



การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 5
วันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2566

การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างครีมสารสกัดจากดอกดาวเรืองฝรั่งความเข้มข้นร้อยละ 10
และครีมเบสในการรักษาโรคสะเก็ดเงินชนิดผื่นหนาระดับรุนแรงน้อย
A Comparative Study of 10% *Calendula Officinalis* Extract Cream
and Cream Base for the Treatment of Mild Plaque Type Psoriasis

เอกสิษฐ์ ภูพิชฎาณัฐ¹, สิรินทิพย์ ชัยชโลทรกุล², ทวี สายวิชัย³

¹หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาตจวิทยา สำนักวิชาเวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
²สำนักวิชาเวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
³คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังอักเสบเรื้อรังที่ส่งผลต่อทั้งระบบผิวหนัง ร่างกาย และสภาพจิตใจและสังคมของผู้ป่วย การรักษาที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการใดที่ช่วยรักษาโรคสะเก็ดเงินให้หายขาดได้ วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการรักษาสะเก็ดเงินชนิดผื่นหนาระดับรุนแรงน้อยเปรียบเทียบระหว่างครีมสารสกัดจากดอกดาวเรืองฝรั่งความเข้มข้นร้อยละ 10 และครีมเบสโดยประเมินผล การเปลี่ยนแปลงของรอยโรคสะเก็ดเงินด้วย Modified Psoriasis Area and Severity Index (mPASI) ในอาสาสมัคร 13 ราย โดยแต่ละรายจะได้รับการรักษาด้วยครีมที่ต่างกัน 2 ชนิดทุกวันละ 2 ครั้ง บริเวณรอยโรคที่เกิดในอวัยวะเดียวกันทั้งสองฝั่งของร่างกาย แต่ละรอยโรคจะได้รับการสุ่ม ติดตามผลการรักษาในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ประเมินประสิทธิผลการรักษาจาก mPASI, ผลข้างเคียง, Dermatology Life Quality Index (DLQI) และความพึงพอใจ ผลการศึกษาพบว่าร้อยละค่าเฉลี่ย mPASI ที่เปลี่ยนแปลงหลังการรักษาด้วยครีมสารสกัดจากดอกดาวเรืองฝรั่งความเข้มข้นร้อยละ 10 mPASI ลดลงเท่ากับ 43.38 ± 8.18 มากกว่าครีมเบสซึ่งลดลงเท่ากับ 32.25 ± 9.6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) พบอาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรงทั้งสองกลุ่มจำนวน 3 ราย เกิดอาการคันและอาการหายใจได้เองหลังหยุดทายา คะแนนระดับการรับรู้คุณภาพชีวิตก่อนรักษาและหลังการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ความพึงพอใจต่อการใช้ครีมทั้งสองชนิดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุป ครีมสารสกัดจากดอกดาวเรืองฝรั่งความเข้มข้นร้อยละ 10 มีประสิทธิผล สามารถนำมาใช้เป็นเป็นยาทาภายนอกสำหรับรักษาโรคสะเก็ดเงินชนิดผื่นหนาระดับรุนแรงน้อยได้โดยไม่ทำให้อาการของโรคแย่ลง

คำสำคัญ: โรคสะเก็ดเงิน, ครีมสารสกัดจากดอกดาวเรืองฝรั่ง, Modified Psoriasis Area and Severity Index (mPASI), Dermatology Life Quality Index (DLQI)



Abstract

Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease that affects the skin, body, and the patient's psychological and social conditions. There are currently no available treatments that can cure psoriasis. The objective of this research is to study the efficacy of the treatment of mild plaque type psoriasis between a 10% *Calendula officinalis* extract cream and a cream base by evaluating the changes in psoriatic lesions using Modified Psoriasis Area and Severity Index (mPASI) in 13 volunteers, each of whom was treated with two different creams applied twice daily to lesions in the same organ on both sides of the body. Each lesion was randomized. Treatment was followed up at 4 and 8 weeks. Treatment efficacy was evaluated by mPASI, side effects, Dermatology Life Quality Index (DLQI), and satisfaction. The results showed that the average percentage of mean mPASI changed after treatment with 10% *Calendula officinalis* extract cream was reduce by 43.38 ± 8.18 than the cream base which decrease by 32.25 ± 9.60 significantly different ($p = 0.002$). Both groups of 3 patients had itching and symptoms resolved on their own after discontinuation of the drug. Quality of life disturbance score. There was a significant difference between before treatment and after treatment ($p < 0.001$). A 10% *Calendula officinalis* extract cream is effective as a topical treatment for mild plaque type psoriasis without worsening symptoms.

Keywords: Psoriasis, Marigold extract cream, Modified Psoriasis Area and Severity Index (mPASI), Dermatology Life Quality Index (DLQI)

บทนำ

โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis) เป็นโรคผิวหนังอักเสบชนิดเรื้อรัง สาเหตุของโรคยังไม่ทราบแน่ชัดแต่จากหลักฐานในปัจจุบันทราบว่าเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันทั้งจากพันธุกรรมและปัจจัยกระตุ้นจากภายนอก ทำให้เซลล์ผิวหนังกำพวดำแบ่งตัวเร็วกว่าปกติเห็นโรคเห็นเป็นผื่นแดง นูน มีขุยหนาสีเงินปกคลุม⁽¹⁾ อาการแสดงของโรคสะเก็ดเงินนอกจากจะมีอาการทางผิวหนังแล้ว ยังมีอาการแสดงของระบบอวัยวะอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิต และจากลักษณะรอยโรคทางผิวหนังซึ่งส่งผลต่อการยอมรับของคนในสังคมเพราะคนทั่วไปมักเข้าใจว่าเป็นโรคติดต่อร้ายแรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลต่อภาพลักษณ์ส่งผลให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า นอนไม่หลับและมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายได้มากกว่าคนปกติ^(2,3,4)

การรักษาด้วยวิธีที่ใช้ในปัจจุบันจะแบ่งตามระดับความรุนแรงของโรค หากจัดอยู่ในระดับรุนแรงน้อยอาจเริ่มต้นการรักษาโดยใช้ยาทาหรือการฉายแสงอาทิตย์เทียม หากมีอาการระดับปานกลางถึงรุนแรงมากอาจต้องเริ่มต้นการรักษาด้วยยาในรูปแบบรับประทาน การฉายแสงอาทิตย์เทียม หรือการใช้ยาชีววัตถุ แต่ก็ยังมีข้อจำกัดและผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยเช่นกัน การรักษาที่ใช้ยังไม่มียาใดที่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้



ดาวเรืองฝรั่ง (*Calendula officinalis*) เป็นพืชที่มีสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพหลายชนิด ได้แก่ Terpenoids, Terpenes, Carotenoids, Flavonoids และน้ำมันหอมระเหย ถูกนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์และผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน มีข้อมูลด้านความปลอดภัยสูง มีความเป็นพิษต่ำ มีคุณสมบัติช่วยต้านการอักเสบโดยช่วยยับยั้งการทำงานของ T cell และ Cytokine ต้านอนุมูลอิสระ เพิ่มความชุ่มชื้นให้ผิว และยังมีฤทธิ์ด้านเชื้อจุลินทรีย์ จึงสามารถนำมาใช้รักษาโรคผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง และผื่นแพ้จากการสัมผัสได้^(5,6) ผู้วิจัยจึงเกิดความสนใจที่จะทำการศึกษาด้านการอักเสบเปรียบเทียบระหว่างครีมสารสกัดจากดอกดาวเรืองฝรั่งความเข้มข้นร้อยละ 10 และครีมเบสในการรักษาโรคสะเก็ดเงินชนิดผื่นนูนหนา ระดับรุนแรงน้อยเพื่อหาทางเลือกใหม่ในการรักษาโรคสะเก็ดเงินให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการรักษาสะเก็ดเงินชนิดผื่นนูนหนา ระดับรุนแรงน้อยเปรียบเทียบระหว่างครีมสารสกัดจากดอกดาวเรืองฝรั่งความเข้มข้นร้อยละ 10 และครีมเบสโดยประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของรอยโรคสะเก็ดเงินด้วย Modified Psoriasis Area and Severity Index (mPASI)
2. เพื่อศึกษาผลข้างเคียงของครีมสารสกัดจากดอกดาวเรืองฝรั่งเข้มข้นร้อยละ 10
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนระดับการรบกวนคุณภาพชีวิต ก่อนรักษาและหลังการรักษาด้วยครีมสารสกัดจากดอกดาวเรืองฝรั่งเข้มข้นร้อยละ 10 เมื่อครบแปดสัปดาห์ โดยประเมินจาก Dermatology Life Quality Index (DLQI)
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้ครีมสารสกัดจากดอกดาวเรืองฝรั่งเข้มข้นร้อยละ 10

ขอบเขตการวิจัย

ทำการศึกษาในกลุ่มประชากร คือ อาสาสมัครเพศชายหรือเพศหญิงอายุระหว่าง 20-60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสะเก็ดเงินชนิดผื่นนูนหนา ระดับความรุนแรงน้อย ($\leq 10\%$ BSA, PASI ≤ 10) ที่มารักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง กรุงเทพมหานคร จำนวน 13 ราย

ครีมสารสกัดจากดอกดาวเรืองฝรั่งความเข้มข้นร้อยละ 10 Calendula ECO[®] จากบริษัท Provital, Spain เลขที่จดแจ้งผลิตเพื่อขายเครื่องสำอางคณะกรรมการอาหารและยา: 12-1-6400042570 ผลิตโดยบริษัท คอร์สมดติก แล็บ จำกัดคุณสมบัติลักษณะเนื้อ : ครีมสี: ขาว-น้ำตาลอ่อน ไม่มีกลิ่นค่า pH 5.60 บรรจุภัณฑ์ในหลอดพลาสติกสีขาวทึบ ขนาดบรรจุ 15 กรัม จำนวน 120 หลอด

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ดำเนินการภายหลังจากที่ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง (หนังสือรับรองเลขที่ COA: 068/2022) โดยเป็นการวิจัยเชิงทดลองทางคลินิกในอาสาสมัครคนเดียวกันที่ได้รับการรักษาทั้งสองรูปแบบแบ่งข้างการรักษาโดยให้การรักษาแบบสุ่มและปกปิดข้อมูลทั้งสองฝ่าย (Within body, Randomized, Double-blind Clinical Trial)

ผู้วิจัยจะทำการเลือกอาสาสมัครที่มีผื่นสะเก็ดเงินอย่างน้อย 2 รอยโรคที่เกิดในอวัยวะเดียวกันทั้ง 2 ฝ่ายของร่างกายเป็นการแบ่งร่างกายตามแนวระนาบในแนวตั้ง (Sagittal plane) ที่แบ่งร่างกายแบบสมมาตรเป็น



ฝั่งซีกซ้ายและขวา (ยกเว้นใบหน้า ศีรษะ และอวัยวะเพศ) มีพื้นที่อย่างน้อย 4 ตารางเซนติเมตร จากนั้นแพทย์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเลือกรอยโรคสะเก็ดเงินขึ้นมา 2 รอยโรค ด้วยวิธี simple randomization ตั้งชื่อรอยโรคเรียงตามแนวของร่างกายเป็นรอยโรค 1 และรอยโรค 2 แล้วใช้วิธีการสุ่มตัวเลขของครีมสองอันดับด้วยวิธี simple randomization ออกมาเป็นครีม A และครีม B โดยกำหนดให้ 1 = เป็นรอยโรคที่ได้รับการรักษาด้วยครีมสารสกัดจากดอกดาวเรืองฝรั่งความเข้มข้นร้อยละ 10 (แทนด้วยครีม A) 2 = เป็นรอยโรคที่ได้รับการรักษาด้วยครีมเบส (แทนด้วยครีม B) จับคู่ระหว่างรอยโรค 1 และ 2 เข้ากับลำดับของครีม A และครีม B ให้อาสาสมัครทาครีมแต่ละชนิด ช่วงเช้าและก่อนนอนเฉพาะบริเวณผื่น ทาทุกวันต่อเนื่องเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ทำการติดตามผลรักษาโดยการถ่ายภาพด้วยกล้องดิจิทัลที่มีความคมชัดสูงและเครื่องวัดความชื้นของผิวหนัง (Mexameter®MX 18) เป็นจำนวนข้างละ 3 ครั้ง แล้วนำมาหาเป็นค่าเฉลี่ย mPASI ในส่วนของรอยแดง ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของรอยโรคสะเก็ดเงินด้วย mPASI โดยแพทย์ผู้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยที่ 3 ท่าน หากคะแนนไม่ตรงกันจะนำมาหาเป็นค่าเฉลี่ย ที่ baseline, 4 และ 8 สัปดาห์ ประเมินอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่ 4 และ 8 สัปดาห์ ประเมินคะแนน DLQI เปรียบเทียบก่อนรักษาและหลังการรักษาครบ 8 สัปดาห์ และประเมินความพึงพอใจในการรักษาโดยอาสาสมัครในสัปดาห์ที่ 8

การวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลสถิติเชิงพรรณนา รายงานข้อมูลในรูปแบบความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบร้อยละค่าเฉลี่ยของคะแนน mPASI ที่เปลี่ยนไปสัปดาห์ที่ 0, 4 และ 8 โดยใช้ Wilcoxon signed rank test เปรียบเทียบภายในกลุ่มที่รักษาด้วยวิธีเดียวกัน ใช้สถิติ Mann-Whitney U-test ระหว่างกลุ่มการรักษา เปรียบเทียบอาการข้างเคียงที่พบได้จากการรักษาสัปดาห์ที่ 4 และ 8 โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test และเปรียบเทียบค่าความพึงพอใจต่อการรักษา โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

มีอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น จำนวนทั้งสิ้น 15 ราย แต่มีอาสาสมัครที่ออกจากงานวิจัย 2 ราย เนื่องจากช่วงเข้าร่วมการวิจัยอาสาสมัครรายแรกติดเชื้อโควิด-19 ทำให้มีรอยโรคทั่วตัวเพิ่มมากขึ้น ส่วนอาสาสมัครรายที่ 2 ระหว่างเข้าร่วมการวิจัยอาการของโรคเปลี่ยนระดับความรุนแรงจากน้อยเป็นรุนแรงมาก จึงเหลือกลุ่มอาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 13 ราย เป็นอาสาสมัครเพศชาย 7 ราย เพศหญิง 6 ราย อายุเฉลี่ยของอาสาสมัครอยู่ที่ 37.46 ± 2.97 ปี โดยอายุน้อยที่สุดของอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ คือ 24 ปีและมากที่สุดที่ 54 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มเป็นโรคสะเก็ดเงินคือ 34.5 ± 17.68 ปี ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เป็นโรคสะเก็ดเงินอยู่ที่ 9.61 ± 1.67 ปี อาสาสมัครส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอิสระ 5 ราย รองลงมาคือ พนักงานบริษัท 4 ราย ปัจจัยที่กระตุ้นทำให้โรคสะเก็ดเงินกำเริบ พบว่า เกิดจากการพักผ่อนน้อยเป็นปัจจัยที่พบมากที่สุดในการกระตุ้นการกำเริบของโรค 7 ราย รองลงมาคือ ความเครียด 5 ราย และเกิดจากภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลงไป อาหารและการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ประวัติการเข้ารับการรักษาที่ผ่านมาของอาสาสมัครส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาครีมทา 10 ราย การใช้ยาครีมทาพร้อมกับการฉายแสง 1 ราย การใช้ยาครีมทาพร้อมกับการใช้ยากิน 1 ราย และการใช้สมุนไพร 1 ราย อาสาสมัครส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการแพ้ยา 11 ราย และไม่มีโรคประจำตัว โดยพบอาสาสมัคร 1 รายเป็นโรคความดันโลหิตสูง และในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีอาสาสมัคร 8 รายที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสะเก็ดเงิน



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบร้อยละค่าเฉลี่ย Modified Psoriasis Area and Severity Index (mPASI)

Time of Measurement	Treatment		P-value between group
	10% Calendula cream	Cream base	
Percent Change			
Week 4 VS Baseline	24.53 ± 7.98	18.37 ± 9.79	0.026*
Week 4 VS Week 8	24.81 ± 8.89	17.01 ± 7.46	0.007*
Week 8 VS Baseline	43.38 ± 8.18	32.25 ± 9.60	0.002*
P-value within group			
Week 4 VS Baseline	0.001*	0.001*	
Week 4 VS Week 8	0.001*	0.001*	
Week 4 VS Week 8	0.001*	0.001*	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 ใช้สถิติ Mann-Whitney U Test เปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างกลุ่มและใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test เปรียบเทียบผลการรักษาภายในกลุ่มเดียวกัน

ผลการศึกษาร้อยละค่าเฉลี่ยที่ลดลงหลังการรักษาระหว่างกลุ่มการรักษาด้วยครีมสารสกัดจากดอกดาวเรืองฝรั่งความเข้มข้นร้อยละ 10 และครีมเบสในสัปดาห์ที่ 4 เทียบกับก่อนให้การรักษาเท่ากับ 24.53 ± 7.98 และ 18.37 ± 9.79 ในสัปดาห์ที่ 4 เมื่อเทียบกับสัปดาห์ที่ 8 เท่ากับ 24.81 ± 8.89 และ 17.01 ± 7.46 ส่วนในสัปดาห์ที่ 8 เมื่อเทียบกับก่อนให้การรักษาเท่ากับ 43.38 ± 8.18 และ 32.25 ± 9.60 ตามลำดับ พบว่าผลการรักษาในกลุ่มในสัปดาห์ที่ 4 เทียบกับก่อนให้การรักษา การรักษาในสัปดาห์ที่ 4 เทียบกับสัปดาห์ที่ 8 และในสัปดาห์ที่ 8 เทียบกับก่อนให้การรักษา มีผลการรักษาที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.026, 0.007 และ 0.002 ตามลำดับ ($p < 0.05$)

การติดตามผลการรักษาภายในกลุ่มที่รักษาด้วยครีมสารสกัดจากดอกดาวเรืองฝรั่งความเข้มข้นร้อยละ 10 และครีมเบสในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 หลังการรักษาพบว่า ร้อยละคะแนน mPASI เฉลี่ยก่อนและหลังการรักษาภายในกลุ่มเดียวกัน การรักษาด้วยการใช้ครีมสารสกัดจากดอกดาวเรืองฝรั่งความเข้มข้นร้อยละ 10 ลดลงมากกว่าคือลดลงร้อยละ 43.38 ± 8.18 ส่วนกลุ่มผื่นที่ได้รับการรักษาด้วยครีมเบสลดลงร้อยละ 32.25 ± 9.60 จะเห็นได้ว่าร้อยละค่าเฉลี่ยคะแนน mPASI ที่เปลี่ยนแปลงไปในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ครีมสารสกัดจากดอกดาวเรืองฝรั่งความเข้มข้นร้อยละ 10 มีความแตกต่างกับกลุ่มผื่นที่ได้รับการรักษาด้วยครีมเบสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ($p = 0.001$)

การศึกษาเปรียบเทียบจำนวนผื่นที่มีการผลการรักษาดีขึ้นร้อยละ 50 และตั้งแต่ร้อยละ 75 ขึ้นไป กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ครีมสารสกัดจากดอกดาวเรืองฝรั่งความเข้มข้นร้อยละ 10 มีจำนวนผื่น 13 ผื่น โดยมี 9 ผื่น (ร้อยละ 69.23) ที่มีคะแนน mPASI เฉลี่ยที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 50 และมี 4 ผื่น (ร้อยละ 30.77) ที่มีคะแนน mPASI เฉลี่ยที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 50-75 ส่วนในกลุ่มผื่นที่ได้รับการรักษาด้วยครีมเบส มีจำนวนผื่น



13 ผื่น โดยมี 11 ผื่น (ร้อยละ 86.61) ที่มีคะแนน mPASI เฉลี่ยที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 50 และมี 2 ผื่น (ร้อยละ 15.38) ที่มีคะแนน mPASI เฉลี่ยที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 50-75

การประเมินคะแนน DLQI ก่อนเริ่มรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 10.46 ± 1.74 หลังรับการรักษาประเมินคะแนน DLQI เฉลี่ยเท่ากับ 6.62 ± 1.40 จะเห็นได้ว่าคะแนน DLQI เฉลี่ยหลังการรักษาลดลง 3.85 ± 2.73 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กล่าวคือ ค่าเฉลี่ยปัญหาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่เกิดจากผื่นผิวหนัง มีค่าลดลงหลังสิ้นสุดการรักษาในสัปดาห์ที่ 8

อาการข้างเคียงที่พบ คือ อาการคันที่เกิดจากการรักษาโรคสะเก็ดเงินด้วยครีมสารสกัดจากดอกดาวเรืองฝรั่งความเข้มข้นร้อยละ 10, 3 ราย (ร้อยละ 23.08) และครีมเบส 3 ราย (ร้อยละ 23.08) หลังให้หยุดการทาครีมทั้งสองชนิดพบว่าอาการคันลดลง และสามารถกลับมาใช้ยาทาต่อได้ อาการข้างเคียงที่พบได้จากการรักษาโรคสะเก็ดเงินด้วยครีมทั้งสองชนิด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความพึงพอใจต่อการรักษา พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจต่อการรักษาระดับมากถึงมากที่สุด โดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

ครีมสารสกัดจากดอกดาวเรืองฝรั่งความเข้มข้นร้อยละ 10 สามารถรักษาโรคสะเก็ดเงินได้โดยประเมินจากการลดลงของรอยแดง ขุย และความหนาของผื่น แล้วประเมินประสิทธิผลจากร้อยละการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนน mPASI จาก baseline เทียบกับสัปดาห์ที่ 4 และ 8 และเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากที่สุดในสัปดาห์ที่ 8 ($p = 0.002$) เมื่อเปรียบเทียบร้อยละคะแนน mPASI เฉลี่ยก่อนและหลังการรักษาภายในกลุ่มเดียวกัน การรักษาด้วยการใช้ครีมสารสกัดดอกดาวเรืองฝรั่งความเข้มข้นร้อยละ 10 มีร้อยละค่าเฉลี่ยคะแนน mPASI ที่ลดลงชัดเจนมากกว่าการรักษาด้วยครีมเบสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ($p = 0.001$)

ผลการรักษาของครีมสารสกัดจากดอกดาวเรืองฝรั่งมาจากฤทธิ์ของสารสำคัญ ได้แก่ triterpenoid, saponins, sesquiterpenes, flavonoid glycosides, triterpene alcohols, phenolic acids, sterols, calendulin bitters และสาร triterpene alcohols ซึ่งมีฤทธิ์ต้านการอักเสบโดยการยับยั้ง proinflammatory cytokine (IL-1B, IL-6, TNF- α และ IFN- γ) ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Cyclooxygenase 2 และยับยั้งเอนไซม์ไนตริกออกไซด์ซินเทสชนิดเหนี่ยวนำ^(7,8,9) สอดคล้องกับพยาธิวิทยาของโรคสะเก็ดเงินซึ่งมีกลไกการเกิดโรคที่เกี่ยวข้อง คือ การทำงานของ Cytokine และ T cell สารสกัดจากดอกดาวเรืองฝรั่งความเข้มข้นร้อยละ 10 ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของ Cytokine และ T cell จึงช่วยลดกระบวนการอักเสบและช่วยรักษาอาการของโรคสะเก็ดเงินได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริพรรณ เต็มมงคลชัย และคณะ 2558 ที่ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างครีมที่ผสมสารสกัดจากรางจืด, ครีมไตรแอมซิโนโลนความเข้มข้น ร้อยละ 0.02 และครีมเบสในการรักษาโรคสะเก็ดเงินชนิดผื่นหนา พบว่า กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยครีมที่ผสมสารสกัดจากใบรางจืดซึ่งมีสารสำคัญหลายชนิด เช่น flavonoids และ phenolic มีฤทธิ์ต้านการอักเสบเหมือนกับสารสกัดจากดอกดาวเรืองฝรั่งมีประสิทธิผลและมีความปลอดภัยในการรักษาโรคสะเก็ดเงินชนิดผื่นหนาได้⁽¹⁰⁾



ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพในการรักษาโรคสะเก็ดเงินเมื่อเพิ่มความเข้มข้นหรือรูปแบบยาเตรียมเภสัชภัณฑ์ของสารสกัดจากดอกดาวเรืองฝรั่งที่ต่างออกไปจากการวิจัยในครั้งนี
2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลและผลข้างเคียงจากการใช้ในระยะเวลาที่ยาวนาน
3. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการใช้ครีมสารสกัดจากดอกดาวเรืองฝรั่งในการรักษาโรคผื่นผิวหนังอักเสบชนิดอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น Atopic dermatitis, Seborrheic dermatitis, Contact Dermatitis เป็นต้น เพื่อพิจารณานำมาใช้เป็นยารักษาที่มีอาการข้างเคียงน้อยและผลิตจากสมุนไพรที่มีในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

- [1] Akaraphanth, R., Kwangsukstid, O., Gritiyarangsang, P., & Swanpanyalert, N. (2013). Psoriasis registry in public health hospital. *Journal of The Medical Association of Thailand*, 96(8), 960-966.
- [2] Sukhum Jiamton, M. D., Suthipinittharm, P., Kulthanan, K., Chularojanamontri, L., Wongpraparut, C., Silpa-Archa, N., & Sirikudta, W. (2012). Clinical characteristics of Thai patients with psoriasis. *Journal of The Medical Association of Thailand*, 95(6), 795-801.
- [3] เบ็ญจัสวีร์ ปัทมดิลก. (2561). *โรคสะเก็ดเงิน Psoriasis*. กรุงเทพฯ: มูลินนิธิเพื่อสนับสนุนสถาบันโรคผิวหนัง สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- [4] Gelfand, J. M., Neimann, A. L., Shin, D. B., Wang, X., Margolis, D. J., & Troxel, A. B. (2006). Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. *The Journal of The American Medical Association*, 296(14), 1735-1741.
- [5] ญัฐรา สุตจรธธรรม. (2563). *การศึกษาประสิทธิผลของสารสกัดดอกดาวเรืองหม้อในการรักษาผิวหนังระดับน้อยถึงปานกลาง*. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงราย: มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.
- [6] Mehta, D., Rastogi, P., Kumar, A., & Chaudhary, A. K. (2012). Review on Pharmacological Update: *Calendula officinalis* Linn. *Inventi Impact: Planta Activa*, 4, 195-204.
- [7] Jan, N., Andrabi, K. I., & John, R. (2017, December). *Calendula officinalis*-an important medicinal plant with potential biological properties. In *Proceeding Indian National Science, Academy*, 83, 769-787.
- [8] Preethi, K. C., Kuttan, G., & Kuttan, R. (2006). Antioxidant potential of an extract of *Calendula officinalis*. *Flowers in vitro. and in vivo. Pharmaceutical Biology*, 44(9), 691-697.
- [9] Muley, B. P., Khadabadi, S. S., & Banarase, N. B. (2009). Phytochemical constituents and pharmacological activities of *Calendula officinalis* Linn (Asteraceae): a review. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*, 8(5).
- [10] ศิริพรรณ เต็มมงคลชัย. (2558). *การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างครีมที่ผสมสารสกัดจากรางจืด ครีมไตรแอมซิโนโลนความเข้มข้นร้อยละ 0.02 และครีมเบสในการรักษาโรคสะเก็ดเงินชนิดผื่นหนา*. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงราย: มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.