 2 รูปแบบ คือ ในโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีแพทย์ผิวหนัง กับโรงพยาบาลที่มีแพทย์ผิวหนัง ซึ่งมีขั้นตอนการให้บริการที่แตกต่างกันดังแสดงในรูปที่ 7, 8 และชุมชน สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสะเก็ดเงินต้องมีการประเมินปัจจัยเสี่ยง ประเมินโรคร่วม Co-morbidity โดยพยาบาลในคลินิกหรือแพทย์ ดังนี้

1. ให้มีการประเมินปัจจัยเสี่ยง ดังนี้

- การเสียดสี การกระทบกระแทก แกะเกาบาดแผล
- แพ้ผื่นไม่เพียงพอ ความเครียด
- การดื่มสุรา สูบบุหรี่
- โรคติดเชื้อ คออักเสบ
- ยาลดความดันชนิดต้านเบต้า ยาทางจิตเวช ยาด้านมาลาเรีย
- การขาดยารักษา

2. การประเมินโรคร่วม Co-morbidity มีการคัดกรอง 3 กาะ ดังนี้

2.1 คัดกรองด้านข้อสะเก็ดเงิน (Psoriatic Arthritis) โดยคัดกรองอย่างน้อยทุก 3 เดือน ดังนี้

- การตื่นหรือเคยตื่นกลางดึกเนื่องจากปวดหลังส่วนล่าง
- ข้อมือและนิ้วมือบวมหรือเคยบวม
- ปวดหรือเคยปวดสันเท้า

หากมีอาการ 1 ใน 3 ข้อ ส่งปรึกษาอายุรแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่ม

2.2 คัดกรองภาวะอ้วนลงพุง (Metabolic Syndrome) โดย
คัดกรองอย่างน้อยทุก 1 ปี ดังนี้

- ภาวะอ้วนลงพุง(เส้นรอบเอว ≥ 80 cm. ในเพศหญิงหรือ ≥ 90 cm. ในเพศชาย)
- ความดันโลหิตสูง ($\geq 130/85$ mmHg)
- น้ำตาลในเลือดสูง (≥ 100 mg/dL)
- ไขมัน HDL ต่ำ (< 50 mg/dL ในเพศหญิง หรือ < 40 mg/dL ในเพศชาย)
- ไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง (≥ 150 mg/dL)

หากมีภาวะมากกว่า 3 ข้อ หมายถึงมีภาวะอ้วนลงพุง แนะนำให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดี เช่น ควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสม งดสูบบุหรี่ รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ออกกำลังกายเป็นประจำ และดูแลให้มีสุขภาพทางจิตที่ดี

2.3 คัดกรองภาวะซึมเศร้า (Depression) โดยคัดกรองอย่างน้อย
ทุก 3 เดือน ดังนี้

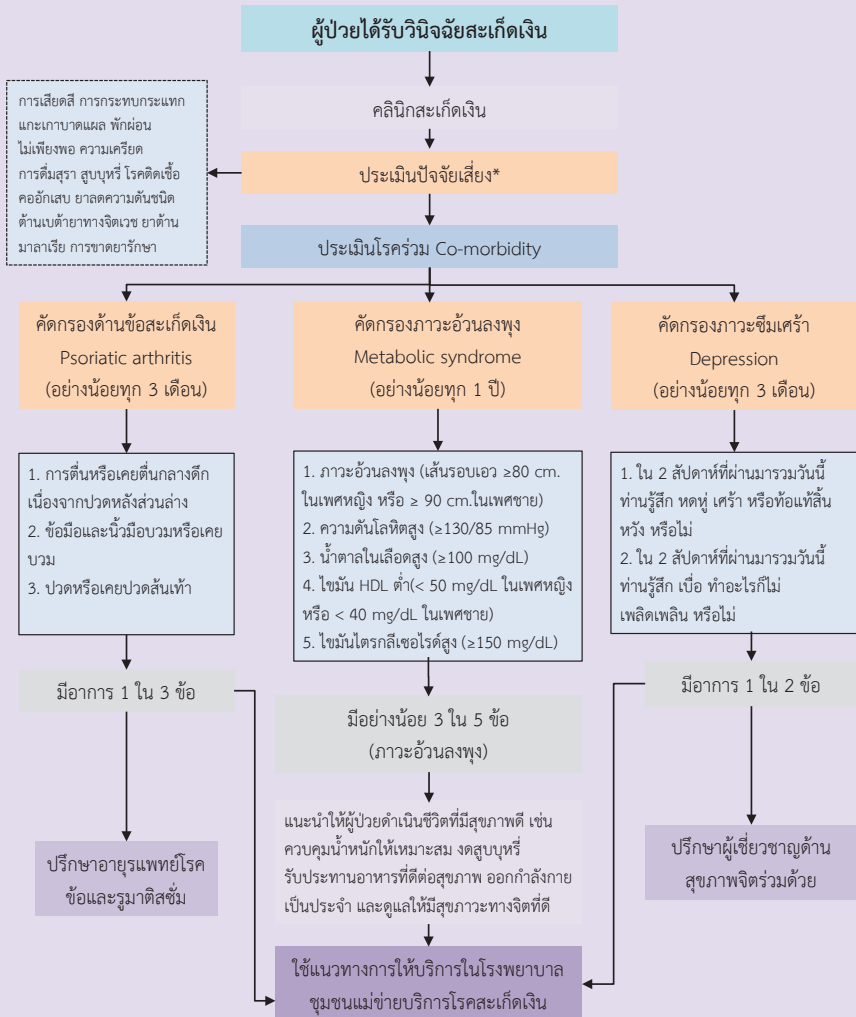
- ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่
- ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่มีแรงเพลิดเพลินหรือไม่

หากมีอาการ 1 ใน 2 ข้อ ส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตร่วมด้วยและให้การรักษาโรคสะกิดเงินตามแนวทางการรักษาเครือข่ายคลินิกโรคสะกิดเงิน ซึ่งมีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานดังรูปที่ 7

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน สำหรับพยาบาล

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสะเก็ดเงินต้องมีการประเมินปัจจัยเสี่ยง ประเมินโรคร่วม Co-morbidity โดยพยาบาลในคลินิกหรือแพทย์ ดังนี้

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายบริการโรคสะเก็ดเงิน



รูปที่ 7 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายบริการโรคสะเก็ดเงิน

*ประเมินปัจจัยเสี่ยง โดย พยาบาลสะเก็ดเงิน หรือแพทย์ในกรณีที่ไม่มียาพยาบาล

2. รูปแบบการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนบริการโรคสะเก็ดเงิน (ไม่มีแพทย์ผิวหนัง) มีขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินแบ่งระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน โดยใช้ Body Surface Area (BSA) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

- ระดับความรุนแรงน้อย (Mild Psoriasis) คือ ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน มีพื้นที่ของผื่นสะเก็ดเงิน $< 5\%$ BSA
- ระดับความรุนแรงปานกลาง (Moderate Psoriasis) คือ ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมีพื้นที่ของผื่นสะเก็ดเงิน $5-10\%$ BSA
- ระดับความรุนแรงมาก (Severe Psoriasis) คือ ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ที่มีพื้นที่ของผื่นสะเก็ดเงิน $> 10\%$ BSA

2. การรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1 กรณีคนไข้มีความรุนแรงระดับ Mild (BSA $< 5\%$) และผื่นลดลง หรือคงเดิม ให้รับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน ได้แก่

2.1.1 Topical Steroid ได้แก่

- TA 0.02% ที่หน้า
- TA 0.1% ลำตัว
- 0.1% Bet ลำตัว

2.1.2 LCD ได้แก่

- 5%LCD ที่ลำตัว
- 5%LCD + TA 0.02% ที่ลำตัว
- 5%LCD + TA 0.1% ที่ลำตัว
- 5%LCD + 0.1% bet ที่ลำตัว

2.1.3 Emollient ได้แก่

- 10% Urea Cream ทาที่ตัว บริเวณผื่น
- Cream Base, Liquid Paraffin

2.1.4 ยาระดม ได้แก่

- Tar Shampoo
- ยาทาหนังศีรษะ
- Desoximetasone (Topicort)
- Calcipotriol+Betamethasone (Xamiol)

2.1.5 Vitamin D3 Analogue ได้แก่

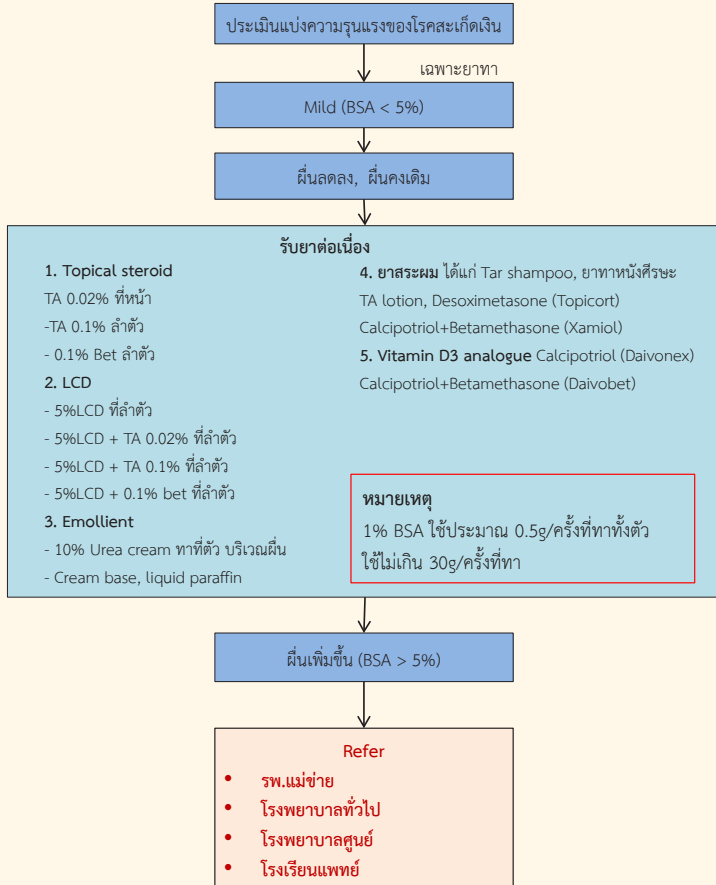
- Calcipotriol (Daivonex)
- Calcipotriol+Betamethasone (Daivobet)

2.2 กรณีที่คนไข้มีความรุนแรงในระดับ Moderate ($BSA \geq 5\%$)
ให้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายในพื้นที่ที่มีแพทย์ผิวหนัง โรงพยาบาลทั่วไป
โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงเรียนแพทย์ ที่มียา Methotrexate ซึ่งมีขั้นตอนการ
ดำเนินงาน ดังรูปที่ 8

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน สำหรับแพทย์

แบ่งแนวทางการดำเนินงานตามโรงพยาบาลที่มีกับไม่มีแพทย์ผิวหนัง ดังนี้

รูปแบบการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนบริการโรคสะเก็ดเงิน (ไม่มีแพทย์ผิวหนัง)



องค์ประกอบของคลินิก

แพทย์ พยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยสะเก็ดเงิน

ยา Topical steroid, LCD, Emollient, ยาสระผม, Vitamin D3

รูปที่ 8 รูปแบบการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนบริการโรคสะเก็ดเงิน (ไม่มีแพทย์ผิวหนัง)

3. รูปแบบการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนบริการโรคสะเก็ดเงิน (มีแพทย์ผิวหนัง)

ศักยภาพการให้บริการของโรงพยาบาลที่มีแพทย์ผิวหนังสามารถดำเนินงานได้ตามขั้นตอนการดำเนินงานเหมือนกับรูปแบบการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนบริการโรคสะเก็ดเงิน ที่ไม่มีแพทย์ผิวหนัง ซึ่งขั้นตอนที่เพิ่มขึ้นมาจะเป็นการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีแพทย์ผิวหนัง กรณีที่ผู้ป่วยสะเก็ดเงินมีความรุนแรงในระดับ Moderate (BSA 5-10 %) to Severe (BSA >10%) ซึ่งต้องให้การรักษาด้วยการทายาร่วมกับการกินยา Methotrexate ต้องมีการตรวจผลทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ CBC, LFT และ UPT โดยตรวจก่อนให้ยาตรวจเมื่อกินยาไปแล้ว 1 เดือน และหลังจากนั้นตรวจทุก 3 เดือน และพิจารณาให้การรักษา ดังนี้

3.1 กรณีผลตรวจปกติ ให้ Oral Methotrexate (2.5mg) 2-6 เม็ดต่อสัปดาห์ ถ้าผื่นลดลง หรือคงเดิม ให้กลับไปใช้ยาต่อเนื่องตามแนวทางของโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีแพทย์ผิวหนัง กรณีที่กินยาแล้ว 4-6 เดือนไม่ดีขึ้นหรือผลข้างเคียงรุนแรง เช่น อาการผื่นแดงม่วงมากขึ้น มีอาการร้อนในและเป็นแผลในช่องปาก มีอาการคลื่นไส้อาเจียนรุนแรง ให้ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาด้วยวิธีอื่น ได้แก่

- Oral Acitretin (Neotigason), Cyclosporine
- Phototherapy
- Biologic drugs

3.2 กรณีผลตรวจผิดปกติ ได้แก่

- ค่า CBC

- 1) Anemia, Hct < 30 %
- 2) Leukopenia WBC < 4,000
- 3) Thrombocytopenia plt <150,000

- ค่า LFT

ในกรณี AST, ALT สูงกว่า Upper limit 2.5 เท่า

- ค่า UPT Positive

ให้พิจารณาส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาด้วยวิธีอื่น ได้แก่

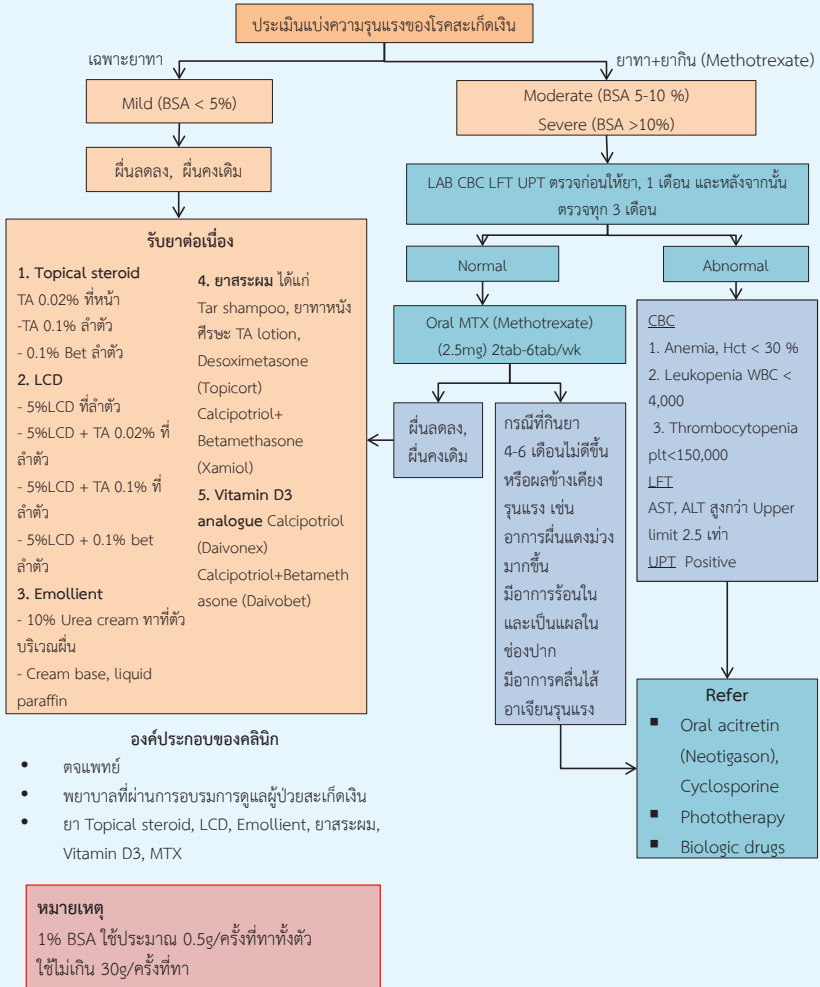
- Oral Acitretin, Cyclosporine
- Phototherapy
- Biologic Drugs

ซึ่งมีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานดังรูปที่ 9

แนวทางการรักษาผู้ป่วยสะเก็ดเงิน สำหรับแพทย์

การรักษาสามารถแบ่งตามความรุนแรงได้โดยการประเมิน BSA และการพยาบาลเป็นการดูตามลักษณะผื่นของผู้ป่วย ดังขั้นตอนในรูป

รูปแบบการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายบริการโรคสะเก็ดเงิน (มีแพทย์ผิวหนัง)



รูปที่ 9 รูปแบบการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนบริการโรคสะเก็ดเงิน (มีแพทย์ผิวหนัง)

บทที่ 2

บทบาทของสถานบริการสุขภาพเครือข่ายบริการโรคสะเก็ดเงิน

การให้บริการผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในพื้นที่หน่วยบริการจะมีบทบาทที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับทรัพยากรด้านบุคคล รวมถึงเครื่องมือและยา ที่ให้บริการ ตลอดจนการสร้างเครือข่ายเพื่อให้บริการรับส่งต่อผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. หน่วยบริการปฐมภูมิ

มีระบบบริการรับส่งต่อและรับกลับเพื่อติดตามผู้ป่วย มีการสร้างเครือข่ายกับหน่วยบริการทุติยภูมิ มีบทบาทในการรณรงค์ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคลและชุมชน นอกจากนี้ทำหน้าที่ในการให้องค์ความรู้เพื่อการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน และสมาชิกในครอบครัว

2. หน่วยบริการทุติยภูมิ

สามารถจัดตั้งคลินิกให้บริการผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพโดยมีรูปแบบการดำเนินงาน 2 ระดับ คือโรงพยาบาลที่มีแพทย์ผิวหนังกับโรงพยาบาลที่ไม่มีแพทย์ผิวหนัง ที่ให้บริการรักษาผู้ป่วยสะเก็ดเงินในพื้นที่ตามศักยภาพของหน่วยบริการ โดยเป็นศูนย์รับส่งต่อจากหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ และหน่วยบริการระดับตติยภูมิ

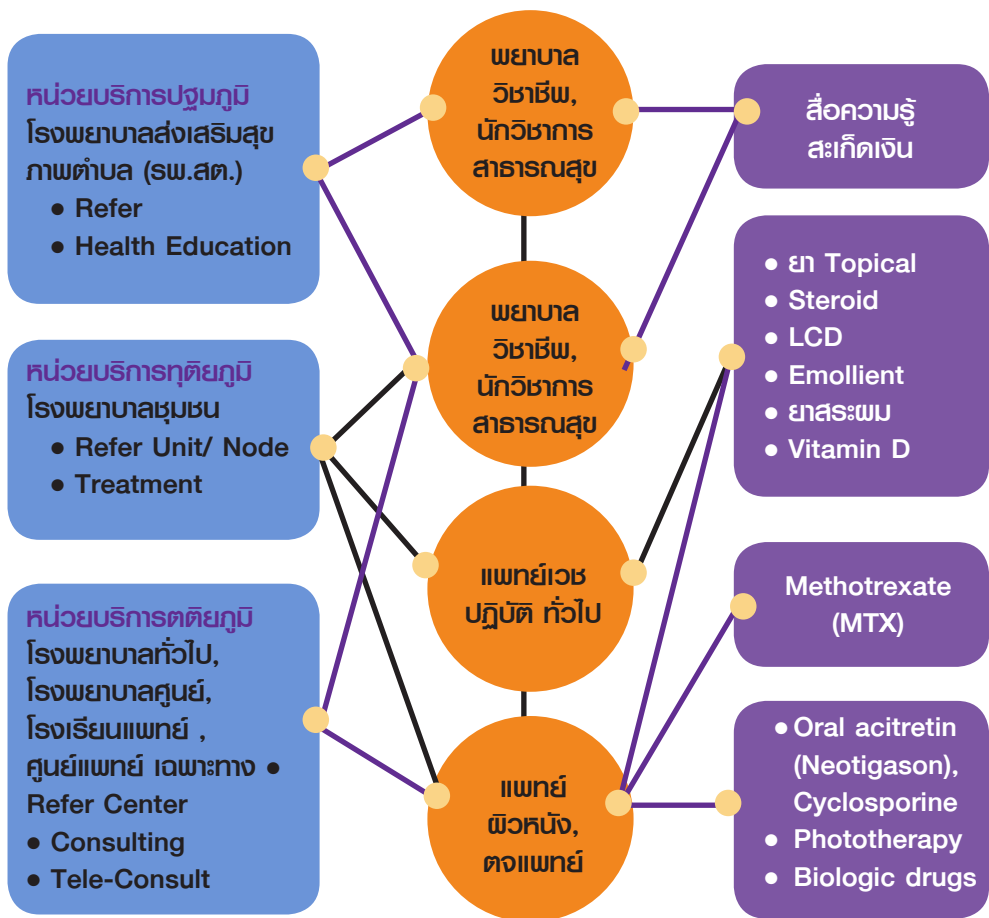
3. หน่วยบริการตติยภูมิ

เป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยสะเก็ดเงินจากหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยด้วยการให้ยา Methotrexate หรือการฉายแสงอาทิตย์เทียม รวมถึงการเป็นพี่เลี้ยงในการให้คำปรึกษาหน่วยบริการในพื้นที่

บทบาท

บุคลากร

ทรัพยากร



รูปที่ 10 บทบาทของสถานบริการสุขภาพเครือข่ายบริการโรคสะกิดเงิน

บทที่ 3

การกระจายตัวของ ตจวแพทย

(แพทยพวหนง) และรื่องฉายแสงอาทิตยเทียม

ทรัพยากรที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคสะกิดเงินต้องมีการดำเนินงานร่วมกันของสหวิชาชีพ ซึ่งสิ่งที่ทำให้ศักยภาพในการรักษาแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับแพทย์พวหนง และรื่องฉายแสงในการรักษา หากทราบการกระจายตัวของทรัพยากรตจวแพทย (แพทยพวหนง) และรื่องฉายแสงจะทำให้เกิดรื่องช่วยในการรับส่งต่อผู้ป่วยโรคสะกิดเงินที่มีประสิทธิภาพ

1. การกระจายตัวของแพทยพวหนงในเขตสุขภาพ

สถาบันโรคพวหนงได้ทำการสำรวจแพทยพวหนงที่สังกัดหน่วยงานภาครัฐเมื่อปีงบประมาณ 2561, 2563 และ 2566 โดยปีงบประมาณ 2561 พบว่ามีจำนวนแพทยพวหนงในเขตสุขภาพที่ 1-12 จำนวน 117 คน ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 119 คน ซึ่งพบว่าในปีงบประมาณดังกล่าวแพทยพวหนงยังมีการกระจุกตัวอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มากกว่าร้อยละ 65 (แพทยพวหนงทั่วประเทศ ณ ปี 2561 เท่ากับ 596 คน) ปัจจุบันแพทยเฉพาะทางด้านโรคพวหนงที่จบหลักสูตรเฉพาะทางตจวิทยา (แพทยพวหนง) มีจำนวนทั้งสิ้น 725 คน (ข้อมูลจากเว็บไซต์สมาคมแพทยพวหนงแห่งประเทศไทย ณ วันที่ 22 ธันวาคม 2565) ในปีงบประมาณ 2566 สถาบันโรคพวหนงได้มีการสำรวจแพทยพวหนงในสังกัดหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ สถานบริการสุขภาพที่สังกัดภาครัฐภายใต้กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงมหาดไทย และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยต่างๆ ในสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พบว่าแพทยพวหนงในเขตสุขภาพที่ 1-12 มีจำนวนทั้งสิ้น 136 คน คิดเป็นร้อยละ 18.76 ของแพทยพวหนงทั้งหมด และได้มีการสำรวจเพิ่มเติมในเขตสุขภาพที่ 13 พบว่ามีแพทยพวหนงที่สังกัดหน่วยงานภาครัฐทั้งหมด 85 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 ของแพทยพวหนงสังกัดหน่วยงาน

ภาครัฐ และ ร้อยละ 11.72 ของแพทย์ผิวหนังทั่วประเทศ นอกจากนี้ยังพบว่า มี 25 จังหวัด ที่ไม่มีแพทย์ผิวหนังสังกัดหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ แม่ฮ่องสอน ลำพูน พะเยา น่าน ตาก เพชรบูรณ์ กำแพงเพชร พิจิตร อ่างทอง กาญจนบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สระแก้ว ระยอง เลย หนองคาย หนองบัวลำภู บึงกาฬ ชัยภูมิ อำนาจเจริญ มุกดาหาร หนอง สตุล นราธิวาส และปัตตานี รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

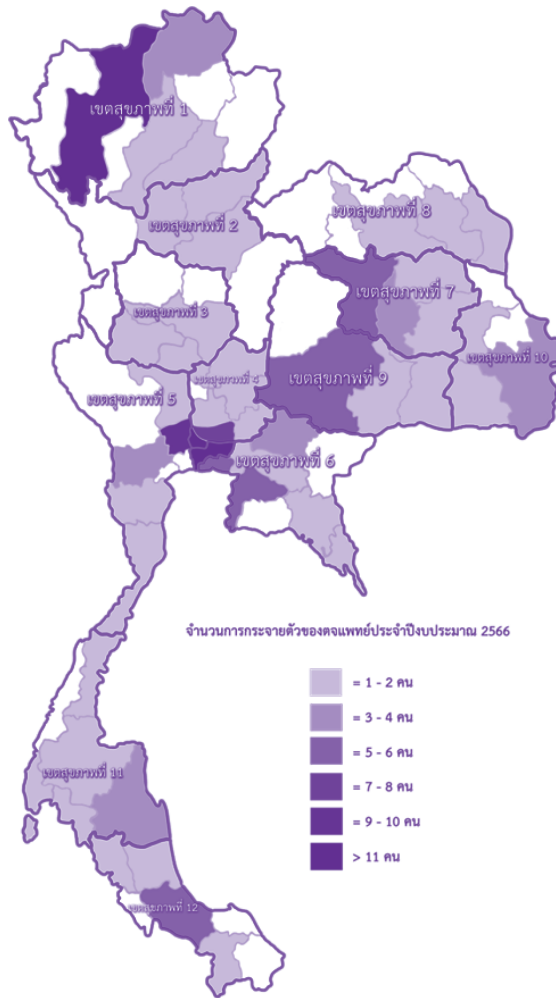
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนตจแพทย์ (สังกัดภาครัฐ) ในเขตสุขภาพ
ปีงบประมาณ 2563 เทียบกับ ปีงบประมาณ 2566

เขตสุขภาพ	ปีงบประมาณ 2563 (คน)	ปีงบประมาณ 2566 (คน)	ส่วนต่าง
1	13	17	4
2	6	5	-1
3	1	4	3
4	12	24	12
5	14	17	3
6	13	18	5
7	6	11	5
8	6	5	-1
9	7	8	1
10	10	7	-3
11	15	10	-5
12	16	10	-6
รวม	119	136	17

ข้อมูล ตจแพทย์ ณ วันที่ 20 ธันวาคม 2565

หมายเหตุ : เขตสุขภาพที่ 13 มีข้อมูลสำรวจเฉพาะปีงบประมาณ 2566 มีจำนวน 85 คน

ตจแพทย์ หมายถึง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผิวหนัง โดยต้องมีวุฒิบัตร/อนุมัติบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาตจวิทยาจากแพทยสภา หรือวุฒิบัตร/อนุมัติบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขากุมารเวชศาสตร์ตจวิทยา จากแพทยสภา



รูปที่ 11 แผนที่แสดงการกระจายตัวของไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566

2. เครื่องฉายแสงอาทิตย์เทียม

สถาบันโรคผิวหนังได้มีการสำรวจเครื่องฉายแสงอาทิตย์เทียมเมื่อปี พ.ศ.2565 พบว่าทั่วประเทศมีประมาณ 118 เครื่องโดยเขตสุขภาพที่ 2 ไม่มีเครื่องฉายแสงอาทิตย์เทียมในหน่วยบริการภาครัฐในเขตสุขภาพ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงเครื่องฉายแสงอาทิตย์เทียมในเขตสุขภาพ ปี 2567

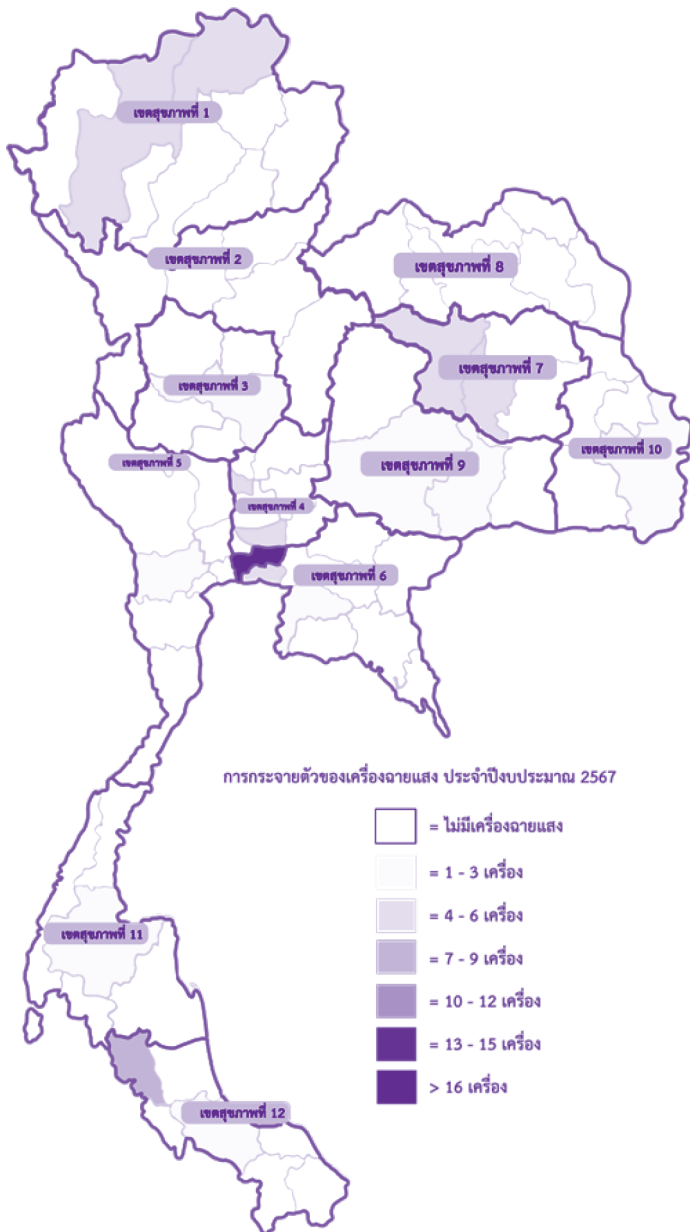
เขตสุขภาพ	จังหวัด	โรงพยาบาล	PUVA	Narrow band UVB	Other	รวม
1	เชียงใหม่	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่	2	2	0	4
	เชียงใหม่	ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	0	2	0	2
	เชียงราย	รพ.มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	3	0	1	4
3	นครสวรรค์	รพ.สวรรค์ประชารักษ์	0	2	0	2
4	ลพบุรี	รพ.พระนารายณ์มหาราช	0	1	0	1
	อ่างทอง	รพ.อ่างทอง	2	3	0	5
	ปทุมธานี	รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	1	3	1	5
5	ราชบุรี	รพ.ราชบุรี	1	0	0	1
6	ชลบุรี	รพ.สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา	0	3	0	3
	สมุทรปราการ	สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ รพ.รามาธิบดี	1	1	2	4
7	ขอนแก่น	รพ.ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	1	2	1	4
	มหาสารคาม	รพ.สุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	1	2	2	5

ตารางที่ 3 แสดงเครื่องฉายแสงอาทิตย์เทียมในเขตสุขภาพ ปี 2567 (ต่อ)

เขตสุขภาพ	จังหวัด	โรงพยาบาล	PUVA	Narrow band UVB	Other	รวม
9	บุรีรัมย์	รพ.บุรีรัมย์	0	1	0	1
	นครราชสีมา	รพ.มหาราช นครราชสีมา	0	2	0	2
10	อุบลราชธานี	รพ.อุบลราชธานี วิทยาลัยแพทยศาสตร์ และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัย อุบลราชธานี	1	0	0	1
11	สุราษฎร์ธานี	รพ.สุราษฎร์ธานี	0	2	0	2
12	ตรัง	รพ.โรคผิวหนังเขตร้อน ภาคใต้	2	5	2	9
	สงขลา	รพ.สงขลานครินทร์	2	1	0	3
13	กรุงเทพ	รพ.ภูมิพลอดุลยเดช	1	1	0	2
	กรุงเทพ	รพ.รามคำแหง	0	2	0	2
	กรุงเทพ	รพ.กรุงเทพ	1	2	1	4
	กรุงเทพ	รพ.ผิวหนังอโศก (อโศก)	3	3	2	8
	กรุงเทพ	รพ.สวนเบญจกิติ เฉลิมพระเกียรติ 84 พรรษา (รพ.ยาสูบ)	1	1	2	4
	กรุงเทพ	รพ.ผิวหนังอโศก (ปิ่นเกล้า)	2	3	1	6
	กรุงเทพ	รพ.ศิริราช	4	3	2	9
	กรุงเทพ	รพ.จุฬาลงกรณ์	3	2	4	9
	กรุงเทพ	ศูนย์ผิวหนัง มศว	0	2	1	3
	กรุงเทพ	รพ.บำรุงราษฎร์	0	2	0	2

ตารางที่ 3 แสดงเครื่องฉายแสงอาทิตย์เทียมในเขตสุขภาพ ปี 2567 (ต่อ)

เขตสุขภาพ	จังหวัด	โรงพยาบาล	PUVA	Narrow band UVB	Other	รวม
	กรุงเทพ	รพ.มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง กรุงเทพมหานคร	3	0	1	4
	กรุงเทพ	สถาบันโรคผิวหนัง	3	5	4	12
	กรุงเทพ	รพ.รามาธิบดี	4	11	2	17
	กรุงเทพ	รพ.พระมงกุฎเกล้า	0	3	0	3
	กรุงเทพ	รพ.เวชศาสตร์เขตร้อน	0	0	2	2
	กรุงเทพ	รพ.วชิระ (วชิรพยาบาล)	0	1	0	1
รวม			41	72	31	144



รูปที่ 12 แผนที่แสดงการกระจายเครื่องฉายแสงอาทิตย์เทียมในประเทศไทย ปี 2567

บทที่ 4

แนวทางการให้การพยาบาลและคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาในปัจจุบันใช้แนวทางการรักษาตามความรุนแรงของโรคที่เกิดเฉพาะบุคคลตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเกิดโรคประกอบด้วย การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น (เช่น การติดเชื้อ การได้รับบาดเจ็บที่ผิวหนัง ยาบางชนิด และความเครียด เป็นต้น) การให้ยาทาภายนอก ยารับประทาน การฉายแสงอาทิตย์เทียม และยาคีโมเลกุล ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินอย่างต่อเนื่องจึงจำเป็นที่จะต้องมีการพยาบาลที่มีความรู้แบบองค์รวม มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค โดยมีแนวทางให้การพยาบาลและคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินตามแนวทางการรักษา ดังนี้

1. สะเก็ดเงินชนิดผื่นหนา (plaque psoriasis) มีความรุนแรงของโรคเป็น 3 ระดับ ตามพื้นที่ผิวหนังที่เป็น

1.1 ชนิดรุนแรงน้อย (BSA < 5%) ให้การรักษาด้วยยาทาดังต่อไปนี้

- Topical steroid
 - o หน้า 0.02%TA, 0.05%Bet
 - o ลำตัว 0.1%TA, 0.1%Bet

- LCD

- o 5%LCD
- o 5%LCD+0.02%TA
- o 5%LCD+0.1%TA
- o 5%LCD+0.1%bet

ทาผื่นบริเวณลำตัว แขน ขา

- Emollient
 - o 10%Urea
 - o Cream base
 - o Liquid paraffin
- ยาทาหนังศีรษะ
 - o TA lotion
 - o Topicort
- Vitamin D3 analogue
 - o Calcipotriol (Daivonex)

} ทาผื่นทั่วตัว

1.2 ชนิดรุนแรงปานกลาง (BSA 5-10%) และความรุนแรงมาก (BSA > 10%) ให้การรักษาด้วยยาทา (เหมือนกับกลุ่มรุนแรงน้อย) ร่วมกับ ได้รับประทาน Systemic Treatment ได้แก่ Methotrexate (MTX) ให้ปฏิบัติ ดังนี้

- ชักประวัติการเป็นโรคตับ (Liver disease) โรคเลือด (Hematologic Disease) ประวัติการดื่มเหล้า และ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC, LFT, BUN, Cr, UPT) ว่าสามารถรับยาได้หรือไม่
- กรณี ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, LFT ผิดปกติ

CBC	1. Anemia	Hct < 30	} รายงานแพทย์ พิจารณาปรึกษา แพทย์เฉพาะทาง หรือส่งต่อ
	2. Leukopenia	WBC < 4,000	
	3. Thombocytopenia	plt < 150,000	
LFT	- AST	} สูงกว่า Upper limit 2.5 เท่า	
	- ALT		
UPT	+ve		

2. สะเก็ดเงินชนิดตุ่มหนอง (Pustular psoriasis) แบ่งเป็น 2 ระยะ

ดังนี้

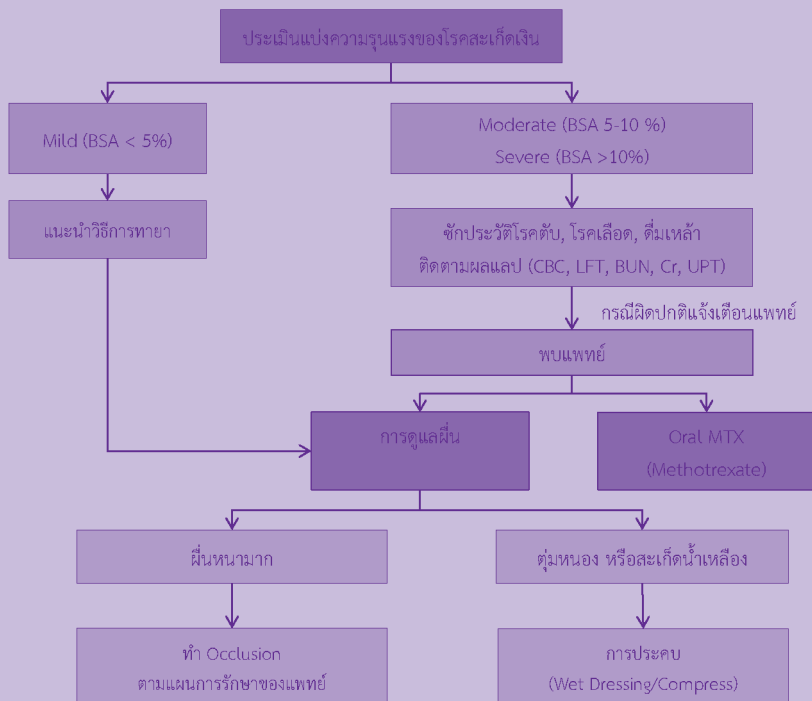
2.1 ระยะที่มีตุ่มหนอง ผู้ป่วยจะมีอาการอักเสบของผิวหนัง มีไข้ ให้การพยาบาลหรือคำแนะนำเพื่อลดไข้และลดการอักเสบ โดยการประคบ ตุ่มหนองโดยใช้ผ้าสาหลู(ถ้ามี) หรือผ้าก๊อชสะอาดแผ่นใหญ่ขนาด 12 X18 นิ้ว (ถ้ามี) หากไม่มีผ้าสาหลูหรือผ้าก๊อชสามารถใช้ผ้าขนหนู จำนวน 2 ผืน ชุบน้ำยาพอกมาดๆ ประคบทิ้งไว้ 30 นาที วันละ 2 ครั้ง หรือตามที่สะดวก แทนการเช็ดตัว เนื่องจากการเช็ดตัวอาจทำให้ตุ่มหนองแตกเป็นแผลและเพิ่มอาการเจ็บที่ผิวหนังได้ การประคบจะทำให้ตุ่มหนองแห้งเร็วขึ้นลดการอักเสบได้

หมายเหตุ ขณะประคบต้องหมั่นสังเกตอาการหนาวสั่น หากมีอาการหนาวสั่นให้หยุดประคบทันทีและให้ทำให้อ่างกายอบอุ่น

2.2 ระยะที่ไม่มีตุ่มหนอง ให้การพยาบาลด้วยการทายาตามอาการ เหมือนกับสะเก็ดเงินชนิดผื่นหนา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปวยสะเกิดเงิน โดยพยาบาล

การรักษาสามารถแบ่งตามความรุนแรงได้โดยการประเมิน BSA และการพยาบาลเป็นการดูแลตามลักษณะผื่นของผู้ป่วย ดังขั้นตอนในรูป



หมายเหตุ: ผื่นแบบอื่น ๆ ใช้การทายาตามแพทย์สั่ง

รูปที่ 14 ขั้นตอนการบริบาลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โดยพยาบาล

การให้การพยาบาลและคำแนะนำสำหรับพยาบาลและผู้ป่วยโรค สะเก็ดเงิน มีดังนี้

1. การรักษาโดยการทายา (Topical Treatment)

เพื่อให้ผิวหนังมีความชุ่มชื้น ช่วยบรรเทาอาการคัน และลดอาการ
อักเสบ

1.1 ข้อควรปฏิบัติในการทายาให้ผู้ป่วย มีดังนี้

1) ดูแลให้ผู้ป่วยอาบน้ำก่อนการทายาทุกครั้ง การทายาที่ได้ผล
ดีที่สุดคือหลังการอาบน้ำใหม่ ๆ เนื่องจากผิวหนังชุ่มชื้น รูขุมขนเปิด การดูดซึม
ของยาทำได้ดี

2) เตรียมและตรวจสอบชนิดของยาและความเข้มข้นของยา
ให้ถูกต้อง

3) ทายาให้ถูกลำดับก่อนหลัง ผู้ป่วยบางรายต้องทายาหลายชนิด
ในตำแหน่งเดียวกัน เพื่อผลของการรักษาที่ดี เช่น ถ้าต้องทายา 2 ชนิดที่เป็นยา
และครีมในเวลาเดียวกัน ควรทายาน้ำก่อนเพราะยาน้ำแห้งง่าย เมื่อผิวหนังดูดซึมยา
น้ำแห้งแล้วจึงทายาครีมทับ หรือทายาครีมก่อนทายาที่เป็นขี้ผึ้ง เป็นต้น

4) การทายาให้เป็นแนวนอนของเส้นขน ห้ามทาตามเส้นขนหรือ
ทาชั้น ๆ ลง ๆ อาจทำให้รูขุมขนอักเสบได้ (Folliculitis)

5) ยาประเภท Cream และ Ointment เมื่อทาที่ฝ่าเท้า
ในผู้ป่วยเด็กหรือผู้สูงอายุ ให้ปิดหรือพันด้วยผ้าก๊อชหรือสวมถุงเท้า เพื่อป้องกันการ
การลื่นหกล้ม

6) ยาประเภท Ointment ห้ามถูหรือนวดบริเวณผื่นหรือรอย
โรคหรือทายาหนาเกินไปเพราะจะทำให้เกิดการระคายเคืองได้

7) ให้ใช้เสื้อผ้าเครื่องนอนที่เป็นสีเข้ม เช่น เขียว ม่วง เทาในผู้ป่วย
ที่ใช้ยา Dithranol และ Tar เพราะสีของยาจะติดเปื้อนเสื้อผ้าถาวร

1.2 การดูแลรักษาผิวหนัง เพื่อลดการอักเสบของหนังศีรษะ รักษา เส้นผมให้สะเก็ดหรือขุยหลุดออกจากศีรษะ และลดอาการคัน ให้การดูแล ดังนี้

1) การหมักหนังศีรษะ หมักหนังศีรษะด้วยน้ำมันมะกอก ขมิ้นให้ทั่ว
หนังศีรษะ เพื่อให้ไขมันมะกอกซึมเข้าถึงหนังศีรษะ ใช้หมวกพลาสติกคลุมปิดไว้
เพื่อป้องกันการความสกปรกเปื้อนที่นอนเป็นการอบให้สะเก็ดนิ่ม ง่ายต่อการหลุดลอก

หมักก่อนนอนทิ้งไว้ทั้งคืนและสระผมในตอนเช้า หรือตามทีสะดวกแต่ต้องหมักทิ้งไว้อย่างน้อย 6 ชั่วโมงหรือจนกว่าสะเก็ดที่หนังศีรษะนิ่มและสามารถหลุดออกได้ง่าย

2) **การสระผม** สระผมตอนเช้าทุกวันด้วย Tar-shampoo หรือ Dermo-shampoo ขณะสระผมให้ขยี้และนวดศีรษะเบา ๆ ห้ามเกา เพราะจะทำให้เกิดแผลและเกิดการอักเสบ ทิ้งไว้ 2-3 นาที ล้างออกด้วยน้ำสะอาด เช็ดผมให้แห้ง แล้วหวีผมด้วยหวีซี่ถี่ๆ เพื่อหวีเอาสะเก็ดที่หลุดลอก ควรสระผมทุกวันจนกว่าศีรษะจะสะอาดปราศจากสะเก็ดหรือขุย

3) **การนวดศีรษะ** นวดศีรษะหลังการสระผมด้วย TA Lotion หรือ TA Milk โดยแบ่งผมเป็นส่วน ๆ เป็นช่องประมาณ 1 เซนติเมตร หยดนํ้ายา ลงบนฝ่ามือ และนวดบนหนังศีรษะเบา ๆ ทั่ว

4) **ควรแนะนำผู้ป่วยให้ตัดผมสั้น** เพื่อสะดวกในการดูแลรักษา ความสะอาดและการใช้ยา ไม่ควรย้อมผม ตัดผม เพราะอาจทำให้เกิดการแพ้ และมีแผลบนหนังศีรษะได้

1.3 การดูแลรักษาเล็บ เล็บของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินจะหนาตัว นูน ขรุขระ ให้การดูแล ดังนี้

1) กรณีที่เล็บหนาตัว นูน ขรุขระ จะใช้ยาทาสเตียรอยด์ขนาดสูง หรือยาละลายขุย เช่น 5%, 10% Salicylic Ointment วันละ 2 ครั้ง โดยทายาบนเล็บและปิดทับด้วยพลาสติก เพื่อป้องกันและระวังไม่ให้ยาโดนผิวหนังปกติ หรือทำ Occlusion ก่อนนอน โดยการทายาบนเล็บแล้วพันปิดทับด้วยพลาสติกแผ่นบาง ปิดพลาสติกไว้แน่นสนิทกับปลายนิ้ว เพื่อให้การดูดซึมของยาดีขึ้น แต่ไม่ควรพันแน่นจนเกินไป เพราะอาจทำให้การไหลเวียนเลือดไม่ดี

2) กรณีที่มียาทาบำรุงเล็บ เช่น Diprosone Ointment ให้ทาบริเวณโคนเล็บและผิวหนังรอบ ๆ ขอบเล็บ ทำให้ผิวหนังมีความชุ่มชื้น ช่วยบรรเทาอาการคัน และลดอาการอักเสบ

3) ควรดูแลตัดเล็บผู้ป่วยให้สั้น เพื่อป้องกันการเกาเวลาคัน เพราะการเกาเป็นการกระตุ้นให้ผื่นเห่อขึ้น

2. การรักษาโดยการให้ยารับประทาน (Systemic Treatment)

2.1 Methotrexate คือ Folic Acid Antagonist ซึ่งจะกดการแบ่งตัวของเซลล์ ใช้ได้ผลดีทั้ง Psoriasis Vulgaris, Erythroderma และ Pustular Psoriasis รวมทั้ง Psoriasis Arthritis

ข้อห้ามใช้ของ Methotrexate ได้แก่ มีโรคประจำตัว Liver and Renal Disease ในช่วงระยะรุนแรง , Bone Marrow Hyperplasia, Active Infection เช่น วัณโรค, โรคแผลในกระเพาะอาหาร, ภาวะติดเชื้อเรื้อรังและการตั้งครรภ์

ผลข้างเคียงของ Methotrexate ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ Burning Sensation, Leukopenia, Thrombocytopenia, Liver Fibrosis หรือ Cirrhosis

ขณะให้ยารักษา ควรให้การดูแล ดังนี้

1) ก่อนให้ยาผู้ป่วยต้องตรวจสอบขนาด จำนวน วัน เวลา ให้ถูกต้อง เนื่องจากเป็นยาอันตราย และมีผลข้างเคียงที่ร้ายแรง

2) หมั่นตรวจดูในปากซึ่งมักเป็นอาการเริ่มแรก พบในสัปดาห์แรก โดยอาจเกิดแผลและปวดตามริมฝีปาก เหงือก กระพุ้งแก้ม เพดานปาก

3) สังเกตอาการซีด อาการปวดท้อง หรือมีคลื่นไส้ อาเจียนหรือไม่ เพราะอาจเกิดแผลและเลือดออกในระบบทางเดินอาหารได้

4) สังเกตว่ามีจ้ำเลือด (Purpura) ตามร่างกายผู้ป่วยหรือไม่ อาการซีดมีขึ้นเนื่องจากฤทธิ์ของยากดการทำงานของไขกระดูก นอกจากนี้อาจทำให้ปวดศีรษะ ปวดแสบปวดร้อนตามร่างกาย

5) ส่งตรวจและติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ หากผิดปกติรายงานแพทย์ทราบ

- CBC, Platelet Count ทุก 1 - 4 สัปดาห์
- LFT, BUN, Creatinine ทุก 2 - 4 สัปดาห์

2.2 Retinoid (Neotigason) สามารถลดการแบ่งตัวของเซลล์ และช่วยให้กระบวนการแบ่งตัวของเซลล์ชั้นหนังกำพร้ากลับเป็นปกติ ใช้รักษา Plaque Psoriasis ได้ผลดี

1) หนึ่งสังเกตผลข้างเคียงของยาที่พบบ่อย คือ ปากแห้ง ปากแตก ผิวแห้ง ผิวบาง ฝ่ามือฝ่าเท้าลอก ผมร่วง เหงื่อออก กระจายน้ำ ตาแดง เยื่อบุ ตาอักเสบ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูกและข้อ

2) มีพิษต่อตับ เอนไซม์ของตับสูง และทำให้ระดับไขมันในเลือดสูง ควรส่งตรวจและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น LFT, Triglyceride, Cholesterol ทุก 2 - 4 สัปดาห์

3) แนะนำผู้ป่วยหญิงให้คุมกำเนิดระหว่างการรักษาและต้องไม่ตั้งครรภ์ในระหว่างได้รับยาและหลังจากหยุดยาเป็นเวลา 2 ปี เพราะจะทำให้ทารกในครรภ์พิการได้

2.3 Cyclosporine เป็น Immunosuppressive Agent ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วย Psoriasis ที่เป็นชนิด Plaque และ Erythroderma

ข้อห้ามใช้ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไต มีภาวะติดเชื้อหรือเป็นมะเร็ง การตั้งครรภ์ การให้นมบุตร ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคตับ และผู้ป่วยโรคเกาต์

ผลข้างเคียง คือ อาจมีคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง มีพิษต่อตับ ส่งตรวจ CBC, Urine, BUN, Creatinine, Uric acid, LFT ทุก 2 - 4 สัปดาห์ เพื่อประเมินความผิดปกติ

3. การดูแลแบบประคับประคอง (Supportive Treatment)

ช่วยให้ระยะโรคสงบยาวขึ้นและลดปริมาณยาที่จำเป็นต้องใช้

3.1 การทายาร่วมกับการทำ Occlusion ใช้ในกรณีผู้ป่วยมีผื่นหนา และใช้วิธีการทายาตามปกติแล้วอาการไม่ดีขึ้น มักใช้กับผื่นบริเวณ แขน ขา เพื่อช่วยให้ผิวหนังมีการดูดซึมครีมได้ดีขึ้น สะเก็ดอ่อนนุ่ม ลอกหลุดได้ง่ายกว่าการทายาตามปกติ ส่งผลให้การรักษาด้วยยาครีมอื่นๆ สามารถดูดซึมเข้าสู่ผิวหนังได้ดี ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขั้นตอนปฏิบัติในการทายาร่วมกับการทำ Occlusion

ใช้วิธีการทายาตามปกติ และมีขั้นตอนการทำ Occlusion ดังนี้

1) เมื่อทายาเสร็จแล้วใช้แผ่นพลาสติก (Wrap) ปิดคลุมผื่นที่ทายาให้แนบสนิทกับผิวหนังมากที่สุดแต่ไม่ควรปิดหรือแน่นจนเกินไป

2) ใช้พลาสติกปิดปลายแผ่นพลาสติกยึดติดกับผิวหนังให้แน่น

3) กรณีทายาที่แขน ขา อาจจะใส่ผ้าก๊อชปราศจากเชื้อประมาณ 2 ชั้น รองใต้บริเวณแขน ขา หรือ กรณีทายาที่นิ้วอาจใช้ผ้าก๊อชกั้นระหว่างนิ้ว

4) กรณีที่ทายาที่มือ เท้า เมื่อปิดแผ่นพลาสติกแล้วปิดปลายถุงให้แนบสนิท กับผิวหนังอีกครั้ง (กรณีทายาที่ศีรษะให้ใส่หมวกคลุมผมพลาสติกทับ)

5) ทายาทิ้งไว้ตามเวลาของแผนการรักษา (ประมาณ 2 - 6 ชั่วโมง)

6) เมื่อครบกำหนดเวลานำแผ่นพลาสติกออกจากรอยโรคและทิ้งไว้ให้แห้ง

7) ประเมินลักษณะรอยโรคก่อนแนะนำผู้ป่วยอาบน้ำและบันทึกทางการพยาบาล

ข้อควรคำนึง

1. ระยะเวลาที่ทายาร่วมกับการทำ Occlusion ส่วนใหญ่จะทำก่อนนอน

2. กรณีที่ทำ Occlusion ที่มือ เท้า ควรระมัดระวังการสวมถุงพลาสติกคลุม ทับอีกชั้น เพราะผิวหนังที่อยู่ในถุงจะร้อนเนื่องจากอากาศไม่ถ่ายเท ดังนั้นจึงไม่ควร ทำในเวลาที่มีอากาศร้อนจัด สิ่งสำคัญ คือ บริเวณที่ต้องสะอาดที่สุด เพราะว่าการ ที่อากาศร้อนจะทำให้ผิวหนังร้อนและเปียกยุ่ย อาจมีการติดเชื้อเกิดขึ้นได้

3. การทำ Occlusion จะทำให้ยาดูดซึมได้มากกว่าการทายาตามปกติ กรณีทำใน บริเวณกว้าง จะต้องระมัดระวัง Systemic และ Local Side Effect วิธีการหลีกเลี่ยง Side Effect เมื่อได้ผลดีขึ้นแล้วค่อย ๆ ลดจำนวนการทำ Occlusion ลง ส่วนใหญ่ จะทำประมาณ 3 - 4 วัน และสิ่งสำคัญการทำ Occlusion ควรทำตามแผนการรักษา ของแพทย์เท่านั้น

3.2 การประคบ (Wet Dressing/Compress) เป็นการช่วยทำความสะอาด ผิวหนังที่มีตุ่มหนอง สะเก็ดหรือน้ำเหลือง ให้หลุดออกแห้งหายไปและบรรเทาอาการ อักเสบของผื่นผิวหนัง

น้ำยาที่ใช้

1) น้ำยา (Solution) ต่างๆ เช่น Burow's Solution 1:40 (น้ำยา 1 ซีซี ต่อ น้ำกลั่น 39 ซีซี)

2) กรณีไม่มีน้ำยา Burow's Solution ให้ใช้น้ำเกลือ (0.9% NSS) หรือส่วนผสมเท่ากับ เกลือ 1 ช้อนชา ต่อน้ำสะอาดต้มสุก (หรือน้ำกลั่น) 480 ซีซี

หลักการปฏิบัติ

- 1) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา
- 2) กันน้ำและปูผ้าอย่างพร้อมผ้าขาวเตียง ป้องกันที่นอนเปียก
- 3) เตรียมผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยนุ่งผ้าขาวเตียง เพื่อความสะดวกในการประคบ
- 4) จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือนอน (ตามอาการและสภาพผู้ป่วย)
- 5) ล้างมือให้สะอาด
- 6) เตรียม Set ประคบและน้ำยาที่ใช้ เปิด Set ใส่ น้ำยาและผ้าก๊อชหรือผ้าสาหลูลงไป
- 7) สวมถุงมือ Sterile กดผ้าก๊อชหรือผ้าสาหลูลงในน้ำยาแล้วบีบให้น้ำยาแห้งพอหมาดๆ
- 8) นำผ้าก๊อชหรือผ้าสาหลูมาวางลงบนผืนแผลที่ต้องการประคบแล้วรีดเบาๆ ให้แนบกับเนื้อแผลทิ้งไว้ นาน 15 - 30 นาที ทำวันละ 2 - 3 ครั้ง ตอนเช้า 9.00 น. ตอนบ่าย 14.00 น. และก่อนนอน 20.00 น. หรือตามที่สะดวก
- 9) สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างประคบ เช่น อาการหนาวสั่น ต้องห่มผ้าและให้กระป๋องน้ำร้อน ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นให้หยุดการประคบ และ Keep Warm ผู้ป่วยทันที
- 10) เมื่อครบเวลาประคบแล้วให้นำผ้าก๊อชหรือผ้าสาหลูที่ประคบไว้ ออกแล้วใช้ผ้าสะอาดซับให้แห้ง แต่ถ้ามีแผลต้องใช้ผ้าก๊อชหนึ่งขมาเช็ดแล้วซับแทน
- 11) ดูแลให้ผู้ป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า แล้วททายาตามแผนการรักษา และนอนพักผ่อน

4. การใช้เครื่องมือพิเศษ (Special Treatment)

4.1 การฉายแสงอาทิตย์เทียม (แสงอัลตราไวโอเลต)

แสงอัลตราไวโอเลต (UV) ที่ใช้ในการรักษาโรคสะเก็ดเงินมี 2 ชนิด คือ

1. รังสีอัลตราไวโอเลต เอ พูวา (PUVA) มีความยาวคลื่น 320 - 400 นาโนเมตร ร่วมกับการรับประทานยา Psoralen (Meladinine) โดยยาจะทำปฏิกิริยากับผิวหนังเมื่อมีแสงมากระตุ้นใช้รักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีความรุนแรงระดับปาน

กลางถึงมาก (Moderate to Severe) หรือใช้ควบคู่กับการรักษาด้วยยาทาหรือยา กิน ผู้ป่วยได้รับการฉายแสงสัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง และจะมีอาการดีขึ้นหลังจากได้รับการฉายแสงประมาณ 12 - 18 ครั้ง แต่อาจต้องฉายแสงอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคอย่างน้อย 3 เดือนติดต่อกัน โดยจะให้ผลดีประมาณ 70 - 80% ขึ้นไป ผลข้างเคียงน้อย ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการคันและแดงบริเวณผิวหนังที่ฉายแสงหลังทำการรักษา ข้อดีคือ ส่วนใหญ่การกลับเป็นซ้ำของโรคจะน้อยกว่าการรักษาโดยใช้ยาทาหรือยารับประทาน

2. รังสีอัลตราไวโอเลต บี (UVB) แต่เดิมใช้คลื่นแสงในช่วง 290 - 320 นาโนเมตร เป็นความยาวคลื่นแสงช่วงกว้าง (Broadband UVB) พบผลข้างเคียงจากการรักษาค่อนข้างมาก ต่อมาได้มีการพัฒนาให้ใช้แสงในช่วงความยาวคลื่นแคบลง ในช่วง 311 นาโนเมตร เรียกว่า Narrowband UVB ผู้ป่วยไม่จำเป็นจะต้องรับประทานยา Psoralen ก่อนการฉายแสงชนิดนี้

ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วย Phototherapy

- Plaque type
- Guttate type
- Localized psoriasis (BSA $\leq$ 10%) แต่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาทาเฉพาะที่ เช่น Localized Palmoplantar Psoriasis, Scalp Psoriasis
- ผู้ป่วยสะดวกมาฉายแสงที่โรงพยาบาลต่อเนื่องเป็นประจำ
- ไม่มีตุ่มหนองขณะที่จะรักษาด้วยการฉายแสง
- ไม่มีข้อห้ามในการฉายแสง เช่น มะเร็งผิวหนัง

ข้อห้ามในการรักษาด้วยการฉายแสง UVB

- Severe Photosensitivity (Lupus Erythematosus, Xeroderma pigmentosum) (Absolute)
- Photosensitizing Drugs, Melanoma, Non Melanoma Skin Cancer (Relative)

ข้อห้ามในการรักษาด้วยการฉายแสง คำ PUVA

- อายุน้อยกว่า 10 ปี
- ตั้งครรภ์
- ให้นมบุตร

- ประวัติ Melanoma, Malignancy
- Severe Photosensitivity (Lupus Erythematosus, Xeroderma pigmentosum)

ข้อควรระวังในการรักษาด้วยการฉายแสง PUVA (ใช้ได้แต่ควรระมัดระวัง)

- อายุ 10 -18 ปี
- ประวัติ Dysplastic Nevi, Non Melanoma Skin Cancer
- Photosensitivity Disease
- เคยได้รับการฉายรังสีรักษามาก่อน (Ionizing Radiation)
- รับประทานยาบางชนิด เช่น Methotrexate, Cyclosporine, Tacrolimus, Photo-Sensitizing Drugs

NB-UVB Phototherapy จัดเป็น First-line Treatment สำหรับการรักษา Extensive Plaque-Type Psoriasis เนื่องจากประสิทธิภาพดี ปลอดภัย ผลข้างเคียงน้อยและเป็นวิธีที่สะดวก

การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังฉายแสง (Phototherapy)

- 1) สำหรับดูแลผู้ป่วยที่รักษาด้วยการฉายแสง PUVA ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา Psoralen 2 ชั่วโมงก่อนฉายแสง
 - ก่อนฉายแสงต้องทายาครีมหรือน้ำมัน (Liquid Parafin, Olive oil) เพื่อป้องกันผิวหนังเกิดการระคายเคืองต่อแสงอัลตราไวโอเล็ต
 - ทายาการรองแสงบริเวณใบหน้าที่ไม่ได้เป็นผื่นเพราะจะทำให้แดง แสบ เกิดฝ้า กระได้
 - ระหว่างการฉายแสงอาทิตย์เทียม ต้องใส่แว่นกัน UVB เพื่อป้องกัน Conjunctivitis
- 3) เมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องฉายแสง ให้สอบถามอาการคลื่นไส้ อาเจียน และอาการเวียนศีรษะที่อาจเกิดขึ้นได้
- 4) ตรวจสอบผิวหนังเปรียบเทียบก่อนและหลังฉายแสง ถ้ามีผื่นแดงและอาการปวดแสบปวดร้อนมีตุ่มน้ำและคันให้รายงานแพทย์

4.2 การรักษาโดยยาฉีดชีวโมเลกุล (Biologic Drugs)

ยาฉีดชีวโมเลกุลที่มีใช้ในประเทศไทย มี 3 กลุ่ม ดังต่อไปนี้ ได้แก่

- 1) ออกฤทธิ์ยับยั้ง Tumor Necrosis Factor α (Anti-TNF- α)
 - Etanercept (Embrelex)
 - Infliximab (Remicade)
- 2) ออกฤทธิ์ยับยั้ง P40 subunit ของ IL-12/IL-23
 - Ustekinumab (Stelara)
- 3) ออกฤทธิ์ยับยั้ง IL-17A
 - Secukinumab
 - Ixekizumab

ข้อบ่งชี้

- Refractory Moderate to Severe Psoriasis
- Refractory Moderate to Severe Psoriatic Arthritis

ผลข้างเคียงที่สำคัญของยากลุ่ม Anti-TNF- α

- การกำเริบของเชื้อวัณโรคและโรคติดเชื้อต่าง ๆ โดยมีปัจจัยเสี่ยงคือ Infliximab มีโอกาสเสี่ยงมากกว่า Etanercept มีการใช้ Anti-TNF- α ร่วมกับ Systemic Steroid หรือ DMARDs ผู้ป่วยอายุมาก โดยสามารถเกิดการติดเชื้อต่าง ๆ ได้ขณะที่รักษาด้วย Anti-TNF- α ตั้งแต่ 3 - 12 เดือน

- โรคมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และ Solid Organ Malignancy พบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นแต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนมะเร็งผิวหนังชนิด Melanoma และ Non-melanoma พบรายงานการอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยา Anti-TNF- α

- กระตุ้นให้เกิด Drug Induced Lupus ซึ่งมี Circulating Antinuclear Antibodies และอาการเฉพาะที่ผิวหนังโดยไม่มีอาการระบบอวัยวะสำคัญต่างๆ (ไม่มีอาการทางไตหรือระบบประสาท) ซึ่งสามารถหายเองได้เมื่อหยุดการใช้ยา (Reversible) ดังนั้น ไม่จำเป็นต้องตรวจ Anti-nuclear Antibody (ANA) ก่อนหรือระหว่างการรักษาถ้าไม่มีอาการที่สงสัย

- เซลล์เม็ดเลือดต่ำกว่าปกติ (Cytopenia)
- Hepatotoxicity โดยเฉพาะจากยา Infliximab ถ้า LFTs สูงกว่าค่าปกติ 5 เท่า ควรหยุดฉีด Anti- TNF ชั่วคราว
- Multiple Sclerosis ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรืออาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เคยเป็นอยู่เดิม
- มีอาการผื่นที่ผิวหนังขึ้นใหม่ตามหลังการรักษาด้วย Anti-TNF- α เช่น Psoriasis, Psoriasiform Skin Lesions, Maculopapular Urticarial Rash, Lupus Erythematosus, Erythema Multiforme, Lichenoid Eruptions, Bullous Eruptions, Leukocytoclastic Vasculitis, Serum Sickness, Eczematoid-like Purpura Perniosis, Eczematous Eruptions, Granuloma Annulare, Infections, Acute Bacterial Folliculitis, Dermatophytosis, Molluscum Contagiosum, Herpes Simplex, Cutaneous Lymphomas, Nonmelanoma Skin Cancers, Erythema at Injection Site โดยมักเกิดตามหลังการรักษาด้วย Infliximab วิธีการรักษา คือ ถ้าไม่จำเป็นต้องให้ Anti-TNF- α ต่อไป ควรหยุด แต่ถ้าจำเป็นต้องให้ แนะนำให้เปลี่ยนชนิด Anti-TNF- α เป็นชนิดใหม่

ผลข้างเคียงที่สำคัญของยา Ustekinumab

เป็นยาที่ค่อนข้างปลอดภัย มีรายงานการเกิดการติดเชื้อบ้างเล็กน้อย เช่น URI ยังไม่มีรายงานการเกิดโรคปอดหรือมะเร็ง

ผลข้างเคียงที่สำคัญของยา Secukinumab และ Ixekizumab

เป็นยาที่ค่อนข้างปลอดภัยเช่นกัน มีรายงานการเกิดการติดเชื้อบ้างเล็กน้อย Nasopharyngitis, URI นอกจากนี้ มีรายงานการติดเชื้อรา Candida ที่ผิวหนังและเยื่อเมือก Mucosa เช่น Genital/Vulvovaginal or Oral Candidiasis ได้บ่อยกว่ายาฉีดชีวโมเลกุลกลุ่มอื่น แต่การติดเชื้อราที่พบนั้นเป็นเฉพาะที่ไม่ลุกลาม ผลข้างเคียงอื่น ๆ เช่น Injection-site Reaction (Erythema, Pain, Pruritus) ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

การประเมินการตอบสนองต่อยา (Evaluation of Effectiveness)

- ให้ติดตามประสิทธิภาพของการรักษาโดยให้ประเมิน PASI Score ทุกสัปดาห์ที่ 12 - 16
- เป้าหมาย คือ Achieved PASI-75

เกณฑ์การถอนตัวจากการรักษา (Drug Withdrawal Criteria)

เพื่อให้การรักษาด้วยยากลุ่ม Biologic Agents เกิดความคุ้มค่าและได้ประโยชน์สูงสุด (Cost-Effectiveness) พิจารณาให้หยุดยาในกลุ่ม Anti-TNF Agents ในกรณีต่อไปนี้

- โรคมะเร็ง
- เกิดผลข้างเคียงหรือพิษจากยาอย่างรุนแรง
- ตั้งครรภ์ (ถอนตัวชั่วคราว)
- การติดเชื้อรุนแรง (ถอนตัวชั่วคราว)
- การผ่าตัด กรณีผ่าตัดไม่เร่งด่วน ควรหยุด Etanercept ล่วงหน้า 2 สัปดาห์ และหยุด Infliximab ล่วงหน้า 8 สัปดาห์ (ถอนตัวชั่วคราว)
- ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา (Non Responder) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการไม่ดีขึ้น ไม่บรรลุดตามเกณฑ์การตอบสนองต่อการรักษา หลังใช้ยานาน 12 สัปดาห์

5. การดูแลตนเองโดยทั่วไป

ให้คำแนะนำการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ดังนี้

1) อธิบายให้ทราบว่าโรคสะเก็ดเงินเป็นโรคเรื้อรัง อาการเป็น ๆ หาย ๆ สามารถรักษาให้อาการทุเลาได้และอาจกลับเป็นใหม่ได้อีก กรณีรักษาไม่ต่อเนื่องจะเป็นมากขึ้นและจะรักษายาก อาการจะเป็นมากในช่วงฤดูหนาวและจะดีขึ้นเมื่อถึงฤดูร้อน

2) ให้หลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดการกำเริบของโรค ได้แก่ ฝุ่นละออง สารเคมี การเกา การถู ซึ่งจะทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ผิวหนังจึงควรตัดเล็บมือให้สั้นและรักษาความสะอาดอยู่เสมอ รวมทั้งการหลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดเป็นเวลานาน กรณีจำเป็นต้องออกแดดให้สวมเสื้อผ้าปกปิดหรือการร่ม

3) รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าทางโภชนาการ โดยเน้นอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ต่าง ๆ นม ไข่ ถั่วเหลือง ถั่วแระ เกาลัด หอยเชลล์ เป็นต้น งดเว้นการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

4) ห้ามรับประทานยาหม้อ เพราะมีส่วนผสมของสารหนู จะทำให้เกิดมะเร็งผิวหนังได้ หรือไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง

5) สวมเสื้อผ้าที่ไม่ระคายเคืองต่อผิวหนังและเหมาะสมตามฤดูกาล

6) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและไม่หักโหม โดยการเดินเล่นช่วงเช้าและช่วงเย็นประมาณ 15 - 30 นาที เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย และควบคุมน้ำหนักไม่ให้มากเกินไป

7) ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายอยู่เสมอ เพราะมีรอยโรคตามร่างกาย มีการลอกของผิวหนัง ทำให้ร่างกายไม่สะอาด จึงควรปฏิบัติ ดังนี้

- ในการอาบน้ำไม่ควรใช้สบู่หรือแปรงถูตัว เพื่อป้องกันการระคายเคืองของผิวหนัง

- สระผมทุกวัน ๆ ละครั้ง โดยใช้ยาสระผมตามแผนการรักษา

- ตัดผมให้สั้น เพื่อสะดวกในการดูแลรักษาความสะอาดของหนังศีรษะและการใช้ยานวดหนังศีรษะ

- ไม่ควรย้อมผมหรือตัดผมเพราะอาจทำให้เกิดอาการแพ้และระคายเคืองต่อหนังศีรษะได้

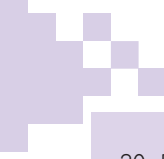
- ทำจิตใจให้สดชื่นแจ่มใส สงบ หลีกเลียงภาวะเครียดต่าง ๆ หรือพยายามพูดคุยระบายความรู้สึกไม่สบายใจแก่ผู้อื่นหรือบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจ

- แนะนำวิธีการรับประทานยาและการใช้ยาทาภายนอกอย่างถูกต้อง พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงจากยา โดยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ไม่ควรหยุดยาเองโดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์

อ้างอิง

1. Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. J Am Acad Dermatol 1985 Sep;13(3):450-6.
2. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use. Clin Exp Dermatol 1994 May;19(3):210-6.
3. Akaraphanth R, Kwangsukstid O, Gritiyarangsarn P, Swanpanyalert N. Psoriasis registry in public health hospital. J Med Assoc Thai. 2013 Aug;96(8):960-6
4. Akaraphanth R, Kwangsukstid O, Gritiyarangsarn P, Swanpanyalert N. Psoriasis Registry in Public Health Hospital. J Med Assoc Thai 2013; 96 (8): 960-6.
5. Jiamton S, Suthipinittharm P, Kulthanan K, Chularojanamontri L, Wongpraparut C, Silpa-archa N, Sirikudta W. Clinical Characteristics of Thai Patients with Psoriasis. J Med Assoc Thai 2012; 95 (6): 795-801.
6. Farber EM, Nall ML. The natural history of 5600 patients. Dermatologica 1974;148:1-18.
7. Andressen C, Henseler T. Inheritance of psoriasis. Analysis of 2035 family histories. Hautarzt 1982;33:214-7.
8. Henseler T, Christopher E. Psoriasis of early and late onset: Characterization of two types of psoriasis vulgaris. J Am Acad Dermatol 1985;13:450-6.
9. Gaspari AA, Tying S. New and emerging biologic therapies for moderate-to-severe plaque psoriasis: mechanistic rationales and recent
10. Lowes MA, Kikuchi T, Fuentes-Duculan J, et al. Psoriasis vulgaris lesions contain discrete populations of Th1 and Th17 T cells. J Invest Dermatol 2008; 128: 1207-1211.
11. Gao J, Shen X, Ko R, Huang C, Shen C. Cognitive Process of Psoriasis and Its Comorbidities: From Epidemiology to Genetics. Front Genet. 2021;12:735124.

12. Menter A, Gelfand JM, Connor C, Armstrong AW, Cordoro KM, Davis DMR, et al. Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management of psoriasis with systemic
13. Jiamton S, Suthipinittharm P, Kulthanan K, Chularojanamontri L, Wongpraparut C, Silpa-Archa N, et al. Clinical characteristics of Thai patients with psoriasis. *J Med Assoc Thai.* 2012;95(6): 795-801.
14. Yeung H, Takeshita J, Mehta NN, Kimmel SE, Ogdie A, Margolis DJ, et al. Psoriasis severity and the prevalence of major medical comorbidity: a population-based study. *JAMA Dermatol.* 2013;149(10):1173-9.
15. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. *JAMA.* 2020;323(19):1945-60.
16. Alinaghi F, Calov M, Kristensen LE, Gladman DD, Coates LC, Jullien D, et al. Prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of observational and clinical studies. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80(1):251-65 e19.
17. Elmets CA, Korman NJ, Prater EF, Wong EB, Rupani RN, Kivelevitch D, et al. Joint AAD-NPF Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapy and alternative medicine modalities for psoriasis severity measures. *J Am Acad Dermatol.* 2021;84(2):432-70.
18. Gisondi P, Altomare G, Ayala F, Conti A, Dapavo P, De Simone C, et al. Consensus on the management of patients with psoriatic arthritis in a dermatology setting. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32(4):515-28.
19. Heng D, Ma S, Lee JJ, Tai BC, Mak KH, Hughes K, et al. Modification of the NCEP ATP III definitions of the metabolic syndrome for use in Asians identifies individuals at risk of ischemic heart disease. *Atherosclerosis.* 2006;186(2):367-73.

- 
20. Bruins FM, Bronckers I, Groenewoud HMM, van de Kerkhof PCM, de Jong E, Seyger MMB. Association Between Quality of Life and Improvement in Psoriasis Severity and Extent in Pediatric Patients. *JAMA Dermatol.* 2020;156(1):72-8.
 21. Gooderham M, Pinter A, Ferris LK, Warren RB, Zhan T, Zeng J, et al. Long-term, durable, absolute Psoriasis Area, and Severity Index and health-related quality of life improvements with risankizumab treatment: a post hoc integrated analysis of patients with moderate-to-severe plaque psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022.
 22. Nast A, Smith C, Spuls PI, Avila Valle G, Bata-Csorgo Z, Boonen H, et al. EuroGuiDermGuideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris - Part 1: treatment and monitoring recommendations. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34(11):2461-98

ภาคผนวก

แบบฟอร์มการประเมินสภาพผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

วันที่.....

ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี HN.....

สัญญาณชีพ (V/S) T..... R..... BP..... P.....

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. BMI.....

เส้นรอบเอว.....ซม.

อาการสำคัญ (อาการลักษณะผื่น/รอยโรค 1-2 อาการ + ตำแหน่งที่เป็น + ระยะเวลาที่เป็น)

.....
.....

ประวัติโรคประจำตัว/โรคร่วม.....

ประวัติการแพ้ (ยา/อาหาร/สารเคมี).....

ระยะเวลาที่เป็นโรคสะเก็ดเงิน.....ปี

ประวัติโรคสะเก็ดเงินในครอบครัว ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

การรักษาที่เคยได้รับ

- ☐ ยาทา (TA / LCD / Emollient / ยาทาที่ระคายเคือง / Vitamin D3)
- ☐ ฉายแสง (PUVA / NUVB / Targeted phototherapy)
- ☐ ยารับประทาน (MTX / Neotigason / Cyclosporine / Retinoid)
- ☐ สมุนไพร ระบุ.....
- ☐ ยาฉีด (Enanercept / Infliximab / Ustekinumab / Secukinumab)
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

สาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้น

- ☐ การได้รับบาดเจ็บ ระบุ.....
- ☐ เครียด/วิตกกังวล
- ☐ ยาบางชนิด ระบุ.....
- ☐ แพ้ผื่นน้อย/นอนไม่หลับ

- ☐ โรคติดเชื้อ (Infection) ระบุ.....
- ☐ สิวบิวรี่
- ☐ อาหาร ระบุ.....
- ☐ ดั้มสุรา
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ปัญหาที่พบ

- ☐ ผื่น/รอยโรค (แดง / สะเก็ด / ตุ่มหนอง / คัน / เจ็บตึง)
- ☐ เล็บผุกร่อน
- ☐ ข้อ (ปวดบวมแดงร้อน / ติดแข็ง / ผิดรูป)
- ☐ มีไข้ ($T \geq 37.5^{\circ}\text{C}$ หรือ $\leq 36.5^{\circ}\text{C}$)
- ☐ สภาพจิตใจ (วิตกกังวล / เครียด / ขาดความมั่นใจ / ซึมเศร้า)
- ☐ Poor Hygiene
- ☐ กลุ่มอาการ Metabolic Syndrome
 - o อ้วนลงพุง เส้นรอบเอว ชาย ≥ 36 นิ้ว/90 ซม., หญิง ≥ 32 นิ้ว/80 ซม.
 - o FBS ≥ 100 มก./ดล หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน
 - o TG ≥ 150 มก./ดล
 - o HDL-C < 40 มก./ดล ในเพศชาย หรือ < 50 มก./ดล ในเพศหญิง
 - o BP $\geq 130/85$ มม.ปรอท หรือได้รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง
- ☐ Malnutrition (BMI ≤ 18.50)
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

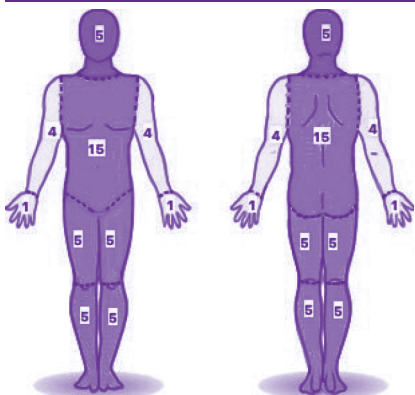
การดูแลรักษาเบื้องต้น

การวางแผนการพยาบาลและการดูแลต่อเนื่อง

แบบประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน

Body Surface Area (BSA)

ตำแหน่งของพื้นที่พบบนร่างกาย



ตำแหน่งของศีรษะ 10% (ศีรษะ จนถึง คอ)

จำนวน.....ฝ่ามือ (%)

ตำแหน่งของแขน 20% (ไหล่ จนถึง ปลายนิ้ว)

ด้านซ้าย.....ฝ่ามือ (%)

ด้านขวา.....ฝ่ามือ (%)

ตำแหน่งของลำตัว 30% (รักแร้ จนถึง ขาหนีบ)

จำนวน.....ฝ่ามือ (%)

ตำแหน่งของขา 40% (ขาหนีบ จนถึง ปลายเท้า)

ด้านซ้าย.....ฝ่ามือ (%)

ด้านขวา.....ฝ่ามือ (%)

รวมทั้งหมดจำนวน.....ฝ่ามือ (%)

ผู้ประเมิน.....วันที่.....

แบบประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน

PASI score (Psoriasis Area and Severity Index)

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

E = erythema (0 - 4), I = induration (0 - 4), D = desquamation (0 - 4)

H = Head, U = Upper extremities, T = Trunk, L = Lower extremities

A = area, < 10% = 1 10 - 29% = 2 30 - 49% = 3

50 - 69% = 4 70 - 89% = 5 90 - 100% = 6

		(E + I + D)	A	Total
Head	0.1	(_____ + _____ + _____)		
Upper extremities	0.2	(_____ + _____ + _____)		
Trunk	0.3	(_____ + _____ + _____)		
Lower extremities	0.4	(_____ + _____ + _____)		
Total PASI				

ผู้ประเมิน.....

วันที่.....

แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคผิวหนัง

(Dermatology Life Quality Index: DLQI)

ในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา ผื่นผิวหนังทำให้เกิดปัญหากับคุณมากน้อยเพียงใด
 คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือ (ขอความกรุณาตอบ
 คำถามทุกข้อ)

1. ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีอาการคัน, เจ็บ, ปวด, หรือปวด เสียว ที่ผิวหนังมากน้อยเพียงใด	(3) มาก ☐ (2) ปานกลาง ☐ (1) เล็กน้อย ☐ (0) ไม่มีเลย ☐	
2. ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ผื่นผิวหนังทำให้คุณรู้สึกอับอาย, ขาดความ มั่นใจ มากน้อยเพียงใด	(3) มาก ☐ (2) ปานกลาง ☐ (1) เล็กน้อย ☐ (0) ไม่มีเลย ☐	
3. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ผื่นผิวหนังทำให้คุณมีปัญหาในการออก จากบ้านไปจับจ่ายซื้อสินค้า, ดูแลบ้าน หรือดูแลสวน มากน้อยเพียงใด	(3) มาก ☐ (2) ปานกลาง ☐ (1) เล็กน้อย ☐ (0) ไม่มีเลย ☐	
4. ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ผื่นผิวหนังของคุณ มีผลกระทบต่อการเลือก เสื้อผ้าที่จะสวมใส่ มากน้อยเพียงใด	(3) มาก ☐ (2) ปานกลาง ☐ (1) เล็กน้อย ☐ (0) ไม่มีเลย ☐	
5. ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ผื่นผิวหนังของคุณ มีผลกระทบต่อการเข้า สังคม หรือต่อกิจกรรมในยามว่าง มากน้อยเพียงใด	(3) มาก ☐ (2) ปานกลาง ☐ (1) เล็กน้อย ☐ (0) ไม่มีเลย ☐	
6. ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ผื่นผิวหนังมีผลกระทบต่อการเล่นกีฬา การ ออกกำลังกายของคุณ มากน้อยเพียงใด	(3) มาก ☐ (2) ปานกลาง ☐ (1) เล็กน้อย ☐ (0) ไม่มีเลย ☐	

7. ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ผื่นผิวหนังมีผลทำให้คุณขาดงานหรือขาดเรียนหรือไม่ ถ้า “ไม่มี” ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ผื่นผิวหนังทำให้คุณมีปัญหาในการทำงาน หรือ การเรียน มากน้อยเพียงใด	(3) มาก ☐ (2) ปานกลาง ☐ (1) เล็กน้อย ☐ (0) ไม่มีเลย ☐	
8. ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ผื่นผิวหนังของคุณ ได้สร้างปัญหาให้กับคุณครองหรือญาติหรือเพื่อนสนิท มากน้อยเพียงใด	(3) มาก ☐ (2) ปานกลาง ☐ (1) เล็กน้อย ☐ (0) ไม่มีเลย ☐	
9. ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ผื่นผิวหนังทำให้คุณมีปัญหาในการมีเพศสัมพันธ์ มากน้อยเพียงใด	(3) มาก ☐ (2) ปานกลาง ☐ (1) เล็กน้อย ☐ (0) ไม่มีเลย ☐	
10. ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา การรักษาผื่นผิวหนังก่อให้เกิดปัญหาแก่คุณ มากน้อยเพียงใด เช่น ทำให้มีการประอะเปื้อนในบ้าน, การรักษาทำให้เสียเวลา เป็นต้น	(3) มาก ☐ (2) ปานกลาง ☐ (1) เล็กน้อย ☐ (0) ไม่มีเลย ☐	

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่าน
ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้ หรือไม่

ลำดับที่	คำถาม	มี	ไม่มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมนวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมนวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไร ก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่		

การแปลผล

- ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
- ถ้าคำตอบ มีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินต่อหรือส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

แบบประเมินกลุ่มอาการอ้วนลงพุง (Metabolic syndrome)

คำชี้แจง บันทึกข้อมูล โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เกณฑ์การวินิจฉัยกลุ่มอาการอ้วนลงพุง (Metabolic syndrome)

1.1 เส้นรอบเอว.....เซนติเมตร

☐ Normal

☐ มีภาวะอ้วนลงพุง (เส้นรอบเอว ≥ 80 เซนติเมตรในเพศหญิง หรือ ≥ 90 เซนติเมตรในเพศชาย)

1.2 ความดันโลหิต (BP).....มิลลิเมตรปรอท

☐ Normal

☐ ความดันโลหิตสูง ($\geq 130/85$ มิลลิเมตรปรอท)

1.3 น้ำตาลในเลือด (FBS).....มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

☐ Normal

☐ น้ำตาลในเลือดสูง (≥ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)

1.4 ไขมัน HDL.....มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

☐ Normal

☐ ไขมัน HDL ต่ำ (< 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศหญิง หรือ < 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศชาย)

1.5 ไขมันไตรกลีเซอไรด์ (TG).....มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

☐ Normal

☐ ไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง (≥ 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)

2. ประเมิน ภาวะ Metabolic syndrome ตามเกณฑ์การวินิจฉัยกลุ่มอาการอ้วนลงพุง จากข้อ 1.1 - 1.5

☐ เข้าเกณฑ์ < 2 ข้อ (ไม่มีภาวะ Metabolic syndrome)

☐ เข้าเกณฑ์อย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อ (มีภาวะ Metabolic syndrome)

แบบคัดกรองข้ออักเสบสะกิดเงิน

คำชี้แจง บันทึกข้อมูล โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำถามที่เปลี่ยน

1. เกณฑ์การคัดกรองข้ออักเสบสะกิดเงิน

คำถาม	มี (1 คะแนน)	ไม่มี (0 คะแนน)
การตื่นหรือเคยตื่นกลางดึกเนื่องจากปวดหลังส่วนล่าง		
ข้อมือและนิ้วมือบวมหรือเคยบวม		
ปวดหรือเคยปวดสันเท้า		
รวมคะแนน		

2. การประเมินผล

แบบทดสอบนี้มีคะแนน 0-3 คะแนน โดยถ้ามีคะแนนมากกว่า 1 คะแนนขึ้นไป (หรือตอบว่าใช่เพียง 1 ข้อ) ควรส่งปรึกษาอายุรแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่ม

ที่มา : สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย SirirajPsoriasis Arthritis Screening tool

จำนวนแพทย์ผิวหนังในประเทศไทย



QR Code แสดงจำนวนแพทย์ผิวหนัง และข้อมูลการติดต่อโรงพยาบาล

คณะทำงาน

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สภานต์ บุณนาค รองอธิบดีกรมการแพทย์

บรรณาธิการ

นายแพทย์วีรวัต อุครานันท์ ผู้อำนวยการสถาบันโรคผิวหนัง

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายแพทย์สุดศรีธัญย์ พริงลำภู

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันโรคผิวหนัง

กองบรรณาธิการ

1. รองศาสตราจารย์นายแพทย์นภดล นพคุณ
2. ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประวิตร อัครวานนท์
3. นายแพทย์วรพล เวชชาภินันท์
4. นายแพทย์ฐาปกรณ์ จิตตุนนท์
5. แพทย์หญิงอรยา กว้างสุขสถิตย์
6. นายแพทย์ปณวิศ สุทธิกุลณเศรษฐ์
7. นายโชติธินันท์ เลิศนิตดำรงรัฐ
8. แพทย์หญิงพรเอื้อ บุญยไพศาลเจริญ
9. แพทย์หญิงคล้ายจันทร์ อินทรใจเอื้อ
10. นางสาวสิรินทิพย์ ทองขาว
11. นางคณินิจ ไวสุพิ์
12. นางสาวกมลน ดำรงคนภักดิ์
13. นายศุภลักษณ์ มีรัตนไพร
14. นายศุภกฤษ บุญละคร

รองประธานคณะกรรมการด้านโรคผิวหนังแห่งชาติ
อดีตนายกสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้
จังหวัดตรัง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะอิน
รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ สถาบันโรคผิวหนัง
รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบสุขภาพ
สถาบันโรคผิวหนัง
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล สถาบันโรคผิวหนัง
นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลบางปะอิน
นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันโรคผิวหนัง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันโรคผิวหนัง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันโรคผิวหนัง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันโรคผิวหนัง
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สถาบันโรคผิวหนัง





สถาบันโรคผิวหนัง
INSTITUTE OF DERMATOLOGY

สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
456 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ : 0-2354-5222 โทรสาร : 0-2644-9333
www.iod.go.th