

หน้าใสไร้สิว

ลีลาวดี เตชะเสถียร

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

สิว (Acne) เป็นอีกหนึ่งสาเหตุหลักของปัญหาด้านผิวหนังที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษา¹ สิวจะปรากฏอาการในเพศหญิงช่วงอายุ 14 - 17 ปี และชายช่วงอายุ 16 - 19 ปี ความรุนแรงของสิวจะมากขึ้น 3 - 5 ปี หลังจากเริ่มเป็นและมักหายไปในช่วงอายุ 20 - 25 ปี ร้อยละ 85 ของผู้เป็นสิวจะเป็นชนิดไม่รุนแรงมีเพียงร้อยละ 15 ที่เป็นสิวกักเสบรุนแรง สาเหตุของสิวนั้นมีหลากหลายไม่เฉพาะเรื่องของการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพียงอย่างเดียว กรรมพันธุ์ การใช้เครื่องสำอาง การใช้ยาหรือสารเคมีบางชนิด สภาพผิวและความมันบนใบหน้า รวมถึงการดูแลผิวหนังของแต่ละบุคคล ล้วนแล้วแต่เป็นเหตุและปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดสิวงាំងสิ้น

ปัจจุบัน มีวิธีการรักษาสิวที่หลากหลาย ผู้ป่วยที่มีปัญหาสิวจำนวนมากเลือกที่จะเข้ารับการรักษาที่สถานบริการความงาม² หรือซื้อผลิตภัณฑ์รักษาเอง การรักษาในปัจจุบันจึงมีความหลากหลายมาก สิ่งที่น่ากังวลคือการซื้อผลิตภัณฑ์ที่ไม่ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ขององค์การอาหารและยา (อย.) ซึ่งผลิตภัณฑ์กลุ่มดังกล่าว อาจมีสารที่มีส่วนประกอบของสารต้องห้ามและสารอันตรายหลายชนิด เช่น สารประกอบกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ การใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีสารกลุ่มนี้ ในช่วงแรกอาจพบผลที่ชัดเจนว่าใบหน้าขาวใสขึ้น สิวอักเสบยุบหายไปในเวลาอันรวดเร็ว เนื่องจากสารประกอบต้องห้ามดังกล่าวในผลิตภัณฑ์ มีคุณสมบัติช่วยลดการอักเสบของผิวหนัง ทำให้เห็นผลของการรักษาที่ชัดเจนมาก อย่างไรก็ตาม หากใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบดังกล่าวเป็นเวลานาน จะส่งผลเสียในระยะยาวต่อผิวหนัง เกิดภาวะการฟ่อบางของผิวหนัง เกิดหลอดเลือดฝอยบริเวณผิวหนังที่ขยายตัวมากขึ้น และทำให้เกิดสิวที่กลับเป็นซ้ำ กำเริบใหม่รุนแรงมากขึ้น และยากต่อการรักษาด้วยวิธีมาตรฐาน

สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย ได้จัดทำแนวทางการรักษาสิว (clinical practice guideline acne) เพื่อเป็นแนวทางแก่แพทย์ ในการดูแลรักษาสิวอย่างถูกต้อง เนื่องจากการดูแลรักษาสิบบนวิธี มักก่อให้เกิดปัญหาของภาวะสิวกักเสบเรื้อรัง ตื้อยา เกิดรอยดำและรอยแผลเป็นจากสิว อันเป็นปัญหาเรื้อรังที่เกิดตามมาได้

ในที่นี้ จะได้กล่าวถึง สาเหตุ อาการและอาการแสดงของสิวในภาพรวม การแบ่งระดับความรุนแรงของสิว และการใช้ยาในการรักษาสิว ในที่นี้ไม่ได้รวมถึงการใช้แสง (light therapy) และการใช้เลเซอร์ (laser) ที่ใช้ในการรักษาสิว ซึ่งเป็นการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางโรคผิวหนังเอาไว้

นิยาม

สิว (acne) คือการอักเสบของหน่วยรูขุมและต่อมไขมัน (pilosebaceous unit)³ โดยมากมักเป็นบริเวณหน้า คอ และลำตัวส่วนบน ซึ่งเป็นตำแหน่งที่มีต่อมไขมันขนาดใหญ่อยู่หนาแน่น มักพบในวัยรุ่น อันเป็นผลจากอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในวัยดังกล่าว ทำให้พบรอยโรคได้บ่อยในกลุ่มอายุนี้อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยหลายรายก็สามารถพบรอยโรคของสิวได้ เป็นๆ หายๆ แม้อายุมากกว่า 40 ปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดสิวงាំងด้วย

การวินิจฉัย อาการและอาการแสดง

ลักษณะทางคลินิกของสิว

บริเวณที่เป็นสิวบ่อยคือบริเวณใบหน้า รองลงมาคือ คอ หลัง และอกส่วนบน สามารถแบ่งสิวออกได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. สิวชนิดไม่อักเสบ (non-inflammatory acne)

หมายถึง สิวที่เกิดจากการอุดตันของรูขุม โดยยังไม่มิลักษณะของการอักเสบของรูขุมที่ชัดเจน การอุดตันของรูขุมเกิดจากการมี comedone ไปอุดตันบริเวณดังกล่าว ซึ่งส่วนประกอบของ comedone นั้น เกิดจาก sebum ที่ถูกสร้างขึ้นจาก sebaceous gland และเศษของผิวหนังชั้น keratin ที่เป็นผลจากการมี hypercornification ส่งผลให้เกิดการอุดตันรูขุมเกิดขึ้น (ductal hypercornification) สิวชนิดไม่อักเสบสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ

- Close comedone หมายถึง สิวที่มีลักษณะเป็นตุ่มกลม เล็ก แข็ง สีขาว จะสามารถเห็นได้ชัดเมื่อดึงผิวหนังให้ตึงหรือโดยการคลำ

- Open comedone หมายถึง สิวที่มีลักษณะเป็นตุ่มกลม เล็ก แข็ง คล้าย close comedone แต่ตรงยอดมีรูเปิดและสามารถสังเกตเห็นเป็นจุดหรือก่อนสีดำอุดอยู่ (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 แสดงลักษณะ open comedone เป็นตุ่มกลมเล็ก มีรูเปิดและสามารถสังเกตเห็นเป็นจุดหรือก้อนสีดำอยู่

2. สิวชนิดอักเสบ (inflammatory acne)

คือสิวที่มีการอุดตันของรูขน และพบลักษณะของการอักเสบร่วมด้วย สิวชนิดนี้มักเกิดตามหลังสิวชนิด close comedone ที่ไม่ได้รับการรักษา ร่วมกับมีการติดเชื้อแบคทีเรียในบริเวณรูขน มีการกระตุ้นเซลล์เม็ดเลือดขาวของร่างกายให้เกิดกระบวนการอักเสบ (inflammation) ตามมาเป็นผลให้เมื่อสิวในกลุ่มที่มีการอักเสบ (inflammatory acne) หาย มักเหลือร่องรอยของสิว ซึ่งพบได้หลายแบบ ได้แก่ รอยแดง รอยดำ หลุมแผลเป็น และแผลเป็นนูน เป็นต้น ลักษณะของสิวชนิดอักเสบนั้นมีความรุนแรงที่หลากหลายสามารถพบได้ตั้งแต่เป็นลักษณะ ตุ่มนูน แดง กดเจ็บ เป็นตุ่มหนอง หรือเป็นก้อนนูนแดงขนาดใหญ่ (รูปที่ 2) สามารถแบ่งชนิดของสิวอักเสบ ตามลักษณะที่พบได้เป็น

- **Papule** หมายถึง สิวที่มีลักษณะเป็น ตุ่มนูน สีแดง ขนาดเล็ก
- **Pustule** หมายถึง สิวที่มีลักษณะเป็นตุ่มหนอง ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็นตุ่มหนองชนิดตื้น (superficial pustule) และตุ่มหนองชนิดลึก (deep pustule)
- **Nodule** หมายถึง สิวที่มีลักษณะ เป็นก้อนสีแดง ขนาดที่ใหญ่ขึ้น บางครั้งอาจพบลักษณะที่มีหลายหัวสิวที่อยู่ติดกัน
- **Cyst** หมายถึง สิวที่มีลักษณะเป็นก้อนนูนแดง ขนาดที่ใหญ่ขึ้น และมีความนุ่ม ซึ่งบ่งชี้ว่าภายในมีหนองปนเลือดเป็นส่วนประกอบ

การจัดระดับความรุนแรงของสิว

สามารถจัดระดับความรุนแรงของสิวเพื่อประโยชน์ในการให้การรักษาได้ดังนี้คือ



ภาพที่ 2 แสดง ลักษณะ inflammatory acne ชนิด papule, pustule และ nodule

สิวลึกน้อย (mild acne) คือลักษณะที่มีหัวสิวที่ไม่อักเสบ (comedone) เป็นส่วนใหญ่หรือมีสิวอักเสบ (papule และ pustule) ไม่เกิน 10 จุด

สิวปานกลาง (moderate acne) คือการมีสิวอักเสบที่มีลักษณะ papule และ pustule ขนาดเล็กจำนวนมากกว่า 10 จุด และ/หรือมี nodule น้อยกว่า 5จุด

สิวรุนแรง (severe acne) คือการมีสิวอักเสบชนิด papule และ pustule จำนวนมากร่วมกับสิวในลักษณะ nodule หรือ cyst หรือมีสิวที่มีลักษณะ nodule ที่มีการอักเสบอยู่นาน และกลับเป็นซ้ำ หรือมีหนองไหลและมี sinus tract

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยรอยโรคสิว ยกเว้นในกรณีต่อไปนี้คือ

1. สิวในผู้ที่มีอาการแสดงของ hyperandrogenism⁴ เช่น เพศหญิง มีรูปร่างอ้วน ที่มีขนดก มีประจำเดือนผิดปกติเป็นประจำ เสียงห้าว ศีรษะล้านแบบเพศชาย กรณีเหล่านี้ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางนรีเวชและต่อมไร้ท่อร่วมด้วย
2. สงสัยภาวะรูขนอักเสบ (folliculitis) จากสาเหตุอื่น เช่น gram negative folliculitis⁵ pityrosporum folliculitis เป็นต้น กรณีเหล่านี้สามารถทำการตรวจได้โดยการทำ pus smear และย้อมพิเศษ เพื่อหาเชื้อสาเหตุของรูขนอักเสบ

การวินิจฉัยแยกโรค

สามารถให้การวินิจฉัยแยกโรคจากโรคผิวหนังอื่นๆ ที่มีอาการแสดงคล้ายสิว (acne-like conditions) โรคที่พบบ่อยได้แก่

- Folliculitis เช่น pityrosporum folliculitis^{6,7} gram

negative folliculitis, eosinophilic pustular folliculitis (Ofuji's disease) เป็นต้น

- Acne rosacea
- Acneiform drug eruption

การรักษา

การให้การรักษาสิวที่ตื้นนั้น ต้องประกอบไปด้วย ขั้นตอนต่างๆ หลายขั้นตอนเพื่อวางรากฐานให้เกิดความเข้าใจแก่ผู้ป่วย นำมาสู่การให้ความร่วมมือในการรักษา อย่างเป็นขั้นตอนต่อไป เนื่องจากในปัจจุบัน มีแนวทางการให้การรักษาสิวที่หลากหลาย ในเบื้องต้น จึงควรให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการใช้อย่างผิดวิธี ทำให้เกิดสิวงูหรือรังที่รักษาตามมามาก

การวางแผนการรักษาและแนวทางการรักษาสิวประกอบด้วย

1. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ความรู้ที่ผู้ป่วยควรได้รับประกอบด้วย

1.1 สาเหตุและปัจจัยกระตุ้นของการเกิดสิว ได้แก่ ภาวะฮอร์โมนในวัยรุ่น ความมันบนใบหน้า สารเคมี ผลิตภัณฑ์ที่ใช้บริเวณใบหน้า ผลิตภัณฑ์ผม หรือผลิตภัณฑ์ใส่บริเวณหนังศีรษะบางชนิด การจับและสัมผัสบริเวณใบหน้าบ่อยๆ การขัดหน้า ฟอกหน้า ฟอกหน้า แกะ เกา หรือการทาผลิตภัณฑ์ที่วางขายตามสื่อออนไลน์ เป็นต้น ผู้ป่วยจำนวนมาก ไม่ทราบว่าสาเหตุและปัจจัยกระตุ้นให้เกิดสิวคืออะไร ทำการขัดและฟอกหน้ามากเกินไปจนเกิดความจำเป็น ทำให้สิบบริเวณใบหน้าแย่ง รวมทั้งอาจก่อให้เกิดภาวะระคายเคืองหรือแพ้สัมผัส (irritant and allergic contact dermatitis) จากผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่ใช้ตามมาได้

1.2 การดำเนินโรคของสิว สิวจะเริ่มดีขึ้นในเวลาประมาณ 2-3 เดือน และจะดีขึ้นมาก ตามลำดับ ในเวลา 4 - 8 เดือน ดังนั้น จึงต้องใช้ความอดทนในการรักษาสิวค่อนข้างมาก ยาหรือผลิตภัณฑ์ที่เห็นผลจากการใช้อย่างรวดเร็ว อาจมีสารอันตรายต้องห้ามหลายชนิด ที่อาจก่อให้เกิดผลเสียในระยะยาวตามมาได้ การใช้ผลิตภัณฑ์ต่างๆ จึงควรต้องมีวิจารณญาณในการเลือกใช้เสมอ ไม่ควรหลงเชื่อตามคำโฆษณาต่างๆ ที่ไม่มีหลักฐานการยืนยันที่แน่ชัด

1.3 วิธีปฏิบัติตัวระหว่างการรักษา เช่น การทำความสะอาดใบหน้าที่เหมาะสม ไม่ขัดหรือฟอก ใบหน้ามากเกินไปจนเกิดความจำเป็น การหลีกเลี่ยงการใช้เครื่องสำอางต่างๆ ที่อาจเป็นตัวก่อให้เกิดสิวดูตันตามมา และหลีกเลี่ยงปัจจัยต่างๆ ที่อาจเป็นสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดสิวดังกล่าวข้างต้น

2. การรักษามาตรฐาน (First line treatment)

แนวทางการรักษามาตรฐานสามารถจำแนกได้ตามระดับความรุนแรงของสิว กล่าวคือ

2.1 สิวเล็กน้อย (mild acne) พิจารณาใช้ยาทาเฉพาะที่ได้แก่ ยาที่มีสารประกอบต่างๆ ดังนี้คือ

- Benzoyl peroxide 2.5%-5%
- Topical retinoids⁸ 0.01%-0.1%
- Clindamycin 1% solution⁹
- Erythromycin 2%-4% solution หรือ gel
- Salicylic acid¹⁰
- Azelaic acid¹¹

หมายเหตุ: ไม่ควรใช้ clindamycin หรือ erythromycin ที่เป็น topical antibiotic ทาเพียงอย่างเดียว เพราะมีความเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อดื้อยา¹² ในระยะยาวได้

2.2 สิวปานกลาง (moderate acne)

พิจารณาใช้ยาทาดังกล่าวในกลุ่ม mild acne ร่วมกับยารับประทานกลุ่ม tetracycline ในกรณีที่แพ้ยากลุ่ม tetracycline ให้ใช้ยา erythromycin

2.3 สิวรุนแรง (severe acne)

ในกรณีที่การรักษาไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีมาตรฐาน 2 - 3 เดือน หรือเป็นสิวงูหรือรัง ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคผิวหนัง

3. การรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคผิวหนัง (second line treatment)⁹

3.1 ยาที่ใช้เป็น second line treatment หากการรักษามาตรฐานไม่ได้ผล ได้แก่ cotrimoxazole (sulfamethoxazole-trimethoprim), dapsone¹³ amoxicillin, isotretinoin¹⁴, hormone therapy¹⁵ เป็นต้น

3.2 การรักษาเสริม (adjuvant therapy) ได้แก่

- Comedone extraction¹⁶
- Intra-lesion steroid injection¹⁷
- Laser therapy and light therapy¹⁸
- Cryotherapy¹⁹

การพยากรณ์โรค

สิวจะปรากฏอาการในเพศหญิงช่วงอายุ 14 - 17 ปี และชายช่วงอายุ 16 - 19 ปี ความรุนแรงของสิว จะมากขึ้น 3 - 5 ปี หลังจากเริ่มเป็นสิว และมักหายไปในช่วงอายุ 20 - 25 ปี ร้อยละ 85 ของผู้เป็นสิวจะเป็นชนิดไม่รุนแรง มีเพียงร้อยละ 15 ที่เป็นสิวงูหรือรังรุนแรง การรักษาสิวขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิว รอยแผลเป็นที่เกิดขึ้น และผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วย²⁰ ทั้งหมดนี้เป็นองค์ประกอบที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจในการรักษาในผู้ป่วยแต่ละราย



การติดตามผล

- ควรนัดผู้ป่วยมาตรวจซ้ำครั้งแรกใน 1 - 4 สัปดาห์ เพื่อสอบถามถึงวิธีการใช้ยาและผลข้างเคียงของยาแต่ละชนิด
- ติดตามผลหลังการรักษาต่อเนื่องแล้วอย่างน้อย 4 - 6 สัปดาห์ขึ้นไป หากไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือผลการรักษาแย่ลง ควรพิจารณาเปลี่ยนวิธีการรักษาในลำดับถัดไป
- หลังสิวยุบหมดแล้ว ควรพิจารณาใช้ยาต่ออีกระยะหนึ่ง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
- หญิงมีครรภ์และหญิงให้นมบุตร ควรพิจารณาใช้เฉพาะยาชนิดทา (topical therapy) เท่านั้น และควรหลีกเลี่ยงการทายากลุ่ม retinoic acid¹⁴ ทั้งชนิดรับประทานและชนิดทา

สรุป

สิว เป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจแก่ผู้ป่วย และเป็นปัญหาด้านผิวหนังลำดับต้นๆ ในการมาพบแพทย์ แนวทางการรักษาสิวที่สำคัญประการหนึ่ง คือการให้ความรู้ความเข้าใจถึงปัจจัยที่กระตุ้นและก่อให้เกิดสิวซึ่งจะนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการรักษาและผลการรักษาที่ดีในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Kubota Y, Shirahige Y, Nakai K, Katsuura J, Morie T, Yoneda K. Communitybased epidemiological study of psychosocial effects of acne in Japanese adolescents. *J Dermatol* 2010; 37: 617-22.
2. Suthipinittharm P, Noppakun N, Kulthanan K, Jiamton S, Rajatanavin N, Aunhachoke K, et al. Opinions and perceptions on acne: a community-based questionnaire study in Thai students. *J Med Assoc Thai Chotmaihet Thangphaet* 2013; 96: 952-9.
3. Ehrmann C, Schneider MR. Genetically modified laboratory mice with sebaceous glands abnormalities. *Cell Mol Life Sci* 2016 Jul 25. [Epub ahead of print]
4. Leerasiri P, Wongwananuruk T, Indhavivadhana S, Techatraisak K, Rattanachaiyanont M, Angsuwathana S. Correlation of clinical and biochemical hyperandrogenism in Thai women with polycystic ovary syndrome. *J Obstet Gynaecol Res* 2016; 42: 678-83.
5. Durdu M, Ilkit M. First step in the differential diagnosis of folliculitis: cytology. *Crit Rev Microbiol* 2013; 39: 9-25.
6. Del Rosso JQ, Silverberg N, Zeichner JA. When Acne is Not Acne. *Dermatol Clin* 2016; 34: 225-8.
7. Prohic A, Jovovic Sadikovic T, Krupalija-Fazlic M, Kuskunovic-Vlahovljak S. Malassezia species in healthy skin and in dermatological conditions. *Int J Dermatol* 2016; 55: 494-504.
8. Pena S, Hill D, Feldman SR. Use of topical retinoids by dermatologists and nondermatologists in the management of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 2016; 74: 1252-4.
9. Cook-Bolden FE. Efficacy and tolerability of a fixed combination of clindamycin phosphate (1.2%) and benzoyl peroxide (3.75%) aqueous gel in moderate or severe adolescent acne vulgaris. *J Clin Aesthetic Dermatol* 2015; 8: 28-32.
10. Davies MA. Salicylic acid deposition from wash-off products: comparison of in vivo and porcine deposition models. *Int J Cosmet Sci* 2015; 37:526-31.
11. Thielitz A, Lux A, Wiede A, Kropf S, Papakonstantinou E, Gollnick H. A randomized investigator-blind parallel-group study to assess efficacy and safety of azelaic acid 15% gel vs. adapalene 0.1% gel in the treatment and maintenance treatment of female adult acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV* 2015;29: 789-96.
12. Sardana K, Gupta T, Garg VK, Ghunawat S. Antibiotic resistance to Propionobacterium acnes: worldwide scenario, diagnosis and management. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2015; 13: 883-96.
13. Del Rosso JQ, Kircik L, Gallagher CJ. Comparative efficacy and tolerability of dapsone 5% gel in adult versus adolescent females with acne vulgaris. *J Clin Aesthetic Dermatol* 2015; 8: 31-7.
14. Reilly BK, Ritsema TS. Managing nonteratogenic adverse reactions to isotretinoin treatment for acne vulgaris. *JAAPA Off J Am Acad Physician Assist* 2015; 28: 34-9.
15. Husein-EIAhmed H. Management of acne vulgaris with hormonal therapies in adult female patients. *Dermatol Ther* 2015; 28:166-72.
16. Khunger N, IADVL Task Force. Standard guidelines of care for acne surgery. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008;74 (Suppl): S28-36.
17. Lee SJ, Hyun MY, Park KY, Kim BJ. A tip for performing intralesional triamcinolone acetonide injections in acne patients. *J Am Acad Dermatol* 2014; 71: e127-8.
18. Dong Y, Zhou G, Chen J, Shen L, Jianxin Z, Xu Q, et al. A new LED device used for photodynamic therapy in treatment of moderate to severe Acne vulgaris. *Photodiagnosis Photodyn Ther* 2015; 13: 188-95.
19. Jung Y, Tam J, Jalian HR, Anderson RR, Evans CL. Longitudinal, 3D in vivo imaging of sebaceous glands by coherent anti-stokes Raman scattering microscopy: normal function and response to cryotherapy. *J Invest Dermatol* 2015; 135: 39-44.
20. Gieler U, Gieler T, Kupfer J. Acne and quality of life - impact and management. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; 29 (Suppl 4): 12-4.

