

การศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคผื่นกุหลาบในผู้ป่วยที่เคยรับการ  
รักษาใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559-2561

ศินีนาฏ สระทองคำ

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ  
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

พ.ศ. 2562

**Prevalence and associated factors of Pityriasis rosea infection in  
a private hospital during 2016-2018**

**Sineenat Sathongkham**

**A Thematic Paper Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science**

**Department of Anti-Aging and Regenerative Medicine  
College of Integrative Medicine, Dhurakij Pundit University**

**2019**



## ใบรับรองสารนิพนธ์

วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

หัวข้อสารนิพนธ์      การศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคผื่นกุหลาบในผู้ป่วยที่เคย  
รับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2561

เสนอโดย              ศินีนาฏ สระทองคำ

สาขาวิชา              วิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ

กลุ่มวิชา              วิทยาศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์      แพทย์หญิงปองศิริ คุณงาม

ได้พิจารณาเห็นชอบโดยคณะกรรมการสอบสารนิพนธ์แล้ว

  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.เกศิษกร สุภโชค มั่งมุล)

  
..... กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์  
(แพทย์หญิงปองศิริ คุณงาม)

  
..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ วณิเกียรติ)

วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ รับรองแล้ว

  
..... คณบดีวิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ  
(นพ.บรรจบ ชุณหสวัตติกุล)

วันที่ 31 เดือน ๑-๑ พ.ศ. ๒๕๖๒

หัวข้อสารนิพนธ์	การศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคผื่นกุหลาบในผู้ป่วยที่เคย รับการรักษาใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2561
ชื่อผู้เขียน	ศินีนาฏ สระทองคำ
อาจารย์ที่ปรึกษา	แพทย์หญิงปองศิริ คุณงาม
สาขาวิชา	วิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ
ปีการศึกษา	2561

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาความชุก และความปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของโรคผื่นกุหลาบโดยแยกตาม เพศ ช่วงอายุ เดือนและฤดูกาล แผนกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา และระยะเวลาที่ผื่นหาย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังไม่พบบงานวิจัยเชิงสำรวจของโรคผื่นกุหลาบในประเทศไทยมาก่อน

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง ในผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคผื่นกุหลาบในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2561 เป็นระยะเวลา 3 ปี โดยโรคผื่นกุหลาบ (Pityriasis rosea หรือ PR) คือ โรคที่ผู้ป่วยมีผื่นอักเสบเป็นสีชมพูคล้ายดอกกุหลาบขึ้นตามผิวหนัง โดย มีผื่นปฐมภูมิ (Primary lesion) มีขนาดใหญ่ และเกิดขึ้นก่อนที่จะมีผื่นอันอื่น ๆ มักมีผื่นเดี่ยว ปรากฏลักษณะเป็นผื่นกลมหรือวงรี มักมีขุยที่ขอบ (collarette scale) โดยบริเวณกลางผื่นมีลักษณะเป็นผื่นย่นสีส้ม (wrinkled, salmon colored) และบริเวณด้านนอกมีสีแดงเข้ม จะพบบริเวณลำตัวหรือบริเวณที่ไม่ถูกแดดและ ตามด้วยผื่นทุติยภูมิ (Secondary lesions) มีลักษณะหน้าตาเหมือนผื่นปฐมภูมิทุกประการผิดกันเพียงแต่ว่ามีขนาดเล็กกว่าเท่านั้น มีลักษณะเฉพาะคือผื่นเหล่านี้เรียงตัวตาม skin cleavage line มีลักษณะคล้ายต้นคริสต์มาส โดยมีการกระจาย 2 ข้างของร่างกายเท่า ๆ กัน

ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคผื่นกุหลาบ จำนวนทั้งสิ้น 400 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (69.0%) และเพศชาย (31.0%) มีอัตราส่วนหญิง : ชาย เท่ากับ 2.2:1 และอัตราความชุกของโรคผื่นกุหลาบในแต่ละปี เท่ากับ 25, 23 และ 19 คน ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ พบผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 26 – 30 ปี (33.9%) รองลงมาคือ 31 – 35 ปี (27.3%) และ 21 – 25 ปี (24.5%) เดือนที่เข้ารับบริการมากที่สุด คือ เดือนมกราคม (12.0%) รองลงมาคือ มิถุนายน (10.8 %) ฤดูที่เข้ารับบริการมากที่สุด คือ ฤดูฝน (38.92%) รองลงมาคือ ฤดูหนาว

(33.71%) และฤดูร้อน (27.37%) แผนกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษามากสุด คือ แผนกผิวหนัง (91%) และ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ฟื้นหายภายใน 1 สัปดาห์ (65.5%)

**คำสำคัญ :** โรคผื่นกุหลาบ ความชุก ฤดูกาล



Thematic Paper Title	Prevalence and associated factors of Pityriasis rosea infection in a private hospital during 2016-2018
Author	Sineenat Sathongkham
Thematic Paper Advisor	Pongsiri Koonngam,M.D.
Department	Anti-aging and Regenerative Medicine
Academic Year	2018

### ABSTRACT

The main objective of this research was to study the prevalence and the relationship between the Pityriasis rosea as classified by age, gender, month and season at the time of presentation, hospital department and length of time taken for the rash to disappear. From literature reviews, the researcher in Thailand has not been found before.

As a retrospective study, this research was studied in who were diagnosed with Pityriasis rosea in a private hospital, by collect data during 3-year period from year 2016-2018. Pityriasis rosea or PR is a disease in which the patient has a rash look like as a rose. The primary plaque of PR, or herald patch is seen in 50%-90% of cases. It is normally well demarcated; 2-4 cm in diameter; round or oval; salmon colored, erythematous, or hyperpigmented. In individuals with dark skin and demonstrates a fine collarette of scale just inside the periphery of the plaque. The primary plaque is usually located on the trunk in areas covered by clothes. The primary and secondary plaque may appear at the same time. The secondary that look like the primary lesions in all respects, only if they are smaller Is unique. The symmetric eruption is localized mainly to skin cleavage line, look like a Christmas tree. With equal distribution of 2 sides of the body.

The results revealed that the total number of patient with Pityriasis rosea infection was 400 over the 3-year period. Most patients were female (69%) and male (31%). The ratio of female tp male was 2.2: 1. The prevalence of Pityriasis rosea seemed to be equal was in 25, 23 and 19 per 100,000 people. Most patients were in the range of 26 - 30 years (33.9%), and range of 31 - 35 years (27.3%) and range of 21 - 25 years (24.5%). The highest number of patient were in January (12%), June (10.8%). The most season that patients admitted is rainy (38.92%), winter

(33.71%) and summer (27.37%). Dermatology center was where most of patients were treated. Most skin lesions (91%) disappeared after 1 weeks of treatment.

**Keyword:** Pityriasis rosea, Prevalence, Season



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ โดยได้รับความอนุเคราะห์จากหลายหน่วย และบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยต้องขอกราบขอบพระคุณแพทย์หญิงปองศิริ คุณงาม อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำในทุกขั้นตอนการทำวิจัยอย่างใกล้ชิด ตลอดจนแก้ไข ข้อบกพร่อง อันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย โดยตลอดเวลาอันมีค่าทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณผู้ช่วย ศาสตราจารย์นายแพทย์มาศ ไม้ประเสริฐ และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้คำแนะนำและ แก้ไขข้อบกพร่องของการศึกษา ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิภูริรัตน์ เมฆบัณฑิตกุล ที่ได้ให้คำแนะนำด้านสถิติ และการเก็บข้อมูลของการศึกษาในครั้งนี้

การดำเนินการศึกษานี้จะสำเร็จลงไม่ได้ หากขาดความอนุเคราะห์จากนายแพทย์ อนันตศักดิ์ อภัยรัตน์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพญาไท 2 นายแพทย์อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลพญาไท 2 และนายแพทย์ทวนทศพร สุวรรณจุฑา ผู้อำนวยการฝ่ายศูนย์วิจัยและพัฒนาวิชาการและฝ่ายสนับสนุนทางการแพทย์ โรงพยาบาลพญาไท 2 และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่ให้ความเอื้อเฟื้อช่วยเหลือในด้านข้อมูลต่าง ๆ

ขอขอบคุณ คุณกิติคุณ รอดนึ่ง ผู้ช่วยงานวิจัย ผู้ให้คำแนะนำและกำลังใจผู้วิจัยตลอดมา รวมทั้งขอขอบคุณคนในครอบครัวทุกคน รวมถึงเจ้าหน้าที่ในทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และสุดท้าย ขอขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านในภาควิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ มหาวิทยาลัยธุรกิจ บัณฑิตย์ ที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ศินีนาฏ สระทองคำ



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	๗
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	๖
กิตติกรรมประกาศ.....	๗
สารบัญตาราง .....	๘
สารบัญภาพ .....	๘
บทที่	
1. บทนำ .....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	1
1.3 สมมติฐานของการวิจัย.....	2
1.4 ขอบเขตของการวิจัย .....	2
1.5 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	2
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	2
1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	3
1.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	3
2. แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	4
2.1 Pityriasis rosea (PR).....	4
2.1.1 พยาธิกำเนิด (Pathogenesis ) และ สาเหตุ.....	4
2.1.2 ลักษณะของผื่นกุหลาบ .....	5
2.1.3 ปัจจัยเสี่ยงและการติดต่อของโรค .....	9
2.1.4 การวินิจฉัยแยกโรค.....	9
2.1.5 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ .....	10
2.1.6 การตรวจทางจุลพยาธิวิทยา .....	10
2.1.7 การรักษา.....	10
2.1.8 การให้สุขศึกษาผู้ป่วย .....	11
2.1.9 การดูแลตนเองเมื่อเป็นโรค PR .....	11
2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	11

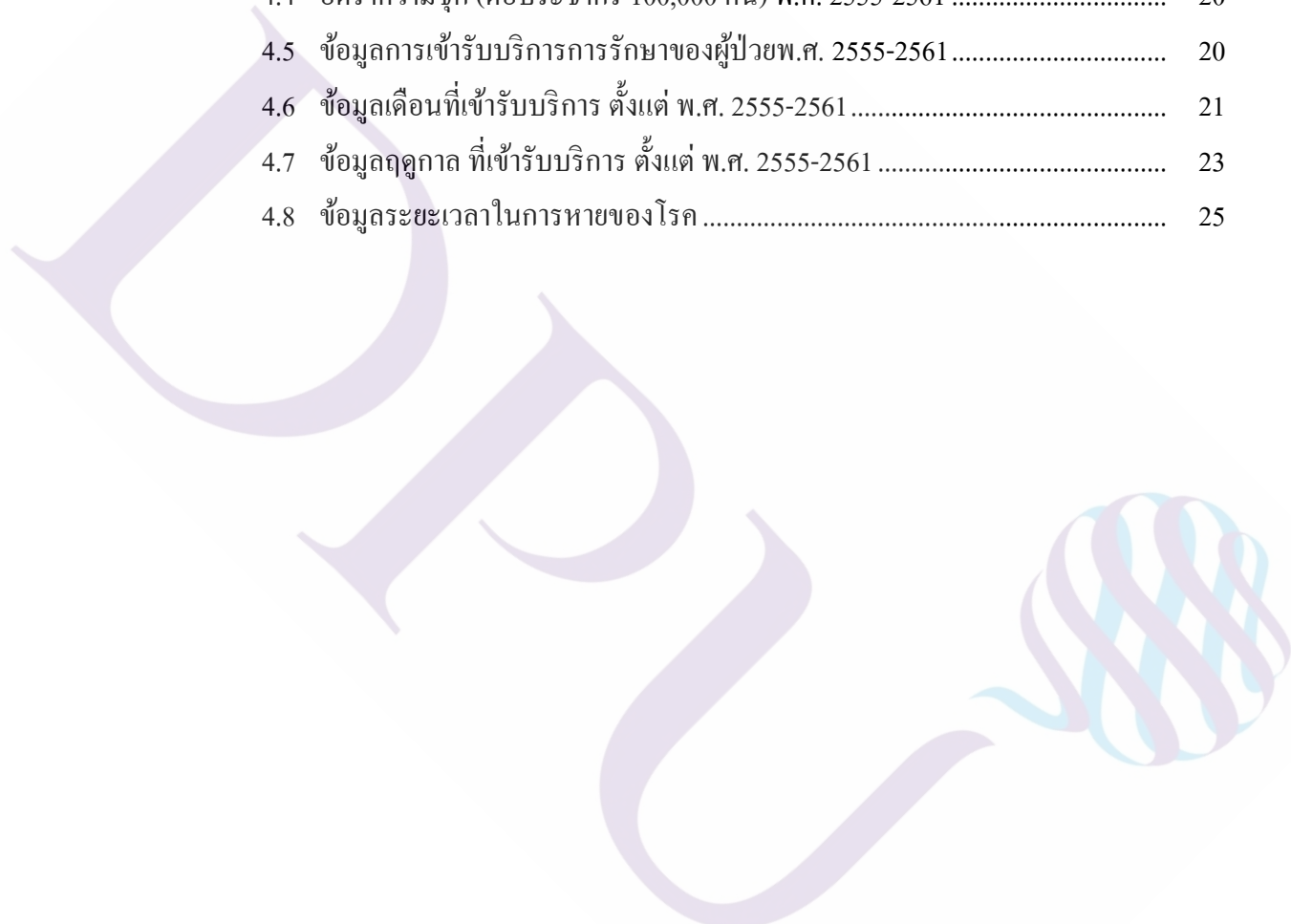
สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3. ระเบียบวิธีวิจัย.....	15
3.1 ประชากรและตัวอย่าง.....	15
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	15
3.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	15
3.4 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล .....	15
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	16
5. สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	27
บรรณานุกรม .....	30
ภาคผนวก .....	33
ประวัติผู้เขียน .....	35



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยตั้งแต่ พ.ศ. 2555-2561.....	16
4.2 ตารางเปรียบเทียบอัตราส่วนหญิงต่อชายในแต่งงานวิจัย.....	17
4.3 ข้อมูลลักษณะอายุของผู้ป่วยตั้งแต่ พ.ศ. 2555-2561 .....	18
4.4 อัตราความชุก (ต่อประชากร 100,000 คน) พ.ศ. 2555-2561 .....	20
4.5 ข้อมูลการเข้ารับบริการการรักษาของผู้ป่วยพ.ศ. 2555-2561 .....	20
4.6 ข้อมูลเดือนที่เข้ารับบริการ ตั้งแต่ พ.ศ. 2555-2561 .....	21
4.7 ข้อมูลฤดูกาล ที่เข้ารับบริการ ตั้งแต่ พ.ศ. 2555-2561 .....	23
4.8 ข้อมูลระยะเวลาในการหายของโรค .....	25



## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1.1 กรอบแนวความคิด.....	3
2.1 ลักษณะการออกผื่น Primary lesion.....	6
2.2 ลักษณะการออกผื่น Secondary lesions .....	7
2.3 ลักษณะการออกผื่นที่มีการกระจายตัวแบบ Christmas Tree Rash .....	8
2.4 ลักษณะการออกผื่น ที่ซอกรักแร้และการกระจายของผื่นตามใบหน้าและ ลำคอ.....	8
4.1 จำนวนผู้ป่วยในแต่ละปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2561 โดยแยกตาดกเทศ.....	14
4.2 จำนวนผู้ป่วยโรคผื่นกุหลาบ แบ่งตามช่วงอายุ ในแต่ละปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2561 .....	19
4.3 จำนวนผู้ป่วยในแต่ละเดือน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2561.....	22
4.4 จำนวนผู้ป่วยในแต่ละฤดูกาล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2561 .....	23

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลัง เพื่อศึกษาการความชุกโรคผื่นกุหลาบ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และติดตามผลการรักษาโรคผื่นกุหลาบ จากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาล เอกชนแห่งหนึ่ง ตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2559 – ธันวาคม พ.ศ. 2561 รวมเป็นระยะเวลา 3 ปี

โรคผื่นกุหลาบ (Pityriasis rosea หรือ PR ) คือ โรคที่ผู้ป่วยมีผื่นอักเสบเป็นสีชมพูเหมือนดอกกุหลาบขึ้นตามผิวหนัง ประมาณ 3 เดือน หรือ 100 วัน (บางครั้งเรียกผื่น 100 วัน) และผื่นจะจางหายไปเอง แต่กลับมาเป็นซ้ำได้ โดยผู้ป่วยจะกังวลกับผื่นผิวหนังตามบริเวณต่าง ๆ ทำให้มีปัญหาในการเข้าสังคมได้ โดยโรคผิวหนังชนิดนี้ส่วนมากพบในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ที่มีอายุประมาณ 10-35 ปี มีรายงานการเกิดโรคนี้ในเด็กและผู้สูงอายุได้เช่นกัน

ในกลุ่มที่กลับมาเป็น โรคอีกครั้งนั้นก็เกิดได้จากหลายสาเหตุ การทำข้อมูลเชิงสถิติเพื่อนำไปวิเคราะห์ห้ถึง หลักความสำคัญ ที่มา สาเหตุ ตั้งแต่การเกิดโรค การป้องกัน รวมถึงการป้องกันการไม่ให้กลับมาเกิดซ้ำได้อีก ก็อาจจะช่วยลดเหตุปัจจัยทั้งทางร่างกาย รวมถึงทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่เป็นโรค ทั้งอาจนำไปสู่การประเมิน แนวทางการป้องกันการลดการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำได้

ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเชิงสำรวจที่เน้นศึกษารวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เป็นการศึกษาค้นหาข้อเท็จจริงหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อเข้าใจความเข้าใจธรรมชาติของการเกิดโรค การกระจายของโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค หรือความถี่ของการเกิดโรค โดยใช้ฐานข้อมูลเดิมย้อนหลังไป 3 ปี และใช้หลักทางสถิติในการวิเคราะห์ผล ซึ่งจะสามารไปสู่การศึกษาวิจัยอื่น ๆ ตามมา รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลความรู้เบื้องต้นได้อีกทาง

### 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของโรคผื่นกุหลาบ ของผู้เข้ารับบริการที่คลินิกโรคผิวหนัง รพ.พญาไท2 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2559 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อโรคผื่นกุหลาบ แยกตามเพศ อายุ เดือนที่เข้ารับรักษา ฤดูที่เข้ารับรักษา แผนกที่เข้ารับการรักษา และ ระยะเวลาที่ผื่นหาย

### 1.3 สมมติฐานของการวิจัย

อัตราการความชุก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดำเนินโรคแตกต่างกันในเรื่องเพศ อายุ เดือนที่เข้ารับรักษา ฤดูที่เข้ารับรักษา แผนกที่เข้ารับการรักษา และ ระยะเวลาที่ผ่านไป

### 1.4 ขอบเขตของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ข้อมูลจากเวชระเบียนของ ผู้เข้ารับบริการการรักษาโรคผิวหนังหลาย ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ.2559 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ.2561 รวมเป็น ระยะเวลา 3 ปี

### 1.5 วิธีการดำเนินการวิจัย

1. กำหนดปัญหา/วัตถุประสงค์/กลุ่มประชากรศึกษา/ตัวแปรที่ศึกษา
2. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างสารนิพนธ์ต่อคณะกรรมการของมหาลัทธิกิจบัณฑิตย
3. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างสารนิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ของมหาลัทธิกิจบัณฑิตย
4. ผู้วิจัยส่งจดหมายพร้อมรายละเอียดการเก็บข้อมูลจากมหาลัทธิกิจบัณฑิตยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาไท2 เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมตามแบบบันทึกข้อมูลงานวิจัย
5. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างสารนิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพญาไท2
6. ทำการบันทึกข้อมูลตามรูปแบบของแบบสอบถามที่กำหนดไว้
7. นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดแจกแจงตามหลังสถิติ รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ รวมทั้งข้อมูลเชิงพรรณนาอื่น ๆ
8. สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

### 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบข้อมูลความชุกของโรคผิวหนังหลายในช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา
2. ได้ข้อมูลเชิงสถิติ และนำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูลและนำไปสู่การหาแนวทางการดำเนินโรค
3. ทราบถึงปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคผิวหนังหลายแยกตามเพศ อายุ ช่วงเดือนที่ป่วย ฤดูกาลที่เป็นโรค ระยะเวลาในการหายของโรค
4. นำผลการศึกษาที่ได้พบ เผยแพร่ความรู้และสื่อสารข้อมูลด้านสาธารณสุขสู่กลุ่มเป้าหมาย

### 1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

โรคผื่นกุหลาบ (Pityriasis rosea) เป็นผื่นผิวหนังสีชมพูมีขุยสะเก็ดที่ขอบ พบวัยรุ่นและผู้ใหญ่อายุ 15-40 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย (นพ.รัฐภรณ์ อึ้งภากรณ์ : สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย)

### 1.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การเกิดโรคผื่นกุหลาบ ผู้เข้ารับการรักษาที่  
โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ตั้งแต่ พ.ศ 2559 –  
พ.ศ 2561 จำแนกตามลักษณะดังนี้

1. บุคคล ( เพศ อายุ )
2. เดือนที่เข้ารับการรักษา
3. ฤดูกาลที่เป็นโรค
4. ระยะเวลาในการหายของโรค



ความชุกของโรคผื่นกุหลาบและ  
ปัจจัยที่ศึกษาเพิ่มเติม

1. แผนกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา
2. ระยะเวลาที่ผื่นหาย

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 Pityriasis rosea (PR)

โรคผื่นกุหลาบ เป็นโรคผิวหนังกลุ่ม Papulosquamous disease ซึ่งพบร้อยละ 1-2% หารเองได้ มักพบในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ อายุ 15-40 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชายพบได้เท่ากัน ผื่นมักจะขึ้นตามลำตัว ต้นแขน และต้นขา อาการคันมีเล็กน้อย (Dermatology, 2000)

มีชื่อเรียกได้หลายชื่อ เช่น ผื่นกิลิปกุหลาบ ผื่นขุยกุหลาบ ผื่นพิอาร์ ผื่นร้อยวัน โรคกิลิปกุหลาบ ไข้หัดกุหลาบ หรือ โรคขุยกุหลาบ

##### 2.1.1 พยาธิกำเนิด (Pathogenesis) และ สาเหตุ

ลักษณะของโรค PR พบได้ตลอดปีแต่อาจพบบ่อยในบางฤดูกาล (ในต่างประเทศมักพบในฤดูใบไม้ผลิ และฤดูใบไม้ร่วง ส่วนในไทยมักพบบ่อยในฤดูฝน) และพบการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) ได้ต่ำ คือประมาณ ร้อยละ 3

โรคผื่นกุหลาบพบบ่อยที่สุดในช่วงวัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ความชุกของโรคนี้เพิ่มสูงขึ้นในช่วงวัยเด็กเป็นต้นไป พบโรคนี้บ่อยที่สุดในคนกลุ่มอายุ 15-40 ปี พบน้อยมากในช่วงวัยทารกและในวัยชรา เคยมีรายงานพบว่าโรคนี้ในทารกอายุ 3 เดือน

อัตราความชุกของโรคนี้ในเพศชายเท่ากับร้อยละ 0.13 และในเพศหญิงเท่ากับร้อยละ 0.14 ส่วนความชุกที่พบตามคลินิกผู้ป่วยโรคผิวหนังอยู่ระหว่างร้อยละ 0.3-3

ลักษณะเหล่านี้ทำให้โรค PR ดูคล้าย โรคการติดเชื้อที่ทำให้เกิดผื่นผิวหนัง (Infectious exanthsms) แต่ยังไม่สามารถพิสูจน์ได้อย่างชัดเจนว่าแบคทีเรีย ไวรัส หรือเชื้อรา ตัวใดที่เป็นสาเหตุของโรคนี้ มีรายงานที่เชื่อว่าเชื้อไวรัส Human herpes virus 6 (HHV-6) และ Human herpes virus 7 (HHV-7) น่าจะเป็นสาเหตุของโรคนี้ แต่จากการตรวจทางกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนยังไม่พบอนุภาคของไวรัสที่คล้าย Herpesvirus เป็นที่น่าสนใจว่าไข้ออกผื่นในเด็กที่ชื่อ Roseola infantum (ไข้หัดกุหลาบ) ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ มีไข้ก่อนมา 3 วัน พอไข้ลง จะมีผื่นขึ้น ก็มีรายงานว่าเกิดจาก Human herpes- virus 6 (HHV-6).

นอกจากนี้ก็พบว่ายาบางขนานทำให้เกิดโรค PR ได้ (drug-induced PR) ที่เคยมีรายงาน เช่น bismuth, barbiturates, captopril, gold, organic mercurials, methoxypromazine,



metronidazole, D-penicillamine, isotretinoin, tripeleminamine hydrochloride, ketotifen, salvarsan, levamisole, ketotifen, clonidine, aspirin, omeprazole, terbinafine และ imatinib mesylate แม้แต่ วัคซีน BCG และ diphtheria ก็เคยมีรายงานว่าทำให้เกิดผื่นคล้ายโรค PR

พบว่าผู้ป่วยโรค PR มีโอกาสเป็น โรคภูมิแพ้ (Atopy) โรคเซ็บเดิร์ม (Seborrheic dermatitis) โรคผิวหนัง และรังแค สูงกว่าคนทั่วไป และพบว่ามักมีการกำเริบของผื่นมากขึ้นในผู้ที่มีความเครียดสูง

### 2.1.2 ลักษณะของผื่นกุหลาบ

พบอาการนำมาก่อน (Prodromal symptoms) ผื่นขึ้น ได้แก่ อาการเหนื่อย เมื่อยล้า คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ไข้ ปวดข้อ คลำพบต่อมน้ำเหลืองโต และ ปวดศีรษะ ร้อยละ 8-20 ของผู้ป่วย PR อาจมีประวัติโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนนำมาก่อน โดยแพทย์ต้องตรวจร่างกายเพิ่มเติม และพิจารณาลักษณะของผื่นอย่างละเอียด เพื่อวินิจฉัย และรักษาตามการดำเนินโรคที่แตกต่างกัน อาการเหล่านี้อาจนำมาก่อนการเกิดของ Primary lesion ร้อยละ 75 ของผู้ป่วย มักมีอาการคัน ซึ่งร้อยละ 25 อาจคันรุนแรง

PR คือโรคที่ผู้ป่วยมีผื่นอักเสบเป็นสีชมพูเหมือนดอกกุหลาบขึ้นตามผิวหนัง ประมาณ 3 เดือน หรือ 100 วัน (บางครั้งเรียกผื่น 100 วัน) และผื่นจะจางหายไปเอง เป็นโรคไม่ทำให้เสียชีวิต แต่กลับมาเป็นซ้ำได้ โดยพบว่ามีอาการกลับเป็นซ้ำได้น้อยมาก โดยผู้ป่วยจะกังวลกับผื่นผิวหนังตามบริเวณต่าง ๆ ทำให้มีปัญหาในการเข้าสังคมได้ โดยโรคผิวหนังชนิดนี้ส่วนมากพบในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ที่มีอายุประมาณ 15-40 ปี มีรายงานการเกิดโรคนี้ในเด็กและผู้สูงอายุได้เช่นกันแต่พบได้น้อย

Primary lesion (Herald patch หรือ mother patch) หรือ ผื่นปฐมภูมิ เป็นผื่นเดี่ยว ขนาดใหญ่ และเกิดขึ้นก่อนที่จะมีผื่นอื่น ๆ มักมีผื่นเดี่ยว ปรางูลักษณะเป็นผื่นกลมหรือวงรี มักมีขุยที่ขอบ (collarette scale) โดยบริเวณกลางผื่นมีลักษณะเป็นผื่นย่นสีส้ม (wrinkled, salmon colored) และบริเวณด้านนอกมีสีแดงเข้ม จะพบบริเวณลำตัวหรือบริเวณที่ไม่ถูกแดด (ภาพที่ 2.1) (โรคผิวหนังในเวชปฏิบัติทั่วไป, สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย, น.พ. กฤษฏา ดวงอุไร, 2532)

Secondary lesions (Daughter patches) หรือ ผื่นทุติยภูมิ ที่เรียกว่าตุ่มลูก ๆ เพราะว่ามีลักษณะหน้าตาเหมือนผื่นแม่ทุกประการผื่นกันเพียงแต่ว่ามีขนาดเล็กกว่าเท่านั้น และมีจำนวนมากกว่ามักเกิดหลังผื่นแม่ประมาณ 2-10 วัน และมีการกระจาย (distribution) ที่มีลักษณะเฉพาะคือผื่นเหล่านี้เรียงตัวตาม skin cleavage line กล่าวคือด้านยาวของผื่นเรียงตาม Skin cleavage line ทำให้ผื่นบริเวณลำตัวมีรูปร่างเหมือนต้นคริสต์มาส (ภาพที่ 2.3) โดยมีการกระจาย 2 ข้างของร่างกายเท่า ๆ กัน มักกระจายตามลำตัวและส่วนที่ติดกับลำตัว คือ ลำคอ ต้นแขน ต้นขา ท้องหน้าอก และหลัง (ภาพที่ 2.2) ผื่นเหล่านี้ขอบเป็นบริเวณที่ไม่ค่อยโดนแสงแดด บางคนจึงกล่าวว่า

อยู่บริเวณที่ใส่เสื้อแขนสั้นและกางเกงขาสั้น นอกจากนี้ยังพบ Nonscaling papule ปะปนไปด้วย Secondary lesions เหล่านี้ มักมีอายุประมาณ 2-10สัปดาห์จึงหายไปเอง ผื่นพวกนี้มักมีอาการคันไม่มากนักนี้ทำให้แยกได้คร่าว ๆ จาก eczema เพราะ ถ้าเป็น eczema มีผื่นหนาแน่นขนาดนี้ควรมีอาการคันมาก (ผู้ป่วย PR มีเพียง 25% ที่อาจมีอาการคันมากได้) (กฤษฎา ดวงอุไร,2532)



ภาพที่ 2.1 ลักษณะการออกผื่น Primary lesion

ที่มา: Thai Health on September 11, 2018



ภาพที่ 2.2 ลักษณะการออกผื่น Secondary lesions

ที่มา: Thai Health on September 11, 2018

ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรค PR จะมีลักษณะของโรคที่ไม่เหมือนปกติ เรียกว่า atypical PR อาจ มีลักษณะคือ ไม่พบ Primary lesion หรือผื่น Primary lesion ปะปนไปกับผื่น Secondary lesions จนสังเกตไม่เห็น ในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีอาจพบการกระจายของผื่นแบบเดียว กันนี้แต่รอยโรคเป็นปื้นนูนขนาดเล็ก (papular PR) นอกจากนั้นยังพบ papular PR ในสตรีมีครรภ์ และ คนดำ ในเด็กอาจพบการกระจายของผื่นตามใบหน้าและแขนขา, บางรายอาจมีผื่นที่ซอกรักแร้และขาหนีบ (ภาพที่ 2.4) ลักษณะของผื่นแบบอื่น ๆ มีดังนี้ (Thai Health on September 11, 2018)

1. ผื่นอาจมีขนาดใหญ่ (PR gigantea), ผื่นที่มีขนาดใหญ่มักมีจำนวนน้อยและอาจรวมตัวกัน (pityriasis circinata et marginata of Vidal),
2. ผื่นมีลักษณะคล้ายลมพิษ (PR urticata)
3. ผื่นมีลักษณะเป็นตุ่มน้ำ (ภาพที่ 6)
4. ผื่นมีลักษณะเป็นตุ่มหนอง (pustular PR)
5. เป็นจ้ำเลือด (purpuric PR)
6. ผื่นคล้ายโรค erythema multiforme, อาจพบผื่นเป็นซีกเดียวของร่างกาย (unilateral variant).



ภาพที่ 2.3 ลักษณะการออกผื่นที่มีการกระจายตัวแบบ Christmas Tree Rash

ที่มา: <https://www.skatedcweekend.info/admirable-figure-of-christmas-tree-rash-on-back/christmas-tree-rash-on-back-admirably-pityriasis-rosea-chest-photos-yoga-images-hd-teapots/>



ภาพที่ 2.4 ลักษณะการออกผื่น ที่ซอกรักแร้และการกระจายของผื่นตามใบหน้าและลำคอ

ที่มา: <https://minhhai2d.blogspot.com/search/label/Pityriasis%20Rosea>

โรค PR ชนิดที่เกิดจากยา (drug induced PR) พบได้บ่อยว่าไม่มี Primary lesion นำมาก่อนและมักมีการดำเนินโรคนานกว่า ยังพบโรค PR ที่มีผื่นเฉพาะที่ฝ่ามือฝ่าเท้า (ภาพที่ 7) ทำให้ยิ่งดูคล้ายซิฟิลิสระยะที่สอง ในรายที่มีอาการคันมาก พบว่ารอยโรคอาจเปลี่ยนแปลงทำให้ดูคล้ายผื่นหนังอักเสบชนิด eczema. พบรอยโรคในช่องปากได้ อาจมีลักษณะเป็นปื้นนูนแดง (erythematous plaques) จุดเลือดออก (hemorrhagic puncta) และแผลในปาก

เมื่อผื่นหายอาจพบการเปลี่ยนแปลงของสีผิวหนังเป็นรอยขาว (hypopigmentation) หรือรอยคล้ำดำ (hyperpigmentation) ในผู้ป่วยที่มีผิวสีเข้มมักพบการเปลี่ยนสีผิวเป็นรอยคล้ำดำ ผู้ป่วยโรค PR ที่มีผื่นนานกว่า 3 เดือนอาจเป็นโรค Pityriasis lichenoides chronica

เบื้องต้นหากแพทย์ยังไม่สามารถวิเคราะห์โรคได้ แพทย์จำเป็นต้องคัดชั้นเนื้อบริเวณผื่น เพื่อการตรวจทางพยาธิวิทยาสำหรับยืนยันการวินิจฉัยโรคที่แน่ชัดอีกครั้ง

### 2.1.3 ปัจจัยเสี่ยงและการติดต่อของโรค

เด็กวัยรุ่นและคนหนุ่มสาวจะมีโอกาสเป็นโรคผื่นนี้มากกว่าวัยอื่น ๆ หากเกิดโรค PR ขณะตั้งครรภ์ มีรายงานพบว่า จะคลอดก่อนกำหนดเมื่อผู้ป่วยตั้งครรภ์ไม่เกิน 15 สัปดาห์

แม้ผู้ป่วยจะเกิดโรค PR ขึ้นกระจายเต็มทั้งตัว แต่ไม่มีการติดต่อกับผู้อื่นแต่อย่างใด ทั้งจากการสัมผัส ดื่มน้ำ และหายใจร่วมกัน

### 2.1.4 การวินิจฉัยแยกโรค

ลักษณะทางคลินิกเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการวินิจฉัยโรคนี้ ไม่มีโรคใดเลยที่จะมี Primary lesion และตามด้วย secondary papules และ patches เหมือน PR (กฤษฎา ดวงอุไร, 2532)

1. Herald patch ต้องแยกออกจาก tinea corporis โดยการทำให้ KOHpreparation
2. Secondary syphilis ผู้ป่วยทุกรายควรเจาะเลือดตรวจ VDRL
3. Drug eruption
4. Guttate psoriasis
5. Viral exanthema
6. Dermatophytosis
7. Eczema
8. Psoriasis (มี Auspitz sign หรือ เมื่อลอกขุยออกจะมีจุดเลือดออก)
9. Seborrheic dermatitis (มีผื่น Seborrheic ที่อื่น)

### 2.1.5 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ไม่มีการทดสอบจากเลือด (blood test) ที่ใช้วินิจฉัยโรคนี้ได้ อย่างไรก็ตามโรค PR อาจมีผื่น คล้ายผื่นของโรคซิฟิลิส ระยะที่ 2 (secondary syphilis) จึงควรเจาะเลือดตรวจ VDRL หรือ RPR ควรระวังผลลบตวง (false negative) จาก prozone phenomenon พิจารณาส่งตรวจ HIV ตามความเหมาะสม. อาจทำการขูดผิวหนังแล้วหยด KOH เพื่อดูเชื้อรา ใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคติดเชื้อราที่ผิวหนังออกจากผื่น Primary lesion (ประวิตร พิศาลบุตร, 2552)

### 2.1.6 การตรวจทางจุลพยาธิวิทยา

การตัดชิ้นเนื้อจากผิวหนังส่งตรวจ (skin biopsy) เพื่อส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยาอาจช่วยในการวินิจฉัยโรค PR โดยเฉพาะใน atypical PR แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางจุลพยาธิวิทยาของโรคนี้จะไม่มิลักษณะเฉพาะ แต่ก็สามารถช่วยวินิจฉัยแยกโรคอื่นออกไปได้. ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของโรค PR คือ superficial perivascular dermatitis พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของชิ้นเนื้อที่ส่งตรวจจะพบเซลล์ผิวหนังที่มี dyskeratotic degeneration พบว่าผิวหนังชั้น granular cell layer มีขนาดเล็กลงหรือหายไป พบ acanthosis และ spongiosis ได้เล็กน้อย พบ superficial perivascular infiltration ด้วยเซลล์ lymphocytes, histiocytes และ eosinophils (พบได้น้อย) พบ extravasated red blood cells ในชั้นหนังแท้ส่วนบนและชั้นหนังกำพร้า (ประวิตร พิศาลบุตร, 2552)

### 2.1.7 การรักษา

ควรยืนยันให้ผู้ป่วยแน่ใจว่าโรคนี้จะทุเลาลงไปได้เอง ไม่มีการรักษาที่เฉพาะ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการถูน้ำที่มีอุณหภูมิร้อนจัด หรือ เย็นจัด การมีเหงื่อออกและการสัมผัสสบู่ เพราะมักทำให้ผิวหนังระคายเคืองและโรคมีอาการกำเริบ อาจใช้ยาทา เพื่อ ลดอาการคัน ในกรณีที่เป็นมาก หรือเป็นทั่วตัว อาจพิจารณาให้ สเตียรอยด์ ในรูปยาทาหรือยากิน การฉายรังสียูวี อาจช่วยให้โรค PR หายเร็วขึ้น แต่วิธีนี้มีข้อเสีย คือ มักเกิดผื่นรอยดำหลังการอักเสบ (postinflammatory pigmentation) ตามมา (ประวิตร พิศาลบุตร, 2552)

#### ตัวยาที่ใช้รักษาโรคPR คือ

1. ยากลุ่มสเตียรอยด์ ในรูปยากิน คือ prednisone หรือ prednisolone ขนาดยา 5-60 มก./วัน วันละครึ่ง หรือแบ่งขนาดยาเป็นวันละ 2-4 ครั้ง เมื่ออาการดีขึ้นให้ลดขนาดยา (taper) จนหมดในช่วงระยะเวลา นานกว่า 2 สัปดาห์ ในเด็กให้ขนาดยา 4-5 มก./พื้นที่ ร่างกายเป็นตารางเมตร/วัน หรือ 0.05-2 มก./กก. แบ่งเป็นวันละ 2-4 ครั้ง ลดยาจนหมดในช่วงเวลานานกว่า 2 สัปดาห์ เช่นกัน ต้องระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาขนาดนี้ ในหญิงมีครรภ์จัดว่ายาขนาดนี้เป็น pregnancy category B (ไม่มีความเสี่ยงต่อตัวอ่อนในสัตว์ทดลอง แต่ยังไม่แสดงผลรูปในคน) อย่างไรก็ตาม บางรายงานไม่แนะนำให้สเตียรอยด์ ในรูปยากินเพราะถึงจะระงับอาการคันได้ผลดี แต่พบว่าไม่

ทำให้ระยะเวลาดำเนินโรคลดลง และยังอาจทำให้การดำเนินโรคนานขึ้นและกำเริบขึ้น ส่วนในรูปยาทา เช่น hydrocortisone ใช้ทาบริเวณที่เป็นวันละ 2-4 ครั้ง ใช้เหมือนกันทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ถ้าทาเป็นบริเวณกว้างมากต้องระวังผลแทรกซ้อนเช่นเดียวกับในรูปยากินคือจัดเป็น pregnancy category B เช่นกัน

2. ยากลุ่มปฏิชีวนะ ในรูปยากิน คือ erythromycin ขนาดยาในผู้ใหญ่ 250 มก. ทุก 6 ชั่วโมง (ให้ 1 ชั่วโมงก่อนอาหาร) หรือ 500 มก. ทุก 12 ชั่วโมง ในเด็กให้ขนาดยา 30-50 มก./กก./วัน แบ่งให้ทุก 6-8 ชั่วโมง ยาตัวนี้เป็น pregnancy category B เช่นกัน

3. ยากลุ่มต้านไวรัส ในรูปยากิน คือ acyclovir ขนาดยาในผู้ใหญ่ 800 มก. วันละ 5 ครั้ง ในเด็กขนาดยา 10-20 มก./กก ทุก 6 ชั่วโมง นาน 5-10 วัน เป็น pregnancy category B เช่นกัน.

4. การฉายแสง การฉายรังสียูวีบี (UV-B light therapy) อาจลดอาการคันได้ แต่ก็มีรายงานแย้งว่าการฉายรังสียูวีบีไม่ช่วยลดอาการคัน เพียงแค่ลดความรุนแรงของโรค และยังอาจทำให้เกิดรอยคล้ำ (postinflammatory pigmentation) ตามมา (ประวีตร พิศาลบุตร, 2552)

### 2.1.8 การให้สุขศึกษาผู้ป่วย

ควรอธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองเข้าใจว่าโรคนี้มักมีการดำเนินโรคอยู่นานยาว 6 สัปดาห์ คือหลังมีผื่น primary lesion จะมีผื่น secondary lesions ตามมา และมีผื่น secondary lesions ขึ้นหมดในช่วง 2 สัปดาห์แรก และผื่นเหล่านี้จะคงอยู่นานยาว 2 สัปดาห์ และจะค่อย ๆ จางจนหมดไปในช่วง 2 สัปดาห์สุดท้าย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายอาจมีผื่นอยู่นานถึง 3-4 เดือนหรือนานกว่านี้ (ประวีตร พิศาลบุตร, 2552)

### 2.1.9 การดูแลตนเองเมื่อเป็นโรค PR

ผู้ป่วยควรพักผ่อนให้เพียงพอ และไม่เครียดจนเกินไป จะทำให้ผื่นหายเร็วขึ้นได้ ห้ามอาบน้ำที่มีอุณหภูมิที่สูงจนเกินไป เช่น น้ำอุ่นจัดหรือร้อนจัด เพราะจะทำให้ผื่นเห่อขึ้นมาได้

## 2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### การกลับมาเป็นซ้ำของโรคผื่นกุหลาบ (pityriasis rosea)

เพื่อประเมินความชุกของโรค (prevalence) ของโรคผื่นกุหลาบที่กลับมาเป็นซ้ำ โดยเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) ได้ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคผื่นกุหลาบ ในเมืองเจนัว ประเทศอิตาลี ระหว่างปี 2000- 2013 และติดตามจนถึงธันวาคม 2014 จากผู้ป่วยทั้งหมด 570 ราย มี 21 ราย (3.7%) ที่กลับมาเป็นโรคซ้ำอีก ส่วนใหญ่กลับมาเป็นอีก 1 ครั้ง โดย มี 4 ราย และได้กลับมาเป็นซ้ำอีก 2 ครั้ง และมี 2 รายที่กลับมาเป็นโรคอีก 3 ครั้ง โดยพบว่าลักษณะการกลับมาเป็นโรคซ้ำ จะไม่พบผื่นปฐมภูมิ ขนาดและจำนวนรอยโรค (lesions)

จะลดลงและระยะเวลาที่เป็นโรคซ้ำจะสั้นกว่าตอนที่เป็นโรคครั้งแรก อาการที่พบร่วมอื่น ๆ (Constitutional symptoms) จะรุนแรงน้อยกว่าตอนที่เป็นโรคครั้งแรก พบว่าส่วนใหญ่จะกลับมาเป็นซ้ำภายใน 1 ปี (16/21, 76.2%) เพศชายเป็นซ้ำมากกว่าเพศหญิง และอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่กลับมาเป็นซ้ำคือ (20.3 ปี) ซึ่งค่าเฉลี่ยอายุนี้สูงกว่าในกรณีที่ป่วยเป็นโรคครั้งแรก จากข้อมูลดังกล่าว จึงมีสมมติฐานเกี่ยวกับการก่อโรค (pathogenetic hypothesis) ได้ว่า: โรคผื่นกุหลาบเกี่ยวข้องกับกำเริบ (reactivation) ของเชื้อ HHV6/7 ซึ่งเทียบเคียงกับการกำเริบซ้ำของ HPV (Varicella-zoster virus) และ (Epstein-Barr virus) (Drago F et al.,2014)

### **การศึกษาระบาดวิทยาของโรคผื่นกุหลาบ (Pityriasis rosea) ในแคว้น Eastern Anatolia**

จุดประสงค์ในการศึกษานี้ เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคผื่นกุหลาบในแคว้น Eastern Anatolia ประเทศตุรกี การศึกษานี้ ตั้งแต่ปี 1992–1995 โดย พบผู้ป่วยจำนวน 391 ราย (เพศหญิง จำนวน 214 ราย และเพศชาย จำนวน 177 ราย) พบว่าค่าเฉลี่ยอุบัติการณ์รายปี (annual incidence) คือ 0.75 ต่อ 100 คน ของผู้ป่วยโรคผิวหนัง (เฉพาะผู้ป่วยนอก) มีรายงานว่า พบในเพศหญิงมีมากกว่าเล็กน้อย 1.2: 1.0 ในจำนวน 87 ราย มีอายุระหว่าง 10 – 39 ปี โดยพบมากในกลุ่มอายุ 20–29 ปี และ พบอุบัติการณ์ของโรคสูงกว่าในฤดูฝนและฤดูหิมะ ไม่มีการลดลงของอุบัติการณ์ในแต่ละปีที่ผ่านมา โดยการเปลี่ยนแปลงอุบัติการณ์ปีต่อปีพบได้ไม่มาก แต่ก็มีนัยสำคัญทางสถิติ (Harman et al.,1998)

### **การทบทวนโรคผื่นกุหลาบ เป็นระยะเวลา 1 ปี ที่ ศูนย์ผิวหนังแห่งชาติ สิงคโปร์ (the National Skin Centre, Singapore)**

โรคผื่นกุหลาบ เป็นโรคในกลุ่ม papulosquamous eruption ที่พบบ่อย มีลักษณะเฉียบพลัน สามารถหายได้ด้วยตัวเอง สาเหตุการจากเชื้อไวรัส การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายรายละเอียดของโรคผื่นกุหลาบ ที่ศูนย์ผิวหนังในประเทศสิงคโปร์ โดยทำการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง (Retrospective chart review) ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคผื่นกุหลาบ ในระหว่างปี 1996 จากจำนวนพบผู้ป่วยทั้งหมด 368 ราย มีอายุระหว่าง 9 เดือน - 82 ปี ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปีจะพบจำนวนมาก พบในเพศชายมากกว่าเล็กน้อย (1.2:1) อุบัติการณ์ทางคลินิกคือ 6.5 ต่อ 1000 คน ไม่พบว่าการเกิดโรคเกี่ยวข้องกับชนชาติ และพบโรคตลอดทั้งปี ประมาณหนึ่งในสี่ของผู้ป่วยให้ประวัติของการติดเชื้อไวรัสในช่วงสั้น ๆ ก่อนหรือระหว่างการเกิดผื่น ส่วนใหญ่ในเคสปกติ (Truncal distribution) จะมีลักษณะผื่นกระจายอยู่บริเวณลำตัว พบผื่นปื้นกลม ในผู้ป่วย 63 ราย (17%) Inverse distribution ส่วนใหญ่กระจายตามปลายแขนหรือขา มีจำนวน 22 ราย (6%) และพบรอยโรค eczematized lesions จำนวน 20 ราย (5.4%) จากการวินิจฉัยแยกโรค



มี 2 โรคหลักคือ โรคกลาก และโรคซิฟิลิสระยะที่สอง โดย ผู้ป่วย 58 ราย รับการขูดหาเชื้อรา (fungal scrape) และในผู้ป่วย 59 ราย ตรวจ RPR (Rapid Plasma Reagins Test) ได้ผลเป็นลบทั้งหมด (negative) เป็นการรักษาตามอาการร่วมกับการใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดทา และยาด้านฮีสตามีน ผู้ป่วย 30 ราย (8%) ได้รับประทานยาเพรดนิโซโลน (Prednisolone) สำหรับผื่นที่ขึ้นมาก (extensive eruptions) รูปแบบของการเกิดโรคผื่นกุหลาบ ในประเทศสิงคโปร์มีความคล้ายคลึงกับประเทศอื่น ๆ ยกเว้น ในประเทศสิงคโปร์พบในเพศชายมากกว่าและไม่พบความแตกต่างในแต่ละเดือน (monthly variation) ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษา พบว่าผู้ที่อายุมากกว่าจะพบว่าอุบัติการณ์ที่ต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยชาวแอฟริกัน (*Ann Acad Med Singapore* ,1999)

#### การศึกษาระบาดวิทยาคลินิก ของโรคผื่นกุหลาบ (Pityriasis rosea) ในอินเดียตอนใต้

โรคผื่นกุหลาบ เป็นโรคในกลุ่ม papulosquamous skin disorder มีลักษณะเฉียบพลันสามารถหายได้ด้วยตัวเอง แม้ว่าโรคผื่นกุหลาบ นี้เป็นโรคผิวหนังที่พบได้บ่อย แต่ข้อมูลเกี่ยวกับระบาดวิทยาของโรคในประเทศอินเดียมีน้อย เนื่องจากมีการศึกษาไม่เพียงพอ อุบัติการณ์และการเป็นโรคของผื่นกุหลาบแตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาค วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อศึกษารูปแบบการแสดงออกทางคลินิกต่าง ๆ ของโรคและปัจจัยทางระบาดวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรค โดยทำการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ในรูปแบบการระบาดวิทยาทางคลินิก (clinic epidemiologic) ของโรคผื่นกุหลาบ โดยทำการบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับการเกิดของโรค ได้แก่ ระยะเวลาการเกิดโรค วิวัฒนาการ ระยะเวลา อาการ ลักษณะอาการอื่น ๆ (systemic features) การกลับเป็นซ้ำ ประวัติการติดต่อและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่นสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ประวัติการรับประทานยา และการใช้เสื้อผ้าใหม่คู่ไปกับข้อมูลทาง เป็นไปตามลักษณะข้อมูลทางระบาดวิทยาที่เคยบันทึกไว้ พบว่าผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 3-47 ปี (เฉลี่ย 20.32 ปี) พบอุบัติการณ์ของโรคผื่นกุหลาบ สูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 11-20 ปี ตามมาด้วยกลุ่มผู้ป่วยอายุ 21-30 ปีและพบในเพศชายมากกว่า ไม่มีความแตกต่างของการเป็นโรคในระหว่างฤดู โดยพบว่า 23% ของผู้ป่วย มีประวัติการสวมใส่เสื้อผ้าใหม่หรือเก่าที่ไม่ผ่านการซักล้าง เป็นตัวกระตุ้นให้ระยะเวลาการเป็นยาวนานขึ้น ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มมีผื่นจนถึงระยะเวลาที่พบแพทย์ คือ 14.45 วัน มีอาการคันได้บ่อยถึง 70% พบผู้ป่วย 67 ราย ในผู้ป่วยทั้งหมด 73 รายมีผื่นปฐมภูมิ ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นไปตามรูปแบบทั่วไปการเกิดโรคผื่นกุหลาบ (classical pattern) (*Ganguly S et al.,2013*)

**ปฏิทินโรคผื่นกุหลาบ : 7 ปีในการทบทวน ของความแตกต่างการเป็นโรคในแต่ละฤดู และ การกระจายตามอายุและเพศ**

**ความเป็นมา:**

สาเหตุที่ได้รับการยอมรับ มากที่สุดของโรคผื่นกุหลาบ (aetiologic factor) คือ การติดเชื้อไวรัสและการผันแปรตามฤดูกาลของโรค (Seasonal Variation) คือ เป็นการ intolerance ของยาแอมพิซิลลิน (ampicillin); การเป็นซ้ำของโรคที่เกิดขึ้นได้ยาก (rarity of second attack) บางครั้งเกิดการระบาดในครัวเรือนเดียวกันเป็นครั้งคราว; และการตอบสนองต่อยาอะไซโคลเวียร์ (Acyclovir) ในช่วงระยะเริ่มต้นของการเกิดผื่น

**วัตถุประสงค์ :**

เป็นการทบทวนรูปแบบการผันแปรตามฤดูกาล (Seasonal Variation) อายุและเพศของผู้ป่วยโรคผื่นกุหลาบ ที่คลินิกผู้ป่วยนอกแผนกโรคผิวหนังของโรงเรียนแพทย์ลากอส (Clinic of the Lagos University Teaching Hospital; LUTH) ระหว่างเดือนมกราคม ปี 2000 - ธันวาคม ปี 2006

**ระเบียบวิธีวิจัย :**

ข้อมูลนี้ได้จากบันทึกเวชระเบียนและแบบบันทึกของผู้ป่วย ซึ่งการวินิจฉัยโรคผื่นกุหลาบนี้ วินิจฉัยจาก อาหารทางคลินิก โดยอาศัยประวัติโดยทั่วไป (typical history) การพบผื่นปฐมภูมิ (indentification of the herald patch) และ ลักษณะการกระจายตัวของผื่นแบบ (Christmas Tree Distribution)

**ผลการศึกษา:**

ในระหว่างการศึกษา พบผู้ป่วย ได้รับการวินิจฉัย โรคผื่นกุหลาบจำนวน 427 ราย (3.7%) จากจำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด 11,535 ราย พบว่าระหว่างการศึกษาวินิจฉัย ในเดือนตุลาคมมีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด (49 ราย--11.5%); ตามมาด้วยเดือนสิงหาคม (48 ราย--11.2%) มีนาคม (46 ราย--10.8%) และกันยายน (40 ราย--9.4%). ส่วนในเดือนมกราคม พบจำนวนผู้ป่วยโรคผื่นกุหลาบ น้อยที่สุด (21 ราย--4.9%) และเดือนกุมภาพันธ์ (23 ราย--5.4%) โรคผื่นกุหลาบพบมากในผู้ที่อายุระหว่าง 10 - 29 ปี (255 ราย--59.7%) อัตราส่วนระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงอยู่ที่ 1: 1.55

**บทสรุป:**

โรคผื่นกุหลาบ เป็นโรคที่เกิดในฤดูฝน ส่วนใหญ่พบในวัยรุ่นและผู้ใหญ่วัยหนุ่มสาว ซึ่งมักพบในเพศหญิง (Nig Q J Hosp Med., 2010)

## บทที่ 3

### ระเบียบวิธีวิจัย

#### 3.1 ประชากรและตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ข้อมูลจากเวชระเบียนของ ผู้เข้ารับบริการการรักษาโรคผื่นกุหลาบ ตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2561 รวมเป็นระยะเวลา 3 ปี

#### 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.1 แบบบันทึกข้อมูล สร้างโดยผู้วิจัย และผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลเอง

3.2.2 วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ แสดงข้อมูลเป็น ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

#### 3.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3.1 กำหนดปัญหา/วัตถุประสงค์/กลุ่มประชากรศึกษา/ตัวแปรที่ศึกษา

3.3.2 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย ผู้วิจัยส่งจดหมายและรายละเอียดอื่นๆ แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลดำเนินการ โดยผู้วิจัยเท่านั้น โดยเก็บข้อมูลผ่านแบบบันทึกข้อมูลงานวิจัย

3.3.3 เก็บบันทึกข้อมูลตามรูปแบบของแบบสอบถามที่กำหนดไว้ โดยเก็บข้อมูลคนไข้ทุกรายที่เข้ารับการรักษาโรค Pityriasis rosea ในทุกแผนก

3.3.4 นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดแจกแจงตามหลังสถิติ รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ รวมกับข้อมูลเชิงพรรณนาอื่น ๆ

3.3.5 สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

#### 3.4 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนการหาความชุกของโรคผื่นกุหลาบ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการคำนวณเลขคณิตตามหลักวิธีคิดทางระบาดวิทยา

## บทที่ 4

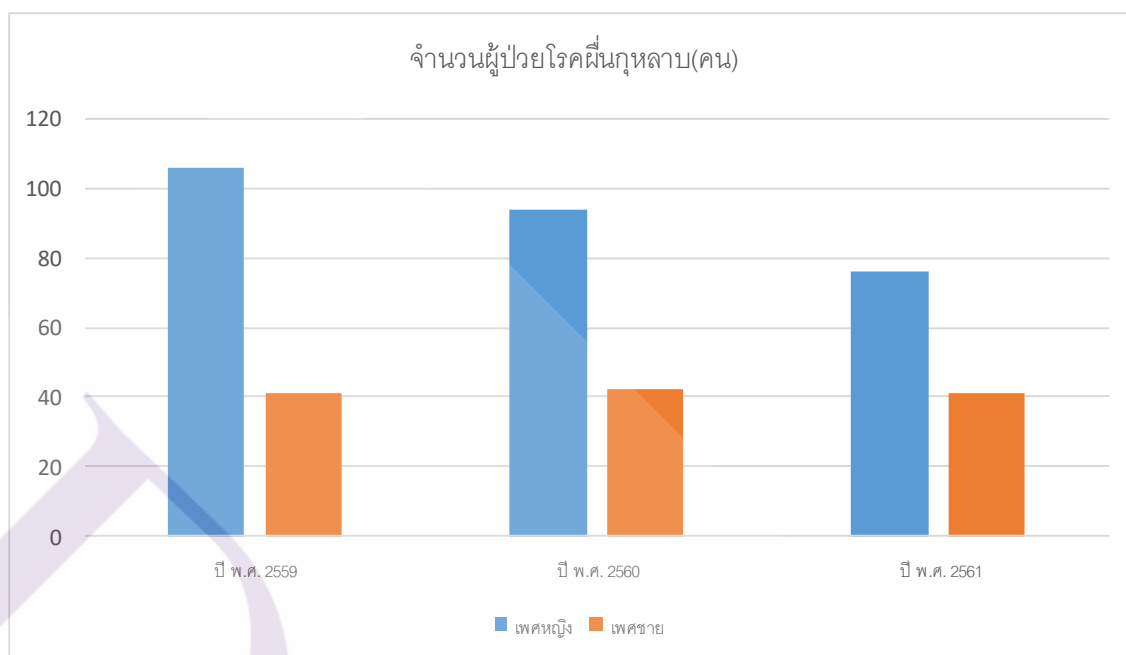
### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรค ผื่นกุหลาบในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคผื่นกุหลาบในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 400 ราย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559 – 2561 โดยทำการรวบรวมข้อมูลเพศ อายุ แผนก เดือน ฤดู ที่เข้ารับบริการและระยะเวลาในการรักษา ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และทำการเปรียบเทียบข้อมูลในแต่ละปี แสดงผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559 – 2561

	ปี 2559 (%)	ปี 2560 (%)	ปี 2561 (%)	3 ปี
จำนวน	147	136	117	400
เพศ				
หญิง	106 (72.1)	94 (69.1)	76 (65.0)	276 (69.0)
ชาย	41 (27.9)	42 (30.9)	41 (35.0)	124 (31.0)
อัตราส่วน หญิง:ชาย	2.6:1	2.4:1	1.9:1	2.2:1

\*อักษรสีแดง แสดงค่าสูงสุดในแต่ละปี



ภาพที่ 4.1 จำนวนผู้ป่วยในแต่ละปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2561 โดยแยกตามเพศ

ตารางที่ 4.2 อัตราส่วนหญิงต่อชาย ในแต่ละงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อัตราส่วน	เพศหญิง	เพศชาย
<b>งานวิจัย</b>	2.2	1
Ayanlowo O, 2010	1.6	1
Fitzpatrick's ,2011	1.5	1
Antonio Chuh et a, 2011	1.43	1
Yusuf S.M. et al ,2018	1.4	1
Tay and Goh, 1999	1.2	1
Harman et al, 1998)	1.2	1

จากตารางที่ 4.1 และแผนภูมิภาพที่ 4.1 ผลการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคผื่นกุหลาบ พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 – 2561 มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคผื่นกุหลาบจำนวนทั้งสิ้น 400 ราย มีจำนวนผู้ป่วย 147 136 และ 117 ราย ตามลำดับ เป็นเพศชายและ เพศหญิง

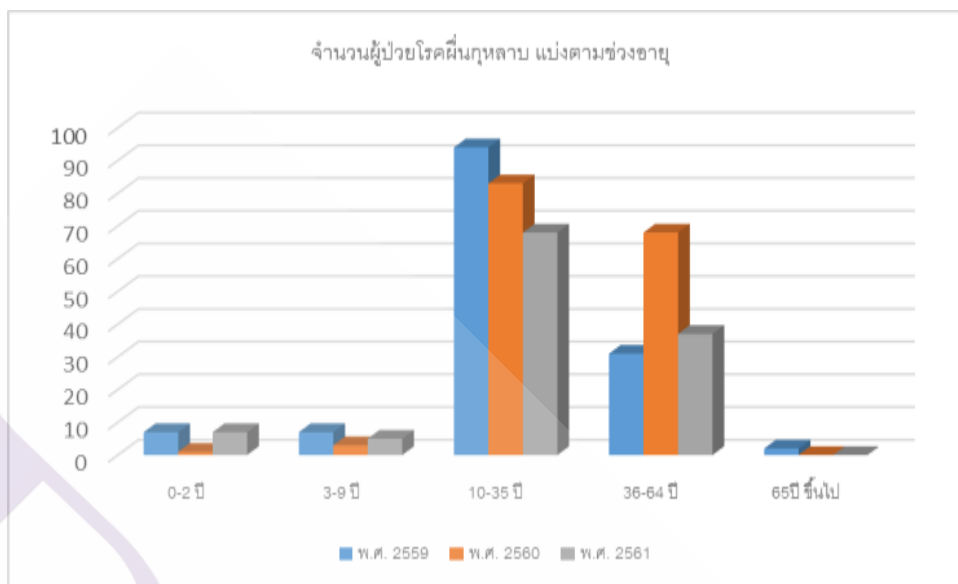
จำนวน 106 และ 41 ราย, 94 และ 42 ราย และ 76 และ 41 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราส่วนหญิง:ชาย 2.6:1, 2.4:1 และ 1.9:1 ตามลำดับ รวมทั้ง 3 ปี มีเป็นอัตราส่วนหญิงต่อชายเท่ากับ 2.2 : 1

จากตารางที่ 4.2 เมื่อเปรียบเทียบการศึกษาของ Ayanlowo O. (2010) ตำราแพทย์ผิวหนัง Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine (Eight Edition, 2011) บทความวิจัยของ Antonio Chuh et al (2011) การศึกษาของ Yusuf S.M. et al (2018) การศึกษาของประเทศสิงคโปร์ Tay and Goh, 1999 และงานวิจัยของประเทศตุรกี (Harman et al, 1998) พบอัตราส่วนผู้ป่วยในเพศหญิงต่อเพศชายมากกว่าทั้งสิ้น โดยทุกการศึกษาเป็นไปตามทิศทางเดียวกัน เพียงแต่มีอัตราส่วนที่พบแตกต่างกัน

**ตารางที่ 4.3** ข้อมูลลักษณะอายุของผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 - 2561

	ปี 2559 (%)	ปี 2560 (%)	ปี 2561 (%)	3 ปี
<b>อายุ (ปี)</b>				
0-9 ปี	14 (9.6)	4 (2.9)	12 (10.3)	30 (7.4)
10-35ปี	94 (63.9)	83 (61.0)	68 (58.1)	245 (61.3)
>35 ปี	39 (26.5)	49 (36.1)	37 (31.6)	125 (31.3)
<b>ช่วงอายุตั้งแต่ 10 -35 ปี</b>				
10 – 15	9 (9.6)	3 (3.6)	4 (5.9)	16 (6.5)
16 – 20	10 (10.6)	4 (4.8)	5 (7.4)	19 (7.8)
21 – 25	18 (19.1)	18 (21.7)	24 (35.3)	60 (24.5)
26 – 30	31 (33.0)	34 (41.0)	18 (26.5)	83 (33.9)
31 - 35	26 (27.7)	24 (28.9)	17 (25.0)	67 (27.3)
<b>จำแนกตาม Fitzpatrick's</b>				
0 – 2 ปี	7 (4.8)	1 (0.7)	7 (6.0)	15 (3.7)
3 – 9 ปี	7 (4.8)	3 (2.2)	5 (4.3)	15 (3.7)
10 – 35 ปี	94 (63.9)	83 (61.0)	68 (58.1)	245 (61.3)
36 – 64 ปี	37 (25.1)	49 (36.0)	37 (31.6)	123 (31.0)
65 ปีขึ้นไป	2 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.3)

\*อักษรสีแดง แสดงค่าสูงสุดในแต่ละปี



ภาพที่ 4.2 จำนวนผู้ป่วยโรคผื่นกุหลาบ แบ่งตามช่วงอายุ ในแต่ละปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2561

จากตารางที่ 4.3 ผลการศึกษาพบจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดังแต่ปี พ.ศ. 2559 – พ.ศ. 2561 พบมากที่สุดในช่วงอายุ 10 – 35 ปี จำนวน 94 (63.9%) 83 (61.0%) และ 68(58.1%) ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 10ปี จำนวน 14 (9.6%) 4 (2.9%) และ 12 (10.3%) ตามลำดับ และผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 36 ปี จำนวน 39 (26.5%) 49 (36.1%) และ 37 (31.3%) ตามลำดับ เมื่อจำแนกช่วงอายุ 10 -35 ปี พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 26 – 30 ปี เฉพาะปี พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2560 จำนวน 31 (33%) และ 34 (34%) แต่ในปี พ.ศ. 2561 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21 – 25 ปี พบ 24 (35.3%) แต่ทั้ง 3 ปี พบผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 26 – 30 ปี จำนวน 83 ราย (33.9%) รองลงมาคือ 31 – 35 ปี จำนวน 67 ราย (27.3%) และ 21 – 25 ปี จำนวน 60 ราย (24.5%) ตามลำดับ โดยพบผู้ป่วยอายุน้อยที่สุด คือ 6 เดือน พบเพียงแค่ 2รายใน3 ปี และ อายุที่พบสูงสุดที่พบ คือ อายุ 72 ปี

จากการศึกษาตำรา Fitzpatrick's ระบุไว้ว่า อายุที่พบมากอยู่ในช่วงอายุ 10 – 35 ปี และมักพบได้น้อยในช่วงอายุที่น้อยกว่า 2 ปี และ อายุมากกว่า 65 ปี ตรงกับผลการศึกษา โดยที่พบผู้ป่วยในช่วงอายุ 10 – 35 ปี มากที่สุด พบผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 2ปี พบจำนวน 7 (4.8%), 1 (0.7%) และ 7 (6.0%) ตามลำดับ และ ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 65 ปี พบในเฉพาะปี พ.ศ. 2559 เพียง 2 ราย (0.3%) เท่านั้น โดยผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องตามบทความ โรคผื่นกุหลาบของ Truhan (1984) เช่นเดียวกัน เมื่อแบ่งจำแนกช่วงอายุแล้วพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 26 – 30 ปี ซึ่งเป็น

วิจัยทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดียของ Srirath Madappally Kambil (2018) ที่ผู้ป่วยโรคผิวหนังหลายส่วนใหญ่อยู่อายุ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.4

ตารางที่ 4.4 แสดงอัตราความชุก (ต่อประชากร 100,000 คน) ปี พ.ศ. 2559 – 2561

	ปี 2559(%)	ปี 2560(%)	ปี 2561(%)	3 ปี
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	572,663	585,264	596,004	1,753,931
จำนวนผู้ป่วย	147 (36.8)	136 (34.0)	117 (29.3)	400
อัตราความชุก (ต่อประชากร 100,000 คน)	25	23	19	22

จากตารางที่ 4.4 ผลการวิเคราะห์ความชุกต่อประชากร 100,000 คน ได้อัตราความชุก ดังนี้ 25, 23 และ 19 คน ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ และโดยเฉลี่ย 3 ปี มีอัตราความชุก เท่ากับ 22 คน

แต่ในตำรา Fitzpatrick's ระบุไว้เพียง อัตราอุบัติการณ์ เท่ากับ 158.9 ต่อประชากร 100,000 คน และมีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ Antonio Chuh (2005) ที่มีความอุบัติการณ์ เท่ากับ 172.2 ต่อประชากร 100,000 คน คิดเป็นร้อยละ 0.68 ของผู้ป่วยโรคทางผิวหนังทั้งหมด สำหรับการศึกษาศึกษาของประเทศสิงคโปร์พบว่า ความอุบัติการณ์ของโรคเท่ากับ 6.5 ต่อประชากร 1,000 คน (Tay and Goh, 1999) ซึ่งงานวิจัยนี้หาได้แค่ความชุกเท่านั้น จึงไม่สามารถเปรียบเทียบกับ ผลการวิจัยในครั้งนี้ได้

ตารางที่ 4.5 ข้อมูลการเข้ารับบริการรักษาของผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 – 2561

	ปี 2559 (%)	ปี 2560 (%)	ปี 2561 (%)	3 ปี
<b>แผนกที่เข้ารับบริการ</b>				
Dermatology	133 (90.5)	132 (97.0)	99 (84.6)	364 (91.0)
Pediatric	11 (7.5)	2 (1.5)	10 (8.5)	23 (5.7)
Allergic clinic	3 (2.0)	2 (1.5)	7 (6.0)	12 (3.0)
General clinic	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.9)	1 (0.3)

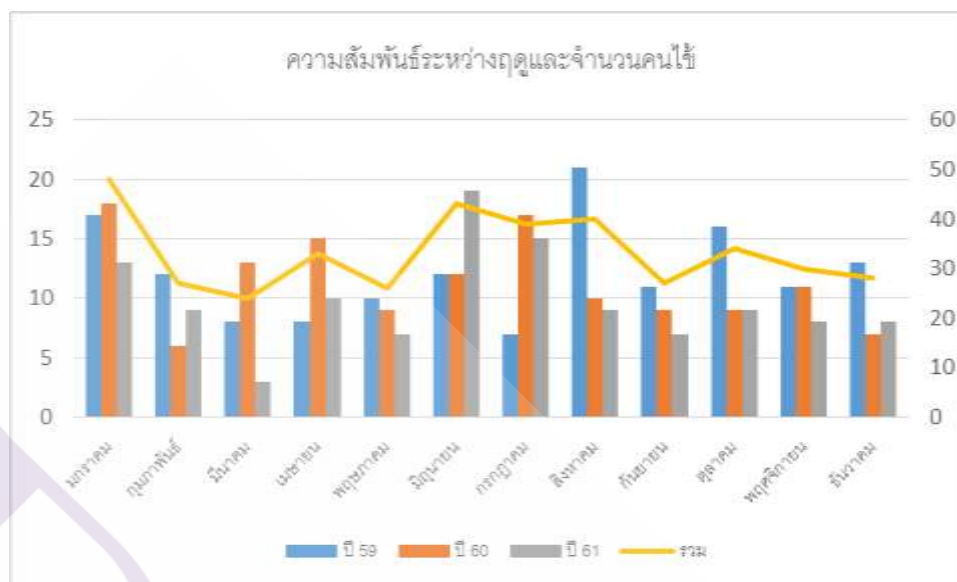
\*อักษรสีแดง แสดงค่าสูงสุดในแต่ละปี



จากตารางที่ 4.5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเข้ารับบริการรักษาของผู้ป่วยโรคผื่น  
 กุหลาบ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับบริการรักษาที่แผนกผิวหนัง จำนวน 133 ราย (90.5%) 132  
 ราย (97.0%) และ 99 ราย (84.6%)ตามลำดับ รองลงมาคือ Pediatric จำนวน 11 ราย (7.5%) 10 ราย  
 (8.5 %)และ 23 ราย (5.7%) และ Allergic clinic จำนวน 3 ราย (2.0%) 2 ราย (1.5%)และ 7 ราย  
 (6.0%) และ General clinic พบในปี พ.ศ. 2561 เพียง 1 ราย (0.9%) เท่านั้น จากทั้ง 3 ปีส่วนใหญ่เข้า  
 รับบริการรักษาที่แผนก Dermatology จำนวน 364 ราย (91.0%) รองลงมาคือ Pediatric Allergic  
 clinic จำนวน 12 ราย (3.0%) และแผนก General clinic จำนวนอย่างละ 1 ราย ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 ข้อมูลเดือนที่เข้ารับบริการรักษาของผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 – 2561

	ปี 2559 (%)	ปี 2560 (%)	ปี 2561 (%)	3 ปี
<b>เดือนที่เข้ารับบริการ</b>				
มกราคม	17 (11.6)	18 (13.2)	13 (11.1)	48 (12.0)
กุมภาพันธ์	12 (8.2)	6 (4.4)	9 (7.7)	27 (6.8)
มีนาคม	8 (5.4)	13 (9.6)	3 (2.6)	24 (6.0)
เมษายน	8 (5.4)	15 (11.0)	10 (8.5)	33 (8.3)
พฤษภาคม	10 (6.8)	8 (6.6)	7 (6.0)	26 (6.5)
มิถุนายน	12 (8.2)	12 (8.8)	19 (16.2)	43 (10.8)
กรกฎาคม	7 (4.8)	17 (12.5)	15 (12.8)	39 (9.8)
สิงหาคม	21 (14.3)	10 (7.4)	9 (7.7)	40 (10.0)
กันยายน	11 (7.5)	9 (6.6)	7 (6.0)	27 (6.8)
ตุลาคม	17 (10.9)	9 (6.6)	9 (7.7)	35 (8.5)
พฤศจิกายน	11 (7.5)	12 (8.1)	8 (6.8)	31 (7.5)
ธันวาคม	13 (8.8)	7 (5.1)	8 (6.8)	28 (7.0)



ภาพที่ 4.3 จำนวนผู้ป่วยในแต่ละเดือน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2561

จากตารางที่ 4.6 เดือนที่เข้ารับบริการมากที่สุด ในปี พ.ศ. 2559 คือ เดือนที่เข้ารับบริการมากที่สุด คือ เดือนสิงหาคม จำนวน 21 ราย (14.3 %) รองลงมาคือเดือนมกราคมจำนวน 17 ราย (11.6%) เดือนตุลาคม จำนวน 16 ราย (10.9%) เดือนธันวาคม จำนวน 13 ราย (8.8%) เดือนกุมภาพันธ์และมิถุนายน จำนวนอย่างละ 12 ราย (8.2 %) เดือนกันยายนและพฤศจิกายนจำนวนอย่างละ 11 ราย (7.5%) เดือนพฤษภาคม จำนวนอย่างละ 10 ราย (6.8%) เดือนมีนาคมและเมษายน จำนวน 8 ราย (5.4%) และเดือนกรกฎาคมจำนวน 7 ราย (4.8%) ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2560 เดือนที่เข้ารับบริการมากที่สุด คือ เดือนมกราคม จำนวน 18 ราย (13.2%) รองลงมาคือเดือนกรกฎาคมจำนวน 17 ราย (12.5%) เดือนเมษายนจำนวน 15 ราย (11.0%) เดือนมีนาคมจำนวน 13 ราย (9.6) เดือนมิถุนายน จำนวน 12 ราย (8.8%) เดือนพฤศจิกายนจำนวน 11 ราย (8.1%) เดือนสิงหาคมจำนวน 10 ราย (7.4%) เดือนกันยายน ตุลาคม และพฤษภาคมจำนวนอย่างละ 9 ราย (6.6%) เดือนธันวาคมจำนวน 7 ราย (5.1%) เดือนกุมภาพันธ์จำนวน 6 ราย (4.4%) ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2561 เดือนที่เข้ารับบริการมากที่สุด คือ เดือนมิถุนายน จำนวน 19 ราย (16.2%) รองลงมาคือเดือนกรกฎาคมจำนวน 15 ราย (12.8%) เดือนมกราคมจำนวน 13 ราย (11.1%) เดือนเมษายนจำนวน 10 ราย (8.5%) เดือนกุมภาพันธ์ สิงหาคม และตุลาคม จำนวน 9 ราย (7.7%) เดือนพฤศจิกายนและธันวาคมจำนวน 8 ราย (6.8%) เดือนพฤษภาคมและกันยายนจำนวน 7 ราย (6.0 %) และเดือนมีนาคม จำนวน 3 ราย (2.6%) ตามลำดับ

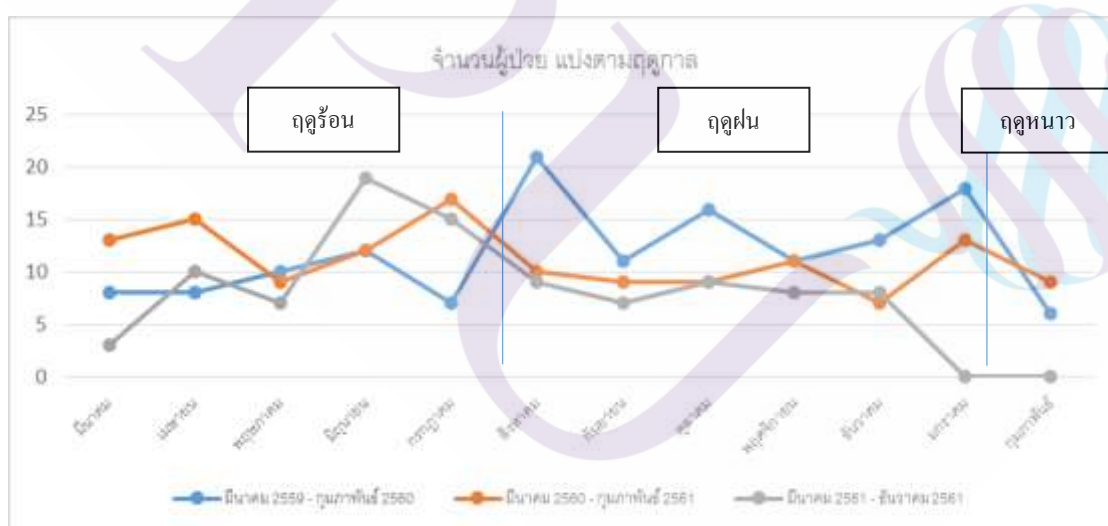
และทั้ง 3 ปี เดือนที่เข้ารับบริการมากที่สุด คือ เดือนมกราคมจำนวน 48 ราย (12.0%) รองลงมาคือ มิถุนายน จำนวน 43 ราย (10.8 %) เดือนสิงหาคม จำนวน 40 ราย (10.0%) เดือน

กรกฎาคม จำนวน 39 ราย คือ (9.8%) เดือนตุลาคมจำนวน 34 ราย (8.5%) เดือนเมษายน จำนวน 33 ราย (8.3%) เดือนพฤศจิกายน จำนวน 30 ราย (7.5%) เดือนธันวาคม จำนวน 28 ราย (7.0%) เดือนกุมภาพันธ์และกันยายน จำนวนอย่างละ 27 ราย (6.8%) และเดือน พฤษภาคม จำนวน 26 ราย (6.5%) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7 ข้อมูลฤดู เข้ารับบริการรักษาของผู้ป่วยตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559 – 2561

	ปี 2559 (%)	ปี 2560 (%)	ปี 2561 (%)	3 ปี
<b>ฤดูที่เข้ารับบริการ</b>				
ร้อน	26 (24.54)	35 (32.94)	20 (23.84)	81 (27.37)
ฝน	67 (37.95)	66 (37.32)	59 (42.19)	192 (38.92)
หนาว	53 (37.51)	42 (29.74)	38 (39.51)	133 (33.71)

\*อักษรสีแดง แสดงค่าสูงสุดในแต่ละปี



ภาพที่ 4.4 จำนวนผู้ป่วยในแต่ละฤดูกาล ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559-2561

**ตารางที่ 4.7** จำนวนผู้ป่วยในแต่ละฤดูกาล ของผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 – 2561 พบผู้ป่วยโรคผิวหนังกุหลาบ ที่เข้ารับบริการในปีมากที่สุด คือ ฤดูฝน จำนวน 67 ราย (37.95%) 66 (37.32%) และ 59 (42.19%) ตามลำดับ รองลงมาคือ ฤดูหนาว จำนวน 53 ราย (37.51%) 42 ราย (29.74%) และ 38 ราย (39.51%) ตามลำดับ และพบได้น้อยในฤดูร้อน จำนวน 26 ราย (24.54%) จำนวน 35 ราย (32.94%) และ 20 ราย (23.84%) ตามลำดับ และจากการทดลอง ทั้ง 3 ปี พบฤดูที่มีการเข้ารับบริการมากที่สุด คือ ฤดูฝนจำนวน 192 ราย (38.92%) รองลงมาคือ ฤดูหนาว จำนวน 133 ราย (33.71%) และฤดูร้อน จำนวน 81 ราย (27.37%) ตามลำดับ

สำหรับเดือนที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการรักษาส่วนใหญ่เป็นเดือนมกราคม รองลงมาคือเดือนมิถุนายน และเดือนสิงหาคม ตามลำดับ เมื่อคิดตามฤดูกาลแล้วความชุกของโรคผิวหนังกุหลาบเกิดในช่วงฤดูฝนมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Srirath Madappally Kambil (2018) ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับบริการรักษาในช่วงเดือนกันยายน ตุลาคมและสิงหาคม ตามลำดับ ซึ่งเป็นฤดูฝนของประเทศอินเดีย และในการศึกษาของ Ayanlowo O. (2010) ที่ศึกษาจำนวนผู้ป่วยโรคผิวหนังกุหลาบที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล Lagos University Teaching ตามเดือนในปฏิทิน พบว่าจำนวนผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในเดือนตุลาคม สิงหาคม มีนาคม และกันยายน ตามลำดับ แต่มีบางประเทศที่พบความชุกของโรคในฤดูหนาว ได้แก่ประเทศอังกฤษ (Messenger A.G. et al, 1982) ประเทศสหรัฐอเมริกา (Chuang T.Y. et al, 1982) และประเทศชูดาน (Ahmed M.A., 1986) แต่ในบางการศึกษาถือว่าโรคผิวหนังกุหลาบไม่ได้การอุบัติการณ์การเกิดของโรคตามฤดูกาล เช่นในการศึกษาประเทศแอฟริกา (Vollum D.I., 1973) และประเทศไนจีเรีย (Jacyk W.K., 1980) แต่การศึกษาของ Chuh A. et al (2003) ในประเทศฮ่องกงกล่าวว่า อุบัติการณ์ของโรคผิวหนังกุหลาบขึ้นกับอุณหภูมิอากาศเฉลี่ยรายเดือน ปริมาณน้ำฝนรวมและความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ย เมื่อเปรียบเทียบกับตำรา Fitzpatrick's ที่ระบุไว้ พบผู้ป่วยมาก ในฤดูใบไม้ผลิ และฤดูใบไม้ร่วง ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้ เนื่องจากสภาพภูมิอากาศที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.8 ข้อมูลระยะเวลาในการหายของโรคของผู้ป่วย ปี พ.ศ. 2559 – 2561

	ปี 2559 (%)	ปี 2560 (%)	ปี 2561 (%)	3ปี (%)
<b>ระยะเวลาในการหายของโรค</b>				
1 สัปดาห์	97 (66.0)	80 (58.8)	85 (72.6)	262 (65.5)
2 สัปดาห์	12 (8.2)	22 (16.2)	7 (6.0)	41 (10.3)
3 สัปดาห์	19 (12.9)	17 (12.5)	9 (7.7)	45 (11.3)
4 สัปดาห์	5 (3.4)	4 (2.9)	4 (3.4)	13 (3.3)
5 สัปดาห์	5 (3.4)	3 (2.2)	3 (2.6)	11 (2.8)
6 สัปดาห์	2 (1.4)	6 (4.4)	3 (2.6)	11 (2.8)
7 สัปดาห์	1 (0.7)	0 (0)	3 (2.6)	4 (1.0)
8 สัปดาห์	1 (0.7)	0 (0)	0 (0)	1 (0.3)
9 สัปดาห์	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
10 สัปดาห์	2 (1.4)	2 (1.5)	0 (0)	4 (1.0)
> 3 เดือน - 4 เดือน	0 (0)	1 (0.7)	1 (0.9)	2 (0.5)
> 4 เดือน - 6 เดือน	1 (0.7)	1 (0.7)	2 (1.7)	4 (1.0)
> 6 เดือน	2 (2.9)	0 (0)	0 (0.0)	2 (0.5)
<b>จำแนกตาม Fitzpatrick's</b>				
1 สัปดาห์	97 (66)	80 (58.8)	85 (72.6)	262 (65.5)
> 1 - 4 สัปดาห์	36 (24.5)	43 (31.6)	20 (17.1)	99 (24.8)
>4 - 10 สัปดาห์	11 (7.5)	11 (8.1)	9 (7.7)	31 (7.8)
มากกว่า 10 สัปดาห์	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
มากกว่า 3 เดือน	1 (0.7)	2 (1.5)	3 (2.6)	6 (1.5)
มากกว่า 6 เดือน	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
มากกว่า 9 เดือน	2 (1.4)	0 (0)	0 (0)	2 (0.5)

\*การคำนวณระยะเวลาการหายของโรค โดยถ้าผู้ป่วยมาพบแพทย์ 1 ครั้ง โดยไม่นัดติดตามอาการ แสดงว่ามีระยะเวลาการหายของโรค 7 วัน และ หากมีการติดตามอาการ นับเวลาตั้งแต่วันที่เข้าพบแพทย์ ถึงวันติดตามอาการครั้งสุดท้ายบวกด้วย 7 วัน ถือเป็นระยะเวลาการหายของโรค

**จากตารางที่ 4.8** ระยะเวลาในการรักษา ของทั้ง 3 ปี เป็นไปตามรูปแบบเดียวกัน คือ ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการรักษา อยู่ที่ 1 สัปดาห์ จำนวน 97 ราย (66%) 80 ราย (58.8%) และ 85 ราย (72.6 %) ตามลำดับ รองลงมาคือ 3 สัปดาห์ จำนวน 19 ราย (12.9%) 17 ราย (12.5%) และ 9 ราย (7.7%) ตามลำดับ และ 2 สัปดาห์ จำนวน 12 ราย (8.2%) 22 ราย (16.2%) และ 7 ราย (6%) ตามลำดับ และทั้ง 3 ปี ส่วนใหญ่มักใช้เวลาในการหาย คือ 1 สัปดาห์ จำนวน 262 ราย (65.5) รองลงมาคือ 3 สัปดาห์ จำนวน 45 ราย (11.3) และ 2 สัปดาห์ จำนวน 41 ราย (10.3) ตามลำดับ โดยพบผู้ป่วยใช้เวลาในการหายนานสุด คือ 39 สัปดาห์

จากตำรา Fitzpatrick's ที่ระบุไว้ว่าส่วนใหญ่จะใช้ระยะเวลาในการหายของโรค อยู่ที่ 4- 10 สัปดาห์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัย ที่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการรักษา 1 สัปดาห์ จำนวน 262 ราย (65.5) จากการเทียบกับผลการศึกษา ผู้ป่วยที่ใช้เวลา 4 – 10 สัปดาห์ พบเพียง 31 ราย (7.8%) เท่านั้น

โรคผื่นกุหลาบ ชื่อเรียกอีกชื่อ คือ ผื่นร้อยวัน หรือ ผื่นสามเดือน แต่จากการศึกษา พบผู้ป่วยที่มีการรักษา ตั้งแต่ 3 เดือน หรือ 100วัน ขึ้นไป พบเพียง 8 ราย จากทั้งสิ้น 400 ราย หรือ คิดเป็นร้อยละ 2 เท่านั้น

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษารุ่นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของโรคผื่นกุหลาบ ของผู้เข้ารับบริการที่คลินิกโรคผิวหนัง ณ โรงพยาบาลเอกชลแห่งหนึ่ง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2559 ถึง 31 ธันวาคม 2561 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เข้ารับบริการการรักษาโรคผื่นกุหลาบ รวบรวมทั้งสิ้น 400 ราย ซึ่งเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลโดยทำการเก็บข้อมูล เพศ อายุ ความชุก เดือน ฤดูที่เข้ารับบริการ และระยะเวลาในการหายของโรค ซึ่งสามารถสรุปผลการศึกษาดังต่อไปนี้

#### สรุปผลการศึกษา

1. จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยรวมได้ทั้งสิ้น 400 ราย ในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด 147 ราย รองลงมาคือ ปี พ.ศ. 2560 มีจำนวน 136 ราย และ ปี พ.ศ. 2561 มีจำนวน 117 ราย ตามลำดับ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยรายปีลดลงเล็กน้อย
2. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 69.0 และเพศชายคิดเป็นร้อยละ 31.0 เป็นไปตาม ตำรา Fitzpatrick's ได้ระบุไว้ว่าพบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย
3. อัตราส่วนหญิง:ชาย ในปี พ.ศ. 2559-2561 เท่ากับ 2.6:1, 2.4:1, 1.9:1 และทั้ง 3 ปี เท่ากับ 2.2:1
4. อัตราความชุกเท่ากับ 25, 23 และ 19 ต่อประชากร 100,000 คน และทั้ง 3 ปี เท่ากับ 22 ต่อประชากร 100,000 คน
5. อายุของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 10 – 35 ปี ในปี พ.ศ. 2559 คิดเป็นร้อยละ 63.9 ปี พ.ศ. 2560 คิดเป็นร้อยละ 61.0 ปี พ.ศ. 2561 คิดเป็นร้อยละ 58.1 และทั้ง 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.3 เมื่อจำแนกช่วงอายุตั้งแต่ 10-35 ปี พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 26 – 30 ปี ในปี พ.ศ. 2559 คิดเป็นร้อยละ 33.0 ในปี พ.ศ. 2560 คิดเป็นร้อยละ 41.0 ในปี พ.ศ. 2561 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21 -25 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.3 และทั้ง 3 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 26 – 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.9
6. เดือนที่เข้ารับบริการมากที่สุดในปี พ.ศ. 2559 คือ เดือนสิงหาคม คิดเป็นร้อยละ 14.3 ในปี พ.ศ. 2560 คือ เดือนมกราคม คิดเป็นร้อยละ 13.2 และ ปี พ.ศ. 2561 คือ เดือนมิถุนายน คิดเป็นร้อยละ 16.2

7. ฤดูที่เข้ารับบริการส่วนใหญ่เป็นฤดูฝน ในปี พ.ศ. 2559 คิดเป็นร้อยละ 47.9 ในปี พ.ศ. 2560 คิดเป็นร้อยละ 42.6 ในปี พ.ศ. 2561 คิดเป็นร้อยละ 49.6 และทั้ง 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.6

8. ระยะเวลาในการรักษาส่วนใหญ่เป็น 1 สัปดาห์ ในปี พ.ศ. 2559 คิดเป็นร้อยละ 66 ในปี พ.ศ. 2560 คิดเป็นร้อยละ 58.8 ในปี พ.ศ. 2561 คิดเป็นร้อยละ 72.6 และทั้ง 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.5 ตามลำดับ

#### ข้อเสนอแนะ

##### ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. การศึกษามีการจำกัดเรื่องการเข้าถึงการเปิดเผยข้อมูลของคนไข้ ทำให้ข้อมูลที่ได้มามีข้อจำกัด อย่างเช่น ประวัติการรักษา ประวัติการใช้ยา ประวัติการตั้งครรภ์ รวมถึงผลแลปการตรวจเลือด เป็นต้น ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถเก็บข้อมูลดังกล่าวได้

2. ควรทำการเปรียบเทียบของข้อมูลของคนไข้ที่รับการรักษาโดยโรงพยาบาลรัฐบาล และโรงพยาบาลเอกชน เพื่อศึกษาให้ครอบคลุมในทุกองค์ประกอบและทำการเปรียบเทียบได้อย่างชัดเจน

3. เนื่องจากไม่เคยมีการศึกษาโรคผิวหนังหลายในไทยในไทยมาก่อน ทำให้ผู้วิจัยต้องทำการเปรียบเทียบการศึกษากับต่างประเทศ ซึ่งบางเนื้อหา ไม่สามารถทำการเปรียบเทียบกันได้

##### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อโรคผิวหนังหลาย ได้แก่ ปัจจัยโรคประจำตัว การรับประทานยาประจำ สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เป็นต้น

2. ควรดำเนินการศึกษาเชิงทดลองทางคลินิก เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการรักษาของโรคผิวหนังหลาย เพื่อให้ทราบระยะเวลาการหายของโรคแน่ชัด การรักษาที่ผลต่อการหายของผิวหนัง และ ยาที่ใช้ในการรักษามีตัวใดบ้าง เป็นต้น

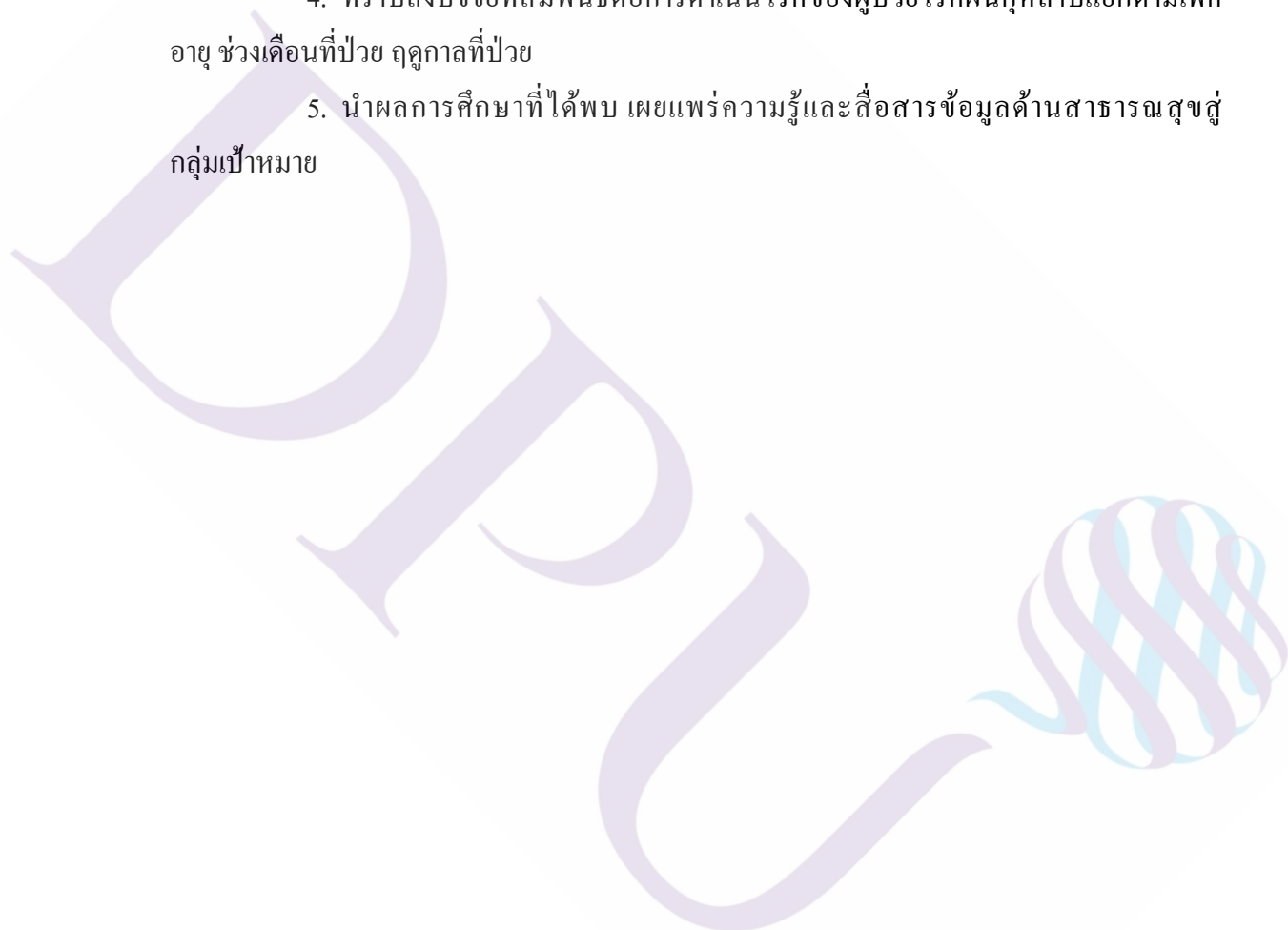
3. ดำเนินการศึกษาวิจัยเป็นแบบไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อจะได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยในการเก็บข้อมูล ในทุกด้านได้ครบถ้วน เช่น ประวัติผู้ป่วย ประวัติการแสดงออกของโรค ประวัติการใช้ยา และผลแทรกซ้อนของยา เป็นต้น

4. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคผิวหนังหลายในระยะยาว 5 ปี เพื่อให้ทราบถึงความชุกของโรคตามฤดูกาลอย่างแท้จริง



### ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เป็นงานวิจัยเรื่องความชุกและปัจจัยการดำเนินโรคผื่นกุหลาบ ขึ้นแรกในประเทศไทย
2. ทราบข้อมูลความชุกของโรคผื่นกุหลาบในช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา
3. ได้ข้อมูลเชิงสถิติ และนำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูลและนำไปสู่การหาแนวทางการดำเนินโรค
4. ทราบถึงปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคผื่นกุหลาบแยกตามเพศ อายุ ช่วงเดือนที่ป่วย ฤดูกาลที่ป่วย
5. นำผลการศึกษาที่ได้พบ เผยแพร่ความรู้และสื่อสารข้อมูลด้านสาธารณสุขสู่กลุ่มเป้าหมาย





## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

- กฤษฎา ดวงอุไร. (2532). *โรคผิวหนังในเวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพฯ; สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย.
- พรรณแจ มไหสวริยะ. (2550). *โรคผิวหนัง: การวินิจฉัยทางคลินิกและจุลพยาธิวิทยา*. กรุงเทพฯ
- พิมลพรรณ กฤติยรังสรรค์. (2543). *ตำราโรคผิวหนังในเวชปฏิบัติปัจจุบัน*. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิ่ง จำกัด.
- กฤษฎา ดวงอุไร. (ม.ป.ป.). *โรคผิวหนังในเวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย สำนักพิมพ์เมดิคัล มีเดีย.
- สุรเกียรติ อชานานุกาภ. (ม.ป.ป.). *หนังสือตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2. “ผื่นพือาร์ (PR/Pityriasis rosea).”* กรุงเทพฯ.
- เปรมจิต จันทองจีน. (2559). *หาหมอคอกคอม “ผื่นขุยกุหลาบ โรคผื่นร้อยวัน (Pityriasis rosea),”* สืบค้นจาก haamor.com.
- ประวิตร พิศาลบุตร. (2559). *มูลนิธิหมอชาวบ้าน, หมอชาวบ้าน, 289, คอลัมน์: เวชปฏิบัติปริทัศน์. “โรคกลีบกุหลาบ (Pityriasis Rosea, PR).”* สืบค้นจาก www.doctor.or.th.
- โรคไข้ผื่นกุหลาบ (2561) . กองควบคุมโรค สำนักกระบาดวิทยา

### ภาษาต่างประเทศ

- Ahmed M.A. (1986). Pityriasis rosea in the Sudan. *Int J Dermatol*, 25, 184-185.
- ATLAS OF CLINICAL DERMATOLOGY. (2013). Anthony du Vivier MD FRCP. London, UK.
- Ayanlowo O., Akinkugbe A., Olumide Y. (2010). The pityriasis rosea calendar: a 7 year review of seasonal variation, age and sex distribution. *Nig Q J Hosp Med*, 20, 29-31.
- Chuang T.Y., Ilstrup D.M., Perry H.O., Kurland L.T. (1982). Pityriasis rosea in Rochester, Minnesota, 1969 to 1978. *J Am Acad Dermatol*, 7, 80-89.
- Chuh A., Lee A., Molinari N. (2003). Case clustering in pityriasis rosea - a multi-center epidemiological study in primary care settings in Hong Kong. *Arch Dermatol*, 139, 489-493.
- Chuh A., Lee A., Zawar V., Sciallis G., Kempf W. (2005). Pityriasis rosea - An update. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 71, 311-315.

- Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. (2012). The McGraw-Hill Companies, Inc. United States of America: Andrew Blauvelt, MD.
- Harman M., Aytekin S., Akdeniz S., Inaloz H.S. (1998). An epidemiological study of pityriasis rosea in the Eastern Anatolia. *Eur J Epidemiol*, 14, 495–497.
- Jacyk W.K. (1980). Pityriasis rosea in Nigerians. *Int J Dermatol*, 19, 397-399.
- Messenger A.G., Knox E.G., Summerly R., Muston H.L., Ilderton E. (1982). Case clustering in pityriasis rosea: support for role of an infective agent. *Br Med J*, 284, 371-373.
- Srirath M. K. (2018). Pityriasis rosea: a clinicoepidemiological study of 115 cases, *Int J Res Dermatol*, 4(2), 202-204.
- Tay Y.K., Goh C.L. (1999). One-year review of pityriasis rosea at the National Skin Centre, Singapore. *Ann Acad Med Singapore*, 28, 829–831.
- Truhan A.P. (1984). Pityriasis rosea. *Am Fam Physician*, 29, 193-196.
- Vollum D.I. (1973). Pityriasis rosea in the African. *Trans St Johns Hosp Dermatol Soc*, 59, 269-271.
- Wolff K., Goldsmith L., Katz S., Gilchrest B., Paller A.S., Leffell D. (2011). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* (8<sup>th</sup> ed.) New York: McGraw-Hill.
- Yusuf S.M., Tijjani U.A., Nashabaru I., Saidu H., Gezawa I.D., Mijinyawa M.S. (2018). One-year review of pityriasis rosea among outpatients in Kano, Northwestern Nigeria. *Nigerian Journal of Basic and Clinical Sciences*, 15, 77-80.





## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล  
ประวัติการศึกษา

ศินีนาฏ สระทองคำ  
พ.ศ. 2552 วิทยาศาสตร์บัณฑิต  
(การแพทย์แผนตะวันออก) มหาวิทยาลัยรังสิต

