

Urticaria/Angioedema

ความนำ

แนวทางการดูแลรักษาโรคลมพิษ/แองจิโออีดีมา เป็นความเห็นร่วมกันของกลุ่มผู้รู้ที่ปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลมพิษ/แองจิโออีดีมา แนวทางที่วางไว้นี้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย มิใช่กฎตายตัวที่ต้องปฏิบัติตามรักษาตามที่เขียนไว้ ทุกประการ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยแต่ละรายมีปัญหาที่แตกต่างกัน การวางแนวทางการรักษานี้เป็นการสร้างมาตรฐานและพัฒนาการดูแลรักษาโรคลมพิษ/ แองจิโออีดีมา เพื่อให้ประชาชนที่มาพบแพทย์ ได้รับความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลรักษาที่ดี

คณะผู้จัดทำขอสงวนสิทธิ์ในการนำไปใช้อ้างอิงทางกฎหมายโดยไม่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญในแต่ละกรณี

นิยาม

โรคลมพิษ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันหรือกระบวนการอักเสบที่ผิดปกติ ปกติ ต่อปัจจัยกระตุ้นทางเคมีชีวและกายภาพทำให้เกิดอาการผื่นลมพิษขึ้นชั่วคราวระยะหนึ่ง แต่บางครั้งไม่ทราบกลไกแน่นอน ผื่นลมพิษมีอาการแสดงของโรคลมพิษ ส่วนใหญ่เกิดที่ผิวหนัง อาการแสดงที่อวัยวะอื่นก็พบได้ เช่น อาการแน่นปวดท้องหรือท้องเดิน แน่นจมูก คอ หายใจไม่สะดวก หอบหืด บางรายอาจเกิดอาการเป็นลม

จากความดันโลหิตต่ำ

การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)

1. ลักษณะทางคลินิก

1.1 ลมพิษ (Urticaria)

ลักษณะทางคลินิกของลมพิษมีความจำเพาะ คือ เกิดทันทีทันใด คัน นูนบวมแดง ผื่นลมพิษแต่ละผื่นจะจางหายไปภายใน 24 ชม.(evanescence) ไม่เหลือรอยหลังผื่นยุบ ยกเว้นผื่นลมพิษ urticarial vasculitis

1.2 แองจิโออีดีมา (giant urticaria)

เป็นผื่นลมพิษที่มีขนาดใหญ่ อาการบวมมากแดงไม่ชัดเจนเพราะมีการขยายตัวของหลอดเลือดและของเหลวออกมาอยู่ภายนอกหลอดเลือดในชั้นไขมันใต้ผิวหนังมากกว่าในชั้นหนังแท้

1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(Laboratory criteria)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการอาจช่วยในการหาสาเหตุผื่นลมพิษ จะทำเมื่อมีข้อบ่งชี้จากประวัติและการตรวจร่างกาย ดังรายการต่อไปนี้

- CBC
- ESR
- Urinalysis
- Stool examination
- Chest x-ray
- Film sinus PA and lateral
- Cryoglobulin and cryofibrinogen

- ANA
- Liver function test, Hepatitis B, C profile
- Thyroid function test

ผื่นลมพิษทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรังส่วนใหญ่ เมื่อซักประวัติ ตรวจร่างกายโดยละเอียด และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการดังกล่าวแล้ว มักหาสาเหตุไม่พบ

การรักษา (Treatment)

1. การรักษาที่ต้นเหตุ (Specific treatment)

จำกัดสาเหตุ ถ้าหาสาเหตุพบและสามารถกำจัดได้ เช่น ผื่นลมพิษที่เกิดจากยา การหยุดยาดังกล่าวจะทำให้ผื่นยุบลงให้หลีกเลี่ยงหรือลดการสัมผัสปัจจัยต้นเหตุหรือปัจจัยกระตุ้นให้เกิดลมพิษ เช่น เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

2. รักษาตามอาการ (Symptomatic treatment)

2.1 การรักษามาตรฐาน (Standard treatment)

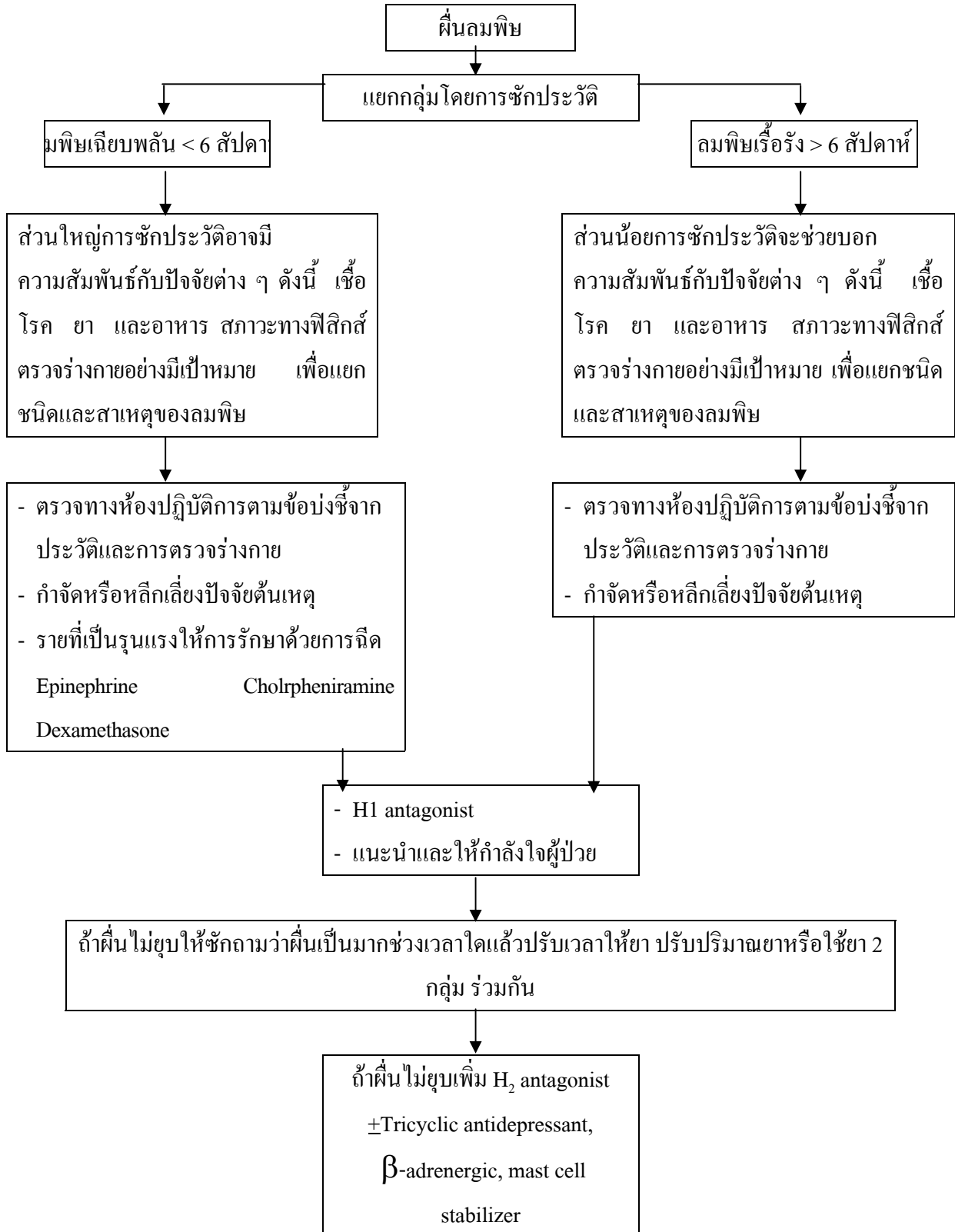
2.1.1 ยาต้านฮิสตามีน ยาต้านฮิสตามีนที่ใช้รักษาโรคลมพิษมี 2 กลุ่ม คือ ยาต้านฮิสตามีนชนิด H₁ และชนิด H₂

ยาต้านฮิสตามีนชนิด H₁ ใช้ระงับอาการ

ผื่นลมพิษได้ตีมี 3 รุ่น ดังนี้

ก. ยาต้านฮิสตามีนชนิด H₁ รุ่นที่ 1 (First generation) ในการรักษาผื่นลมพิษควรพิจารณาเลือกใช้ยาต้านฮิสตามีนชนิดนี้ก่อน เพราะได้ผลดีและประหยัด ผลข้างเคียงเรื่องซึม, ง่วงนอนและปากคอแห้งมีไม่มากนัก ยาต้านฮิสตามีนชนิดนี้มีหลายกลุ่มดังตารางที่ 1 ยาในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้ได้แก่ chlorpheniramine, bompheniramine, hydroxyzine เป็นต้น การเลือกใช้ยาต้านฮิสตามีนชนิด H₁ ชนิดใด ขึ้นกับประสบการณ์ของแพทย์แต่ละท่าน ควรให้รับประทานยาดังกล่าวทุกวันจึงจะได้ผลดี ไม่ใช่ให้เฉพาะเวลามีอาการ hydroxyzine เป็นยาต้านฮิสตามีนที่ใช้ได้ผลดีในลมพิษเรื้อรัง เมื่อใช้ยาต้านฮิสตามีนชนิด H₁ ขนาดหนึ่งไม่ได้ผลอาจลองเพิ่มขนาดของยาเปลี่ยนไปใช้ยาต้านฮิสตามีนชนิด H₁ กลุ่มอื่น ๆ หรือใช้ยา 2 กลุ่มร่วมกัน

ขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยลมพิษ



ถ้าผื่นไม่ยุบให้เพรดนิโซโลน 0.5-1
มก./วัน

ข. ยาด้านฮิสตามีนชนิด H_1 รุ่นที่ 2
เป็นยาที่มีฤทธิ์ยาวผลข้างเคียงเรื่องง่วงน้อยและ
ปากคอแห้งน้อยแต่ราคาสูง ควรเลือกใช้ยาด้าน
ฮิสตามีนกลุ่มที่ง่วงน้อยในผู้ป่วยที่ต้องทำงาน
คุมเครื่องจักร ขับรถยนต์ ขึ้นที่สูง และผู้สูงอายุ
ยาด้านฮิสตามีนชนิด H_1 รุ่นที่ 2 ได้แก่ loratadine,
cetirizine

ไม่ต้องผ่านการเมตาบอลิซึมที่ตับ ยากลุ่มนี้ได้แก่
fexofenadine

ค. ยาด้านฮิสตามีนชนิด H_1 รุ่นที่ 3
เป็นยาด้านฮิสตามีนที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อแก้ปัญหา
เรื่องการทำปฏิกิริยาระหว่างยา (drug interaction)
ของยาด้านฮิสตามีนชนิด H_1 รุ่นที่ 2 กับยากลุ่ม
macrolide และ imidazole โดยยากลุ่มนี้เมื่อ
รับประทานเข้าไปแล้วสามารถออกฤทธิ์ได้โดย

แสดงคุณสมบัติยาต้านฮิสตามีนชนิด H₁ รุ่นที่ 2 และ 3

ยาต้านฮิสตามีน ชนิด H ₁ รุ่น 2, 3	Onset (ชั่วโมง)	ช่วงครึ่งชีวิต (ชั่วโมง)	เมตาบอลิซึม ที่ตับ	ขนาดยา
Loratadine	1 - 2	8 – 14	+	10 มก. OD.
Cetirizine	0.58	9 – 13	-	10 มก. OD.
Fexofenadine	1.3	14.4	-	bid

2.1.2 การใช้ยา calamine lotion

เป็นแป้งน้ำอาจผสม menthol เพื่อให้เย็น ใช้ทาบริเวณที่เป็นผื่นลมพิษช่วยลดอาการคัน ทำให้ผู้ป่วยไม่แคะเกาจนเกิดผิวหนังอักเสบจากการเกา อาจใช้แป้งเย็นหรือผ้าเย็นประคบบริเวณผื่นลมพิษที่คันก็ได้

2.1.3 การให้คำอธิบายถึงสาเหตุ

กระบวน การเกิด การดำเนิน พยากรณ์ของโรค
ว่าส่วนใหญ่ไม่รุนแรง จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติไม่วิตกกังวล สอนให้ผู้ป่วยทำใจสงบ ควบคุมจิตใจไม่ให้เร้าร้อนจะช่วยให้อาการของลมพิษสงบลงเร็วขึ้น

2.2 การรักษาทางเลือก (Alternative treatment)

2.2.1 ยาต้านฮิสตามีนชนิด H₂ เช่น cimetidine, ranitidine ผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านฮิสตามีนชนิด H₁ รุ่นที่ 1, 2 และ 3 แล้วไม่ได้ผล อาจพิจารณาใช้ยาต้านฮิสตามีนชนิด H₂ ร่วมกับยาต้านฮิสตามีน H₁ ได้ ช่วยให้ควบคุมลมพิษได้ดีขึ้น แต่การใช้ยาต้านฮิสตามีนชนิด H₂ ชนิดเดียวในการรักษาโรคลมพิษจะไม่ได้ผล

2.2.2 Tricyclic antidepressants เป็นยาระงับอาการซึมเศร้าที่มีฤทธิ์ต้านฮิสตามีนไม่ให้

จับรีเซพเตอร์ทั้งชนิด H₁ และ H₂ ยากลุ่มนี้ที่มีการนำมาใช้รักษาโรคลมพิษ

2.2.2 การยับยั้งการสร้างและการหลั่ง mediators

ก. β -adrenergic agents ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งฮิสตามีน โดยการกระตุ้น β -receptor บนมาสต์เซลล์ ทำให้ระดับ c-AMP สูงขึ้นในเซลล์ยับยั้งการหลั่งฮิสตามีน ยากลุ่มนี้ได้แก่ terbutaline, epinephrine ยา epinephrine ยังมีฤทธิ์กระตุ้น β -receptor บนผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดหดตัวช่วยแก้ไขภาวะความดันเลือดต่ำได้ ควรเลือกใช้ในรายที่เป็นลมพิษร่วมกับ anaphylaxis

ข. Mast cell stabilizer ได้แก่ calcium channel blocker ออกฤทธิ์ยับยั้งการส่งแคลเซียมผ่านผนังมาสต์เซลล์ มีผลทำให้ mediators ออกสู่นอกเซลล์ลดลง การศึกษาทางคลินิกพบว่า ยานี้ช่วยเสริมฤทธิ์ยาต้านฮิสตามีน แต่การใช้ ยากลุ่มนี้อย่างเดียวในการรักษาลมพิษจะไม่ได้ผล

2.2.3 คอร์ติโคสเตียรอยด์ ผู้ป่วยโรคลมพิษเฉียบพลันที่รุนแรง มีอาการบวมของเยื่อหุ้มหลอดลมมากจนหายใจไม่ออกให้ฉีด Adrenaline

เข้าหลอดเลือด หรือเข้าใต้ผิวหนังตามด้วยให้ยาต้านฮิสตามีนร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์จะช่วยระงับอาการของโรคลมพิษได้เร็วขึ้น ยานี้ยังใช้ได้ดีใน urticarial vasculitis และ serum sickness ด้วย

สำหรับผื่นลมพิษเรื้อรังไม่ควรใช้คอร์ติโคสเตียรอยด์ เพราะผลข้างเคียงที่เกิดจากยาสูงกว่าผลดีที่จะได้ ยกเว้นกรณีที่ยาต้านฮิสตามีน ขนาดสูงร่วมกับยากุ่มอื่น ๆ แล้วไม่สามารถคุมอาการของผื่นลมพิษได้

References

1. Soter NA. Urticaria and angioedema, In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al, eds. Dermatology in general medicine. 5th edition. New York: M GrawHill 1998: 1409-19.
2. Black AK, Champion RH, Urticaria. In: Champion RH, Burton JL, Burn DA, Breathnach SM, eds. Textbook of dermatology 6th edition. Oxford: Blackwell science 1998; 2113-39.
3. Czarnetzki BM. Urticaria. Berlin Germany: Springer-Verlag 1986.
4. Sibbald RG, Cheema AS, Lozinski A, Taro S. Chronic urticaria. Evaluation of the role of physical. Immunologic, and other contributory factors, Int, J Dermatol 1991; 30: 381-6.
5. Quaranta JH, Rohr AS, Rachelefsky GH, et al: The natural history and response to therapy of chronic urticaria and angioedema, Ann Allergy 1989; 62: 424-4.
6. Puavilai S, Tatratorn C, Timpananpong P. Etiology of urticaria: A study of 500 patients. J Med Assoc Thai 1988; 71: 244-7.
7. Kennard CD, Ellis CN. Pharmacological therapy for urticaria. J Am Acad Dermatol 1991; 25: 176-89.
8. Ormerod AD. Urticaria, recognition, cause and treatment. Drug 1994; 48: 717-30.
9. Simons FER. Histamine and antihistamines. In: Kay AB, ed. Allergy and Allergic diseases. Malden. Blackwell Science 1977: 421-38.
10. Donnelly F, Rihoux JP, De Vos C. Sedative of antihistamines: safety, performance, learning, and quality of life. Clin Ther 1998; 20: 365-72.
11. Slater JW. Zechnich AD, Haxby SG. Second-generation A comparative review. Drug 1998; 57: 31-47.
12. Passalacqua G, Bousquet J, Bachert C, Church MK, Bindslev-Jensen C, Nagy L, et al. The clinical safety of H1-receptor antagonists. Allergy 1996; 51: 666-75.
13. Kaliner MA. Clinical use of (H₁) antihistamines in elderly patients. Clin Geriatrics 1997; 17:12-7.
14. Soter NA. Antihistamine. In: Freedberg IM, Eisen AZ Wolff K, ed al, eds. Dermatology in general medicine. 5th edition. New York: McGraw-Hill 1998; 2821-8.

15. Harvey RP, Wegs J, Schocket AL. A controlled trial of therapy in chronic urticaria. *J Allergy Clin Immunol* 1981; 68: 262-6.
16. Gupta Ma, Gupta AK, Ellis CN. Antidepressants drugs in dermatology: an update. *Arch Dermatol* 1987; 113: 647-52.
17. Green SL, Reed CE, Schroeter AL. Double-blind crossover study comparing doxepin with diphenhydramine for the treatment of chronic urticaria. *J Am Acad Dermatol* 1985; 12: 669-75.
18. Kennes B, De Maubeuge J, Delespesse G. Treatment of chronic urticaria with beta 2 adrenergic stimulant *Clin Allergy* 1977; 7: 35-9.
19. Spangler DL, Vanderpool GE, Carrol MS, Finkelman DG. Terbutaline in the treatment of chronic urticaria. *Ann Allergy* 1980; 45: 246-7.
20. Bressler RB, Sowell K, Huston BP. Therapy of chronic idiopathic urticaria with nifedipine: Demonstration of crossover trial, *J Allergy Clin Immunol* 1989; 83: 756-63.
21. Liu HN, Pan LN, Hwang SC, et al. Nifedipine for the treatment of chronic urticaria: A double-blinded crossover study. *J Dermatol Treatment* 1990; 1: 187-9.
16. Gupta Ma, Gupta AK, Ellis CN. Antidepressants drugs in dermatology: an update. *Arch Dermatol* 1987; 113: 647-52.
17. Green SL, Reed CE, Schroeter AL. Double-blind crossover study comparing doxepin with diphenhydramine for the treatment of chronic urticaria. *J Am Acad Dermatol* 1985; 12: 669-75.
18. Kennes B, De Maubeuge J, Delespesse G. Treatment of chronic urticaria with beta 2 adrenergic stimulant *Clin Allergy* 1977; 7: 35-9.
19. Spangler DL, Vanderpool GE, Carrol MS, Finkelman DG. Terbutaline in the treatment of chronic urticaria. *Ann Allergy* 1980; 45: 246-7.
20. Bressler RB, Sowell K, Huston BP. Therapy of chronic idiopathic urticaria with nifedipine: Demonstration of crossover trial, *J Allergy Clin Immunol* 1989; 83: 756-63.
21. Liu HN, Pan LN, Hwang SC, et al. Nifedipine for the treatment of chronic urticaria: A double-blinded crossover study. *J Dermatol Treatment* 1990; 1: 187-9.