

แนวทางในการใช้ Topical Steroid

Clinical Practice Guideline for Topical Steroid Usage

แพทย์หญิงศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวณิช

แพทย์หญิงสุวิรากร โอภาสวงศ์

แพทย์หญิงกอบกุล อุณหโชค

แพทย์หญิงพุกกลิ่น ตรีสุโกศล

แพทย์หญิงเพ็ญพรรณ วัฒนไกร

แพทย์หญิงวัลัญญา บุญชัย

นิยาม

ยาทาคอร์ติโคสเตอรอยด์ (Corticosteroid) หมายถึงยาที่ใช้ทาผิวหนังและเยื่อเมือก โดยมีฤทธิ์ลดการอักเสบ กดปฏิกิริยาภูมิคุ้มกัน และยับยั้งการแบ่งเซลล์

เกณฑ์การพิจารณาใช้ยา

ให้ทำการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ตอบสนองต่อการใช้ยาทาคอร์ติโคสเตอรอยด์ (ตารางที่ 1) ก่อนทำการรักษา

ตารางที่ 1 การแบ่งโรคตามการตอบสนองต่อสเตียรอยด์¹⁻¹⁷

ตอบสนองดีมาก	ตอบสนองดีปานกลาง	ตอบสนองน้อย
Psoriasis(intertriginous)	Psoriasis	Palmoplantar psoriasis
Atopic dermatitis (children)	Atopic dermatitis (adults)	Psoriasis of nails
Seborrheic dermatitis	Nummular eczema	Dyshidrotic eczema
Intertrigo (non-infectious)	Allergic contact dermatitis	Lupus erythematosus
	Primary irritant dermatitis	Pemphigus
	Papular urticaria	Lichen planus
	Parapsoriasis	Granuloma annulare
	Lichen simplex chronicus	Necrobiosis lipoidica
		diabeticorum
		Sarcoidosis
		Insect bites

หลักการैया

เนื่องจากการออกฤทธิ์ของยาในกลุ่มนี้ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง ดังนั้นการเลือกैयाจึงต้องคำนึงถึงปัจจัย ดังต่อไปนี้

1. ตैया ดังนี้

1.1 รูปแบบของยา (Form): ยาทาคอร์ติโคสเตียรอยด์ โดยทั่วไปต้องผสมอยู่ในยาพื้นฐาน (Base) ทำให้เกิดเป็นรูปแบบของยา (form) ชนิดต่างๆ ดังนี้

1.1.1 **จี้ผึ้ง (ointment)**¹⁸: ใช้เคลือบผิวหนังทำให้ชุ่มชื้น เหมาะสำหรับผิวหนังที่แห้ง จะได้ผลดีในผื่นผิวหนังที่หนา แห้งแตก เนื่องจากคุณสมบัติของจี้ผึ้งจะเคลือบผิวหนังได้ดี จึงทำให้ยาถูกดูดซึมได้มากขึ้น แต่ผู้ใช้จะรู้สึกเหนียวเหนอะหนะ จี้ผึ้งมักไม่มีสารกันเสีย

1.1.2 **ครีม (cream)**: เป็นรูปแบบที่ใช้ได้กับผิวหนังทั่วไป เหมาะสำหรับผื่นผิวหนังอักเสบชนิดเฉียบพลัน และกึ่งเฉียบพลัน อาจใช้กับผิวหนังบริเวณที่อับชื้นและซอกพับ ครีมส่วนใหญ่มักมีสารกันบูดเป็นส่วนผสม ซึ่งอาจเป็นปัญหาในผู้ที่แพ้ได้

1.1.3 โลชั่น (lotion) สารละลาย (solution) เจล (gel) และ สเปรย์ (spray) : เหมาะที่จะใช้กับบริเวณที่มีขนและผม ขาประเภทนี้บางชนิดมีส่วนผสมของแอลกอฮอล์¹⁸ และ propylene glycol ซึ่งอาจทำให้เกิดการระคายเคือง หากใช้บริเวณผิวที่มีรอยแตกหรือแผล

1.2 ความแรงของยา (Potency)

ตารางที่ 2 การจำแนกยาทาคอร์ติโคสเตอรอยด์ตามความแรงเรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อยโดยวิธี Vasoconstriction assay^{1, 19}

	Generic name	Trade name
Super-potent	Clobetasol propionate 0.05%	Dermovate cream
(ความแรงสูงมาก)	Augmented betamethasone dipropionate 0.05%	Diprotop cream, ointment
Potent	Betamethasone dipropionate 0.05%	Diprosone ointment
(ความแรงสูง)	Desoximetasone 0.25%	Topicort, Esperson
Moderately	Betamethasone dipropionate 0.05%	Diprosone Cream
Potent	Triamcinolone acetonide 0.1%	TA cream 0.1%, Aristocort A 0.1%
(ความแรงปานกลาง)	*Mometasone furoate 0.1%	Elomet cream
	Betamethasone valerate 0.1%	Betnovate cream
	Fluocinolone acetonide 0.025%	Synalar cream
	*Prednicarbate 0.1%	Dermatop cream
	Triamcinolone acetonide 0.02%	TA cream 0.02%, Aristocort 0.02%
Mild	Hydrocortisone 1-2%	Hydrocortisone cream
(ความแรงต่ำ)	Prednisolone 0.5%	Prednisil cream

หมายเหตุ - ตารางนี้เป็นเพียงตัวอย่างของยาทาคอร์ติโคสเตอรอยด์ที่ใช้บ่อยในประเทศไทย โดยดัดแปลงจากตารางที่ 216-1 ในบท Topical glucocorticoids จากหนังสือ Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 7th edition

- ยาทาคอร์ติโคสเตอรอยด์ชนิดเดียวกัน แต่เมื่ออยู่ในรูปแบบที่แตกต่างกัน อาจให้ความแรงไม่เท่ากัน โดยทั่วไป ขี้ผึ้งแรงกว่าครีม ครีมแรงกว่าโลชั่น
- *ยาทาคอร์ติโคสเตอรอยด์ที่มีผลข้างเคียงต่ำ²⁰

2. ลักษณะของรอยโรค

- 2.1 ผื่นที่ไม่หนา หรือมีการอักเสบเฉียบพลัน ควรเลือกยาที่มีความแรงต่ำหรือปานกลาง
- 2.2 ผื่นที่หนาเป็นเรื้อรัง อาจจำเป็นต้องใช้ยาคอร์ติโคสเตอรอยด์ที่มีความแรงสูงถึงสูงมาก

3. ตำแหน่งของรอยโรค

3.1 ใบหน้า รอบดวงตา และบริเวณซอกพับ (รักแร้ ขาหนีบ ใต้ราวนม อวัยวะเพศ) ควรใช้ยาทาที่มีความแรงต่ำ หรือยาสเตอรอยด์ที่มีผลข้างเคียงต่ำ ถ้าจะใช้ยาที่มีความแรงสูงขึ้น ควรใช้ไม่เกิน 2 สัปดาห์ ยกเว้นผื่นที่เป็นเรื้อรัง หรือโรคบางอย่างที่จำเป็น

3.2 บริเวณที่ผิวหนังหนา เช่น ที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า มักจะต้องใช้ยาทาที่มีความแรงสูงหรือสูงมาก

4. **พื้นที่ของรอยโรค :** เนื่องจากยาทาคอร์ติโคสเตอรอยด์สามารถถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดได้ ดังนั้นหากมีรอยโรคเป็นบริเวณกว้าง ควรเลือกใช้ยาที่มีความแรงต่ำถึงปานกลาง

5. **อายุ** เด็กและผู้สูงอายุมีผิวหนังบาง จึงมีโอกาสเกิดฤทธิ์ข้างเคียงจากยาทาและการดูดซึมของยาเข้าสู่ร่างกาย จึงควรเลือกใช้ยาทาด้วยความระมัดระวัง

6. **ระยะเวลาในการทายา :** เนื่องจากยาทาคอร์ติโคสเตอรอยด์ อาจมีฤทธิ์ข้างเคียงได้ทั้งเฉพะที่และการดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย และการทายาต่อเนื่องเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดการตอบสนองต่อยาลดลง (Tachyphylaxis)²¹ ดังนั้น ถ้ารอยโรคหาย ควรหยุดยา แต่หากมีความจำเป็นต้องใช้ยาเป็นระยะเวลานาน ควรจะหยุดยาบ้างเป็นระยะๆ ดังนี้

- ยาทาที่มีความแรงสูงมาก ไม่ควรใช้ต่อเนื่องเกิน 3 สัปดาห์¹
- ยาทาที่มีความแรงปานกลางถึงสูง ไม่ควรใช้ต่อเนื่องเกิน 3 เดือน¹

7. **ความถี่ในการทายา** ขึ้นอยู่กับชนิดของยาคอร์ติโคสเตอรอยด์ที่เลือกใช้ แต่โดยทั่วไปควรทายาวันละ 2 ครั้ง การทายาบ่อยครั้งกว่านี้ มักจะไม่เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาแต่อาจเพิ่มผลข้างเคียง¹

การทายาคอร์ติโคสเตอรอยด์ชนิดความแรงสูงมากวันละ 1 ครั้งหรือ 2 ครั้งก็ให้ผลการรักษาเช่นเดียวกันและผลการรักษาไม่ต่างกันมากนักสำหรับการทายาคอร์ติโคสเตอรอยด์ที่มีความแรงสูงถึงปานกลาง¹

8. ปริมาณยาที่ทา

- ยาทา 1 กรัม จะทาผิวหนังได้เป็นพื้นที่ประมาณ 100 ตารางเซนติเมตร (ในผู้ใหญ่จะใช้ยาประมาณ 30 กรัม ถ้าทาทั้งตัว)
- ยาทาที่มีความแรงสูงหรือสูงมาก ไม่ควรใช้เกินสัปดาห์ละ 45 กรัม¹
- ยาทาที่มีความแรงต่ำหรือปานกลาง ไม่ควรใช้เกินสัปดาห์ละ 100 กรัม¹

9. ข้อควรระวัง

9.1 การใช้ยาทาในบริเวณผิวหนังอ่อนในเด็ก ควรระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากจะเพิ่มการดูดซึมของยา จึงควรใช้ยาที่มีฤทธิ์อ่อน²²

9.2 การใช้ยาทาในหญิงที่ให้นมบุตร ไม่ควรทายาบริเวณหัวนมและเต้านมก่อนให้นม

9.3 สามารถใช้ยาทาสเตอรอยด์ในหญิงตั้งครรภ์ได้ เมื่อมีข้อบ่งชี้

ผลข้างเคียง

1. ผลข้างเคียงเฉพาะที่ (local side effect)

1.1 Atrophic changes ได้แก่ ผิวหนังบางลง, แตกสาย (striae), หลอดเลือดขยาย (telangiectasia), จำเลือด (purpura), ฯลฯ

- 1.2 สีผิวบริเวณที่ทาจางลง(hypopigmentation)
- 1.3 มีขนขึ้นบริเวณที่ทายา (hypertrichosis)
- 1.4 สิว, rosacea, perioral dermatitis
- 1.5 การติดเชื้อ : ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการกำเริบของรอยโรคผิวหนังติดเชื้อต่างๆ เช่น โรคกลาก
- 1.6 ผื่นแพ้สัมผัส^{23,24} อาจเกิดจากตัวยาคอร์ติโคสเตอรอยด์เอง หรือส่วนประกอบอื่นในตัวยา เช่น สารกันบูด

2.ผลข้างเคียงตามระบบ (systemic side effect)

พบเมื่อใช้ยาทาเป็นเวลานาน เป็นบริเวณกว้างหรือใช้ยาที่มีความแรงสูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็ก²² ได้แก่

- 2.1 ผลข้างเคียงทางตา เช่น ต้อกระจก ต้อหิน
- 2.2 การรบกวนการทำงานของต่อมหมวกไต (hypothalamic pituitary adrenal axis, HPA-axis)
- 2.3 Iatrogenic Cushing's syndrome
- 2.4 การเจริญเติบโตช้าในเด็ก

เอกสารอ้างอิง

1. Valencia IC, Kerdel FA. Topical glucocorticoids. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz, SI. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th ed. New York: McGraw-Hill, 2008;2102-6.
2. Nast A, Kopp IB, Augustin M, Banditt KB, Boehncke WH, Follmann M, et al. Evidence-based (S3) guidelines for the treatment of psoriasis vulgaris. J Dtsch Dermatol Ges. 2007; Suppl 3:1-119
3. Green C, Colquitt JL, Kirby J, Davidson P. Topical corticosteroid for atopic eczema: clinical and cost effectiveness of once daily vs. more frequent use. BJD 2005;152:130-141.
4. Freeman H, Howard A, Foley P, Rosen R, Wood G, See JA et al. Efficacy, cutaneous tolerance and cosmetic acceptability of desonide 0.05% lotion (Desowen) versus vehicle in the short-term treatment of facial atopic or seborrhoeic dermatitis. Aust J Dermatol 2002;43(3):186-9.
5. Yawalka SJ, Macarol V, Montanari C. An overview of international clinical trials with halometasone ointment in chronic eczematous dermatoses. J Int Med Res. 1983;11 Suppl 1:13-20.

6. Saary J, Qureshi R, Palda V, DeKolven J, Pratt M, Skotnicki-Grant S et al. A systematic review of contact dermatitis treatment and prevention. *J Am Acad Dermatol* 2005;53(5):845
7. Howard R, Frieden IJ. Papular urticaria in children *Ped Dermatol* 1996;13(3):246-9.
8. Khachemoune A, Blyumin ML. Pityriasis lichenoides: pathophysiology, classification, and treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2007;8(1):29-36
9. Möller H, Svartholm H, Dahl G. Intermittent maintenance therapy in chronic hand eczema with clobetasol propionate and flupredniden acetate. *Curr Med Res Opin* 1983;8(9):640-4 .
10. Veien NK, Olholm Larsen P, Thestrup-Pedersen K, Schou G Long-term, intermittent treatment of chronic hand eczema with mometasone furoate. *Br J Dermatol* 1999;140(5):882-6
11. Callen JP. Management of skin diseases in lupus. *Bull Rheum Dia* 1997;46(2):4-7.
12. Rothe MJ, Kerdel FA. Treatment of cutaneous lupus erythematosus. *Lupus* 1992;1(6):351-6.
13. Harman KE, Albert S, Black MM. Guidelines of the management of pemphigus. *Br J Dermatol* 2003;149(5):926-37.
14. Theng CT, Tan SH, Goh CL, Suresh S, Wong HB, Machin D et al. A randomized controlled trial to compare calcipotriol with betamethasone valerate for the treatment of cutaneous lichen planus. *J Dermatolog Treat* 2004;15(3):141-5.
15. Cyr PR. Diagnosis and management of granuloma annulare. *Am Fam Physician* 2006;74(10):1729-34.
16. Newman BA, Feldman FF. Effects of topical cortisone on chronic discoid lupus erythematosus and necrobiosis lipoidica diabetorum. *J Invest Dermatol* 1951;17(1):3-6.
17. Newman LS, Rose CS, Maier LA. Sarcoidosis. *N Engl J Med* 1997;336:1224-34.
18. Berth-Jones J. Topical therapy. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. eds. *Rook's Textbook of Dermatology*. Oxford: Blackwell Science, 2004;75.1-75.52.
19. Stoughton RB. The vasoconstrictor assay in bioequivalence testing: practical concerns and recent developments. *Int J Dermatol* 1992;31:26-8.
20. Schoepe S, Schacke H, May E, Asadullah K. Glucocorticoid therapy-induced skin atrophy. *Exp Dermatol* 2006;15:406-20.
21. Singh G, Singh PK. Tachyphylaxis to topical steroid measured by histamine-induced wheal suppression. *Int J Dermatol* 1986;25:324-6.
22. Hepburn D, Yohn JJ, Weston WL. Topical steroid treatment in infants, children and adolescents. *Adv Dermatol* 1994; 9: 225-54.
23. Guin JD. Contact sensitivity to topical corticosteroids. *J Am Acad Dermatol* 1984; 10: 773-82.

24. Lepoittevin JP, Drieghe J, Dooms-Goossens A. Studies in patients with corticosteroid contact allergy: understanding cross-reactivity among different steroids. *Arch Dermatol* 1995;131:31-7.