

Psoriasis

ความนำ

แนวทางการดูแลรักษาโรคผิวหนังเป็นความเห็น ร่วมกันของกลุ่มผู้รู้ที่ปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย แนวทางที่วางไว้นี้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย มิใช่กฎตายตัวที่ต้องปฏิบัติการรักษาตามที่เขียนไว้ทุกประการ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยแต่ละราย มีปัญหาที่แตกต่างกัน การวางแผนทางการรักษานี้เป็นการสร้างมาตรฐานและพัฒนาการดูแลรักษาโรคผิวหนัง เพื่อให้ประชาชนที่มาพบแพทย์ได้รับความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลรักษาที่ดี

คณะผู้จัดทำขอสงวนสิทธิ์ในการนำไปใช้อ้างอิงทางกฎหมายโดยไม่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ หรือผู้เชี่ยวชาญในแต่ละกรณี

นิยาม

สะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังเรื้อรัง เกิดจากเซลล์ผิวหนัง (keratinocyte) มีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วโดยไม่ทราบสาเหตุ แต่เชื่อว่า มีพื้นฐานจากพันธุกรรมร่วมกับสิ่งกระตุ้นจากภายนอก พบได้บ่อยในช่วงอายุ 20 ปีและ 40 ปีขึ้นไป พบได้ประมาณร้อยละ 1-2 ของประชากรทุกเชื้อชาติ

การวินิจฉัย อาศัยประวัติและการตรวจร่างกายเป็นหลัก

1. ลักษณะทางคลินิก

1.1 ประวัติ

1. เป็นผื่นเรื้อรัง
2. อาจจะมีหรือไม่มีอาการคัน
3. บางรายมีประวัติครอบครัว
4. ผื่นอาจกำเริบได้ภายหลังภาวะติดเชื้อ ความเครียด หรือหลังได้รับยาบางชนิด เช่น lithium, antimalaria, beta-blocker, NSAID และ alcohol

1.2 การตรวจร่างกาย

1.2.1 ผิวหนังมีผื่นหนาสีแดง ขอบชัดเจนคลุมด้วยขุยหนาขาวคล้ายสีเงิน ซึ่งสามารถขูดออกได้ง่าย และเมื่อขูดขุยหมดจะมีจุดเลือดออกบนรอยผื่น (Auspitz's sign) ผื่นอาจเกิดบนรอยแผลถลอกหรือรอยแผลผ่าตัด (Koebner phenomenon)

ผื่นผิวหนังพบได้หลายลักษณะ

1.2.1.1 ผื่นหนาเฉพาะที่ (Chronic plaque type) มักกระจายในบริเวณที่มีการเสียดสี เช่น ศีรษะ ไหล่ หลัง สะโพก ข้อศอก เข่า หน้าแข้ง ข้อเท้า ฝ่ามือ ฝ่าเท้า

1.2.1.2 ผื่นขนาดหยดน้ำ (Guttate psoriasis) ผื่นขนาดเล็กเท่าหยดน้ำหรือเล็กกว่า 1 ซม. กระจายทั่วตัว พบบ่อยในเด็กตามหลังการเกิด Streptococcal pharyngitis หรือไข้หวัด 1-2

สัปดาห์

1.2.1.3 ผิวหนังแดงลอกทั่วตัว (Erythroderma)

1.2.1.4 ตุ่มหนอง (Pustular psoriasis) พบเป็นตุ่มหนองเล็ก ๆ ที่ปราศจากเชื้อโรค (sterile pustule) บนพื้นสีแดงอาจเป็นเฉพาะที่ เช่น ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ปลายนิ้วมือ ปลายนิ้วเท้า หรือกระจายทั่วตัว

1.2.2 เล็บ พบมีหลุม (pitting) เล็บร่อน (onycholysis) ปลายเล็บหนา มีขุยใต้เล็บ (subungual hyperkeratosis) หรือจุดสีน้ำตาลใต้เล็บ (oil spot)

1.2.3 ข้อ มีการอักเสบของข้อซึ่งอาจเป็นได้ทั้งข้อใหญ่ ข้อเล็ก เป็นข้อเดียว หรือหลายข้อ และอาจจะมีข้อพิการตามหลังการอักเสบเรื้อรัง

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.1 การตรวจทางพยาธิ พยาธิสภาพของผิวหนัง สะเก็ดเงินจะมีลักษณะเฉพาะ แต่ไม่จำเป็นต้องทำทุกราย อาจทำเพื่อช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและช่วยวินิจฉัยโรคในกรณีที่มีปัญหา

2.2 การตรวจต่อไปนี้อาจเลือกทำเฉพาะที่มีอาการหรือข้อบ่งชี้

2.2.1 ข้อมซีเกรมและเพาะเชื้อแบคทีเรีย ถ้ามีตุ่มหนอง

2.2.2 ถ้ามีอาการข้ออักเสบอาจส่งตรวจทางรังสีและตรวจหา rheumatoid factor เพื่อ

แยกโรค rheumatoid arthritis

2.2.3 ในรายที่มีอาการรุนแรง เลียบพลัน หรือมีปัจจัยเสี่ยง ควรเจาะ anti HIV antibody

การรักษา

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแก่ผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยและญาติควรจะทราบว่า

1.1 สะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่สามารถควบคุมโรคได้ ในบางรายอาจมีผื่นตลอดชีวิต และโรคอาจมีความรุนแรงเป็นช่วง ๆ

1.2 วิธีการรักษามีหลายวิธี เช่นการใช้ยาทา ยารับประทานและการฉายรังสีอัลตราไวโอเล็ต และต้องเข้าใจว่า ยารับประทานบางชนิดมีผลข้างเคียงที่รุนแรง ควรใช้ในขณะที่เป็นมาก

1.3 เป็นโรคที่ไม่ติดต่อ

1.4 มีสาเหตุที่จะทำให้โรคกำเริบขึ้น ผู้ป่วยจึงควรหลีกเลี่ยงสาเหตุเหล่านั้น เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ ความเครียด

1.5 ยาบางขนานอาจทำให้โรคกำเริบจึงควรหลีกเลี่ยงการซื้อยารับประทานหรือทาเอง

2. การรักษาตามมาตรฐาน (Standard treatment)

เนื่องจากผื่นสะเก็ดเงินมีหลายรูปแบบ ฉะนั้นการรักษาจึงมีแนวทางแตกต่างกันไป จำแนกตามชนิดและความรุนแรงของผื่น

2.1 ยาทา

2.1.1 Tar: 3-10 % LCD (Liquor

Carbonis Detergents), 3-5%CCT (Crude Coal Tar)

2.1.2 Corticosteroid: ตาม Clinical Practice Guideline for Topical Steroid Usage (ในวารสารโรคผิวหนังปีที่ 16 ฉบับที่ 4 หน้า 204-208)

2.1.3 Dithranol (Anthralin): 0.1 - 3% Anthralin

2.1.4 Calcipotriol

2.2 ยารับประทาน

First line drug

2.2.1 Methotrexate 5-25 มก./สัปดาห์ อาจให้ครั้งเดียว หรือแบ่งให้ 3 ครั้งห่างกัน 12 ชม. (triple dose therapy)

2.2.2 Retinoid:- acitretin 0.25-1 มก./กก./วัน

2.3 Supportive treatment

ความสำคัญ เนื่องจากช่วยให้ระยะโรคสงบยาวนานและลดปริมาณยาที่จำเป็นต้องใช้

2.3.1 ยาทา

- Emollient เพิ่มความชุ่มชื้นให้ผิวหนัง เช่น น้ำมันมะกอก, petrolatum (vasalin), liquid paraffin (mineral oil), cream base ฯลฯ

- ยาละลายขุย เช่น 3 - 10 % salicylic acid, 3 - 10 % urea cream

- Wet dressing ในกรณีที่เป็นหนอง

- แชมพูที่มีส่วนผสมของ tar,

ketoconazole, selenium sulfide

2.3.2 ยารับประทาน

- Antihistamine ในกรณีที่มีอาการคัน

- ยาปฏิชีวนะ ในกรณีที่มีการติดเชื้อร่วมด้วย

- NSAID ในกรณีที่มีปวดข้อ

2.3.3 Psychotherapy (การปรับระดับประคองทางจิตใจ)

2.4 การลดปัจจัยกระตุ้น เช่น หลีกเลี่ยงการติดเชื้อ การแกะเกา (trauma) การอาบแดดแรงจัดเป็นเวลานาน การลดความเครียด (stress) งดเครื่องดื่มซึ่งผสมแอลกอฮอล์ และยาบางชนิด เช่น antimalarial, beta- blocker, lithium ฯลฯ

3. การรักษาทางเลือก (Alternative treatment)

ควรทำการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง

Second line drug

3.1 ยารับประทาน

- Cyclosporin 3 - 5 มก./กก./วัน ให้ 1 - 2 ครั้ง/วัน (2 divided dose)

3.2 การรักษาด้วยรังสีอัลตราไวโอเล็ต (Phototherapy, Photochemotherapy)

- Ultraviolet B (UVB): Broad band UVB, narrow band UVB

- Photochemotherapy (PUVA)

3.3 Combination therapy

การใช้ยาหลายกลุ่มซึ่งออกฤทธิ์ต่างกัน ร่วมกันจะลดผลข้างเคียงและเพิ่มประสิทธิภาพ

ในการรักษา เช่น tar และ corticosteroid หรือ corticosteroid และ calcipotriol หรือ การใช้ยาทา ร่วมกับการฉายแสง เช่น tar และ UVB, calcipotriol และ UVB หรือ การใช้ยารับประทาน ร่วมกับการฉายแสง เช่น retinoid และ PUVA หรือ การใช้ยารับประทานร่วมกับยาทา เช่น methotrexate และ tar

3.4 Rotational therapy

คือการหมุนเวียน การรักษาชนิดต่าง ๆ เพื่อลดผลข้างเคียงของการใช้ยาแต่ละประเภท

การติดตามผล

เนื่องจากเป็น โรคผิวหนังเรื้อรัง จึงต้อง ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมิน ประสิทธิภาพ ของการรักษา และผลข้างเคียงของ การใช้ยา โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการรักษา ด้วยยา รับประทานและการฉายรังสี อัลตราไวโอเลต ถ้าการรักษาให้ผลน้อยกว่า 50% ภายใน 3 เดือนควรพิจารณาเพิ่มหรือปรับเปลี่ยน วิธีการรักษา

บทส่งท้าย

น้ำมันดิน (Tars)

กลไกการออกฤทธิ์

- กดการสร้าง DNA ในชั้นหนังกำพร้า
- ลดอาการอักเสบ
- ลดอาการคัน

ผลิตภัณฑ์ Crude tars และ purified tar (LCD) อยู่ในรูปแบบของ lotion, cream, ointment และ shampoo

วิธีใช้

1. ใช้ Tar อย่างเดียว

1.1 Tar bath ใช้ coal tar solution 80 มล. ความเข้มข้น 20 % ผสมน้ำ 80 ลิตร แช่ในอ่าง อาบน้ำนาน 10 นาที

1.2 ทาด้วย Tar cream หรือ ointment บน ผื่น สำหรับที่หน้าข้อพับและในบริเวณร่มผ้า (genital area) อาจเกิดการระคายเคืองได้

1.3 หนังสีรษะ สระด้วย Tar shampoo

2. ใช้ Tar ร่วมกับการรักษาอื่น

2.1 ใช้ร่วมกับยาทาคอร์ติโคสเตียรอยด์

2.2 แช่ tar bath 15-30 นาทีตามด้วยการฉาย UVB หรืออาบแดด

2.3 ใช้ 5% tar ตรงบริเวณผื่น ทิ้งไว้ประมาณ 8-12 ชั่วโมง ล้างยาออกตามด้วยฉาย UVB หรือ อาบแดด

ผลข้างเคียง

- รูขุมขนอักเสบ (folliculitis)
- ผิวหนังระคายเคือง (irritant contact dermatitis)
- ทำให้โรคผิวหนังรุนแรงขึ้น

Anthralin (Dithranol)

กลไกการออกฤทธิ์

กลไกที่แท้จริงยังไม่ทราบ เชื่อว่ากดการสร้าง DNA และการแบ่งตัวของเซลล์

ผลิตภัณฑ์ยา

- Anthralin มี 2 รูปแบบคือ ขี้ผึ้ง และครีม
- ขี้ผึ้ง มีความเข้มข้น 0.1-3% ครีมมีความเข้มข้น 1 - 3 %

วิธีใช้

- การรักษาแบบ Short contact
ใช้ anthralin 0.1 – 1 % ทาทิ้งไว้ 15-30 นาที ถ้าไม่มีอาการระคายเคืองให้เพิ่ม ความเข้มข้นขึ้นได้เรื่อยๆ จนถึง 3 % เช็ดออกด้วยน้ำมันมะกอก ถ้าใช้ในรูปแบบขี้ผึ้ง ถ้าใช้ยาในรูปแบบของครีม ให้ใช้น้ำเปล่าล้างคใช้สบู่ล้างออก

- การรักษาแบบ Ingram
แช่ด้วย tar ทุกวันโดยใช้ 20% tar solution 80 มิลลิลิตร ผสมน้ำอุ่น 80 ลิตร ตามด้วยการฉายรังสี UVB และทา anthralin (0.1-0.4%) ก่อนนอน

ผลข้างเคียง

- มีการระคายเคืองของผิวหนัง
- เปราะเปื้อนเสื้อผ้า ทำให้รอยโรคและผิวหนังปกติมีสีคล้ำเข้มขึ้น

Calcipotriol

กลไกการออกฤทธิ์

- ยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์ผิวหนัง
- ทำให้การ differentiation ของเซลล์กลับสู่ภาวะปกติ
- ลดการอักเสบของผิวหนัง

ผลิตภัณฑ์ยา

- มี 3 รูปแบบคือ ขี้ผึ้ง, ครีม และโลชั่น ในความเข้มข้น 50 ไมโครกรัม/กรัม

วิธีใช้

- ใช้ Calcipotriol อย่างเดียว
- สำหรับผื่น psoriasis ชนิด plaque ทาวันละ

2 ครั้ง

- ควรหลีกเลี่ยงพื้นที่หน้าและบริเวณรอยพับ
- ใช้ร่วมกับการรักษาอื่น
- ใช้ร่วมกับยาทาคอร์ติโคสเตียรอยด์จะช่วยลดการระคายเคืองจาก calcipotriol
- ใช้ ร่วมกับ UVBหรือ PUVA

ผลข้างเคียง

- ทำให้ผิวหนังระคายเคือง
- ทำให้เกิด hypercalcemia ได้ ดังนั้นในหนึ่งสัปดาห์ไม่ควรใช้เกิน 100 กรัม

Methotrexate

กลไกการออกฤทธิ์

- ยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์ผิวหนังโดยยับยั้งการสร้าง DNA
- ลดการอักเสบ
- ปรับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Immunomodulator)

ข้อบ่งชี้ในการใช้

- Psoriatic erythroderma
- Pustular psoriasis
- Psoriasis ที่ฝ่ามือและฝ่าเท้าที่รุนแรงและไม่ตอบสนองต่อยาทา
- Severe plaque type psoriasis
- Psoriatic arthritis

ข้อห้ามใช้

- หญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร (ห้ามใช้อย่างเด็ดขาด) และห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง โรค

ไต โรคกระเพาะ โรคเบาหวาน โรคเลือด โรค
วัน โรคและการให้ยาจะต้องประเมินผล
ข้างเคียงใน ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วย
อ้วน

- โรคตับอักเสบระยะแสดงอาการและระยะสงบ
- มีความผิดปกติทางชีวเคมีของตับ
- ผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มเหล้าจัด
- ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางภูมิคุ้มกัน
- ผู้ป่วยซึ่งไม่ยินยอม และ ผู้ป่วยซึ่งแพทย์สงสัย
ว่าไม่เข้าใจวิธีใช้ยา

ผลิตภัณฑ์ยา

- ยาชนิดรับประทาน เม็ดละ 2.5 มก.
- ยานีด IM, IV 50 mg/5 cc

วิธีใช้

1. ยารับประทานขนาดที่ใช้เริ่มจาก 2.5-25
มก. ต่อสัปดาห์ ขนาดขึ้นกับความรุนแรงของผื่น
อาจจะให้ครั้งเดียวหรือแบ่งให้เป็น 3 ครั้งห่างกัน
12 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ โดยเริ่มทดสอบ 2.5-5 มก.
1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อหลีกเลี่ยง
พิษที่จะเกิดขึ้น

2. โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ขนาดที่ให้ 7.5 - 25
มก.ต่อสัปดาห์ ควรส่งตรวจเลือดก่อนรับประทาน
ยา และ 2 สัปดาห์หลังได้รับยา ถ้าไม่มี
ผลข้างเคียงเกิดขึ้น ให้ค่อย ๆ เพิ่มปริมาณยาได้ตาม
ความ รุนแรงของโรคโดยปรับยาเพิ่มหรือ
ลดใน ทุกเดือน

การติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ

1. ตรวจ complete blood count, BUN,

creatinine, liver function test ก่อนให้ยาและ
สัปดาห์ที่สองหลังรับประทานยา หลังจากนั้น
ตรวจทุก 1-3 เดือน หรือถี่กว่านั้นถ้ามีผลการ
ตรวจที่ผิดปกติ

2. ถ้าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงจะ HIV เพื่อดูภาวะ
Immunosuppression ก่อนการให้ยา
3. การตรวจภาพรังสีปอด
4. หลังจากได้ยามากกว่า 1.5-2 มก. ควร
พิจารณา liver biopsy หรือเปลี่ยนการรักษา ถ้า
ผู้ป่วยไม่ยินยอมให้ทำ liver biopsy และทำ liver
biopsy ซ้ำเมื่อได้รับยาเพิ่มขึ้นทุก 1 มก.
5. ต้องคุมกำเนิดชายและหญิงในระหว่าง
การรักษาและหลังหยุดยาแล้ว 3 เดือน

ผลข้างเคียง

- ผลข้างเคียงที่พบบ่อย
- ปวดศีรษะ ใช้ หนวต่น
 - คันตามผิวหนัง ลมพิษ ผมร่วง เป็นแผล
บริเวณผื่นสะเก็ดเงิน
 - มีแผลในปาก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน
 - ทำให้ตับแข็ง ซึ่งสัมพันธ์กับปริมาณยา
สะสม
 - กลไกกระดูกทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อ
เพิ่มมากขึ้น
 - ปัสสาวะเป็นเลือด กระเพาะปัสสาวะ
อักเสบ พบความผิดปกติทางไต (nephropathy)
 - การสร้างไขกระดูกผิดปกติ
 - ประจำเดือนผิดปกติ
 - ไวต่อการแพ้แสงแดด (reactivation of

sunburn response)

ข้อควรระวังเมื่อใช้ร่วมกับยาอื่น

ระดับของ methotrexate ในเลือดจะเพิ่มขึ้นถ้าให้ร่วมกับ alcohol, salicylates, cotrimoxazole, trimethoprim, probenecid, phenytoin, retinoids, pyrimethamine และ furosemide

Retinoids

กลไกการออกฤทธิ์

- ยับยั้งการแบ่งตัวของ เซลล์ผิวหนัง
- ทำให้ differentiation ของเซลล์ผิวหนังกลับสู่สภาวะปกติ
- มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันทั้ง CMI และ HMI
- ลดการอักเสบ

ข้อบ่งชี้ในการใช้

1. Pustular psoriasis
2. Extensive plaque type psoriasis ให้ใช้รักษา ร่วมกับการรักษาอื่น
3. Erythrodermic psoriasis ให้เป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษา

ข้อห้ามใช้

- ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์และให้นมบุตร
- ผู้ป่วยหญิงในวัยเจริญพันธุ์ (แต่อาจใช้ได้ถ้าการรักษาอื่น ๆ ไม่ได้ผล และผู้ป่วยยินดีที่จะคุมกำเนิดขณะรับประทานยาและ หลังจากหยุดยาแล้ว 3 ปี)
- ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง
- ผู้เป็นโรคตับ เช่น ตับแข็ง ไ่วรัสตับอักเสบ ผล liver function test ผิดปกติ

- มีความผิดปกติของไต
- ไม่ใช้ในผู้ป่วยที่ได้ยาเหล่านี้ อยู่ เช่น tetracycline (เพราะอาจทำให้เกิด intracranial hypertension) phenytoin (competition of plasma-protein binding)

วิธีใช้

ใช้ชนิดเดียว

- Acitretin ขนาด 0.5 - 1 มก./กก./วัน เมื่ออาการดีขึ้น ให้ลดขนาดลงเหลือ 0.25 - 0.5 มก./กก./วัน และให้ต่อเนื่องประมาณ 3 เดือน หลังจากนั้นควรพิจารณาที่จะหยุดยา

ใช้ร่วมกับการรักษาอื่น

- ถ้าใช้ร่วมกับ UVB หรือ PUVA ให้ใช้ยาในขนาด 0.25-0.5 มก./กก./วัน

การติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ

- ต้องให้เซ็นใบยินยอม (ทั้งผู้ป่วยหญิงและชาย)
- ทดสอบก่อนการรักษาตรวจ complete blood count, liver function test, cholesterol, Triglyceride, HDL
- Pregnancy test
- ระหว่างการรักษา ควรเจาะ liver function test และ ไขมันในเลือดทุก 1 - 3 เดือน
- ภาวะที่มี triglyceride สูงขึ้นสามารถแก้ไขได้โดยลดอาหารมันและอาหารจำพวกแป้ง มีผู้ป่วยน้อยรายที่จำเป็นต้องใช้ยาลดไขมันในเลือด
- ในรายที่ต้องใช้ยาเป็นระยะเวลาอันนานเป็นปี ควร X-ray ฉายภาพรังสีกระดูกสันหลังเพื่อดูว่าไม่มี

ภาวะ hyperostosis และ calcify ligament หลังจากนั้นถ้าต้องให้ยาต่อเนื่องให้ฉายรังสีซ้ำทุกปี

- ควรตรวจ bone density เพื่อประเมินความหนาแน่นของกระดูกผู้ป่วยในกรณีที่ต้องให้ยาติดต่อกันเป็นเวลานานหลายปี

ผลข้างเคียง

ผลข้างเคียงที่พบบ่อย

- Cheilitis (100%), เยื่อบุจมูกแห้ง, ตาแห้ง, ผมร่วง (20-50%), ผิวแห้ง (100%), ฝ่ามือฝ่าเท้าลอก, ผิวถลอกซ้ำ (bruising), ปลายนิ้วลอก, เล็บเปราะ(20%), กระจายน้ำ, เลือดกำเดาออก ผลข้างเคียงเหล่านี้ขึ้นกับปริมาณยา และอาการเหล่านี้จะหายไปเมื่อหยุดยา

- ตับอักเสบ

- ไขมันในเลือดสูงขึ้นในระหว่างรับประทานยาโดยเฉพาะไตรกลีเซอไรด์

- อาการปวดกล้ามเนื้อ

- ทำให้ทารกพิการผิดปกติได้สูง (teratogenicity) เนื่องจากยาสะสมในชั้นไขมันได้ จึงต้องควบคุมไม่ให้ตั้งครรภ์หลังหยุดยาอย่างน้อย 3 เดือน

ผลข้างเคียงในระยะยาว

พิษต่อกระดูก

- ในระยะยาว อาจทำให้พบหินปูนไปจับที่เอ็น เกิดภาวะกระดูกงอก (spur) และเกิด DISH syndrome (Diffuse Interstitial Skeletal Hyperostosis)

- มีการเสื่อมของกระดูก (degenerative spondylosis) เกิดภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis)
- ในเด็กเกิดการปิดของกระดูกก่อนกำหนด (premature epiphyseal plate closure)

Cyclosporin A (CyA)

กลไกการออกฤทธิ์

- ยับยั้งภูมิคุ้มกันของร่างกาย (immunosuppressive properties)

ข้อบ่งชี้

- ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ

ข้อห้ามใช้

- หญิงตั้งครรภ์, ให้นมบุตร
- ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของไต
- ผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูง
- ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง
- ผู้ป่วยที่เคยได้ยาหรือสารอื่นที่เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งผิวหนัง เช่น สารหนู
- ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง

วิธีใช้

ระยะแรก: ควรเริ่มด้วยขนาด 3-5 มก./กก./วัน ให้ครั้งเดียวหรือแบ่งเป็น 2 ครั้ง ถ้าไม่ดีขึ้นภายใน 1-3 เดือน สามารถจะเพิ่มขนาดได้แต่ไม่ควรเกิน 5 มก./กก./วัน

Maintenance ถ้าฟื้นดีขึ้นสามารถลดขนาดได้ถึง 0.5-1 มก./กก. แต่ส่วนมากอยู่ที่ขนาด 2.5-3

มก./กก./วัน ระยะเวลาการรักษาไม่ควรเกิน 2 ปี ถ้าใช้ Cy A 5 มก./กก./วัน เป็นเวลานาน 6 สัปดาห์ แล้ว ยัง ไม่ดีขึ้นให้พิจารณาการใช้ยาตัวอื่นร่วมด้วย ผลข้างเคียง

- มีผลต่อไต (nephrotoxicity) ทำให้ BUN, creatinine เพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้นพบได้ถึง 30% ขึ้นอยู่กับขนาดของยาและระยะเวลาในการใช้ยา
- เพิ่มการเกิดมะเร็งโดยเฉพาะที่ผิวหนัง (squamous cell carcinoma)
- การใช้ยาเป็นเวลานานทำให้มีโอกาสติดเชื้อ Human papilloma virus มากขึ้น
- ระบบทางเดินอาหารผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน
- ขนยาวผิดปกติ (hypertrichosis)
- เหงือกบวม (gingival hyperplasia)
- ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ

การติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ

- Complete blood count
- Uric acid
- Liver function test
- Blood electrolyte และ magnesium
- Urinalysis
- ดูระดับ BUN, creatinine และวัดความดันโลหิตก่อนการรักษา และทุก 2-3 สัปดาห์ระหว่างรักษาในช่วง 3 เดือนแรก หลังจากนั้นให้ตรวจวัดทุก 4-6 สัปดาห์ ถ้าระดับ creatinine สูงกว่า 30 % ของ baseline ให้ลดระดับของ cyclosporin A ลง

0.5 – 1 มก./กก./วัน ใน 1 เดือน ถ้าระดับของ creatinine ยังคงสูงกว่า baseline 10% ควรหยุดใช้ cyclosporin A

- ถ้าระดับความดันยังสูงกว่าปกติ ให้ใช้ยาที่มีฤทธิ์ calcium-entry blocking แต่ถ้าความดันไม่สามารถคุมได้ ควรหยุดใช้ Cy A

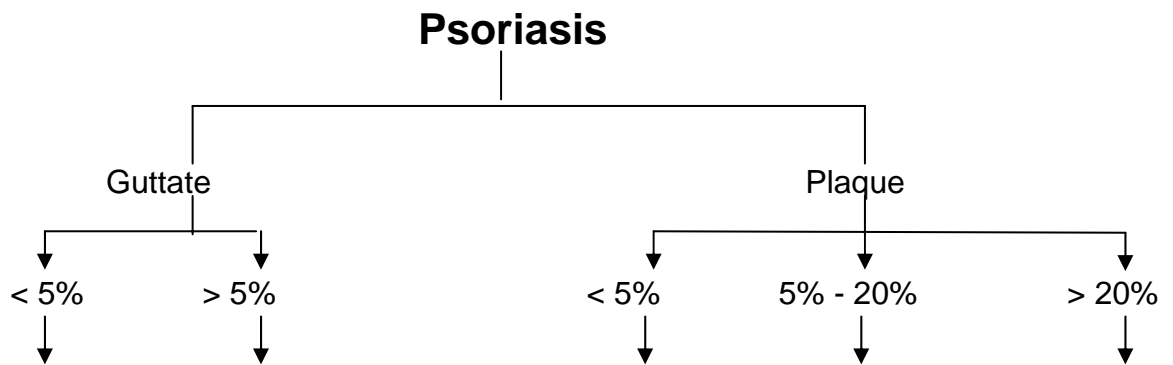
ข้อควรระวังเมื่อใช้ร่วมกับยาอื่น

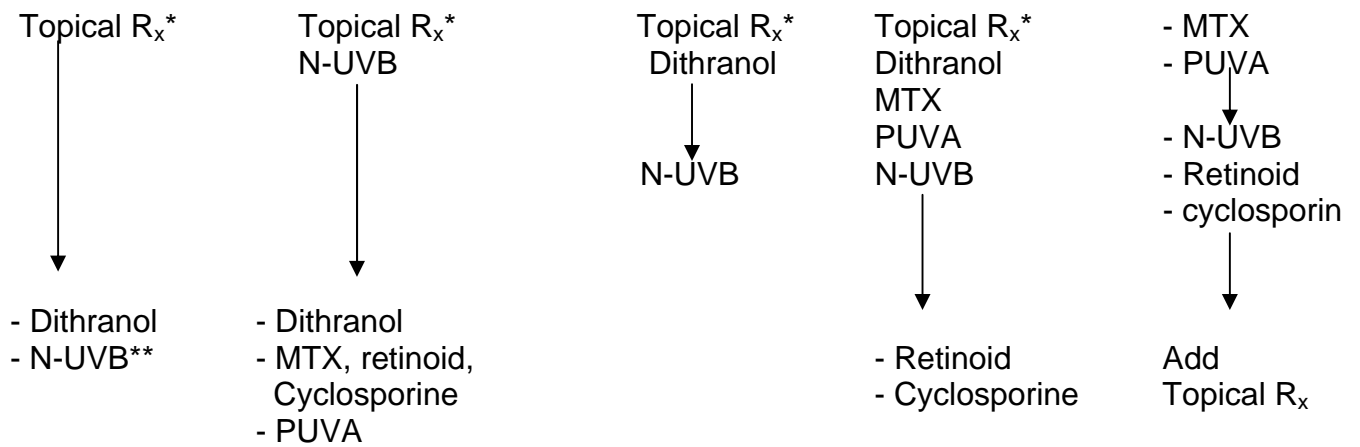
1. ยาที่มีพิษต่อไต เช่น aminoglycoside, amphotericin B, ciprofloxacin, trimethoprim
2. non-steroidal anti-inflammatory drugs, lovastatin และ colchicine
3. ยาที่ส่งผลให้ Cy A ในเลือดเพิ่มขึ้น เช่น ketoconazole, erythromycin, oral contraceptives, diltiazem, nifedipine, verapamil, doxycycline, methylprednisolone
4. ยาที่ทำให้ระดับ Cy A ในเลือดลดลง เช่น phenobarbitone, phenytoin, carbamazepine, rifampicin

References

1. Dodd WA. Tars: their role in the treatment of psoriasis. Dermatol Clin 1993; 11:131-5.
2. Cornell RC. Clinical trials of topical corticosteroids in psoriasis: correlations with the vasoconstrictor assay. Int J Dermatol 1992; 31:38-40.
3. Jones SK, Campbell WC, Mackie RM. Out-patient treatment of psoriasis: short contact

- and overnight dithranol therapy compared. Br J Dermatol 1985; 113: 331-7.
4. Kragballe K, Iversen L. Calcipotriol (MC903) a new topical antipsoriatic. Dermatol Clin 1993; 11: 137-40.
 5. Lebwohl MG, Breneman DL, Gofte BS, et al. Tazarotene 0.1% gel plus corticosteroid cream in the treatment of plaque psoriasis. J Am Acad Dermatol 1998;39: 590-6.
 6. Roenigk HJ, Auerbach R, Maibach H, et al. Methotrexate in psoriasis: consensus conference. J Am Acad Dermatol 1998; 38: 478-85.
 7. Gollnick H, Bauer R, Brindley C, et al. Acitretin versus etretinate in psoriasis. Clinical and pharmacokinetic result of German multi-center study. J Am Acad Dermatol 1988; 19: 458-69.
 8. Christophers E, Mrowietz U, Henneicke H-H, et al. Cyclosporine in psoriasis: a multi-center dose finding study in severe plaque psoriasis. J Am Acad Dermatol 1992; 26: 86-90.
 9. Gupta AK, Ellis CN, Siegel MT, et al. Sulfasalazine: a potential psoriasis therapy. J Am Acad Dermatol 1989; 20: 797-800.
 10. Boyd AS, Neldner KH. Hydroxyurea therapy. J Am Acad Dermatol 1991; 25: 518-24.
 11. Lowe NJ, Prystowsky JH, Armstrong RB. Acitretin plus UVB therapy for psoriasis. J Am Acad Dermatol 1991; 24: 591-4.
 12. Tanew A, Guggenbichler A, Honigsmann H, et al. Photochemotherapy for severe psoriasis without or in combination with acitretin : a randomized, double – blind comparison study. J Am Acad Dermatol 1991; 25: 682-4.
 13. Van Schooter FJ. Coal tar therapy. Is it carcinogenic. Drug Saf 1996; 15: 374-7.
 14. Peck GL, DiGiovanna JJ. The retinoids. In: Freedberg IM, Eisen AZ, eds. Fitzpatrick's dermatology in general medicine, vol II. 5th ed. New York: McGraw – Hill; 1999. p. 2810-9.
 15. Nousari HC, Anhalt GJ. Immunosuppressive and immunomodulatory drugs. In: Freedberg IM, Eisen AZ, eds. Fitzpatrick's dermatology in general medicine, vol. II. 5th ed. New York: McGraw – Hill; 1999. p. 2853-61.





* = Tar, Steroid, Vitamin D₃

** = Narrowband UVB

