

แนวทางการดูแลรักษา โรคผิวหนัง อักเสบภูมิแพ้

การดูแลรักษาโรคผิวหนังอักเสบภูมิแพ้ (Atopic Dermatitis: AD) ในปัจจุบัน เน้นการรักษาแบบองค์รวมเพื่อ
ควบคุมอาการของโรคในระยะเฉียบพลัน การป้องกันการกำเริบซ้ำ และการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
โดยสามารถจำแนกแนวทางการรักษาออกเป็น 4 ระดับตามความรุนแรงของโรค (Stepwise Approach) ดังนี้:

1 การดูแลรักษาขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยทุก ระดับความรุนแรง (Baseline Therapy)

- การฟื้นฟูและรักษาปราการผิวหนัง (Skin Barrier Repair)
การใช้ผลิตภัณฑ์เพิ่มความชุ่มชื้นผิวหนัง (Emollients/Moisturizers) เป็นมาตรฐานหลักใน
การรักษาเพื่อลดการสูญเสียน้ำจากผิว (Transepidermal Water Loss: TEWL) ควรทาอย่าง
สม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือทันทีหลังอาบน้ำภายใน 3-5 นาที
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น:
- หลีกเลี่ยงสารก่อการระคายเคือง (Irritants) เช่น สบู่ที่มีความเป็นด่างสูง น้ำหอม และ
สารเคมี
 - อาบน้ำอ่อน (หลีกเลี่ยงน้ำร้อนจัด) นานประมาณ 5-10 นาที
 - ใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดที่ปราศจากสบู่ (Soap-free cleansers)
ที่มีค่า pH ใกล้เคียงผิวหนัง (ประมาณ 5.5)
 - การควบคุมสารก่อภูมิแพ้ในสิ่งแวดล้อม (Environmental Allergens)
เช่น ไรฝุ่น ขนสัตว์ และเชื้อรา
ตามความเหมาะสมเฉพาะบุคคล

2 การรักษาเฉพาะที่ในระยะผื่นกำเริบเฉียบพลันและระยะ ควบคุมอาการ (Topical Anti-inflammatory Therapy)

- เมื่อผู้ป่วยมีผื่นอักเสบชัดเจน (ความรุนแรงระดับน้อยถึงปานกลาง)
จำเป็นต้องใช้ยาลดการอักเสบเฉพาะที่:
- Topical Corticosteroids (TCS): เป็น First-line therapy ในการรักษาการ
กำเริบของผื่น โดยเลือกความแรง (Potency) ให้เหมาะสมกับอายุของผู้
ป่วย ตำแหน่งรอยโรค และความรุนแรงของผื่น (เช่น ใช้ Low potency
บริเวณใบหน้าและข้อพับ และ Medium-High potency บริเวณลำตัวและ
แขนขา)
- Topical Calcineurin Inhibitors (TCI): ได้แก่ Tacrolimus และ
Pimecrolimus แนะนำให้ใช้ทางเลือกบริเวณผิวหนังที่บอบบาง เช่น
ใบหน้า เปลือกตา และบริเวณข้อพับ เพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงระยะยาว
จาก TCS (เช่น ผิวหนังงอก หรือ Telangiectasia)
- Topical JAK Inhibitors และ Phosphodiesterase-4 (PDE-4) Inhibitors: ยา
เฉพาะที่กลุ่มใหม่ (เช่น Ruxolitinib cream, Crisaborole) ได้รับการบรรจุ
ในแนวทางการรักษาล่าสุดสำหรับผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปที่มีอาการ
ผื่นระดับน้อยถึงปานกลาง เนื่องจากมีประสิทธิภาพสูงในการลดการ
อักเสบและอาการคันโดยไม่มีสเตียรอยด์เป็นส่วนประกอบ
- การรักษาเชิงรุกเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Proactive Therapy): กรณีมี
ผื่นกำเริบบ่อยครั้ง แนะนำให้ทา TCS ความแรงต่ำถึงปานกลาง หรือ
TCI เฉพาะบริเวณ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (เช่น วันเสาร์-อาทิตย์) แม้ในขณะ
ที่ผิวหนังดูปกติ เพื่อควบคุมการอักเสบในระดับต่ำ (Subclinical
inflammation)



บทความโดย
อาจารย์แพทย์หญิงสุจิตา หวังจิรินทร์
กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกัน
อาจารย์ประจำภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

แนวทางการดูแลรักษาโรคผิวหนังอักเสบภูมิแพ้

3 การรักษาด้วยการฉายแสงบำบัด (Phototherapy)

- แนะนำการให้เม็รอยโรคกระจายทั่วร่างกาย (Widespread AD) หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาทาเฉพาะที่ โดยวิธีที่เป็นมาตรฐานและมีความปลอดภัยสูงคือ Narrowband Ultraviolet B (NB-UVB)



4 การรักษาด้วยยาที่ส่งผลแบบทั่วร่างกายสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (Systemic Therapy)

- ใช้สำหรับความรุนแรงปานกลางถึงมาก (Moderate-to-Severe AD) ที่ไม่สามารถควบคุมได้ด้วยยาทาเฉพาะที่หรือการฉายแสงบำบัด:
- ยารักษาทางชีวภาพ (Biologics): เป็นกลุ่มยาที่มีความจำเพาะเจาะจงสูงและมีอาการไม่พึงประสงค์ต่ำกว่ายากดภูมิคุ้มกันแบบดั้งเดิม
 - Dupilumab: ยาต้าน Monoclonal antibody ที่ยับยั้ง Receptor ของ IL-4 และ IL-13 ซึ่งเป็นกลไกหลักของ Type 2 inflammation ใช้ได้ทั้งในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่
 - Tralokinumab: ยาต้าน Monoclonal antibody ที่จำเพาะต่อ IL-13 มีประสิทธิภาพในการรักษาในระยะยาวเช่นเดียวกับกัน
- ยากลุ่ม Small Molecules (Oral JAK Inhibitors): ยาชนิดรับประทาน ได้แก่ Abrocitinib, Upadacitinib และ Baricitinib ยับยั้งระบบ JAK-STAT pathway สามารถลดอาการคัน (Pruritus) และควบคุมผื่นอักเสบได้อย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียงด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (เช่น ฝี ฝีสุวัด)
- ยากลุ่มกดภูมิคุ้มกันชนิดรับประทานแบบดั้งเดิม (Traditional Systemic Immunosuppressants): เช่น Cyclosporine, Methotrexate, Azathioprine และ Mycophenolate mofetil อาจพิจารณาใช้ในกรณีที่มีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย แต่ต้องติดตามสัญญาณชีพและตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เช่น ฟังก์ชันตับและไต, ความเข้มข้นของเม็ดเลือด) อย่างเคร่งครัดเนื่องจากมีความเป็นพิษต่อระบบอวัยวะค่อนข้างสูง
- Systemic Corticosteroids: ไม่แนะนำให้ใช้ในระยะเวลาเนื่องจากผลข้างเคียงรุนแรงและมักเกิดการกำเริบของโรคอย่างรุนแรงหลังหยุดยา (Rebound flare) ควรใช้เฉพาะกรณีฉุกเฉินในระยะสั้นไม่เกิน 1-2 สัปดาห์เพื่อบรรเทาอาการชั่วคราว



เอกสารอ้างอิง (References - Vancouver Style)

1. Grayson MH, Joint Task Force on Practice Parameters (JTFFPP) of the AAAAI/ACAAI Atopic dermatitis (eczema) guidelines: 2023 American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/American College of Allergy, Asthma and Immunology Joint Task Force on Practice Parameters GRADE-and Institute of Medicine-based recommendations. Ann Allergy Asthma Immunol. 2023 Dec;131(6):e1-e60. .
2. Wollenberg A, Christen-Zach S, Taieb A, Paul C, Thyssen JP, de Bruin-Weller M, et al. European Guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: Living update. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2025 Sep;39(9):1537-1566.
3. สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลรักษาโรคผิวหนังอักเสบภูมิแพ้ในประเทศไทย พ.ศ. 2557 (Thai Clinical Practice Guideline for Management of Atopic Dermatitis 2014). กรุงเทพฯ: สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย; 2557.



บทความโดย

อาจารย์แพทย์หญิงสุลิตา หวังจิรินันต์

กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกัน

อาจารย์ประจำภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแคว้น