



สถาบันโรคผิวหนัง  
INSTITUTE OF DERMATOLOGY

# โรคผิวหนังที่พบบ่อย ในสถานสงเคราะห์



นายแพทย์โกวิท คัมภีรภาพ  
พูนพันธ์  
สถาบันโรคผิวหนัง



# โรคผิวหนังที่พบบ่อย ในสถานสงเคราะห์



นายแพทย์โกวิท คัมภีรภาพ  
ผู้นิพนธ์



สถาบันโรคผิวหนัง  
INSTITUTE OF DERMATOLOGY

# โรคผิวหนังที่พบบ่อย ในสถานสงเคราะห์

ISBN: 978-974-422-942-7

แพทย์หญิงมิ่งขวัญ วิชัยดิษฐ

ผู้อำนวยการสถาบันโรคผิวหนัง

บรรณาธิการ

นายแพทย์โกวิท คัมภีรภาพ

ผู้พิมพ์

จัดทำโดย

สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

420/7 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ : 0-2354-5222 โทรสาร : 0-2644-9333

[www.iod.go.th](http://www.iod.go.th)

เพื่อให้สะดวกต่อการเผยแพร่ให้แพร่หลาย  
ท่านสามารถดาวน์โหลดเอกสารฉบับนี้ได้ที่  
QR code นี้



# คำนำ

ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ ซึ่งเน้นพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศสาขาต่างๆ ให้บริการสุขภาพและพัฒนาระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อที่เหมาะสมนั้น สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ ซึ่งเป็นหน่วยงานแพทย์เฉพาะทางที่ให้บริการตรวจรักษาโรคผิวหนังให้แก่ประชาชน และสร้างระบบเครือข่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านโรคผิวหนังของประเทศไทย โดยมุ่งหวังที่จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านโรคผิวหนัง เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านโรคผิวหนังที่มีคุณภาพและมาตรฐาน สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของกรมการแพทย์ ปี 2564 ให้ประชาชนจะได้รับการดูแลสุขภาพแบบครบวงจรอย่างไร้รอยต่อ และสถาบันโรคผิวหนังได้ตระหนักถึงปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านโรคผิวหนังของกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางสังคมที่อยู่ในความดูแลของสถานสงเคราะห์และสถานคุ้มครองต่างๆ ที่มีข้อจำกัดในการให้บริการสุขภาพด้านโรคผิวหนัง สถาบันโรคผิวหนังจึงได้จัดทำ “คู่มือโรคผิวหนังที่พบบ่อยในสถานสงเคราะห์” โดยมุ่งหวังให้สถานสงเคราะห์และสถานคุ้มครองต่างๆ สามารถดูแลรักษาผู้ด้อยโอกาสเหล่านี้ให้หายจากโรคผิวหนัง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สถาบันโรคผิวหนัง หวังเป็นอย่างยิ่งว่า “คู่มือโรคผิวหนังที่พบบ่อยในสถานสงเคราะห์” ที่จัดทำขึ้น จะเป็นประโยชน์แก่เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยในสถานสงเคราะห์และสถานคุ้มครองต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษา รวมถึงการป้องกันโรคและเป็นการลดภาระไม่ต้องพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ สามารถช่วยแก้ปัญหาโรคผิวหนังในสถานสงเคราะห์และสถานคุ้มครองต่างๆ ให้ลดน้อยลง

สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์

มกราคม 2564

# บทนำ

สถานสงเคราะห์เป็นสถานที่จัดให้เป็นที่อยู่อาศัยของผู้ด้อยโอกาส เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก เยาวชน ผู้พิการ และคนไร้ที่พึ่ง บุคคลเหล่านี้จะมีสภาพร่างกาย และจิตใจที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้มีปัญหาในการดูแลสุขภาพตนเอง การรักษาสุขอนามัยส่วนตัว การรักษาสุขอนามัยส่วนรวม ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ จากการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของสถาบันโรคผิวหนังที่ผ่านมา พบว่า ปัญหาโรคผิวหนังที่พบบ่อยในสถานสงเคราะห์ และสถานคุ้มครอง คือ

1. โรคกลาก (Dermatophytosis)
2. โรคติดเชื้อแคนดิดา (Candidiasis)
3. โรคเกลื้อน (Pityriasis versicolor)
4. โรคหิด (Scabies)
5. โรคเหา (Lice)
6. โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (Atopic dermatitis / Atopic eczema)

สถาบันโรคผิวหนังจึงได้จัดทำข้อมูลความรู้เรื่องโรคผิวหนังดังกล่าว รวมถึงองค์ประกอบสำคัญการดูแลภาวะสุขภาพด้านโรคผิวหนังในสถานสงเคราะห์ และสถานคุ้มครอง เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคผิวหนังในความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์และสถานคุ้มครอง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

นายแพทย์โกวิท คัมภีรภาพ  
ที่ปรึกษาผู้อำนวยการ สถาบันโรคผิวหนัง  
มกราคม 2564

# สารบัญ

หน้า

คำนำ

บทนำ

|                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------|----|
| โรคผิวหนังที่พบบ่อยในสถานสงเคราะห์                                   | 1  |
| 1. โรคกลาก (Dermatophytosis)                                         | 2  |
| 2. โรคติดเชื้อแคนดิดา (Candidiasis)                                  | 12 |
| 3. โรคเกลื้อน (Pityriasis versicolor)                                | 17 |
| 4. โรคหิด (Scabies)                                                  | 21 |
| 5. ไรเหา (Lice)                                                      | 27 |
| 6. โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (Atopic dermatitis / Atopic eczema)         | 32 |
| องค์ประกอบสำคัญการดูแลภาวะสุขภาพด้านโรคผิวหนัง<br>ในสถานสงเคราะห์    | 44 |
| มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดในสถานการณ์ที่มีการระบาด<br>ของโรคโควิด-19 | 49 |



# โรคผิวหนังที่พบบ่อย ในสถานสงเคราะห์

นายแพทย์โกวิท คัมภีรภาพ  
สถาบันโรคผิวหนัง

สถานสงเคราะห์เป็นสถานที่ที่จัดให้เป็น  
ที่อยู่อาศัยของผู้ด้อยโอกาส เช่น ผู้สูงอายุ  
เด็ก เยาวชน คนพิการ และคนไร้ที่พึ่ง คนเหล่านี้  
มักมีปัญหาช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ขาดแคลนเครื่องนุ่งห่ม  
ผ้าเช็ดตัว ทำให้เกิดปัญหาในการรักษาสุขอนามัยส่วนตัว  
ไม่สามารถอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายอย่างเพียงพอ  
โรคผิวหนังที่พบบ่อยในสถานสงเคราะห์ จึงมักเป็นโรคติดเชื้อต่างๆ  
และโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง ดังนี้

1. โรคกลาก (Dermatophytosis)
2. โรคติดเชื้อแคนดิดา (Candidiasis)
3. โรคเกลื้อน (Pityriasis versicolor)
4. โรคหิด (Scabies)
5. โรคเหา (Lice)
6. โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง  
(Atopic dermatitis / Atopic eczema)

# 1. โรคกลาก (DERMATOPHYTOSIS)

โรคกลากเกิดจากเชื้อรากลุ่ม Dermatophyte ซึ่งสามารถย่อยเคอราตินเป็นอาหาร จึงก่อโรคได้กับเนื้อเยื่อที่มีเคอราติน ได้แก่ ผิวหนัง เส้นผม เล็บ

เชื้อรา Dermatophyte แบ่งตามแหล่งที่อยู่ตามธรรมชาติ เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. **geophilic** เป็นเชื้อราที่อาศัยอยู่ตามพื้นดิน บางครั้งทำให้เกิดโรคกลากจากการสัมผัสเชื้อจากพื้นดิน สปอร์เชื้อราชนิดนี้สามารถแพร่กระจายไปตามเสื้อผ้า ของใช้ส่วนตัว

2. **zoophilic** เป็นเชื้อราที่พบในสัตว์ โดยเฉพาะสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมว ทำให้เกิดโรคกลากจากการสัมผัสเชื้อในสัตว์ที่เป็นกลาก หรือสัมผัสเสื้อผ้าและของใช้ที่มีขนสัตว์ที่มีเชื้อราปนเปื้อน

3. **anthropophilic** เป็นเชื้อราที่ปรับตัวจนสามารถอาศัยมนุษย์เป็น host จึงเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคกลาก มีการติดต่อโดยการสัมผัสกับผิวหนังหรือของใช้ที่มีเชื้อรา ผู้ป่วยมักไม่มีอาการหรือมีผื่นอักเสบเล็กน้อย

ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ถ้าป่วยเป็นกลากจะเป็นรุนแรง หรือต้องได้รับการรักษา



ภาพที่ 1 โรคกลากเกิดจากเชื้อรากลุ่ม Dermatophyte  
ซึ่งสามารถย่อยเคอราตินเป็นอาหาร จึงก่อโรคได้กับเนื้อเยื่อ  
ที่มีเคอราติน ได้แก่ ผิวหนัง เส้นผม เล็บ

ลักษณะทางคลินิกและชนิดต่างๆ ของกลาก แตกต่างกันไปตามตำแหน่งที่เป็น เช่น

- 1.1 โรคกลากที่หนังศีรษะ และเส้นผม เรียก tinea capitis
- 1.2 โรคกลากที่ผิวหนัง จะเกิดได้ทั่วไป เช่น หน้า (tinea faciei), ลำตัว (tinea corporis), ขาหนีบ (tinea cruris), มือ (tinea manuum), เท้า (tinea pedis)
- 1.3 โรคกลากที่เล็บ เรียก tinea unguium อาจเป็นได้ทั้งเล็บมือและเล็บเท้า

## TINEA CAPITIS

เป็นโรคกลากของหนังศีรษะและเส้นผม เชื้อราที่เป็นสาเหตุเป็น trichophyton และ microsporum ได้ทุกตัว ยกเว้น T.concentricum

*T.capitis* พบบ่อยในเด็กอายุ 3-7 ปี มีการระบาดมากในคนที่มีสุขอนามัยไม่ดี มีความเป็นอยู่แออัด ฐานะทางเศรษฐกิจสังคมไม่ดี เชื้ออาจกระจายตกค้างตามเครื่องใช้อยู่ได้นานถึง 1 ปี เช่น หวี หมวก ปลอกหมอน พนักเก้าอี้ คนที่เป็นพาหะของเชื้อกลากที่ไม่แสดงอาการพบได้บ่อย จึงทำให้โรคนี้กำจัดให้หมดไปได้ยาก

**ectothrix infection** เชื้อราจาก *S.cornem* รุกราน hair shaft ลงไปถึง cortex แล้วกลับขึ้นมาอยู่ที่ผิวนอกของเส้นผม

**endothrix infection** เชื้อราเข้าไปทำลายเคอราตินใน hair shaft ทำให้เส้นผมเปราะหักง่าย

ลักษณะทางคลินิก มีหลายแบบ เช่น

**gray patch type** เกิดจากเชื้อ anthropophilic ectotrix เช่น *M.audinii*, *M.canis* ลักษณะเป็นผื่นกลมขอบเขตชัดเจน มีขุยหนา อาจมีผมร่วงหรือไม่ก็ได้

**black dot type** เกิดจาก anthropophilic endothrix *T. tonsurans* และ *T. violaceum* กลากชนิดนี้มีการอักเสบน้อยที่สุด มีแต่ผมหักร่วงที่โคนผม จึงเห็นเป็นจุดดำของตอเส้นผมในบริเวณที่มีผมร่วง ซึ่งมักมีหลายหย่อม ขอบเขตไม่ชัดเจน

**kerion** เกิดจาก zoophilic หรือ geophilic เช่น *M. canis*, *M. gypseum* กลากชนิดนี้มักมีการอักเสบรุนแรงปวด ซึ่งเป็นปฏิกิริยาภูมิแพ้ต่อเชื้อกลาก มักเริ่มจากเป็นตุ่มแดง ค่อยๆ ลามออกเป็นก้อนบวมปวด ผมร่วง มีหนองไหลออกมาตามรูเส้นผม อาจมีไข้ ต่อมน้ำเหลืองโตที่ท้ายทอย

## TINEA BARBAE

เป็นโรคกลากที่บริเวณหนวดเครา มักติดต่อจากการใช้อุปกรณ์โกนหนวดร่วมกัน หรือติดจากสัตว์เลี้ยง เชื้อสาเหตุเป็น zoophilic และ anthropophilic

ถ้าเกิดจากเชื้อ zoophilic จะมีลักษณะทางคลินิกเป็นก้อนบวมปวดที่คาง บนก้อนมีตุ่มหนองเล็กๆและน้ำเหลือง เส้นเคราจะหักร่วง ถ้าเกิดจากเชื้อ anthropophilic จะเป็นตุ่มหนองและตุ่มแดง ดูเหมือนตุ่มชุมชนอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย หรือเป็นผื่นแดง มีขุย และขอบเขตชัดเจน

## TINEA CORPORIS (*T. CIRGINATA*)

*Tinea corporis* เป็นโรคกลากของ grabous skin เชื้อราสาเหตุอาจเป็นการติดต่อกับคนสู่คน เช่น *T. rubrum*, *T. mentagrophytes* หรือจากสัตว์เลี้ยงสู่คน โดยเฉพาะในเด็ก เช่น *M. canis*, *T. tonsurans* ปัจจัยที่เกื้อหนุนให้เป็นโรคกลากที่ลำตัวบ่อยๆ และรุนแรง คือ อากาศร้อนชื้น สวมเสื้อผ้าคับรัด ทำให้อับชื้น เหงื่อออกมาก

โรคกลากที่ลำตัวมีผื่นที่คลาสสิก คือ ผื่นราบมีขุย ขอบเขตชัดเจน ูนแดงและมีตุ่มน้ำใสเล็กๆ ผื่นจะคันและแผ่ขยายไปเรื่อยๆ

## T.CRURIS

เป็นโรคกลากของบริเวณร่องขาหนีบ อวัยวะสืบพันธุ์ หัวหน่าว และรอบทวารหนัก ติดต่อกับการสัมผัส หรือสวมเสื้อผ้าที่มีเชื้อรา ความอับชื้น และอากาศร้อนชื้นทำให้เป็นบ่อย พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และผู้ใหญ่มากกว่าเด็ก เชื้อราอาจแพร่กระจายมาจากผื่นกลากที่เท้า เชื้อราที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่เป็น *T.rubrum* และ *E.floccosum*

ลักษณะทางคลินิกเป็นผื่นแดงนูน ขอบเขตชัดเจน คันมาก ถ้าเกิดจาก *T.rubrum* ผื่นมักมีหลายวง แพร่กระจายจากร่องขาหนีบ ไปที่สะโพก รอบทวารหนัก และท้องน้อย มักไม่มีผื่นที่อวัยวะเพศชายและหนังอัณฑะ

## T.PEDIS

เป็นโรคกลากที่เท้า เป็นโรคกลากที่พบบ่อย มักเป็นในคนที่สวมรองเท้าปิดอับ คนที่ใช้สระว่ายน้ำ ที่อาบน้ำร่วมกับคนอื่น เชื้อสาเหตุส่วนใหญ่เป็น *T.rubrum*, *T.mentagrophytes*, *E.floccosum*

*T. pedis* มีลักษณะทางคลินิก 4 แบบ ซึ่งอาจเกิดร่วมกันได้

- interdigital type พบบ่อยที่สุด มีลักษณะเป็นหนังลอกแดงมีขุยสีขาวปกคลุม เป็นตามซอกนิ้วเท้าและใต้นิ้วเท้า ผื่นอาจแพร่กระจายไปที่ฝ่าเท้า มักไม่ขึ้นมาที่หลังเท้า ความอับชื้นและเชื้อแบคทีเรียทำให้ผื่นเปื่อยแฉะ คัน และมีกลิ่นเหม็น เรียกว่า athlete's foot

- moccasin type เป็นผื่นมีขุยบริเวณฝ่าเท้าที่มีหนังหนาและด้านข้างของเท้า มักเป็น 2 ข้าง อาจพบตุ่มน้ำใสหรือผื่นแดงเล็กน้อย

- vesiculo - bullous type เป็นตุ่มน้ำใสหรือตุ่มหนอง บนฝ่าเท้าที่มีหนังหนาและด้านข้างฝ่าเท้า

- acute ulcerative type เป็นตุ่มน้ำใส ตุ่มหนอง และแผลมีหนองบนฝ่าเท้า มักเกิดจาก *T.mentagrophytes* ร่วมกับแบคทีเรียแกรมลบ อาจมี cellulitis ไข้ ต่อมน้ำเหลืองโตร่วมด้วย

## T.MANUUM

เป็นโรคกลากของฝ่ามือและง่ามนิ้วมือ มักเกิดร่วมกับ T.pedis บนมือที่ใช้เกาเท้า เรียกว่า “two feet - one hand syndrome” เชื้อราสาเหตุเหมือน T.pedis

ถ้าฝ่ามือลามไปที่หลังมือ จะมีลักษณะเหมือน T.corporis และมักพบร่วมกับ T.unguium

## T.UNGUIUM (ONYCHOMYCOSIS)

**T.unguium** เป็นโรคกลาก (dermatophyte) ของเล็บ ส่วน onychomycosis เป็นคำรวมหมายถึงโรคเล็บที่เกิดจากเชื้อราทุกชนิด onychomycosis เป็นโรคเล็บที่พบบ่อยประมาณครึ่งหนึ่งของความผิดปกติของเล็บทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เพราะการสวมรองเท้าที่ปิดอับ มีจำนวนผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่องเพิ่มขึ้น มีการใช้สถานที่อาบน้ำร่วมกันมากขึ้น

**สาเหตุของ onychomycosis** ส่วนใหญ่เป็น dermatophytes คือ T.rubrum, T.mentagrophytes, T.tonsurans และ E.floccosum เชื้อราอื่นๆ คือ ยีสต์ ส่วนมากเป็น Candida albicans และ nondermatophyte molds

การเปลี่ยนแปลงของเล็บใน onychomycosis มี 4 แบบ คือ

- proximal subungual hyperkeratosis ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อ T.rubrum และ T.megninii ของ proximal nail bed มีลักษณะ proximal nail bed เปลี่ยนแปลงเป็นสีขาวหรือสีเหลืองขุ่น อาจพบว่าผู้ป่วยมี HIV infection
- white superficial onychomycosis เชื้อราทำลาย dorsal nail plate ทำให้ผิวเล็บเป็นสีขาวหรือเหลืองหม่น สาเหตุเป็น T.mentagrophytes หรือ nondermatophyte molds

- distal subungual hyperkeratosis เกิดจากเชื้อรารุกรานเข้ามาทำลายข้างใต้ nail plate
- candida onychomycosis เกิดจาก C.albicans ในผู้ป่วย chronic mucocutaneous candidiasis แผ่นเล็บถูกทำลายทั้งหมด

## T. FACIEI

เป็นโรคกลากของใบหน้า ยกเว้นบริเวณหนวดเครา ส่วนใหญ่เกิดจาก T.rubrum, T.mentagrophytes, M.canis มักเป็นผื่นแดงมีขุยน้อย ขอบเขตไม่ชัดเจน ทำให้วินิจฉัยผิดพลาดได้ง่าย

## โรคกลากรูปแบบพิเศษอื่น ๆ

### TINEA IMBRICATA

เป็นโรคกลากที่พบใน Polynesia, Melanesia, เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อินเดีย และอเมริกากลาง เกิดจากเชื้อกลาก T.concentricum ลักษณะผื่นมีขุยขอบยกแผ่ขยายออกไปเรื่อยๆ จนเรียงซ้อนกันเป็นชั้นๆ ทั้งตัวเหมือนแผ่นกระเบื้องมุงหลังคา เรียกว่า โรคกลากหนูมาน

### TINEA INCOGNITO

เป็นโรคกลากที่รักษาผิดพลาดด้วยยาทาสเตียรอยด์ ทำให้ผื่นลุกลามออก แต่อาการอักเสบแดงคันลดลง ไม่มีขุย อาจยังเห็นขอบเขตผื่นชัดเจน บางรายผื่นอาจกลายเป็นตุ่มแดงหรือตุ่มหนอง

## การวินิจฉัยโรคกลากทางห้องปฏิบัติการ

การวินิจฉัยโรคกลากจะต้องยืนยันด้วยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจที่สำคัญเป็นมาตรฐาน คือ การขูดสะเก็ดผิวหนัง เล็บหรือเส้นผม แล้วหยดน้ำยา KOH และการเพาะเลี้ยงเชื้อรา

### 1. การขูดสะเก็ดผิวหนัง เล็บ หรือเส้นผม (KOH preparation)

ถ้าเป็นผื่นกลางของ glabrous skin ใช้ใบมีดเบอร์ 15 ขูดตามขอบผื่นที่มีขุยสะเก็ด ถ้าเป็นตุ่มน้ำตามฝ่ามือ ฝ่าเท้า ใช้กรรไกรเล็กตัดเอาหลังคาของตุ่มน้ำมาวางลงแผ่นสไลด์ ถ้าเป็น onychomycosis ใช้กรรไกรตัดปลายเล็บหรือใบมีดขูดผิวเล็บออกให้มากที่สุด แล้วขูดเก็บขุยจากบริเวณใกล้เล็บดีหรือใต้แผ่นเล็บ ถ้าเป็นกลากที่หนังศีรษะ ใช้ใบมีดขูดขุยจากผื่นที่หนังศีรษะหรือแปรงผมบริเวณผื่นเพื่อนำขุยสะเก็ดมาตรวจ หรือถูบริเวณผื่นด้วยผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือ แล้วนำสะเก็ดและเส้นผมที่หักร่วงติดผ้ามาตรวจ หรือใช้ forceps ดึงต่อผม หรือใช้กรรไกรตัดผมจากผื่นที่หนังศีรษะ นำสิ่งส่งตรวจที่ได้วางบนแผ่นสไลด์ หยดด้วย 10-30 % KOH ปิด cover slip อุ่นด้วยไฟอ่อน แล้วตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ ถ้ามีเชื้อรา dermatophyte จะพบสายราเป็น hyaline septated hyphae และ arthroconidia แต่วิธีการขูดสะเก็ดไม่สามารถแยกชนิดของเชื้อแต่ละตัวได้ ต้องอาศัยการเพาะเลี้ยงเชื้อรา

### 2. การเพาะเลี้ยงเชื้อรา

วิธีนี้สามารถแยกแยะเชื้อราสาเหตุ ว่าเป็นเชื้อ dermatophyte, nondermatophyte mold หรือยีสต์ และเป็น species ใด โดยดูลักษณะของ colony บนอาหารเลี้ยงเชื้อรา และดูลักษณะของ conidia ด้วยกล้องจุลทรรศน์ การเพาะเลี้ยงเชื้อราควรทำในผู้ป่วยทุกรายที่สงสัย T.pedis และ onychomycosis

อาหารเพาะเลี้ยงเชื้อราที่นิยม คือ Sabouraud dextrose agar (SDA) ผสม cycloheximide หรือ chloramphenicol เพื่อยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อรา contaminants หรือแบคทีเรียตามลำดับ เพาะเลี้ยงที่อุณหภูมิ 25-30 องศา เป็นเวลา 4 สัปดาห์

ถ้าหากยังไม่สามารถแยกแยะชนิดของเชื้อราด้วยการเพาะเลี้ยงเชื้อ ก็อาจนำไปทดสอบคุณสมบัติเฉพาะทางชีวเคมีของเชื้อราต่าง ๆ เพื่อช่วยในการแยกชนิดของเชื้อรา เช่น nutritional studies, in vitro hair test, urease test

### 3. Wood's lamp examination

เป็นการส่องตรวจผื่นกลากที่หนังศีรษะด้วยหลอดรังสี UVA ที่มีความยาวคลื่น 365 นาโนเมตร เส้นผมของ T.capitis ชนิด ectotrix จะเรืองแสงสีเขียว ได้แก่ M.audouinii, M.canis, M.ferrugineum

4. การตัดชิ้นเนื้อผิวหนังเพื่อตรวจทางพยาธิ จะทำในรายที่ไม่สามารถวินิจฉัยได้ด้วยวิธีทางห้องปฏิบัติการมาตรฐาน

5. การตัดเล็บ (nail clippings) เพื่อตรวจทางพยาธิวิทยา เป็นวิธีตรวจที่มีความไวมากที่สุดสำหรับการวินิจฉัย onychomycosis

## การรักษาโรคกลาก

### 1. ยาทา

- Whitfield's ointment
- Undecylinic acid
- Tolnaftate
- Imidazole ได้แก่ clotrimazole, econazole, ketoconazole, miconazole, sertaconazole
- Allylamine ได้แก่ terbinafine

ระยะเวลาที่ให้ขึ้นกับตำแหน่งที่เป็น คือ กลากที่ผิวหนังทั่วไป ให้นาน 2-4 สัปดาห์ กลากที่ขาหนีบ มือ เท้า อย่างน้อย 6-8 สัปดาห์

## 2. ยารับประทาน

ข้อบ่งชี้ในการใช้ คือ กลากที่หนังศีรษะ เส้นผม และเล็บ กลากที่ผิวหนังที่เป็นบริเวณกว้าง ไม่ตอบสนองต่อยาทา เป็นเรื้อรัง หรือกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

| ยารับประทาน  | T.corporis          | T.manuum,<br>T.pedis                 | T.capitis              | T.ungium                            |
|--------------|---------------------|--------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|
| Griseofulvin | 0.5-1 gm/day        | 0.5-1 gm/day                         | 0.5-1 gm/day           | 0.5-1 gm/day                        |
| Itraconazole | 4 wk.               | 6-8 wk.                              | 8-12 wk                | 12-18 m                             |
| Terbinafine  | 200 mg bid<br>7 day | 200 mg bid<br>1 สัปดาห์ต่อเดือน      | 5 mg/kg/day<br>4-8 wk. | 200 mg bid<br>1 สัปดาห์ต่อเดือน     |
|              | 250 mg/day<br>2 wk. | นาน 2 เดือน<br>250 mg/day<br>2-4 wk. | 250 mg /day<br>4 wk.   | 2-3 เดือน<br>250 mg/day<br>6-12 wk. |

## 3. การรักษาประคับประคอง (Supportive treatment)

- สวมเสื้อผ้าและรองเท้าโปร่งที่อากาศถ่ายเทได้
- ไม่ควรใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น หวี เสื้อผ้า กรรไกรตัดเล็บ

รองเท้า

- ใน T. capitis ใช้ selenium sulfide หรือ ketoconazole shampoo สระผมร่วมด้วยเพื่อลดจำนวน spore

## 2. โรคติดเชื้อแคนดิดา (CANDIDIASIS)

โรคติดเชื้อแคนดิดา เป็นพื้นที่ผิวหนังและเยื่อบุ เกิดจากเชื้อยีสต์ในกลุ่มแคนดิดา

เชื้อยีสต์ในกลุ่มแคนดิดา (genus Candida) ประกอบด้วยเชื้อยีสต์ประมาณ 200 species

*Candida albicans* เป็นสาเหตุก่อโรคใน 70-80% ของโรคติดเชื้อแคนดิดา ทั้งหมด *C.albicans* เป็นเชื้อราที่เป็น normal flora พบได้ในลำคอ ทางเดินอาหาร ช่องคลอด ผิวหนังที่เป็นซอกพับของคนปกติ เชื้อแคนดิดาจะก่อโรคในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ดังนี้

- **Non-immunologic factors** เช่น บาดแผล ความอับชื้น การได้รับยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์กว้างขวาง ขาดธาตุเหล็ก โรคเบาหวาน Cushing syndrome ภาวะตั้งครรภ์ การรับประทานยากันชัก

- **Immunologic factors** เช่น โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เป็นโรคมะเร็ง เจ็บป่วยเรื้อรัง

### ลักษณะทางคลินิก

โรคติดเชื้อแคนดิดา มีลักษณะทางคลินิกหลายแบบ ขึ้นอยู่กับบริเวณที่มีการติดเชื้อ ดังนี้

#### 1. เชื้อบูช่องปาก (Oral candidiasis)

ผื่นติดเชื้อแคนดิดาในช่องปาก มี 4 แบบ

- ผื่นเป็นฝ้าขาวคล้ายคราบนม ฝ้าหลุดออกง่ายเป็นรอยถลอกสีแดง (Acute pseudomembranous candidiasis, thrush) มักพบที่กระพุ้งแก้ม ลิ้น เพดาน เหงือก



ภาพที่ 2 เชื้อยีสต์ในกลุ่มแคนดิดา (genus *Candida*)  
ประกอบด้วย เชื้อยีสต์ประมาณ 200 species

- แผลบวมแดงเรื้อรังบริเวณที่สัมผัสกับฟันปลอม (Denture stomatitis) ฟันปลอมอาจเสียดสีกดทับ ทำให้ติดเชื้อราได้ง่าย
- ผื่นแดงแตกเปื่อยที่มุมปาก (Angular cheilitis, perleche) มักเป็นในเด็กที่ชอบเลียริมฝีปาก ผู้ใหญ่ที่มีมุมปากหย่อน ผู้สูงอายุที่ฟันหลุดร่วงหรือฟันสบไม่ดี ทำให้มีน้ำลายขังที่มุมปาก เป็นแหล่งเพาะเชื้อรา

## 2. อวัยวะสืบพันธุ์

- ช่องคลอด (Vulvovaginal candidiasis) เป็นผื่นบวมแดงคลุ้มด้วยฝ้าขาวบนผนังช่องคลอด อาจลุกลามมาที่ labia และ perineum มีตกขาวขุ่นข้น แสบคันช่องคลอด มักเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมน เช่น ตั้งครรภ์ มีประจำเดือน การรับประทานยาปฏิชีวนะ
- อวัยวะเพศชาย ลักษณะเป็นตุ่มแดงหรือตุ่มหนองเล็ก ๆ บน glans, prepuce (Balanoposthitis) คันเล็กน้อย มักพบในผู้ชายที่ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย ปลายอวัยวะเพศ ผู้ที่มักปัสสาวะเล็ด คู่นอนป่วยเป็นโรคแคนดิดาในช่องคลอด

## 3. ผิวหนัง

ผิวหนังบริเวณซอกพับที่อับชื้น มักมี *C.albicans* เจริญเติบโตเพิ่มจำนวนและก่อโรคในผู้ที่มีปัจจัยส่งเสริม คือ โรคอ้วน สวมเสื้อผ้าหนาและคับ โรคเบาหวาน มีเหงื่อออกมา

- โรคติดเชื้อแคนดิดาที่ผิวหนัง (Candida intertrigo, cutaneous candidiasis) พบเป็นผื่นแดงแฉะ ล้อมรอบด้วยตุ่มหนองเล็กๆ มีอาการคันแสบ พบได้ตามซอกพับผิวหนัง เช่น ขาหนีบ รักแร้ ร่องก้น ไตราราม
- ถ้าเป็นในเด็กอ่อนที่สวมผ้าอ้อม เรียกว่า Candidal diaper dermatitis ลักษณะเป็นผื่นสีแดงจัดลุกลามจาก perianal area มาที่ perineum และขาหนีบ
- ถ้าเป็นผื่นสีขาวเปื่อยลอกตามซอกนิ้วมือเท้า เรียกว่า Erosio interdigitalis blastomycetica
- ผู้ที่ต้องทำงานมือเปียกน้ำบ่อยๆ เชื้อรามีโอกาสรุกรานผิวหนังขอบเล็บ (Candidal paronychia) ขอบเล็บบวมแดงเจ็บ และแยกออกจาก

แผ่นเล็บ บางครั้งกดขอบเล็บจะมีหนองออกมาอาจมีความผิดปกติของเล็บด้วย เช่น แผ่นเล็บแยกตัวจากใต้เล็บ (onycholysis) ผิวเล็บเป็นร่องตามแนวขวาง (Beau's lines) ร่องด้านข้างเล็บอาจติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน ทำให้ริมแผ่นเล็บเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลหรือเขียว

## การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. ขูดสะเก็ดบริเวณขอบฟันหรือตุ่มหนอง รอยบ้นขาวในช่องปาก ใช้ banana blade ขูด รอยโรคตรงอวัยวะเพศหญิงและชาย ใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำเกลือหมาดถูรอยโรค รอยโรคตรงขอบเล็บใช้ใบมีดขูดในร่องขอบเล็บป้ายสิ่งส่งตรวจลงบนสไลด์ หยด 10 % KOH ส่องด้วยกล้องจะพบ oval budding yeast และ pseudohyphae

2. การเพาะเลี้ยงเชื้อราบน Sabouraud dextrose agar with chloramphenicol จะพบโคโลนีเชื้อราขึ้นภายใน 2-5 วัน

## การรักษา

### การติดเชื้อแคนดิดาในช่องปาก

#### 1. ยาด้านเชื้อราเฉพาะที่

- ยาม clotrimazole troches (10 มก.) วันละ 4 ครั้ง นาน 1-2 สัปดาห์

- nystatin oral suspension 4-6 แสนยูนิต วันละ 4 ครั้ง นาน 1-2 สัปดาห์

- miconazole oral gel วันละ 4 ครั้ง นาน 1-2 สัปดาห์

2. ยาด้านเชื้อราชนิดรับประทาน ใช้ในรายที่เป็นซ้ำบ่อยๆ หรือสงสัย candidal esophagitis ด้วย

- fluconazole วันละ 200 มก. 14 วัน

- itraconazole วันละ 200 มก. 14 วัน

ถ้าเป็น candidal esophagitis ต้องให้ยา 21 วัน

ในผู้ป่วยโรคเอดส์มีการดูดซึมยา itraconazole ไม่ดีเนื่องจาก มีกรดในกระเพาะอาหารลดลง จึงควรเพิ่มขนาดยาเป็น 2 เท่า

### โรคติดเชื้อแคนดิดาในช่องคลอด

ใช้ยาเหน็บช่องคลอด nystatin หรือ imidazole นาน 7 วัน ได้ผลพอๆ กับ ยาต้านเชื้อราชนิดรับประทาน ถ้าเป็นซ้ำบ่อยๆ ป้องกันด้วยยาเหน็บ clotrimazole 500 มก. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือ fluconazole 150 มก. รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

### โรคติดเชื้อแคนดิดาที่อวัยวะเพศชาย

รักษาด้วยยาทา imidazole หรือ fluconazole 150 มก. รับประทาน ครั้งเดียว

### โรคติดเชื้อแคนดิดาที่ขอบเล็บ

ยาทา imidazole หรือหยอดด้วย 3 % thymol in chloroform or absolute alcohol

### โรคติดเชื้อแคนดิดาที่ผิวหนัง

- ยาทา imidazole วันละ 2 ครั้ง นาน 2 สัปดาห์
- fluconazole, itraconazole วันละ 200 มก. 14 วัน

การรักษาเสริม และคำแนะนำเพิ่มเติม ต้องทำควบคู่ไปด้วย ได้แก่

- รักษาปัจจัยเสี่ยง
- ในรายที่ติดเชื้อที่อวัยวะเพศ ให้รักษาคู่นอน (sexual partner) ด้วย
- ในรายที่ผื่นเป็นไตฟันท่อมต้องหมั่นล้างฟันท่อมให้สะอาดและแช่

ในน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น 25% chlorhexidine

- ในรายที่เป็นผื่นบริเวณรอบๆ เล็บต้องหลีกเลี่ยงการสัมผัสน้ำ น้ำยาซักล้างต่างๆ เช่น สบู่ ผงซักฟอก เป็นต้น

### 3. โรคเกลิออน (PITYRIASIS VERSICOLOR)

โรคเกลิออน เป็นโรคเชื้อราที่พบได้บ่อยในประเภทเขตร้อนชื้น เกิดจากเชื้อราในกลุ่มยีสต์ที่อาศัยอยู่แล้วบนผิวหนัง (NORMAL FLORA) GENUS MALASSEZIA ซึ่งมีหลาย SPECIES พบบนหนังกำพร้าโดยเฉพาะ ในบริเวณที่มีต่อมไขมันหนาแน่น

#### ลักษณะทางคลินิก

ผื่นเกลิออนมีลักษณะเป็นผื่นราบมีขุยละเอียด มีหลายสี เช่น ขาว แดงเรื่อ น้ำตาล เทา มักพบตามบริเวณที่มีต่อมไขมันมาก คือ หน้าอก หลัง ต้นแขน ต้นขา ถ้าเป็นมากผื่นอาจแพร่กระจายไปที่คอ ใบหน้า สะโพก มักไม่มีอาการคัน

เกลิออนพบบ่อยในวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาว มักเป็นในฤดูร้อน Pityrosporum folliculitis เป็นการติดเชื้อเกลิออนภายในรูขุมขน ลักษณะเป็นตุ่มแดงขนาด 2-3 มม. และตุ่มหนองตามรูขุมขน มักเป็นตามหลังและอก มีอาการคัน ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดโรคนี้ได้แก่ โรคเบาหวาน การรับประทานยาปฏิชีวนะ การใช้ยาทาสเตียรอยด์และยากดภูมิคุ้มกัน



ภาพที่ 3 โรคเกลื้อน เป็นโรคเชื้อราที่พบได้บ่อยในประเทศไทยเขตร้อนชื้น  
เกิดจากเชื้อรากลุ่มยีสต์ที่อาศัยอยู่แล้วบนผิวหนัง  
(normal flora) genus *Malassezia*

## การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การยืนยันการวินิจฉัยโรคเคลื่อนทางห้องปฏิบัติการ มีหลายวิธี

1. Wood's lamp examination ส่องดูผื่นด้วยหลอดรังสีอัลตราไวโอเลต ความยาวคลื่น 365 นาโนเมตร จะพบลักษณะเรืองแสงสีเหลืองทอง (golden – yellow fluorescence) การทดสอบนี้มีความไวประมาณ 30 %

2. KOH preparation ขูดขุยหยดด้วย 10% KOH หรือใช้เทปใสแปะลอก ขุยมาย้อมด้วย methylene blue จะพบ short, fragmented hyphae และ round to oval budding yeast cells เรียกว่า Spaghetti and meatballs

3. การเพาะเลี้ยงเชื้อรา โดยทั่วไปไม่มีความจำเป็นต้องทำ ถ้าจะต้องใช้อาหารเลี้ยงเชื้อราผสมน้ำมันมะกอกที่อุณหภูมิ 37°C

## การรักษา

ถ้าโรคเคลื่อนเป็นเฉพาะที่ สามารถรักษาด้วยยาทาต้านเชื้อรา ซึ่งมีหลายชนิด

1. แชมพูต้านเชื้อรา ได้แก่ 2.5% selenium sulfide, 1-2% zinc pyrithione, 2% ketoconazole ใช้ฟอกวันละ 1 ครั้ง ทั้งไว้อย่างน้อย 10 นาที แล้วล้างออก ใช้ติดต่อกัน 2-4 สัปดาห์

2. ยาต้านเชื้อรา ใช้ทาวันละ 2 ครั้ง นาน 2-4 สัปดาห์

- 20% sodium thiosulfate
- 40-50 % propylene glycol
- ยาครีม imidazole

3. ยาต้านเชื้อราชนิดรับประทาน ใช้ในรายที่มีผื่นมากทั้งตัว หรือเป็น Pityrosporum folliculitis

- ketoconazole วันละ 200 มก. 14 วัน หรือ 400-800 มก. รับประทานครั้งเดียว

- itraconazole วันละ 200 มก. 14 วัน หรือ 400 มก. รับประทานครั้งเดียว

- fluconazole วันละ 200 มก. 14 วัน หรือ 400 มก. รับประทานครั้งเดียว ถ้าเป็น Pityrosporum folliculitis ใช้ fluconazole วันละ 200 มก. นาน 4 สัปดาห์ หรือ itraconazole วันละ 200 มก. นาน 4 สัปดาห์

ถ้าเกื้อนกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ สามารถป้องกันด้วยแชมพูต้านเชื้อราฟอกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือรับประทาน ketoconazole วันละ 200 มก. ติดต่อกัน 3 วัน เดือนละครั้ง หรือ 400 มก. เดือนละ 1 ครั้ง หรือ itraconazole หรือ fluconazole 400 มก. เดือนละ 1 ครั้ง

### คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย

- หลังออกกำลังกายควรเช็ดเหงื่อให้แห้ง และเปลี่ยนเสื้อผ้าหรืออาบน้ำทันที

- แนะนำให้สวมใส่เสื้อผ้าที่ระบายอากาศได้ดี เช่น ผ้าฝ้าย

- รอยโรคจะค่อยๆ จางไม่หายไปทันที ในบางรายอาจใช้เวลานานหลายเดือน

- โรคนี้เป็นซ้ำได้บ่อย จึงควรดูแลสุขอนามัยตามข้อแนะนำข้างต้น หรือใช้ยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

## 4. โรคหิด (SCABIES)

หิดเป็นโรคติดต่อของผิวหนังชั้น epidermis เกิดจาก *Sarcoptes scabiei var. hominis* ซึ่งเป็นโรคที่ก่อโรคในคนเท่านั้น หิดเป็นโรคที่เป็นที่รู้จักกันดีมาหลายร้อยปีแล้ว ทุกๆ ปี ผู้คนประมาณ 300 ล้านคนทั่วโลกเป็นหิด หิดมักเป็นในชุมชนเมืองที่มีผู้คนอาศัยหนาแน่น มีการระบาดในเรือนจำ บ้านพักคนชรา บ้านเรกรับเด็กกำพร้า เด็กปัญญาอ่อน ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาล

### สาเหตุและพยาธิกำเนิด

*S. scabiei var. hominis* มีขนาด 0.3 มม. มองไม่ค่อยเห็นด้วยตาเปล่า หิดติดจากการสัมผัสผู้ป่วยหรือสิ่งของที่มีตัวหิด หิดกระโดดหรือบินไม่ได้ อาศัยบนผิวหนังมีวงจรชีวิตทั้งหมดนาน 30 วัน หิดตัวเมียจะขุดโพรง (burrow) เข้าใน stratum corneum ภายใน 20 นาที และวางไข่วันละ 3 ฟอง ไข่จะฟักตัวภายหลัง 4 วัน larvae จะคลานขึ้นมาบนผิวหนังและกลายเป็น adult หลังจาก 2 สัปดาห์ตัวเมียและตัวผู้จะผสมพันธุ์ ตัวผู้จะตายไป ตัวเมียจะขุดโพรงเข้าไปใน stratum corneum ผู้ป่วย 1 คนมักมีหิดไม่เกิน 20 ตัว ยกเว้น crusted scabies หรือ Norwegian scabies อาจมีหิดมากกว่า 1 ล้านตัว ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน มีความเสี่ยงที่จะเป็น crusted scabies



ภาพที่ 4 หิดเป็นโรคติดเชื้อของผิวหนังชั้น epidermis  
เกิดจาก *Sarcoptes scabiei* var.hominis

## อาการทางคลินิก

ผู้ป่วยจะเกิดผื่นคัน 6-8 สัปดาห์หลังจากสัมผัสเป็นครั้งแรก การสัมผัสในครั้งต่อไปจะเกิดผื่นคันภายใน 2-3 วัน เนื่องจากมี sensitization แล้วผู้ป่วยจะมีอาการคันมาก และยิ่งคันมากขึ้นตอนกลางคืน รอยโรคผิวหนังเป็น red, scaly, crusted (excoriated) papules และ nodules มักเป็นตามข้อมือ ข้างนิ้ว ด้านในข้อมือ ส้นมือ รอยพับศอก รักแร้ ทุ่งอัมพาต องคชาติ หน้าท้อง และหัวนม (ในผู้หญิง) ผื่นอาจกระจายทั่วตัว เนื่องจาก hypersensitivity reaction ต่อ mite antigen pathognomonic lesion คือ burrow ซึ่งเป็น thin, thread-like, linear structure ความยาว 1-10 มม. burrow เป็นโพรงที่หิดตัวเมียขุดเข้าไปใน stratum corneum มักพบตามข้อมือ ข้อมือ รอยพับศอก

ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ผื่นหิดอาจลุกลามไปที่ใบหน้าและศีรษะ เป็น generalized vesicles, pustules, nodules scabietic nodule เป็น erythematous to violaceous pruritic nodules ที่มักเป็นตาม รักแร้ ทุ่งอัมพาต เกิดจาก hypersensitivity reaction พบได้ 7-10% ของผู้ป่วยหิดทั้งหมด มักเป็นในเด็ก scabietic nodule อาจเป็นอยู่นาน หลายเดือน หลังจากรักษากำจัดเชื้อหิดเรียบร้อยแล้ว

ผู้ป่วย crusted scabies จะมี hyperkeratotic plaques บนฝ่ามือ และฝ่าเท้า มี thickening และ dystrophy ของเล็บมือและเล็บเท้า ผิวหนังทั่วตัว จะแห้งลอก อาจคันมากหรือไม่คัน ผู้ป่วยจะมีหิดมากกว่า 1 ล้านตัว จึงมีการติดต่อได้ง่าย

## การวินิจฉัยโรค

โรคหิดวินิจฉัยได้จากลักษณะทางคลินิก และยืนยันได้โดยใช้ใบมีดขูด burrow เอามาส่องหาตัวหิด, ไข่, และอุจจาระของหิด (fecal pellets, scybala) วิธีอื่น ๆ ได้แก่ การส่องดูรอยโรคผิวหนังด้วย dermoscopy, การตรวจ PCR หา scabies DNA จากขุยผิวหนัง, การตัดชิ้นเนื้อตรวจทางจุลพยาธิอาจพบตัวหิดใน stratum corneum

## ภาวะแทรกซ้อน

การติดเชื้อแบคทีเรียเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ซึ่งมักรักษาได้ผลดีด้วยยาปฏิชีวนะ lymphangitis และ septicemia ก็อาจเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะใน crusted scabies

## การรักษา

มียารักษาหิดหลายชนิด การเลือกใช้พิจารณาจากอายุของผู้ป่วย ความรุนแรงของโรค และประวัติการรักษาหิด

ในผู้ใหญ่ควรทายารักษาหิดให้ทั่วร่างกาย ยกเว้นใบหน้าและศีรษะ เน้นทายาให้ทั่วถึงบริเวณซอกพับต่าง ๆ อวัยวะสืบพันธุ์ ขอบเล็บ ใต้เล็บ และหลังหู ผู้ป่วยเด็กและ crusted scabies ควรทายาทั่วใบหน้าและศีรษะด้วย ผื่นคันอาจยังคงอยู่ได้นานถึง 4 สัปดาห์หลังจากหิดตายแล้ว ในกรณีนี้สามารถบรรเทาอาการคันได้ด้วยยาทาสเตียรอยด์และแอนติฮิสตามีน ควรทายารักษาหิดอีก 1 ครั้งหลังจากครั้งแรก 1 สัปดาห์ เพื่อฆ่าตัวอ่อนที่เพิ่งฟักจากไข่ และเป็นโอกาสรักษาถ้าเกิด reinfection จากตัวหิดในสิ่งของ เสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าเช็ดตัวของผู้ป่วยที่ใช้ระหว่างรักษาและใน 1 สัปดาห์ก่อนรักษา ควรนำมากำจัดตัวหิด

โดยซักร้อน หรือน้ำร้อน หรือซักแล้วตากแดดจัด หรือเก็บในถุงพลาสติกที่ปิดแน่นนาน 10 วัน เนื่องจากติดติดต่อดีง่าย คนในครอบครัวอาจติดได้โดยไม่มีอาการ คนในครอบครัวและผู้ที่มีสัมผัสใกล้ชิดจึงควรได้รับการรักษาด้วย

**5% permethrin** เป็น synthetic derivative ของ insecticide **pyrethrum** ซึ่งสังเคราะห์จาก *Chrysanthemum cinerariaefolium* permethrin ออกฤทธิ์ที่ parasitic nerve cell membranes ทำให้เกิด paralysis และ death permethrin เป็นยาหลักที่ใช้รักษาหิด ใช้ทาทั้งไว้ 8-14 ชม. แล้วล้างออก การทายาครั้งเดียวมีอัตราหายเกือบ 98 % ยังไม่มีข้อมูลความปลอดภัยสำหรับการใช้ในเด็กอายุน้อยกว่า 2 เดือน หญิงมีครรภ์ และแม่ที่ให้นมบุตร 5% permethrin ยังสามารถใช้รักษาเหา โลน และ mite infestations รวมทั้ง cheyletiella โดยทาบนผิวหนังและผมที่แห้ง ทั้งไว้ 8-14 ชม. ยาเป็น pregnancy category B ถ้าใช้ในหญิงมีครรภ์ควรทาไว้ 2 ชม. permethrin ถูกดูดซึมน้อยมาก และเปลี่ยนเป็น inactive metabolites อย่างรวดเร็ว มีโอกาสน้อยมากที่จะเกิด neurotoxicity

**1% lindane (gamma benzene hexachloride หรือ hexachlorocyclohexane)** เป็น chlorinated hydrocarbon pesticide ใช้รักษาหิด lice, scabies, และ fleas ใช้ทาทั้งไว้ 8 ชม. แล้วล้างออก ยามีผลข้างเคียงทาง CNS และ aplastic anemia เพราะยาดูดซึมได้ดีผ่านผิวหนังหรือบาดแผลที่ผิวหนัง FDA จึงรับรองให้ใช้ lindane เป็น second-line agent ไม่แนะนำให้ใช้ยานี้ในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี หญิงมีครรภ์ หญิงที่ให้นมบุตร ผู้ที่มีผื่น acutely inflamed lesions หรือแผลทั่วตัว หรือผู้ที่มีความผิดปกติทางสมอง มีรายงานหิดเหาคือยา lindane มากขึ้น ปัจจุบันจึงมีการใช้น้อยลง

**12.5-25% benzyl benzoate** ใช้ทาก่อนนอนติดต่อกัน 3 วัน ยามีผลข้างเคียงทำให้ระคายเคืองได้ง่าย ยาใช้ได้ในหญิงมีครรภ์

**10% crothamiton (crotonyl-N-ethyl-O-toluidine)** เป็นน้ำมันใส หรือสีเหลืองอ่อน ยังไม่ทราบกลไกการออกฤทธิ์ crothamiton มี antipruritic effect ด้วย ใช้รักษาหิด เหา และ pruritus ประสิทธิภาพในการรักษาหิดไม่ค่อยดี ควรใช้ทา ก่อนนอนติดต่อกัน 3-5 วัน crothamiton เป็น rare sensitizer crothamiton ได้รับการรับรองให้ใช้ในทารกและเด็ก แต่เป็น pregnancy category C

**5-10% sulfur** มีประสิทธิภาพปานกลาง ค่อนข้างปลอดภัย ใช้ได้ในเด็กอายุน้อยกว่า 2 เดือน และหญิงมีครรภ์ ใช้ทา ก่อนนอนติดต่อกัน 7 วัน ยามีผลข้างเคียง คือ มีกลิ่นฉุน เหนียวเหนอะหนะ เปื้อนเสื้อผ้า

**ivermectin** มีโครงสร้างคล้าย macrolide antibiotic แต่ไม่มีฤทธิ์ยับยั้งแบคทีเรีย ยาออกฤทธิ์ไปปิดกั้น nerve synapse ที่ใช้ gamma-aminobutyric acid (GABA) ในเส้นประสาทของสัตว์ไม่มีกระดูกสันหลัง ทำให้เป็นอัมพาตและเสียชีวิต ในสัตว์เลือดอุ่นก็พบ receptor นี้ใน CNS แต่ปกติ ivermectin ไม่ผ่าน blood-brain barrier ในภาวะผิดปกติที่มีการทำลาย blood-brain barrier ก็อาจทำให้ยาผ่านเข้า CNS ได้ จึงไม่ควรใช้ยาในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี หรือน้ำหนักน้อยกว่า 15 กก. หญิงมีครรภ์ และหญิงให้นมบุตร ยากิน ivermectin ขนาด 200 µg/kg. ครั้งเดียวมีอัตราหาย 70% ยาสามารถให้ซ้ำหลังจากนั้น 10-14 วัน ซึ่งช่วยเพิ่มอัตราหายเป็น 95% ยาทา 1% ivermectin ก็มีการนำมาทดลองวิจัยว่าได้ผลดี ผลข้างเคียงของ ivermectin พบได้น้อยมาก มีรายงาน hypotension, laryngeal edema, encephalopathy ควรระมัดระวังการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคหอบหืด

**crusted scabies** ต้องรักษาด้วย ivermectin ร่วมกับยาทา ควรหลีกเลี่ยงการใช้ lindane เพราะมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงทาง CNS อาจต้องทายา keratolytics เพื่อลอกขุยหนา เพื่อให้ยาซึมผ่านหนังกำพร้าดีขึ้น ตัดเล็บให้สั้นเพื่อขจัดแหล่งหลบซ่อนของเชื้อ ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ โดยการแยกผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ป่วย บุคลากรที่ให้การดูแลรักษาต้องสวมถุงมือและกาวันให้ prophylactic treatment ทุกคนที่มีโอกาสสัมผัสโรค

# 5. โรคเหา

## (PEDICULOSIS CAPITIS, HEAD LICE)

เหากิดจาก *Pediculus humanus var. capitis* เหาเป็นโรคที่พบบ่อยทั่วโลก ในสหรัฐอเมริกามีคนเป็นเหาปีละ 12 ล้านคน แต่คนอเมริกันผิวดำไม่ค่อยเป็นเหา เนื่องจากเหาวางไข่ไม่สะดวกบนศีรษะของคนผิวดำ ส่วนมากเป็นในเด็กนักเรียนอายุ 3-11 ปี เด็กที่เป็นเหามักชอบเกาศีรษะ เหาติดต่อโดยการสัมผัสใกล้ชิด หรือการใช้หมวก หวี หมอน ที่มีเหา

### สาเหตุและพยาธิกำเนิด

เหาอยู่ใน suborder Anoplura, family Pediculidae, genus *Pediculus* เหาตัวโตเต็มที่มีขนาด 1-2 มม. ลำตัวยาวแบน ไม่มีปีก มีขา 3 คู่ ซึ่งสามารถยึดเกาะเส้นผมได้ดี เคลื่อนที่ได้ถึง 23 ซม. ต่อวันที่ ตัวอ่อนของเหา (louse larva) เรียกว่า nymph หรือ instar มีรูปร่างเหมือนตัวแก่ แต่ขนาดเล็กกว่าตัวแก่จะต้องกัดดูดเลือดก่อนผสมพันธุ์ ตัวเมียมีชีวิตนาน 30 วัน วางไข่วันละ 5-10 ฟอง เหามีชีวิตอยู่นอกศีรษะได้ไม่เกิน 4 วัน ไข่เหา (nits) มีชีวิตอยู่นอกศีรษะได้ถึง 10 วัน



ภาพที่ 5 เหาเกิดจาก *Pediculus humanus var.capitis*  
เหาเป็นโรคที่พบบ่อยทั่วโลก ในสหรัฐอเมริกามีคนเป็นเหापี้ละ 12 ล้านคน

## ลักษณะทางคลินิก

ส่วนมากจะพบแต่ไข้เหา พบมากบริเวณ occipital และหลังหู มักมีอาการคัน ซึ่งเชื่อว่าเป็น hypersensitivity reaction ต่อมน้ำลายของเหาที่มากัด หรืออาจเป็นเพราะอุจจาระของเหา อาจพบสะเก็ดเลือดแห้งๆ ตรงตำแหน่งที่เหากัด อาจมีรอยเกา (excoriations) และ lymphadenopathy, conjunctivitis ไข่เหามักติดบนโคนเส้นผมที่อยู่ใกล้หนังศีรษะ เพราะตัวอ่อนในไข่ต้องอาศัยความอบอุ่นและความชื้นจากหนังศีรษะ เพราะฉะนั้นระยะห่างของไข่เหาจากหนังศีรษะจึงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับระยะเวลาที่เป็นเหา ถ้าพบไข่ทั้งหมดอยู่ห่างจากหนังศีรษะมากกว่า 1 ซม. ก็หมายถึงโรคไม่ active แล้ว และไข่เหล่านั้นจะไม่สามารถฟักเป็นตัว การตรวจพบตัวแก่และตัวอ่อนที่มีชีวิต และ/หรือไข่ที่มีตัวอ่อนอยู่ จะช่วยในการวินิจฉัยโรคเหา การล้างเส้นผมที่เปียกน้ำ และหมักด้วย conditioner ด้วยหวีซี่ถี่ๆ จะช่วยเพิ่มผลบวกและลดผลบวกปลอม

## ภาวะแทรกซ้อน

การเกาอาจทำให้เกิด secondary bacterial infection

## การรักษา

การรักษาได้ดีด้วยยาทาฆ่าเหา ไม่ควรใช้ยาทาในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ควรทายาซ้ำหลัง 7-10 วัน เพื่อฆ่าตัวอ่อนที่เพิ่งฟักออกจากไข่

น้ำจะทำให้เหาเคลื่อนที่ไม่ได้ การหวีผมที่หมักด้วย conditioner ด้วยหวีซี่ถี่ ๆ (หวีเสนียด) จะช่วยกำจัดเหาและไข่เหา หวีทุก ๆ 3-4 วัน นาน 2 สัปดาห์

เราสามารถกำจัดได้ด้วยการทำให้ขาดอากาศหายใจ (suffocation) ด้วยปิโตรเลียมเจลลี่ หรือมายองเนส

เยื่อหุ้มไข่เหาเป็นสารประกอบโปรตีน ไม่ใช่ไคติน จึงมีการคิดค้นสารที่สามารถไปเคลือบเหาและไข่ เพื่อป้องกันการสร้างเยื่อหุ้ม หรือเพื่อทำลายเยื่อหุ้มไข่เหา

ยากิน ivermectin ใช้รักษาเหาได้ โดยเหาจะได้รับยาที่อยู่ในเลือด ที่ดูดกิน ยากินมีข้อดีช่วยลดการทายาปริมาณมาก จึงช่วยลดผลข้างเคียงจากการดูดซึมยาทาผ่านผิวหนัง

ถ้ายังคงพบตัวแก่ของเหา 12-24 ชม.หลังจากรักษา แสดงถึง treatment failure ซึ่งอาจเกิดจาก inadequate treatment การทายาไปในผมที่เปียกทำให้ความเข้มข้นของยาลดลง หรือ re-infestation ภาวะเหาดื้อยาอาจเกิดจาก gene mutations, glutathione-S-transferase-based resistance หรือ monooxygenase-based resistance แต่ละพื้นที่มี pattern การดื้อยาไม่เหมือนกัน ขึ้นกับความบ่อยของยาที่ใช้

เสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ของผู้ป่วยควรซักด้วยน้ำร้อน หรือซักแห้ง รีดด้วยเตารีด เอาผ้าไปปั่นในเครื่องปั่นแห้ง หรือเก็บผ้าในถุงพลาสติกที่ปิดสนิทนาน 2 สัปดาห์ หวีควรวางมาทาบเคลือบด้วยยาฆ่าเหาทิ้งไว้นาน 15 นาที แล้วล้างด้วยน้ำร้อน

pyrethrin เป็นยาฆ่าแมลงที่สกัดจากรากของ Chrysanthemum cinerariaefolium ผู้ที่แพ้ chrysanthemums, ragweed หรือพืชที่เกี่ยวข้อง อาจเกิดอาการหอบหืดจากการใช้ยานี้ ยาออกฤทธิ์ไปสกัด  $Na^+$  channel repolarization การเติม piperonyl butoxide ช่วยลด biotransformation โดย cytochrome P450 enzyme ในเหา ยายอยู่ในรูปของโลชั่น แชมพู มูส ครีมรีนส์ ใช้ทาผมหรือสระผมทิ้งไว้ 10 นาที

แล้วล้างออก ยามีการดูดซึมน้อย จึงมี toxicity น้อยมาก pyrethrins มีสรรพคุณฆ่า lice, fleas, mosquitoes, และ houseflies เนื่องจาก pyrethrins เป็นอนุพันธ์ของสารสกัด chrysanthemums, American Academy of Pediatrics แนะนำว่าผู้ที่แพ้ chrysanthemums หรือ ragweed ควรหลีกเลี่ยงการใช้ pyrethrins ไม่ควรสูด aerosol spray ให้ผู้ที่มีความผิดปกติ asthma

permethrin เป็น synthetic pyrethroid ที่นิยมใช้รักษาเหา องค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริการับรองให้ใช้รักษาเหา เช่นเดียวกับ pyrethrin ยามีกลไกการออกฤทธิ์เช่นเดียวกับ pyrethrin แต่ไม่ค่อยมีผลข้างเคียง ถ้าใช้ 1 % ครีมรินส์ใช้ทาหมักผมไว้ 10 นาทีแล้วล้างออก ถ้าใช้ครีม 5 % สำหรับรักษาเหา ต้องทาทิ้งไว้ 8-12 ชม.

malathion เป็น organophosphate cholinesterase inhibitor FDA รับรองให้ใช้ 0.5% โลชั่นทาทิ้งไว้ 8-12 ชม. หรือ 20 นาทีก็ได้ผล โลชั่นมี 78% isopropyl alcohol, จึงต้องระวังไม่ใช้ทาใกล้เปลวไฟ แคมพูใช้สระทิ้งไว้ 10 นาที ยามีผลข้างเคียงอาจเกิดการหายใจและ CNS toxicity ยังไม่มีการรับรองความปลอดภัยในการใช้ยาในเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี malathion เป็น pregnancy category B

lindane (gamma-benzene hexachloride) เป็น chlorinated hydrocarbon เหมือน DDT ออกฤทธิ์เป็น GABA inhibitor ยาอยู่ในรูปของ แชมพูใช้สระทิ้งไว้ 10 นาที ระวัง CNS side effects โดยเฉพาะในเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 50 กก.

ivermectin เป็น antiparasitic agent ยาทา 1 % ใช้ทาทิ้งไว้ 10 นาที ยากินขนาด 200-250 ไมโครกรัม/กก. 2 ครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ยากินได้ผลดีมาก แต่มี potential CNS toxicity ห้ามใช้ในผู้ที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 15 กก. ระวังการใช้ในหญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร

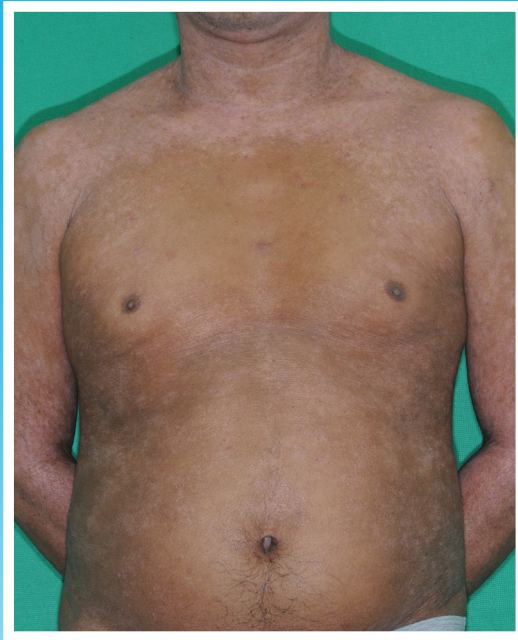
## 6. โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (ATOPIC DERMATITIS / ATOPIC ECZEMA)

โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง (atopic dermatitis / atopic eczema) เป็นโรคผิวหนังอักเสบเรื้อรังที่พบได้บ่อย มีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญ คือ มีอาการคันมาก ผิวหนังแห้งอักเสบ และมีการกำเริบเป็นระยะ ๆ

โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง สามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่ ชนิดที่เกิดจากปัจจัยภายใน (intrinsic หรือ non IgE associated) และชนิดที่เกิดจากปัจจัยภายนอก (extrinsic หรือ IgE associated) ผู้ป่วยกลุ่มหลังนี้จะมีระดับ IgE ในเลือดสูง หรือการทดสอบทางผิวหนังชนิด skin prick test ให้ผลบวก ผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจมีประวัติส่วนตัวหรือประวัติครอบครัวเป็นโรคภูมิแพ้ เช่น โรคหืด (asthma) โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ (allergic rhinitis) เป็นต้น

### ระบาดวิทยา

จากการศึกษาความชุก (prevalence) ของโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังในประเทศไทย พบว่าในกลุ่มเด็กอายุระหว่าง 6-7 ปี (ISAAC Phase III) ในกรุงเทพมหานคร พบร้อยละ 16.7 ส่วนในกลุ่มเด็กอายุ 13-14 ปี พบร้อยละ 9.6 และความชุกในผู้ใหญ่ โดยการศึกษาในกลุ่มนักศึกษา มหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร เมื่อปี พ.ศ. 2518 พบร้อยละ 15.2 และจากรายงานในปี พ.ศ.2540-2541 ซึ่งศึกษาในกลุ่มนักศึกษาเช่นเดียวกัน พบร้อยละ 9.4



ภาพที่ 6 โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง สามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด  
ได้แก่ ชนิดที่เกิดจากปัจจัยภายใน (intrinsic หรือ non IgE associated)  
และชนิดที่เกิดจากปัจจัยภายนอก (extrinsic หรือ IgE associated)

### 1. ลักษณะทางคลินิก

#### 1.1 ประวัติ

1.1.1 การซักประวัติอาการทางผิวหนัง - ผื่นเริ่มเป็นเมื่อไร  
ระยะเวลาที่เป็นผื่น - ตำแหน่งของผื่น - อาการคัน - การเกิดผื่นซ้ำ -  
สิ่งแวดล้อมที่อาจมีส่วนทำให้เกิดผื่น

1.1.2 การซักประวัติและตรวจร่างกายทั่วไปโดยละเอียด

1.1.3 ประวัติภูมิแพ้ของตนเองและครอบครัว เช่น อาการ  
คันจมูก จาม น้ำมูกไหล หอบเหนื่อย หายใจมีเสียงหวีด เป็นต้น

1.1.4 ประวัติการแพ้อาหาร ประวัติการแพ้สารก่อภูมิแพ้ใน  
อากาศ (airborne allergen)

1.1.5 โรคและภาวะอื่นๆ ที่มีส่วนทำให้ผื่นมีความรุนแรง  
มากขึ้น เช่น การติดเชื้อที่ผิวหนัง

#### 2.1 การตรวจร่างกาย

นอกจากการตรวจร่างกายทั่วไปแล้ว ให้เน้นการตรวจผื่น ดังนี้

2.1.1 ตรวจลักษณะผื่นเฉพาะของโรค (eczema) การกระจาย  
ของผื่น และอาการอื่นๆ อย่างละเอียด

2.1.2 ตรวจดูว่ามีผื่นผิวหนังอย่างอื่นร่วมด้วยหรือไม่ เช่น  
ผื่นแห้ง ichthyosis กลากนํ้านม (pityriasis alba) ขนคุด (keratosis  
pilaris) เส้นลายมือซัดลึก (palmar hyperlinearity) เป็นต้น

โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังเป็นกลุ่มอาการ ซึ่งประกอบด้วยลักษณะ  
ทางคลินิก ดังต่อไปนี้

ก. ลักษณะ(หรืออาการแสดง) ที่จำเป็น เป็นลักษณะทางคลินิก  
ที่ต้องพบ

1. อาการคัน
2. ผื่นผิวหนังอักเสบ ซึ่งอาจมีอาการในระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง

2.1 ลักษณะและตำแหน่งการกระจายของรอยโรคจำเพาะตามวัยของผู้ป่วย

2.2 มีประวัติการดำเนินโรคเรื้อรัง หรือเป็นๆ หายๆ ตำแหน่งการกระจายของรอยโรคที่จำเพาะตามวัยของผู้ป่วย ได้แก่

- i. ใบหน้า ซอกคอ และด้านนอกของแขนขา (extensor involvement) ในวัยทารกและเด็กเล็ก
- ii. ข้อพับแขนขา (flexor involvement) ซึ่งสามารถพบได้จากประวัติหรืออาการในปัจจุบันในผู้ป่วยทุกวัย
- iii. ไม่ควรพบรอยโรคบริเวณขาหนีบและรักแร้

ข. ลักษณะที่สำคัญ เป็นลักษณะทางคลินิกที่สามารถพบได้ส่วนใหญ่ ซึ่งจะช่วยในการวินิจฉัยโรค

1. เริ่มปรากฏอาการของโรคในวัยเด็ก (early age of onset)
2. มีภาวะภูมิแพ้

2.1 มีประวัติโรคภูมิแพ้ในตัวผู้ป่วยเองหรือในสมาชิกในครอบครัว

2.2 ตรวจพบปฏิกิริยาชนิด IgE (IgE reactivity)

3. ผิวแห้ง (xerosis)

ค. อาการแสดง (หรือลักษณะ) ที่พบร่วม เป็นลักษณะทางคลินิกที่มีส่วนช่วยในการวินิจฉัยโรค แต่เป็นอาการที่ไม่จำเพาะต่อโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง ไม่เหมาะสมที่จะนำไปใช้สำหรับการวิจัยหรือข้อมูลทางระบาดวิทยา

1. Atypical vascular responses ได้แก่ facial pallor, white dermographism และ delayed blanch response

2. Keratosis pilaris หรือ hyperlinear palms หรือ ichthyosis

3. การเปลี่ยนแปลงบริเวณตาหรือรอบตา
4. รอยโรคอื่นๆ ในบางบริเวณ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงบริเวณรอบปากหรือรอยโรคบริเวณรอบใบหู
5. Perifollicular accentuation หรือ lichenification หรือรอยโรคแบบ prurigo

## การตรวจพิเศษเพิ่มเติม

ในกรณีที่ให้การรักษาย่างถูกต้องและเหมาะสมแล้ว อาการไม่ดีขึ้น หรือมีอาการรุนแรงมากขึ้น อาจพิจารณาเลือกการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม ตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อหาปัจจัยกระตุ้นที่อาจทำให้โรคกำเริบ

- การทดสอบทางภูมิแพ้ ควรพิจารณาทำในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ที่ให้การรักษาย่างถูกต้องเหมาะสมแล้วอาการไม่ดีขึ้น หรือในรายที่ให้ประวัติอาการผื่นกำเริบเมื่อได้รับสารก่อภูมิแพ้ เช่น อาหาร และสารก่อภูมิแพ้ในอากาศ เช่น ไรฝุ่น สัตว์เลี้ยง หรือละอองเกสร

- การทดสอบทางผิวหนัง ได้แก่ skin prick test หรือ patch test

- การเจาะเลือด ตรวจ specific IgE ต่อสารก่อภูมิแพ้ชนิดต่าง ๆ
- การทดสอบการแพ้อาหารโดยการรับประทาน (oral challenge)

## การรักษาผู้ป่วยโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง

การรักษาผู้ป่วยโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังอย่างเหมาะสม สามารถช่วยป้องกันการกำเริบของผื่นได้ สามารถยกระดับคุณภาพชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมสังคมได้อย่างปกติ โดยมีขั้นตอนในการรักษา คือ

1. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
2. การประเมินความรุนแรงของโรค

3. การหลีกเลี่ยงปัจจัยหรือตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกำเริบของผื่น
4. การวางแผนการดูแลรักษา
5. การดูแลรักษาในระยะยาว ตามระดับความรุนแรงของโรค
6. การป้องกัน

## แนวทางการรักษาโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง

เป้าหมายของการรักษาโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง คือ พยายามควบคุมอาการต่าง ๆ ของโรค ป้องกันไม่ให้โรคกำเริบ และอยู่ในช่วงสงบนานที่สุดเท่าที่จะทำได้จนกว่าโรคจะหายไป

**1. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว** ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ การดูแลป้องกัน รวมทั้ง ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการให้อยู่ในช่วงสงบนานที่สุด และเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษาโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง

### 2. การประเมินความรุนแรงของโรค

การจำแนกความรุนแรงของโรค อาจใช้ EASI (The Eczema Area and Severity Index), Rajka and Lengeland: Grading of severity of atopic dermatitis และ SCORAD (The scoring of atopic dermatitis) แบ่งความรุนแรงของโรคออกเป็นระดับน้อย ปานกลาง และรุนแรง

การประเมินความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยแต่ละคน เป็นสิ่งสำคัญ และเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย กล่าวคือ ช่วยในการบอกระดับความรุนแรงของโรค รวมทั้งช่วยในการพิจารณาการเลือกส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคในระดับรุนแรง เช่น SCORAD ที่มากกว่า 50 ขึ้นไป หรือในรายที่มีอาการไม่รุนแรง แต่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามอาการ ควรพิจารณาส่งตรวจการทดสอบทางภูมิแพ้ เช่น การทดสอบผิวหนัง หรือ การเจาะเลือดตรวจ specific IgE ต่อสารก่อภูมิแพ้ชนิดต่าง ๆ

### 3. การหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้และตัวกระตุ้น

ผู้ป่วยอาจได้รับสารก่อภูมิแพ้ เช่น สารก่อภูมิแพ้ในอากาศ (ไรฝุ่น สัตว์เลี้ยง หรือละอองเกสร) ยา และอาหาร (ที่ก่อให้เกิดอาการแพ้ได้บ่อย ได้แก่ ไข่ นมวัว และแป้งสาลี) ซึ่งอาจได้รับการสัมผัส การรับประทาน หรือหายใจ ดังนั้นการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น (เช่น ความร้อน ความเย็น ความเครียด) และสารก่อภูมิแพ้ ทั้งสารก่อภูมิแพ้ในอากาศและอาหาร มีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีการแพ้สารก่อภูมิแพ้นั้นจริง ถือเป็นหลักสำคัญประการหนึ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วย นอกจากจะช่วยให้ผื่นดีขึ้นแล้ว ยังสามารถควบคุมอาการและการใช้ยาในการรักษาอย่างเหมาะสม

### 4. การวางแผนการดูแลรักษา

แนวทางการดูแลรักษาโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง ประกอบด้วยปัจจัยหลายประการ ดังนี้

#### 4.1 คำแนะนำทั่วไป

4.1.1 หลีกเลี่ยงการใส่เสื้อผ้าเนื้อหยาบที่อาจก่อให้เกิดอาการระคายเคืองได้ เช่น ผ้าขนสัตว์หรือผ้าใยสังเคราะห์ เป็นต้น ผ้าที่เหมาะสมคือ ผ้าฝ้าย

4.1.2 หลีกเลี่ยงบริเวณที่มีอากาศร้อนจัด และหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ

4.1.3 หลีกเลี่ยงการเกาหรือการสัมผัสต่อสารระคายเคือง

4.1.4 คำแนะนำเกี่ยวกับอาหาร

#### 4.2 การอาบน้ำ

การอาบน้ำที่ถูกต้องจะทำให้ผิวหนังของผู้ที่เป็นโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังที่แห้งได้รับความชุ่มชื้น ได้รับการชะล้างเชื้อโรค และสารเคมีที่ก่อให้เกิดการอักเสบของผิวหนัง และสิ่งสกปรก ออกจากรอยโรค

4.2.1 การอาบน้ำควรใช้สบู่ที่ไม่ระคายเคืองและไม่ควรจะใช้เวลานานเกินไป เวลาที่เหมาะสมคือไม่เกิน 5-10 นาทีโดยอุณหภูมิของน้ำต้องไม่ร้อนจัดจนเกินไป แนะนำให้ใช้น้ำอุณหภูมิห้อง

4.2.2 หลังจากอาบน้ำ แนะนำให้ผู้ป่วยซับตัวหมาด ๆ แล้วทาสารเพิ่มความชุ่มชื้นผิวหนัง (emollient) ทันทีภายหลังการอาบน้ำ เพื่อให้เก็บความชุ่มชื้นของผิวหนังได้มากที่สุด

4.2.3 ควรให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงครีมหรือน้ำยาทำความสะอาดที่มีส่วนผสมของ สารฆ่าเชื้อแบคทีเรีย (anti-septic) เพราะอาจทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังได้

**4.3 การทาสารเพิ่มความชุ่มชื้นผิวหนัง** เป็นการรักษาขั้นแรกที่มีประสิทธิภาพ สารเพิ่มความชุ่มชื้นผิวหนังสามารถให้ความชุ่มชื้นกับผิวได้นาน 2-6 ชั่วโมง ขึ้นกับชนิดของสารเพิ่มความชุ่มชื้นผิวหนัง และช่วยลดการคายน้ำที่ผิวหนังได้ โดยแนะนำให้ผู้ป่วยทาสารเพิ่มความชุ่มชื้นผิวหนังอย่างสม่ำเสมอ โดยควรใช้ปริมาณเพียงพอ 250 กรัมต่อสัปดาห์ในเด็ก และ 500 กรัมต่อสัปดาห์ในผู้ใหญ่ ควรทาสารเพิ่มความชุ่มชื้นผิวหนังอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และสามารถทำได้บ่อยๆ ตามต้องการ สารเพิ่มความชุ่มชื้นผิวหนังที่ดี ไม่ควรมีส่วนผสมของน้ำหอม และสารกันเสีย นอกจากนี้ หากผู้ป่วยใช้สารเพิ่มความชุ่มชื้นผิวหนังที่มีส่วนผสมของ sodium lauryl sulfate (SLS) เช่น aqueous cream BP แล้วอาการของโรคแย่ลง ควรพิจารณาเปลี่ยนชนิดของสารเพิ่มความชุ่มชื้นผิวหนังที่ปราศจาก SLS การเลือกทาสารเพิ่มความชุ่มชื้นผิวหนังก่อนหรือหลังการทายา ขึ้นกับดุลยพินิจและ ความสะดวกของตัวผู้ป่วย ผู้ปกครอง และแพทย์ผู้ดูแล แต่ควรทิ้งระยะระหว่างการทาผลิตภัณฑ์ทั้งสองชนิดให้ห่างกันเล็กน้อย

## 4.4 การใช้ยาทาสเตียรอยด์

4.4.1 ยาทาสเตียรอยด์เป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการกำเริบของผื่น โดยแนะนำให้ผู้ป่วยทายาสเตียรอยด์ที่มีฤทธิ์อ่อนหรือปานกลางวันละ 2 ครั้ง เมื่อควบคุมอาการได้ ควรลดการใช้ยาลงหรือหยุดยา อาจใช้ยาทาเป็นช่วงๆ และควรใช้ยาทาสเตียรอยด์ที่มีฤทธิ์อ่อนที่สุดที่สามารถควบคุมโรคได้

4.4.2 การใช้ยาทาสเตียรอยด์ทาบริเวณที่เคยมีรอยโรคสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ซึ่งเรียกว่า proactive therapy เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยที่เป็นรุนแรงและมีผื่นกำเริบบ่อย มีรายงานการศึกษาการใช้ยาทาสเตียรอยด์ที่มีความแรงปานกลาง (moderately potent) ได้แก่ fluticasone propionate cream และ mometasone fuorate cream และยาทาสเตียรอยด์ที่มีความแรงต่ำ (mild) ได้แก่ methylprednisolone aceponate cream พบว่าสามารถลดการกำเริบของโรคได้ดีเมื่อเทียบกับยาหลอก ดังนั้นจึงอาจเป็นทางเลือกเพื่อควบคุมอาการ ซึ่งเป็นวิธีรักษาที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัย

4.4.3 การทำ occlusion สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของยาทาสเตียรอยด์ในผู้ป่วยที่มีการอักเสบของผิวหนังมาก ในรายที่มีอาการกำเริบรุนแรงหรือต้องการรักษาตามอาการ อาจจะพิจารณาให้การรักษาโดยทำ wet wrap therapy

## 4.5 การใช้ยาในกลุ่ม Topical immunomodulators

4.5.1 ยากลุ่มนี้ใช้เป็น second-line therapy ในการรักษาโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง โดยจะช่วยลดหรือหลีกเลี่ยงการใช้ยาทาสเตียรอยด์ได้ มีประสิทธิภาพดีและปลอดภัย ช่วยหยุดหรือทำให้โรคสงบได้นานขึ้น และป้องกันการกำเริบได้เหมาะกับการใช้บริเวณที่ควรหลีกเลี่ยงการทายาสเตียรอยด์ เช่น ใบหน้า ซอกพับ หรือบริเวณอวัยวะเพศ เป็นต้น การทายาในกลุ่มนี้ควรทาวันละ 2 ครั้งตั้งแต่เริ่มมีอาการ เมื่อผื่นดีขึ้นจึงลดการทาเป็นวันละครั้ง และหยุดใช้เมื่อผื่นหาย

4.5.2 มีการศึกษาการใช้ยาทา tacrolimus ทาบริเวณที่เคยมีรอยโรคสัปดาห์ละ 2 ครั้งซึ่งเรียกว่า proactive therapy เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยที่เป็นรุนแรงและมีผื่นกำเริบบ่อย พบว่าสามารถลดการกำเริบของโรคได้ดีเมื่อเทียบกับยาหลอก ดังนั้น จึงอาจเป็นทางเลือก เพื่อควบคุมอาการกำเริบและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยได้ มีรายงานประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยาแบบนี้ได้ถึง 1 ปี

### แนวทางในการใช้ยาในกลุ่ม topical immunomodulators มีดังนี้

1. Tacrolimus - ใช้ในการรักษาโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังได้ทุกระดับความรุนแรง - Tacrolimus 0.03% ใช้สำหรับผู้ป่วยเด็กอายุตั้งแต่ 2 ปี จนถึง 16 ปี - Tacrolimus 0.1% ใช้สำหรับผู้ป่วยเด็กอายุมากกว่า 16 ปี และผู้ใหญ่ - มีรายงานความปลอดภัยในการใช้ยาในกลุ่มนี้ชนิดเดียว (monotherapy) ระยะยาวเป็นเวลา 4 ปี

2. Pimecrolimus - ใช้รักษาโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังที่มีความรุนแรงน้อย จนถึงปานกลาง - แนะนำให้ใช้ในเด็กอายุมากกว่า 2 ปี - มีรายงานความปลอดภัยในการใช้ยาในกลุ่มนี้ชนิดเดียว (monotherapy) ระยะยาวเป็นเวลา 2 ปี

4.6 การใช้ยาปฏิชีวนะ ในกรณีผู้ป่วยมีการติดเชื้อแบคทีเรีย แนะนำให้ผู้ป่วยใช้ยาปฏิชีวนะชนิดทาภายนอก เช่น mupirocin, fusidic acid เป็นต้น หรือชนิดรับประทานที่มีฤทธิ์ยับยั้งเชื้อ Staphylococcus aureus และ Streptococcus pyogenes ไม่แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่มนี้ต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลานาน

การใช้ยาทาที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์และยาปฏิชีวนะอาจมีประโยชน์ในการรักษา ผู้ป่วยโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง ในระยะที่มีการกำเริบของโรค จะช่วยทำให้อาการดีขึ้นได้เร็วกว่าการใช้ยาทา สเตียรอยด์เพียงตัวเดียว อาจพิจารณาใช้ในผู้ป่วยที่มีรอยโรคไม่มาก ในระยะแรกของการรักษา และควรใช้เป็นระยะเวลาสั้นๆ เนื่องจากมีโอกาสทำให้เกิดเชื้อดื้อยาและผื่นแพ้สัมผัสได้

**4.7 การใช้น้ำมันดิน (Tar/coal solutions)** อาจใช้ได้ผลในผู้ป่วยบางรายเพื่อควบคุมการกำเริบของโรค ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานทางคลินิกเกี่ยวกับการใช้น้ำมันดินในการรักษาโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง

**4.8 การใช้ยาด้านฮีสตามีนชนิดรับประทาน** เนื่องจากการศึกษาประสิทธิภาพของยาด้านฮีสตามีนในการรักษาโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังยังไม่ชัดเจน ไม่มีหลักฐานเพียงพอในปัจจุบันถึงประสิทธิภาพของการใช้ยาด้านฮีสตามีนชนิดรับประทานทั้งชนิด 1<sup>st</sup> และ 2<sup>nd</sup> generation แต่อย่างไรก็ตามการใช้ยาด้านฮีสตามีนในกลุ่ม sedating สามารถลดอาการคันและช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีขึ้นในช่วงที่โรคมีอาการกำเริบ

**4.9 การใช้ยา systemic steroids** การใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดฉีดหรือรับประทาน อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงรุนแรงต่อร่างกายได้ เช่น กดการทำงานของฮอร์โมนและการเจริญเติบโตในเด็ก ดังนั้นจึงไม่แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่มนี้เป็นประจำในการรักษาโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังในกรณีที่โรคกำเริบรุนแรง ควบคุมด้วยยาทาไม่ได้ อาจใช้ systemic steroids เช่น prednisolone ในขนาด 0.5-1 มก./กก. ต่อวัน เป็นระยะเวลาสั้น ๆ ไม่เกิน 1 สัปดาห์

**4.10 การใช้ยากดภูมิคุ้มกัน (systemic immunomodulators) และยาในกลุ่ม biologics** ยังมีข้อมูลน้อยในแง่ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยากดภูมิคุ้มกันชนิดรับประทานที่ใช้ในการรักษาโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังที่มีความรุนแรง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ cyclosporine, azathioprine, methotrexate และ mycophenolate mofetil เป็นต้น ส่วนยาในกลุ่ม biologics ที่มีรายงานใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ได้แก่ omalizumab, rituximab และ alefacept เป็นต้น ดังนั้น โดยทั่วไปจึงไม่แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่มนี้ ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง และไม่ตอบสนองต่อการรักษาทั่วไป

**4.11 การฉายแสงอัลตราไวโอเลต (Phototherapy)** เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ หรือเด็กอายุมากกว่า 12 ปี แต่ไม่แนะนำให้ใช้วิธีนี้ในผู้ป่วยเด็กเล็ก แนะนำให้ส่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

#### 4.12 การรักษาโดยวิธี allergen specific immunotherapy (ASIT)

การรักษาโดยวิธีนี้อาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีปฏิกิริยาการแพ้อย่างชัดเจนจากการตรวจเลือด specific IgE หรือการทดสอบทางผิวหนัง (skin prick test) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการแพ้ไรฝุ่น ทั้งนี้การรักษาดังกล่าวได้รับการศึกษาทั้งในผู้ใหญ่ และในเด็ก ด้วยวิธีการรักษาทั้งการฉีด แบบ subcutaneous immunotherapy และแบบ sublingual immunotherapy พบว่าการรักษาโดย allergen immunotherapy จะลดความรุนแรงของโรคทั้งบริเวณและความรุนแรง รวมถึงลดการใช้ยาทาสเตียรอยด์ลงได้ แนะนำให้ส่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

4.13 การรักษาอื่นๆ การให้วิตามินเสริม โดยเฉพาะวิตามินอีและวิตามินดี อาจมีประโยชน์ในการช่วย รักษาผู้ป่วยโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังบางราย แต่ยังไม่มีขนาดของวิตามินในการรักษาที่แน่นอนในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีการรายงานถึงการใช้ probiotic, zinc phosphate, selenium, pyridoxine, fish oil, น้ำมันจากเมล็ด sea buckthorn, น้ำมันจาก hempseed, docosahexaenoic acid (DHA) และน้ำมันดอกทานตะวัน เป็นต้น เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลชัดเจนถึงประโยชน์ในการช่วยการรักษา จึงยังไม่แนะนำการใช้วิตามินและอาหารเสริมเหล่านี้ในการรักษาโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง

4.14 การช่วยเหลือผู้ป่วยด้านจิตใจ และคุณภาพชีวิต โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว ได้แก่ การนอน การเรียน การทำงาน ฯลฯ ดังนั้นแพทย์จึงควรให้ความสนใจ และให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาโรค

# องค์ประกอบสำคัญ การดูแลภาวะสุขภาพด้านโรคปิวทกนัง ในสถานสงเคราะห์

## 1. บุคลากรมีจิตใจเมตตา โอบอ้อมอารีและมีความรู้ความเข้าใจงานที่ได้รับผิดชอบ

บุคลากร ได้แก่ พยาบาลประจำศูนย์ เจ้าหน้าที่ช่วยดูแลประจำอาคาร/หอพัก และอื่นๆ ที่จำนวนไม่เพียงพอ กับจำนวนผู้ทุพพลภาพ ผู้ไร้ที่พึ่ง ที่นับวันมีจำนวนเพิ่มเรื่อยๆ บุคลากรที่ให้การดูแลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเบื้องต้น พร้อมทั้งต้องมีจิตใจโอบอ้อมอารี มีเมตตา ในการทำงานกับผู้ที่มีภาวะจิตใจที่บกพร่อง ร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ สำหรับการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ดังนั้นบุคลากรควรมีคุณสมบัติดังนี้

1. สุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีภาวะเจ็บป่วยที่ไม่พร้อมในการปฏิบัติหน้าที่
2. สุขภาพจิตใจ โอบอ้อมอารี มีเมตตา ใจเย็น สามารถยอมรับและให้อภัย พร้อมให้การดูแลผู้อื่นอยู่เสมอ
3. ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย และการดูแลภาวะสุขภาพเบื้องต้นอย่างถูกต้อง

## 2. อาคารสถานที่มีโครงสร้างแข็งแรงและปลอดภัย มีระบบระบายอากาศได้ดี สะอาดและปลอดภัย

องค์ประกอบอาคารที่เหมาะสม ต้องจัดแบ่งพื้นที่ชัดเจนเพื่อการดูแลให้ได้ทั่วถึงและปลอดภัย ซึ่งมีส่วนประกอบสำคัญ ได้แก่ พื้นที่ส่วนบุคคล พื้นที่ส่วนกลางและระบบระบายอากาศที่เหมาะสม

1. พื้นที่ผู้พักอาศัย : โถงต้อนรับ ห้องพัก/พื้นที่พัก ห้องน้ำ  
จัดแยกส่วนชัดเจน

2. พื้นที่เจ้าหน้าที่: จุดทำงานที่สามารถมองผู้พักอาศัยได้ ห้องพัก  
เฉพาะ, ห้องน้ำเจ้าหน้าที่ สำนักงาน

3. การเว้นระยะในบางพื้นที่ ควรมีการเว้นระยะระหว่างผู้พักอาศัย  
ประมาณ 1.5-2 เมตร ในทุกทิศทาง สามารถลดการเว้นระยะด้วยแผงกั้นและ  
ฉากกั้นชนิดโปร่งแสงที่สามารถมองเห็น และปลอดโปร่ง เพื่อการระบายอากาศ  
ที่ดี

นอกจากพื้นที่ของอาคารที่จัดแบ่งชัดเจนและเหมาะสม การจัดระบบ  
การระบายอากาศก็เป็นส่วนสำคัญที่ต้องได้รับการดูแล โดยมี 2 รูปแบบ  
การจัดระบบ ดังนี้

1. การระบายอากาศด้วยวิธีธรรมชาติ ควรใช้ในพื้นที่ห้องพัก  
คอยห้องพัก พื้นที่ทำงานของเจ้าหน้าที่ โดยมีอัตราการไหลเวียนอากาศ  
ที่ไม่ต่ำกว่า 60 ลิตร/วินาที/คน (l/s/person)

2. การระบายอากาศโดยวิธีผสม(Hybrid) คือมีเครื่องฟอกอากาศ  
หรือพัดลมผลักดันทิศทางการไหลของอากาศ จากบนลงล่าง จากพื้นที่สะอาด  
ไปพื้นที่สกปรก โดยมีอัตราการไหลเวียนอากาศไม่ต่ำกว่า 160 ลิตร/วินาที/คน  
(l/s/person)

### 3. สิ่งแวดล้อมน่าอยู่ ปลอดภัยต่อผู้พักอาศัย

การสร้างสรรค์สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา คือหาวิธี  
ลดความเครียดจากสภาพแวดล้อม มีแนวทางการสร้างจุดเบี่ยงเบนความสนใจ  
ผ่านคลายและเสริมพลังในตนเองของผู้พัก เพื่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิต

1. การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น เสียง แสงสว่าง บรรยากาศ  
เรื่องกลิ่นเหม็นรบกวน บ้ายบอกสถานที่ชัดเจน เป็นต้น

2. ด้านบวกเพื่อการผ่อนคลาย เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมด้วยต้นไม้  
และน้ำพุ การเปลี่ยนสีอาคารให้ดูใหม่ เป็นต้น

3. จัดหาวิทัศน์ เพลง เสียงดนตรี หรือเสียงสวดมนต์ เสียงคำสอนของผู้นำทางศาสนา เพื่อเป็นสื่อทางเลือกสำหรับการผ่อนคลาย

4. สัตว์เลี้ยงก็เป็นจุดเบี่ยงเบนความสนใจที่ดี แต่ในที่พักอาศัยจะต้องไม่อนุญาตให้นำสัตว์เลี้ยงมาในห้องพัก ดังนั้นสามารถนำภาพหรือวิทัศน์สัตว์เลี้ยงที่สามารถนำมาฉายให้ผู้พักอาศัยชมทดแทน

5. ในกรณีที่ทัศนียภาพภายนอกห้องสวยงาม อากาศดี การเปิดหน้าต่างห้องพักก็จะเป็นการเปลี่ยนบรรยากาศให้กับผู้พักอาศัยได้

6. มองหาห้องจัดกิจกรรมอื่น ๆ ในสถานสงเคราะห์ เช่น พื้นที่ออกกำลังกาย สวนหย่อม ห้องหรือมุมอ่านหนังสือ ฯลฯ กำจัดสิ่งทีกระตุ้นให้เกิดความเครียดในสภาพแวดล้อม

7. เสริมสุขอนามัยในสภาพแวดล้อม เพื่อสร้างกลิ่นที่เอื้อต่อการเยียวยา กำจัดกลิ่นอันไม่พึงประสงค์ที่จะสร้างความเครียดความกังวล จะทำให้ผู้พักนอนหลับได้ดีขึ้น เป็นต้น

#### **4. สิ่งของเครื่องใช้เพียงพอและเหมาะสม ไม่เป็นปัจจัยก่อให้เกิดโรคหรืออาการรบกวน ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต**

สถานสงเคราะห์ส่วนใหญ่มักพบปัญหาอุปกรณ์หรือเครื่องอุปโภคต่างๆ เช่น ผงซักฟอก สบู่ ยาสีฟัน แชมพู น้ำยาทำความสะอาดต่างๆ มักมีความเป็นกรด/ด่าง ที่ไม่เหมาะสมกับผู้พักอาศัยส่วนใหญ่ จึงพบภาวะเจ็บป่วยผิวหนัง เช่น ผิวหนังอักเสบ โรคผิวหนัง อากาการติดเชื้อที่ผิวหนัง เป็นต้น

**ดังนั้นการจัดซื้อหรือรับบริจาคสิ่งของเครื่องใช้ และการกำหนดปริมาณการใช้ที่เหมาะสม ดังนี้**

1. ของใช้ชนิดทำความสะอาดร่างกายเหมาะสม เช่น แชมพู สบู่หรือน้ำยาต่างๆ ที่มีความเป็นกลาง หรือต่างอ่อนๆ หลีกเลี่ยงการใช้สบู่ที่ฟอกหรือมีส่วนผสมของน้ำยาฆ่าเชื้อ เพราะระคายเคืองผิว ผิวแห้งตึงได้

2. น้ำยาซักล้างต่างๆ ซึ่งใช้ซักทำความสะอาดรวม ดังนั้น การให้ความสำคัญในการล้างซักๆ อย่างน้อย 2-3 ครั้ง เพื่อไม่ให้มีสาร ระบายเคืองตักค้างและมีผลกระทบต่อสภาพผิว

3. การคัดแยกเสื้อผ้าและผ้าขนหนู เพื่อป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อระหว่างบุคคล หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์โดยเฉพาะเสื้อผ้า อุปกรณ์ เครื่องนอนรวมกัน

4. มีระบบการทำความสะอาดอุปกรณ์ส่วนรวมและสิ่งแวดล้อม ต่างๆ ทุกๆ 1-2 วัน เพื่อความอับชื้นและแหล่งสะสมเชื้อโรค

## 5. สุขอนามัยที่ควรรู้

สุขภาพและสุขอนามัยมักจะดำเนินไปด้วยกัน นอกเหนือจาก การรับประทานอาหารที่มีสมดุลและออกกำลังกายเป็นประจำ เพื่อให้ สุขภาพแข็งแรง การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสมยังเป็นสิ่งสำคัญ ให้อยู่ห่างจากเชื้อแบคทีเรีย ไวรัสและเชื้อราอีกด้วย เป็นกฎเกณฑ์ส่วนบุคคล 7 ประการ ต้องรู้และปฏิบัติทุกวัน

1. ล้างมือบ่อยๆ เป็นพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติอยู่เสมอ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้เราห่างไกลจากการเจ็บป่วย โปรดทำให้ แน่ใจว่าได้ล้างและถูมือให้สะอาดด้วยสบู่และน้ำอย่างทั่วถึงอย่างน้อย 20 วินาที หากไม่มีสบู่และน้ำ สามารถใช้เจลทำความสะอาดมือที่มี ส่วนผสมของแอลกอฮอล์แทนได้

2. อาบน้ำทุกวัน การใช้สบู่เพื่อขัดผิวสามารถช่วยขจัดเซลล์ ผิวนที่ตายแล้วได้ การอาบน้ำเป็นประจำยังช่วยกำจัดเชื้อโรค สิ่งสกปรก และเหงื่อออกจากร่างกาย หากไม่ได้อาบน้ำ แบคทีเรีย เหงื่อและเซลล์ ที่ตายแล้วจะสะสมอยู่บนผิวและก่อให้เกิดกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์

3. แปรงฟันอย่างน้อยวันละสองครั้ง เป็นส่วนสำคัญของ สุขอนามัยส่วนบุคคล แปรงฟันในตอนเช้าและตอนกลางคืน หรือแปรงฟัน ระหว่างมื้ออาหารสามารถป้องกันโรคเหงือกซึ่งอาจทำให้เกิดการเจ็บป่วย อื่น ๆ อย่าลืมแปรงฟันหลังทานขนมหวานหรืออาหารที่เป็นกรด ที่ทำให้ฟันสึกกร่อน ใช้ไหมขัดฟันทุกวันและใช้น้ำยาบ้วนปากก็เป็นวิธี ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาสุขอนามัยในช่องปากได้อีกด้วย

4. ไม่ใช้สิ่งของร่วมกันกับบุคคลอื่น ยานำของใช้ส่วนตัวให้ บุคคลอื่นใช้ด้วยกัน เช่น ผลิตภัณฑ์แต่งหน้า กรรไกรตัดเล็บ หูฟังและ หวี เพราะของเหล่านี้จะเป็นแหล่งเพาะแบคทีเรีย เชื้อโรคและเชื้อรา ที่สมบูรณ์แบบมากการแบ่งของใช้ส่วนตัวให้คนอื่นใช้จะเป็นการเพิ่ม ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ดังนั้น เพื่อปกป้องสุขภาพของตัวเอง ขอแนะนำ ให้เก็บของใช้ส่วนตัวบางอย่างไว้สำหรับการใช้งานส่วนตัว

5. เปลี่ยนถุงเท้าทุกวัน บางคนอาจจะเลยการดูแลเท้าทุกวัน ได้ง่าย ๆ เมื่อสวมใส่รองเท้า เท้าจะมีเหงื่อออกมาเพราะไม่มีพื้นที่หายใจ ในรองเท้าอย่างเพียงพอ สิ่งสกปรกจะดึงดูดเชื้อแบคทีเรียและเชื้อโรค ควรเปลี่ยนถุงเท้าทุกวัน

6. ตัดเล็บมือเล็บเท้า ไม่ปล่อยให้ยาวเพราะสามารถก่อให้เกิด การติดเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราได้ เนื่องจากสิ่งสกปรกจะสะสมอยู่ ในเล็บ หากไม่ตัดเล็บ เชื้อแบคทีเรียและเชื้อโรคจะเริ่มเติบโตที่เล็บหรือที่เท้า ซึ่งสามารถนำไปสู่การติดเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราได้

7. ปิดปากเมื่อไอหรือจาม เป็นวิธีปฏิบัติด้านสุขอนามัยที่ดี เพื่อป้องกันการแพร่กระจายภาวะเจ็บป่วยและโรค

8. ฝึกการล้างทำความสะอาดมือทุกครั้งก่อน-หลังสัมผัส สิ่งต่างเป็นประจำ และการสวมหน้ากากอนามัยที่ถูกวิธีก็ช่วยในการดูแล สุขอนามัยที่ดีและหลีกเลี่ยงการแพร่กระจายเชื้อโรค

# มาตรการป้องกันการแพร่ระบาด ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19

ผู้สูงอายุจัดเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 ที่มีความรุนแรง และมีโอกาสเสียชีวิตสูง ในสถานการณ์ที่ยังมีการระบาดของโควิด-19 สถานสงเคราะห์ จึงควรมีมาตรการป้องกัน ดังนี้

1. ลดจำนวนญาติหรือเจ้าหน้าที่จากภายนอก ที่จะเข้าเยี่ยมผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์ อาจให้เยี่ยมทาง video call แทน
2. จำกัดทางเข้าทางออกจากสถานสงเคราะห์ อาจให้มีทางเข้าทางเดียว เพื่อลดจำนวนผู้ที่อาจผ่านเข้ามาโดยไม่จำเป็น
3. จัดให้มีการคัดกรองด้วยเครื่องวัดอุณหภูมิร่างกาย และแอลกอฮอล์เจล ที่ทางเข้า-ออกของสถานสงเคราะห์
4. ควรจัดให้ผู้สูงอายุพักในห้องเดี่ยว ห้องละ 1 คน ถ้าต้องอยู่ในห้องรวม ควรอยู่ห่างกันอย่างน้อย 2 เมตร
5. ไม่ควรเปิดใช้เครื่องปรับอากาศ ควรเปิดหน้าต่างให้อากาศถ่ายเท
6. ผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ต้องสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาและต้องล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลบ่อยๆ
7. งดกิจกรรมที่มีผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่มารวมตัวกันอย่างแออัด ถ้าต้องมีกิจกรรม ต้องจำกัดจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมและต้องรักษาระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร
8. ให้มีการทำความสะอาดอุปกรณ์ที่อาจถูกสัมผัสบ่อยๆ เช่น โต๊ะ ราวกันขอบเตียง ที่สับจานประตู่ ปุ่มกดลิฟท์
9. ถ้ามีการบำบัดฟื้นฟูด้วยอุปกรณ์กายภาพบำบัด ต้องให้อยู่ห่างกัน 2 เมตร และต้องทำความสะอาดอุปกรณ์ทุกครั้งหลังใช้
10. เจ้าหน้าที่ลดการสัมผัสผู้สูงอายุและสิ่งของของผู้สูงอายุโดยไม่จำเป็น ต้องล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล ก่อนและหลังสัมผัส
11. ถ้าต้องส่งผู้สูงอายุไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลควรใช้รถยนต์ของสถานสงเคราะห์ ไม่ควรใช้รถยนต์สาธารณะหรือแท็กซี่

# คณะทำงาน

## บรรณาธิการ

แพทย์หญิงมิ่งขวัญ วิชัยดิษฐ

ผู้อำนวยการสถาบันโรคผิวหนัง

## เนื้อหา

นายแพทย์โกวิท คัมภีรภาพ

ที่ปรึกษาผู้อำนวยการ สถาบันโรคผิวหนัง

นางคณินิจ ไสสุพี

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันโรคผิวหนัง

## ภาพ

นายแพทย์โกวิท คัมภีรภาพ

ที่ปรึกษาผู้อำนวยการ สถาบันโรคผิวหนัง  
งานเวชนิทัศน์ สถาบันโรคผิวหนัง

## ออกแบบ/จัดรูปเล่ม/พิสูจน์อักษร/ประสานงาน

นางศุภมาส สุวรรณเมฆ

ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการพัฒนาเครือข่าย  
และนโยบายสาธารณสุข สถาบันโรคผิวหนัง

นายศุภลักษณ์ มิรัตนไพร

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
สถาบันโรคผิวหนัง



[www.iod.go.th](http://www.iod.go.th)



 สถาบันโรคผิวหนัง



 @skinthailand



 สถาบันโรคผิวหนัง  
INSTITUTE OF DERMATOLOGY



สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข  
420/7 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท  
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400  
โทรศัพท์ : 0-2354-5222 โทรสาร : 0-2644-9333  
[www.iod.go.th](http://www.iod.go.th)