บทที่ 6

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา เมื่อพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับ คุณลักษณะของประชากรศึกษา พบว่า โรคนี้พบมากในผู้ป่วยเพศชาย ในอัตราส่วน ชาย : หญิง เท่ากับ 1.48:1 การศึกษาของ P. Imwidthaya และคณะ (1989) สำรวจผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มาตรวจที่โรงพยาบาลศิริราช พบโรคเกลื้อนในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในอัตราส่วน 1.12:1 Burke (1961) ซึ่งทำการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคเกลื้อนจำนวน 47 คน พบว่า โรคเกลื้อนพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในอัตราส่วน 1.35:1 Faergemann และ Fredriksson (1979) ทำการเก็บข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยใหม่ ที่มารักษาที่โรงพยาบาลในประเทศสวีเดน ในช่วงปีค.ศ. 1970 ถึง 1977 จำนวน 20.962 คน พบโรคนี้ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในอัตราส่วน 2:1 และ Hellgren และ Vincent (1983) ทำการสำรวจประชากรที่อาศัยอยู่ในภาคกลางของประเทศสวีเดน พบว่า สามารถพบโรคเกลื้อนได้ในประชากรเพศชาย ร้อยละ 0-5 และในประชากรเพศหญิงร้อยละ 0-3 ซึ่งจากข้อมูลที่กล่าวมานี้ พบว่า ข้อมูลในแต่ละการศึกษานี้มีความแตกต่างกัน น่าจะเป็นผลจากความแตกต่างในการเก็บข้อมูลมากกว่าเป็นจากความแตกต่างจากการที่เพศเป็นปัจจัยที่มีผลในการเกิดโรคเกลื้อนในแต่ละการศึกษาจริงๆ

ประชากรที่นำมาศึกษา มีอายุในช่วง 15 ถึง 52 ปี พบว่าเป็นเกลื้อนมากในช่วงอายุ 20 ถึง 29 ปี และพบสูงสุดในอายุ 24 ปี จากการศึกษาของ P. Imwidthaya และคณะ (1989) ที่สำรวจผู้ป่วยโรคผิวหนังที่โรงพยาบาลศิริราช ก็พบโรคเกลื้อนมากในช่วงอายุ 12 ถึง 21 ปี Burke (1961) รายงานว่า พบมากในช่วงอายุ 20 ถึง 29 ปี Faergemann และ Fredriksson (1979) พบโรคนี้ในช่วงอายุ 10 ถึง 65 ปี โดยพบมากในช่วงอายุ 20 ถึง 45 ปี และ Hellgren และ Vincent พบโรคนี้ในผู้ป่วยอายุ 30 ถึง 70 ปี โดยพบมากในช่วงอายุ 45 ถึง 60 ปี โดยจากข้อมูลที่กล่าวมานี้ พบว่าโรคเกลื้อนเป็นโรคที่พบมากในช่วงวัยหนุ่มสาวและวัยกลางคน ซึ่งเป็นช่วงที่ต่อมไขมันมีการเจริญสมบูรณ์และทำงานได้เต็มที่ (Faergemann and Fredriksson, 1979)

รอยโรคที่พบนั้น พบมากที่บริเวณหลัง หน้าอก และต้นแขน โดย Faergemann Aly และ Maibach (1983) ศึกษาโดยทำการเพาะเชื้อรา *P. orbiculare* จากผิวหนังของคนปกติในตำแหน่งต่างๆ พบว่า พบเชื้อรามากที่สุดที่บริเวณหลัง และหน้าอก โดยพบที่ต้นแขน และขารองลงมา ซึ่งความแตกต่างที่พบนี้ ทางกลุ่มผู้ศึกษาเชื่อว่า น่าจะเกิดจากการที่บริเวณต่างๆเหล่านี้มีการหลั่งของสารไขมันจากผิวหนังที่ต่างกัน ซึ่งก็เข้าได้กับลักษณะการกระจายของต่อมไขมันบนร่างกายคน ซึ่งพบต่อมไขมันที่มีขนาดใหญ่ที่สุด และอยู่อย่างหนาแน่นที่สุด ที่บริเวณใบหน้า (400-900 / ตร.ซม.) สำหรับบริเวณลำตัว ส่วนกลางของหลัง และบริเวณหน้าอก ก็เป็นบริเวณที่ต่อมไขมันมีขนาดใหญ่รองลงมาแต่ก็ใหญ่กว่าและอยู่อย่างหนาแน่นกว่าส่วนแขนขาของร่างกาย (Downing et al, 1993) ซึ่งการที่มีต่อมไขมันอยู่อย่างหนาแน่นนี้ พบว่าบริเวณดังกล่าวนี้ มีการหลั่งของสารไขมันจากผิวหนังมากกว่าบริเวณที่มีต่อมไขมันอยู่น้อยกว่าดังผลการศึกษาของนายแพทย์ศักดิ์ชัย สุพันธุ์วณิช (2538) ซึ่งทำการวัดอัตราการขับถ่ายและส่วนประกอบสารไขมันบนผิวหนังจากหน้าผาก หน้าอก และกลางหลังในคนที่เป็นและไม่เป็นโรคเกลื้อน พบว่า คนเป็นเกลื้อนมีอัตราการขับถ่ายสารจากต่อมไขมันสูงกว่า คนที่ไม่เป็นโรคเกลื้อน และ บริเวณหน้าผาก มีอัตราการขับถ่ายของสารจากต่อมไขมันสูงกว่า บริเวณหน้าอกและกลางหลัง สำหรับส่วนประกอบของสารไขมันบนผิวหนังระหว่างคนที่เป็นเกลื้อนเทียบกับคนที่ไม่เป็นเกลื้อน พบว่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งจากข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นการแสดงว่า การเกิดเกลื้อนไม่ได้เกิดจากสารไขมันบนผิวหนังเพียงอย่างเดียว เพราะบริเวณใบหน้า ซึ่งมีต่อมไขมันอยู่หนาแน่นมากที่สุดแต่กลับพบโรคนี้ได้น้อย จึงน่าจะมีปัจจัยอื่นๆ มาเกี่ยวข้องด้วย เช่น การสวมใส่เสื้อผ้า การรักษาความสะอาด ซึ่งเมื่อภาวะเหล่านี้เหมาะสมบริเวณเหล่านี้จึงเป็นบริเวณที่เกิดโรคเกลื้อนได้บ่อย

จากการสอบถาม สามารถพบอาการคันได้ในครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งจากการศึกษาเดิม Feargemann รายงานว่า พบอาการคันระดับปานกลางในโรคเกลื้อนได้ 1 ใน 3 ของผู้ป่วย (Borelli et al, 1991) ซึ่งแม้ว่าอาการคันในประชากรศึกษานี้จะพบมากกว่าที่เคยรายงานเล็กน้อย ส่วนใหญ่ก็มีอาการคันไม่มาก และอาการคันก็เป็นอาการ ที่ตัดสินจากความรู้สึกของผู้ป่วย จึงเปรียบเทียบกันได้ยาก

ลักษณะอาการแสดง พบผื่นขุยขาวได้ในผู้ป่วยทุกคน พบอาการแดงได้น้อยมาก สำหรับสีของผื่น พบผื่นขาวร้อยละ 72.1 พบผื่นดำร้อยละ 26.2 และพบผื่นทั้ง 2 แบบในผู้ป่วยคนเดียวกันได้ร้อยละ 1.6 Silva-lizama (1995) กล่าวว่า สีของผื่นนั้น ขึ้นอยู่กับสีผิวปกติของผู้ป่วย การโดนแสงแดด และความรุนแรงของโรค โดย Chu (1984) ทำการศึกษาการรักษาโรคเกลื้อนด้วยยาทา

Bifonazole solution เทียบกับ Selenium sulphide shampoo ในประเทศอังกฤษ พบว่า กลุ่มประชากรศึกษานั้น ก่อนการรักษามีผื่นทั้งชนิดผื่นดำและผื่นขาวและพบผื่นขาวมากกว่าผื่นดำถึง 2 เท่า สามารถพบขุยขาวได้ทุกคนเช่นกัน ซึ่งส่วนมากพบได้ปริมาณเล็กน้อยถึงปานกลาง สำหรับอาการแดงพบได้ถึงร้อยละ 60 ซึ่งมากกว่าการศึกษาครั้งนี้มาก ดังนั้นการที่การศึกษาครั้งนี้พบอาการแดงได้น้อยมาก น่าจะเกิดจากการที่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีสีผิวที่ค่อนข้างคล้ำตามลักษณะผิวของคนเอเชีย ไม่มีผู้ป่วยที่มีผิวขาว และผู้ป่วยแทบทุกรายมีอาการที่ไม่รุนแรง และระยะการเป็นโรคที่ค่อนข้างนาน

พบว่าประชากรกลุ่มนี้ ส่วนมากเป็นกลุ่มที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 39.3) รองลงมาคืออาชีพรับราชการ (ร้อยละ 24.6) และนักเรียน (ร้อยละ 16.4) สำหรับอาชีพค้าขาย และแม่บ้านนั้นพบได้น้อย เสาวรส อิ่มวิทยา (1984) ได้ศึกษาการเกิดโรคเกลื้อนในกลุ่มทหารเกณฑ์ใหม่ พบว่าภายหลังการฝึก 6 สัปดาห์ พบมีการเกิดโรคเกลื้อนถึงร้อยละ 2.5 จึงอาจกล่าวได้ว่า ภายใต้สภาวะแวดล้อมที่มีอากาศร้อนชื้น และการรักษาความสะอาดที่ไม่เพียงพอ ดังที่พบในกลุ่มที่ทำงานรับจ้างทั่วไป และกลุ่มทหารเกณฑ์ จะทำให้พบโรคในคนกลุ่มนี้ได้เพิ่มขึ้น

สำหรับการศึกษานี้ พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีจำนวนใกล้เคียงกัน และจากการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานพบว่า จำนวนเพศชายต่อเพศหญิง อายุ ความสูง น้ำหนัก ในประชากรทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะที่ไม่แตกต่างกันอย่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการทดสอบอาชีพของประชากรทั้ง 2 กลุ่ม โดย Chi-Square Test โดยการจัดข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่มตามลักษณะงาน ดังที่กล่าวในช่วงผลการทดลอง ก็พบว่ามีลักษณะที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน และเมื่อพิจารณาเกี่ยวกับโรคประจำตัว เนื่องจากมีข้อกำหนดเกี่ยวกับยาที่ได้รับในช่วงการศึกษา จึงเป็นการตัดกลุ่มคนที่มีโรคประจำตัวออกไป เว้นแต่ ผู้ป่วย 2 ราย รายหนึ่งมีไขมันในเลือดสูงแต่ขณะนี้การรักษาเพียงการควบคุมอาหาร และอีกรายที่มีความดันโลหิตสูง รักษาโดยใช้ยารับประทาน เกี่ยวกับระยะเวลาการเป็นโรค พบว่าในกลุ่มที่ได้รับยาหลอกมีระยะเวลาการเป็นโรคที่นานกว่า แต่พบว่าข้อมูลนี้มีการกระจายค่อนข้างสูง จึงได้ทำการเปรียบเทียบโดยใช้สถิติแบบ non parametric test ซึ่งก็ให้ผลที่ไม่แตกต่างกันเช่นกัน ในแง่การรักษาในอดีตก็สามารถพบได้ในทั้ง 2 กลุ่มเช่นกัน และชนิดยาที่ใช้ในการรักษา รวมทั้งระยะเวลาการรักษานับแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ก็ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน และลักษณะของผื่น ก็พบว่าความแดง อาการคัน และขุยขาว ก่อนการศึกษา ก็ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

ผลการรักษา พบว่าในช่วงที่ให้การรักษาทั้งในกลุ่มที่ได้รับยา 1%เทอร์บินาฟีนและกลุ่มที่ได้รับยาหลอก อาการคันของผู้ป่วยนั้นดีขึ้นอย่างชัดเจน ตั้งแต่สัปดาห์แรกของการรักษา และเมื่อให้การรักษาติดต่อกันจนกระทั่งครบ 2 สัปดาห์ พบว่าอาการคันในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาหลอกมีน้อยกว่ากลุ่มที่รับยา 1%เทอร์บินาฟีน แต่พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากนั้นในช่วงติดตามผลการรักษาต่อจนครบ 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยในทั้ง 2 กลุ่มเริ่มมีอาการคันเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มที่ได้รับยา 1%เทอร์บินาฟีน มีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก ซึ่งความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกันในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 ซึ่งอาการคันในโรคเกลื้อนภายหลังการรักษานี้ Chu (1984) ศึกษาการใช้ยา Bifonazole solution ทาวันละครั้ง ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ เทียบกับการใช้ยา Selenium sulphide shampoo ฟอกตัวทุกวันวันละครั้งเป็นเวลา 6 วันและหลังจากนั้นฟอกตัวทุกสัปดาห์ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ พบว่าในสัปดาห์ที่ 4 หลังการรักษา พบว่าผู้ป่วยทุกคนไม่มีอาการคัน Aste และคณะ (1991) ก็ได้ทำการศึกษาโดยใช้ยาครีม 1%เทอร์บินาฟีน เทียบกับ 1%Bifonazole ทาติดต่อกัน 2-4 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยทุกคนไม่มีอาการคันภายหลังการรักษาเช่นกัน แต่รายงานนี้ไม่แสดงข้อมูลในสัปดาห์ต่างๆ และ Savin และ Horwitz (1986) ซึ่งได้เปรียบเทียบการรักษาโรคเกลื้อนโดยการใช้ยา 2%Ketoconazole cream เทียบกับยาหลอก โดยการทายาวันละครั้งเป็นเวลา 2 สัปดาห์ พบว่า ช่วงที่ทายา 2 สัปดาห์แรก ผู้ป่วยมีอาการคันลดลงทั้ง 2 กลุ่มการรักษา โดยกลุ่มที่ได้รับยา 2%Ketoconazole cream มีอาการคันน้อยกว่าในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก และรายงานนี้ไม่ได้แสดงข้อมูลอาการคันหลังจากนั้น ซึ่งเมื่อพิจารณาจากรายงานทั้งหมด พบว่าในช่วงที่ให้การรักษาผู้ป่วยส่วนมากรายงานว่าอาการคันดีขึ้น แม้ว่าผื่นยังคงตรวจพบเชื้อราอยู่ก็ตาม ซึ่งก็น่าจะเป็นจากการที่อาการคัน ซึ่งเป็นสิ่งที่วัดจากความรู้สึกของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้เข้าร่วมการศึกษา มีการรักษาด้วยการทายา ซึ่งมีผลทำให้ผิวหนังดูชุ่มชื้นขึ้น ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น มีอาการคันลดลง แต่หลังจากหยุดยาทา ในผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการวิจัย พบว่าอาการคันมีเพิ่มขึ้นในทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้แม้ว่ารายงานอื่นจะไม่ได้แสดงไว้ชัดเจน แต่ก็มีรายงานรวมๆว่าอาการต่างๆยังคงดีขึ้น ซึ่งต่างจากผลการวิจัยในครั้งนี้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ อาการคันเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งการที่อากาศร้อน เหงื่อออก หรือการที่โรคกลับแย่ลงอีก ซึ่งอาการคันที่พบนี้น่าจะเกิดจากปัจจัยต่างๆเหล่านี้เสริมกัน เพราะได้พบว่ามีการเกิดโรคซ้ำ ภายหลังการทายาครบดังจะกล่าวในภายหลัง

สำหรับอาการแดงของผื่นนั้น พบว่าก่อนรักษานั้นผื่นมีอาการแดงน้อยมากดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น หลังการรักษา 2 สัปดาห์ พบว่าอาการแดงก็ค่อยๆดีขึ้น แม้ว่ายังคงพบอาการแดงอยู่บ้างก็ตาม โดยกลุ่มที่ได้รับยา 1%เทอร์บินาฟีน พบอาการนี้ได้น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก ซึ่ง Chu

(1984) ก็พบว่าภายหลังการรักษา 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยทั้งในกลุ่มที่ได้ยา Bifonazole solution ทาวันละครั้ง ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ และในกลุ่มที่ได้รับยา Selenium sulphide shampoo ฟอกตัวทุกวันวันละครั้งเป็นเวลา 6 วันและหลังจากนั้นฟอกตัวทุกสัปดาห์เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ไม่พบอาการแดงเลย Savin และ Horwitz (1986) พบว่า อาการแดงลดลงภายหลังการรักษา 2 สัปดาห์เช่นกัน โดยพบว่ากลุ่มที่ให้การรักษาด้วยยา 2%Ketoconazole cream มีการลดลงของอาการแดงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก จึงสรุปว่า หลังการรักษา พบอาการแดงดีขึ้นในผู้ป่วยทุกกลุ่ม รวมทั้งกลุ่มที่ได้รับยาหลอกด้วย ซึ่งก็แสดงว่า ผลของยาทารักษาโรคเกลื้อนน่าจะทำให้ความรุนแรงของโรคลดลง จึงทำให้อาการแดงลดลง ผลการติดตามการรักษาหลังจากที่ทายาครบตามกำหนดในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า อาการแดงนี้เพิ่มขึ้นมากในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยา 1%เทอร์บินาฟีน เมื่อเทียบกับผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก ทั้งนี้อาจเกิดจาก การที่โรคนี้กลับมาเป็นใหม่ในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม หลังจากการทายาครบ โดยสีของผื่นนั้น Silva-lizama (1995) กล่าวว่า ขึ้นอยู่กับสีผิวปกติของผู้ป่วย การโดนแสงแดด และความรุนแรงของโรค ดังนั้นการที่พบอาการแดงต่างกันในช่วงหลังนี้ น่าจะเป็นจากความแตกต่างของผื่นของโรคเกลื้อนที่เกิดขึ้นใหม่มากกว่าเป็นจากผลการรักษา

ในการตรวจขุยขาว ก่อนการรักษาสามารถพบผื่นขุยขาวได้ในผู้ป่วยทุกคน โดยกลุ่มที่ได้ยา 1%เทอร์บินาฟีน มีปริมาณขุยขาวมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการรักษา 2 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยในทั้ง 2 กลุ่มการรักษามีการลดลงของขุยขาวอย่างชัดเจน Chu (1984) ก็พบว่าภายหลังการรักษา 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยทั้งในกลุ่มที่ได้ยา Bifonazole solution ทาวันละครั้ง ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ และในกลุ่มที่ได้รับยา Selenium sulphide shampoo ฟอกตัวทุกวันวันละครั้งเป็นเวลา 6 วันและหลังจากนั้นฟอกตัวทุกสัปดาห์เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ไม่พบขุยขาวเลยเช่นกัน Savin และ Horwitz (1986) พบว่า ขุยขาวนั้นลดลงภายหลังการรักษา 2 สัปดาห์เช่นกัน โดยพบว่า กลุ่มที่ให้การรักษาด้วยยา 2%Ketoconazole cream มีการลดลงของขุยขาวมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก Aste และคณะ (1991) ก็ได้ทำการศึกษาโดยใช้ยาครีม 1%เทอร์บินาฟีนเทียบกับ 1%Bifonazole ทาติดต่อกัน 2-4 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยทุกคนยกเว้นผู้ป่วย 1 รายในกลุ่มที่ได้รับ 1%Bifonazole ไม่มีขุยขาวอีกเลย จึงอาจกล่าวได้ว่า ขุยขาวซึ่งเป็นอาการแสดงที่พบในผู้ป่วยโรคเกลื้อนทุกรายในการศึกษาที่กล่าวมานี้ จะลดลงเมื่อโรคดีขึ้น โดยพบว่าในกลุ่มที่ได้ยาหลอกก็มีขุยขาวที่ลดลงด้วยเช่นกัน แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าไม่มากเท่ากับการใช้ยารักษาโรคเกลื้อนจริงๆ ซึ่งต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ที่ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอกมีขุยขาวลดลงใกล้เคียงกับกลุ่มที่ได้รับยา 1%เทอร์บินาฟีน ซึ่งก็อาจอธิบายว่า ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับยาหลอกที่หายจากโรคจำนวนใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่ได้รับยา 1%เทอร์บินาฟีน จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้การลดลง

ของขุยขาวในกลุ่มที่ได้รับยาหลอกใกล้เคียงกับกลุ่มที่ได้รับยา 1%เทอร์บินาฟีน รวมทั้งผลของครีมเบสในยาหลอกก็อาจช่วยทำผื่นเรียบขึ้น มีลักษณะคล้ายขุยขาวลดลงด้วยได้ และในช่วงติดตามผลการรักษาจนครบ 12 สัปดาห์นั้นพบว่า ผู้ป่วยเริ่มปรากฏขุยขาวเพิ่มขึ้นในทั้ง 2 กลุ่ม ก็น่าจะเป็นจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้ทายาแล้ว ทำให้ผื่นที่อาจดูเรียบขึ้นในช่วงที่ทายา กลับมีลักษณะเป็นขุยขาวขึ้นมาอีก หรืออาจเป็นเพราะรอยโรคเริ่มกลับเป็นซ้ำอีกก็ได้

สำหรับการตรวจหาเชื้อราสำหรับการศึกษาครั้งนี้ พบว่าในสัปดาห์ที่ 2 หลังการรักษานั้น กลุ่มที่ได้รับยา 1% เทอร์บินาฟีนตรวจไม่พบเชื้อราร้อยละ 54.8 ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอกซึ่งตรวจไม่พบเชื้อร้อยละ 53.6 แต่ความแตกต่างนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการศึกษาด้วยยาชนิดนี้ในที่อื่นๆ Kagawa (1989) ศึกษาการทายา 1%เทอร์บินาฟีนครีม ติดต่อกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ในผู้ป่วยชาวญี่ปุ่นจำนวน 87 คน ที่ 2 สัปดาห์พบว่าผู้ป่วยมีการหายของโรค (การตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ผลลบและอาการต่างๆดีขึ้น) ถึงร้อยละ 90 Aste และคณะ (1991) ศึกษาการทายา 1%เทอร์บินาฟีนครีม เทียบกับยาไบโฟนาโซล โดยการทายาติดต่อกัน 2-4 สัปดาห์ พบอัตราการหายที่สัปดาห์ที่ 4 เท่ากับ ร้อยละ 95 ในกลุ่มที่ได้รับยาไบโฟนาโซล และกลุ่มที่ได้รับยา 1%เทอร์บินาฟีนหายทุกคน Faergemann Hersle และ Nordin (1997) ทำการศึกษาการใช้ยา 1% Emulsion gel (Lamisil®DermGel) โดยทายาวันละครั้งติดต่อกัน 7 วัน เทียบกับการให้ยาหลอกในการรักษาโรคเกลื้อนจำนวน 58 ราย พบว่า ผลการรักษาที่ 8 สัปดาห์ พบอัตราการหายร้อยละ 75 ในกลุ่มที่ได้รับ 1% Emulsion gel และร้อยละ 14 ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก Vermeer และ Staats (1997) ทำการศึกษาการใช้ยา Terbinafine 1% Solution โดยทายาวันละ 2 ครั้งติดต่อกัน 7 วัน เทียบกับการให้ยาหลอกในการรักษาโรคเกลื้อนจำนวน 110 ราย พบว่า ผลการรักษาที่ 8 สัปดาห์ พบอัตราการหายร้อยละ 81 ในกลุ่มที่ได้รับ Terbinafine 1% Solution และร้อยละ 41 ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก ซึ่งการที่ผลการทดลองครั้งนี้ได้ผลการรักษาน้อยกว่าในรายงานที่ผ่านมานั้นอาจเป็นเพราะ ยานี้ได้ผลการรักษาในการนำมาใช้จริง แต่การทายาติดต่อกัน 2 สัปดาห์ อาจไม่เพียงพอสำหรับการรักษาโรคเกลื้อนในสภาวะแวดล้อมที่ประเทศไทยที่มีอากาศร้อนมาก ผู้ป่วยมีเหงื่อออกมาก ทำให้การรักษายากขึ้น และผู้ป่วยบางส่วนก็อาจทายาได้ไม่ทั่วถึง เนื่องจากรอยโรคในผู้ป่วยส่วนใหญ่มีบริเวณกว้าง (มากกว่า 500 ตารางเซนติเมตร) ทำให้มีบางบริเวณที่ไม่ถูกทายาแม้ว่าผู้ป่วยจะได้พยายามแล้วก็ตาม จึงทำให้ไม่หาย หรืออาจเป็นเพราะยานี้อาจไม่ได้ผล เมื่อนำมาใช้จริงในผู้ป่วยโรคเกลื้อน และผลที่ได้ครั้งนี้เกิดจากการที่เกลื้อนหายเอง เพราะเกลื้อนเป็นโรคที่หายได้เอง โดย Burke (1961) พบว่า เมื่อกำจัดปัจจัยส่งเสริมออกไป โรคเกลื้อนก็สามารถหายได้ภายในเวลา 2 ถึง 3 สัปดาห์ แม้ว่าไม่ได้รับการรักษาก็ตาม และจากผลการศึกษาของ Faergemann,

Hersle และ Nordin (1997) ที่ทำการเพาะเชื้อราแล้วนับจำนวนเปรียบเทียบก่อนและหลังรักษาด้วยยา 1% Emulsion gel (Lamisil®DermGel) โดยทายาวันละครั้งติดต่อกัน 7 วัน เทียบกับการให้ยาหลอกในการรักษาโรคเกลื้อน พบว่าจำนวนเชื้อราลดลงภายหลังการรักษาในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ได้รับยา 1% Emulsion gel พบจำนวนเชื้อราลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก เป็นการแสดงว่า ยาเทอร์บินาฟีนมีฤทธิ์ต้านเชื้อราได้จริง และยังเป็นการบอกอีกว่า การให้ยาหลอกซึ่งอาจมีส่วนให้ผู้ป่วยดูแลรักษาความสะอาดดีขึ้น ก็สามารถลดจำนวนเชื้อราได้บ้าง ซึ่งก็เป็นการยืนยันว่าโรคนี้หายได้เองจริงหากกำจัดปัจจัยส่งเสริมออกไป ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มการศึกษานี้จากการที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว การรักษาความสะอาดก็พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ซึ่งก็น่าจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผลการรักษาด้วยยาหลอกได้ผลดี

หลังจากติดตามผลการรักษาจนครบ 3 เดือน พบการหายโดยสมบูรณ์ในผู้ป่วยเพียง 4 รายโดย 3 รายได้รับการรักษาด้วยยา 1% เทอร์บินาฟีน และอีก 1 รายได้รับยาหลอก Chu (1984) ก็พบว่าภายหลังการรักษา 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยทั้งในกลุ่มที่ได้ยา Bifonazole solution ทาวันละครั้ง ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ และในกลุ่มที่ได้รับยา Selenium sulphide shampoo ฟอกตัวทุกวันวันละครั้งเป็นเวลา 6 วันและหลังจากนั้นฟอกตัวทุกสัปดาห์เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่มีผื่นดำนั้นจางหายไปหมด แต่ในผู้ป่วยที่มีผื่นขาวนั้น ส่วนใหญ่ยังคงมีผื่นอยู่ แต่จางลง Aste และคณะ (1991) ศึกษาการทายา 1%เทอร์บินาฟีนครีม เทียบกับยาไบโฟนาโซล โดยการทายาติดต่อกัน 2-4 สัปดาห์ พบว่าที่สัปดาห์ที่ 4 เท่ากับ ผื่นดำในผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับ 1%เทอร์บินาฟีนครีมหายไป แต่ผู้ป่วยร้อยละ 11 ในกลุ่มที่ได้รับยาไบโฟนาโซลยังคงมีผื่นดำนี้อยู่ และสำหรับผื่นขาวยังคงพบในผู้ป่วยทุกคนแม้ว่าจะตรวจไม่พบเชื้อราแล้วก็ตาม ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการหายโดยสมบูรณ์ของผู้ป่วยที่มีผื่นดำที่ศึกษาในครั้งนี้ น้อยกว่าในรายงานก่อน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการรายงานการหายโดยสมบูรณ์นี้ ผู้ทำการวิจัยต้องพบว่าผื่นหายไปหมดจนกระทั่งมองไม่เห็นจริงๆ จึงจะรายงานว่ามีการหายโดยสมบูรณ์ และส่วนใหญ่ก็พบว่าเพียงแค่จางลงมากเท่านั้น หรืออาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยคนไทยส่วนใหญ่มีสีผิวเข้ม ซึ่งการที่ผิวหนังเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแม้เพียงเล็กน้อยก็ตาม อาจทำให้มีร่องรอยหลงเหลืออยู่ต่อไปอีกนาน แต่สำหรับผื่นขาวผลการวิจัยครั้งนี้เข้าได้กับรายงานที่ผ่านมา ที่พบว่าการหายของโรคโดยสมบูรณ์นั้นจริงๆ อาจต้องใช้ระยะเวลานานหลายเดือนหลังจากการตรวจแล้วไม่พบเชื้อรา (Aste et al, 1991) ซึ่งหลังจากติดตามเป็นเวลา 3 เดือนก็พบว่ามีผู้ป่วย 4 รายที่มีผื่นขาวที่จางลงจนกระทั่งมองไม่เห็น

พบการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มการรักษา โดยพบร้อยละ 47.6 ในกลุ่มที่ได้รับยา 1%เทอร์บินาฟีน และร้อยละ 40 ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก Chu (1984) ก็พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับยา Selenium sulphide shampoo ฟอกตัวทุกวันวันละครั้งเป็นเวลา 6 วันและหลังจากนั้นฟอกตัวทุกสัปดาห์เป็นเวลา 6 สัปดาห์นั้น ภายหลังการรักษา 4 สัปดาห์ มีการกลับเป็นซ้ำถึงร้อยละ 17 Savin และ Horwitz (1986) พบว่า เมื่อติดตามการรักษาจนครบ 8 สัปดาห์ กลุ่มที่ให้การรักษาด้วยยา 2%Ketoconazole cream ไม่พบการกลับเป็นซ้ำ และพบการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 75 ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก Aste และคณะ (1991) ก็ได้ทำการศึกษาโดยใช้ยาครีม 1%เทอร์บินาฟีน เทียบกับ 1%Bifonazole ทาติดต่อกัน 2-4 สัปดาห์ พบว่าในสัปดาห์ที่ 4 ไม่พบการกลับเป็นโรคซ้ำในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มเช่นกัน และเมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการกลับเป็นซ้ำกับ เพศ อายุ อาชีพ ประวัติการรักษามาก่อน เดือนที่เริ่มให้การรักษาในการศึกษาครั้งนี้นั้น พบว่าในเพศชายมีการกลับเป็นซ้ำของโรคสูงกว่าในเพศหญิงเพียงเล็กน้อย ในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยนั้นพบการกลับเป็นซ้ำของโรคมากกว่ากลุ่มที่มีอายุมาก ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้างและค้าขายนั้นพบการกลับเป็นซ้ำของโรคมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มอื่น กลุ่มที่เคยได้รับการรักษามาในอดีตพบมีการกลับเป็นซ้ำของโรคสูงกว่าในกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน ผู้ป่วยที่เริ่มให้การรักษาในช่วงฤดูหนาวมีการกลับเป็นซ้ำสูงกว่ากลุ่มอื่น แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลความแตกต่างเหล่านี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสรุปพบว่าการที่การกลับเป็นซ้ำในการศึกษาครั้งนี้ผลที่ได้นี้มากกว่าการศึกษาที่ผ่านมา อาจเป็นเพราะการดูแลรักษาตัวของผู้ป่วยในช่วงหลัง ไม่ดีเท่ากับในช่วงแรกที่ได้ยารักษา รวมทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคเกลื้อนยังคงมีอยู่ จึงทำให้โรคกลับเป็นขึ้นมาใหม่ โดยการกลับเป็นซ้ำนี้ มักพบในรายที่มีประวัติการได้รับการรักษามาในอดีตแล้ว จึงอาจเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะเกิดโรคเกลื้อนอยู่แล้ว หรือทั้งนี้อาจเป็นเพราะปัจจัยภายนอกที่ยากแก่การกำจัด เช่น ความอับชื้น การที่ไม่รักษาความสะอาดที่ดีพอ หรืออาจเป็นจากปัจจัยภายในเช่น genetic susceptibility ซึ่งไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้เป็นต้น (Burke, 1961) และในความเห็นของผู้ทำการวิจัย การที่ผู้ป่วยที่เริ่มให้การรักษาในช่วงฤดูหนาวมีการกลับเป็นซ้ำสูงกว่ากลุ่มอื่นนั้น อาจเกิดจากอากาศที่ร้อนด้วย พบว่าในฤดูหนาวช่วงที่ทำการวิจัยนั้นเป็นช่วงที่ร้อนมากมีความชื้นค่อนข้างสูง ผู้ป่วยหลายรายรายงานว่ามีภาวะเหงื่อออกมากเกิดขึ้นรวมทั้งมีหลายรายที่มีการกลับเป็นซ้ำ

ผลข้างเคียงของการศึกษาครั้งนี้ พบเพียงอาการคันเล็กน้อยภายหลังทายาในผู้ป่วย 2 รายในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา 1% เทอร์บินาฟีน และ 1 รายในผู้ป่วยที่ได้รับยาหลอก ซึ่งความแตกต่างนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาการคันนี้ไม่ได้พบร่วมกับอาการผื่นแดง หรือผื่นคัน และอาการเหล่านี้ไม่ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดการรักษาในทั้ง 2 กลุ่มการศึกษา Aste และคณะ (1991) ที่ได้

ทำการศึกษาโดยใช้ยาครีม 1%เทอร์บินาฟีน เทียบกับ 1%Bifonazole ทาติดต่อกัน 2-4 สัปดาห์ ก็ไม่พบว่ามีผลข้างเคียงเช่นกัน ซึ่งเข้าได้กับ Balfour และ Faulds (1992) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยสามารถทนต่อยาทา 1% terbinafine cream ได้ดี พบว่าอาจพบอาการข้างเคียงได้ร้อยละ 2 คือ อาการระคายเคืองผิวหนังเฉพาะที่ รอยแดง แสบ และแห้งที่ผิวหนัง ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้ ก็สามารถพบได้ ร้อยละ 1 ในยาหลอก

แม้ว่าการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ double-blinded placebo-controlled trial ซึ่งเป็นการศึกษาที่สามารถกำจัดอคติต่างๆออกไปแล้วก็ตาม แต่ก็ยังมีข้อจำกัดบางประการที่อาจส่งผลต่อผลการรักษาทำให้ผลการศึกษาที่ได้ต่างจากข้อมูลในอดีตมาก ดังนั้นจึงขอเสนอแนะข้อมูลที่อาจมีประโยชน์ในการศึกษาครั้งต่อไป

1. อาจต้องเพิ่มระยะเวลาการรักษาเป็น 4 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ผิวหนังกำพร้าชั้นล่างสุดเจริญมาเป็นผิวหนังกำพร้าชั้นบนสุด และหลุดลอกออกไปได้หมด (Holbrook and Wolff, 1993) ซึ่งจะแก้ปัญหาระยะเวลาการรักษาที่ว่าระยะเวลา 2 สัปดาห์อาจไม่เพียงพอในการรักษาโรคเกลื้อน
2. อาจต้องมีการเพาะเชื้อรา จากตำแหน่งที่กำหนดไว้ ร่วมด้วย เพราะแม้ไม่ช่วยในการวินิจฉัย แต่ถ้าดูผลเปรียบเทียบกับก่อนการรักษา ก็อาจช่วยบอกผลการรักษาให้แน่นอนยิ่งขึ้น