

นิพนธ์ต้นฉบับ

วัณโรคผิวหนังในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในระยะ 5 ปี

นุชา หิรัญกิจ*

นภดล นพคุณ*

Hirankit N, Noppakun N. Cutaneous tuberculosis in Chulalongkorn Hospital. Chula Med J 1984 Jul ; 28 (7) : 737-743

The patients presented at Dermatology unit of Chulalongkorn Hospital with the diagnosis of cutaneous tuberculosis during 1979-1983 have been reviewed. The total cases are 91 cases. The sex incidence is equal. Age varies from 5 to 90 years, the highest peak is in second decade. The clinical manifestation composed of tuberculosis verrucosa cutis 60 cases (66%), papulonecrotic tuberculids 9 cases (10%), lupus vulgaris 8 cases (9%), erythema induratum 7 cases (8%), scrofuloderma 2 cases (2%), erythema nodosum related with tuberculosis 4 cases (4%), primary inoculation tuberculosis 1 cases (1%).

* หน่วยตจวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัณโรคผิวหนังเป็นโรคที่ไม่พบบ่อยนัก ในเวชปฏิบัติทั่วไป แต่แพทย์ผิวหนังจะได้พบอยู่เสมอ การเกิดวัณโรคผิวหนังอาจจะเป็นจากการติดเชื้อครั้งแรก (Primary inoculation) โดยผู้ป่วยไม่เคยมีภูมิคุ้มกันมาก่อน ทำให้เกิดเป็นแผล (Primary chancre) ขึ้นบริเวณที่เชื้อเข้าไป ร่วมกับมีต่อมน้ำเหลืองในบริเวณนั้นโต ส่วนใหญ่มักเกิดกับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วย การตรวจศพ หรือการเพาะเชื้อวัณโรค แล้วเกิดบาดแผลโดยบังเอิญ ทำให้ติดเชื้อได้ ผู้ป่วยของเราหนึ่งรายที่เป็น Primary chancre เป็นแพทย์ที่ถูกระเบิดเจาะปอดตำน้ำมือขณะที่เจาะปอดผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอด ทำให้เกิดแผลวัณโรคขึ้นที่นิ้วมือ

ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยเป็นวัณโรคที่ใดที่หนึ่งในร่างกายแล้วมีภูมิคุ้มกันต่อต้านเชื้อวัณโรค เมื่อได้รับเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายทางบาดแผลที่ผิวหนัง หรือติดต่อมาจากวัณโรคของอวัยวะในไตผิวหนัง (Secondary inoculation) จะเกิดเป็นวัณโรคผิวหนังขึ้น ถ้าภูมิคุ้มกันดีแล้วได้รับการติดเชื้อจากภายนอกอาจจะเป็น Tuberculosis verrucosa cutis หรือ Lupus vulgaris บางกรณีที่มีภูมิคุ้มกันไม่ดี เชื้อวัณโรคจากอวัยวะภายในอาจลุกลามมายังผิวหนังทำให้เกิดวัณโรคที่ผิวหนังได้ เช่น Scro-

furoderma ซึ่งเป็นวัณโรคผิวหนังที่เกิดจากการลุกลามต่อเนื่องมาจากวัณโรคของต่อมน้ำเหลือง หรือกระดูกที่อยู่ข้างใต้

วัณโรคของผิวหนังแบ่งออกเป็นชนิดต่าง ๆ ตามพยาธิกำเนิดและภาวะภูมิคุ้มกัน แบ่งออกได้เป็น

1. Primary inoculation cutaneous tuberculosis (Primary tuberculosis complex, tuberculosis chancre) เกิดจากได้รับเชื้อวัณโรคเข้าทางผิวหนังโดยตรง ในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับเชื้อมาก่อนไม่มีภูมิคุ้มกัน

มักเริ่มด้วยเป็นตุ่มสีน้ำตาลแดงตรงบริเวณที่ได้รับเชื้อ แล้วแตกออกเป็นแผลเรื้อรังร่วมกับมีต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้นโต

2. Secondary inoculation cutaneous tuberculosis ผู้ป่วยเคยได้รับเชื้อมาก่อน มีภูมิคุ้มกันต่อต้านเชื้อวัณโรคในร่างกายแล้วได้รับเชื้อเข้าสู่ผิวหนังใหม่ ได้แก่

2.1 Lupus vulgaris ผู้ป่วยพวกนี้มีภูมิคุ้มกันต่อต้านเชื้อวัณโรคสูง Tuberculin skin test ให้ผลบวก

ลักษณะทางผิวหนัง จะเริ่มเป็นผื่นสีน้ำตาลแดง นุ่ม ถ้าใช้แผ่น slide กดลงไป จะเห็นเป็นตุ่มสีน้ำตาลเหลืองจาง ๆ คล้ายสีของ Apple jelly ซึ่งเป็นลักษณะที่ช่วยวินิจฉัยโรคอย่างหนึ่ง ผื่นนี้จะขยายกว้างออกไปเรื่อย ๆ

บางส่วนจะหายเกิดเป็นแผลเป็น ในขณะที่บริเวณอื่น ๆ จะมีตุ่มใหม่เกิดขึ้นอีก ผื่นชนิดนี้เป็นเรื้อรังและลามออกได้มากกว่าวัณโรคผิวหนังชนิดอื่น ๆ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น contraction ของ joint การทำลายกระดูกอ่อนบริเวณหน้าได้ ในรายที่เป็นมาก ๆ บริเวณแผลเป็นอาจเกิดเป็นมะเร็งผิวหนังได้

2.2 Tuberculosis verrucosa cutis ผู้ป่วยพวกนี้มีการทดสอบ tuberculin ให้ผลบวก มีความต้านทานสูง เชื้อจะเข้าทางบาดแผลหลังรอยขีดข่วน

ลักษณะทางผิวหนัง จะเริ่มด้วยเป็นตุ่มหรือตุ่มหนองเล็ก ๆ หลังจากนั้นจะเปลี่ยนเป็นผื่นนูน ผิวขรุขระแข็ง ๆ ขอบไม่เรียบคล้ายหูดโตขึ้นช้า ๆ มักมีผื่นเดี่ยว และต่อมาหน้าเหลืองไม่โต

2.3 Scrofuloderma เกิดจากการแตกของวัณโรคที่อยู่ใต้ผิวหนัง เช่น วัณโรคที่ต่อมน้ำเหลือง หรือที่กระดูกออกสู่ภายนอก ทำให้เกิดผื่นที่ผิวหนังบริเวณนั้น

มักพบที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอได้บ่อยที่สุด โดยเริ่มเป็นรอยสีม่วง ๆ ที่ผิวหนังเหนือต่อมน้ำเหลือง ซึ่งจะแตกออกเกิดเป็น sinus tract ทำให้เกิดเป็นแผลขอบม้วน ก้นแผลขรุขระและนูน เป็น granulation tissue เรียงตัวเป็นเส้นหรือเป็นวงตามการกระจายของต่อมน้ำเหลือง

2.4 Orificial tuberculosis (Tuberculosis cutis orificialis, tuberculosis ulcerosa cutis et mucosae) เกิดจาก autoinoculation โดยเชื้อวัณโรคของอวัยวะภายใน ซึ่งโดยมากจากปอดและลำไส้ ทำให้เกิดผื่นที่บริเวณเย็บและผิวหนังบริเวณช่องเปิดต่าง ๆ มักเริ่มเป็นตุ่มสีแดงหรือเหลืองบริเวณเย็บ ต่อมาจะแตกออกเป็นแผล เย็บปากรอบ ๆ แผลจะบวมแดงอักเสบ อาจมีหลายแผลหรือแผลเดียว จะมีอาการเจ็บมากไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของแผล อาการจะเลวลงเรื่อย ๆ การดำเนินโรคเร็วที่สุดในวัณโรคผิวหนังทั้งหมด

2.5 Acute miliary tuberculosis ของผิวหนัง

พบได้น้อย เกิดจากการกระจายของเชื้อวัณโรคไปตามกระแสโลหิต ในผู้ป่วยที่ไม่มีภูมิต้านทาน tuberculin test จะได้ผลลบ

ลักษณะทางคลินิก เป็นตุ่มหรือผื่นสีแดงขนาดเล็ก กระจายทั่วร่างกาย พบร่วมกับมีการกระจายของวัณโรคที่อวัยวะภายในอื่น ๆ ด้วย อาการมักจะเลวลงเรื่อย ๆ การดำเนินโรคไม่ดี

3. Hypersensitivity reaction ต่อเชื้อวัณโรค วัณโรคผิวหนังชนิดนี้เกิดจาก hypersensitivity reaction ต่อ foci ของวัณโรคที่อยู่ภายในร่างกายแบ่งออกเป็น

3.1 Papulonecrotic tuberculid ลักษณะเป็นตุ่มสีเนื้อหรือสีแดงขนาดเล็ก ที่ตรงกลางแตกออกเป็นแผล เมื่อหายกลายเป็นแผลเป็นขนาดเล็ก พบบ่อยตามแขนขา โดยเฉพาะที่เข่า ข้อศอก และก้น ประมาณหนึ่งในสามของผู้คนที่นี่ จะพบวัณโรคในอวัยวะอื่นที่พบบ่อยที่สุดคือ ปอด และต่อมท่อน้ำเหลือง⁽²⁾ เชื่อว่าเป็น arthus reaction ร่วมกับ vasculitis และตามด้วย delayed hypersensitivity reaction ทำให้เกิดเป็น granuloma ขึ้น⁽³⁾ ลักษณะทางพยาธิสภาพเป็น granuloma ร่วมกับ vasculitis และไม่พบเชื้อ acid fast bacilli⁽²⁾ การรักษาด้วยยาต้านวัณโรคได้ผลดี

3.2 Erythema induratum เป็นตุ่มขนาดใหญ่ กดเจ็บ มักพบบริเวณน่อง พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย มักแตกออกเป็นแผลและกลายเป็นแผลเป็น เป็นการอักเสบของ subcutaneous tissue ของผิวหนัง มักพบร่วมกับวัณโรคในอวัยวะอื่น ผู้ป่วยมักให้ปฏิกิริยาบวกต่อการทดสอบ tuberculin

Erythema nodosum เป็น Hypersensitivity reaction ของผิวหนังอย่างหนึ่งต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น ยา เชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา รวมทั้งเชื้อวัณโรค ลักษณะเป็นตุ่มแดง เจ็บ อยู่บริเวณหน้าแข้ง เป็นการอักเสบของ subcutaneous tissue เช่นกัน ในการศึกษาพบ

Erythema nodosum ที่มีความสัมพันธ์กับวัณโรคถึง 4% ของวัณโรคผิวหนังทั้งหมด

ประสบการณ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้เขียนได้ทำการศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยวัณโรคผิวหนังในคลินิกโรคผิวหนัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2522-2526 โดยศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของโรค อายุ เพศ อาชีพของผู้ป่วย

หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยและแยกชนิดอาศัยลักษณะทางคลินิก ลักษณะทางพยาธิวิทยาและผลการรักษาเป็นสำคัญ

อุบัติการณ์

ในระยะเวลา 5 ปี มีผู้ป่วยวัณโรคผิวหนังทั้งสิ้น 91 ราย

เฉลี่ยประมาณ 18 รายต่อปี

เพศ ♂ : ♀ = 47 : 44 (1 : 1)

อายุ	1 - 10 ปี	11 %
	10 - 20 ปี	26 %
	20 - 30 ปี	24 %
	30 - 40 ปี	19 %
	40 - 50 ปี	8 %
	50 - 60 ปี	4 %
	> 60 ปี	8 %

อาชีพ

รับจ้าง	28%	แม่บ้าน	6%
กสิกรรม	19%	นักเรียนนักศึกษา	6%
อาชีพส่วนตัว	15%	ไม่ทราบอาชีพ	25%
ข้าราชการ	6%		

ความสัมพันธ์กับวัณโรคของปอด โดย
ดูจากฟิล์ม x-ray พบมีวัณโรคปอดร่วมด้วย
< 10%

ชนิดของวัณโรคผิวหนัง

Tuberculosis verrucosa cutis	60 ราย (66%)
Papulonecrotic tuberculid	9 ราย (10%)
Lupus vulgaris	8 ราย (9%)
Erythema induratum	7 ราย (8%)
Scrofuloderma	2 ราย (2%)
Primary inoculation (chancres)	1 ราย (4%)
Erythema nodosum	4 ราย (4%)

ผู้ป่วย papulonecrotic tuberculid 1
ราย เคยได้รับการรักษาด้วย isoniazid อยู่ 1 ปี
ผื่นยุบไป 3 ปีต่อมาเกิดเป็นวัณโรคของต่อม
หน้าเหลือง ในผู้ป่วย Erythema nodosum
4 รายนั้น รายที่หนึ่งผู้เป็นเริ่มมี Erythema
nodosum บนขาทั้ง 2 ข้าง เป็น ๆ หาย ๆ อยู่
3 ปี แล้วเกิดเป็นวัณโรคของต่อมหน้าเหลือง
ผู้ป่วยรายที่สองมี Erythema nodosum ร่วม
ประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นวัณโรค ให้

ปฏิกิริยารุนแรงกับการทดสอบ tuberculin
หลังให้ยารักษาวัณโรค ผื่นยุบหายไปหมด
ผู้ป่วยรายที่สามเป็น erythema nodosum ร่วม
กับวัณโรคปอด และรายสุดท้ายเป็นวัณโรคปอด
อยู่หลายปี แล้วเกิด erythema nodosum ขึ้น
ซึ่งผื่นหายไปหลังจากให้ยารักษาวัณโรค

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่า Tuberculosis
verrucosa cutis มากที่สุด (60%) คล้ายกับ
สถาบันโรคผิวหนัง (76%)⁽⁴⁾ และรายงานจาก
ฮ่องกง (46%)⁽⁵⁾ แต่ต่างจากรายงานที่พบใน
กลุ่มประเทศตะวันตก เช่น จากลอนดอน
รัสเซีย ลิซบอด และจากอินเดีย และสาธารณ-
รัฐประชาชนจีน ที่พบ Lupus vulgaris มาก
ที่สุด และต่างจากเม็กซิโกซึ่งพบ Scrofulo-
derma มากที่สุด

ที่น่าสนใจคือ การที่พบ Erythema
nodosum ร่วมกับวัณโรคของอวัยวะอื่นถึง 4%
ของวัณโรคผิวหนังทั้งหมด ซึ่งไม่พบในราย
งานอื่น เพราะฉะนั้นถ้าพบผื่น Erythema
nodosum ในผู้ป่วยไทยควรจะตรวจหาวัณโรค
ซึ่งอาจเป็นสาเหตุด้วยเสมอ

ช่วงอายุที่พบบ่อยที่สุด คือ 10 - 20 ปี
(20%) พบน้อยในเด็กอายุน้อยกว่า 10 ปี และ
ผู้ใหญ่ที่อายุมากกว่า 40 ปี คล้ายกับรายงาน

จากสถาบันโรคผิวหนัง⁽⁴⁾ แต่ต่างจากรายงานจากฮ่องกง⁽⁵⁾ ซึ่งพบในเด็กอายุน้อยกว่า 10 ปีมากที่สุด (36%)

อุบัติการณ์ของวัณโรคผิวหนังในเพศหญิงและเพศชายเท่ากัน คล้ายกับรายงานจากฮ่องกง⁽⁵⁾ แต่แตกต่างจากรายงานของสถาบันโรคผิวหนัง⁽⁴⁾ ซึ่งพบเพศชายมากกว่าเพศหญิง (1.8 : 1)

ความสัมพันธ์กับวัณโรคปอดพบน้อยกว่า 10% น้อยกว่าอุบัติการณ์ที่พบในฮ่องกง ซึ่งพบวัณโรคปอดร่วมด้วยประมาณ 10% และน้อยกว่ารายงานอื่น ๆ เช่น Li พบวัณโรคปอดร่วมกับวัณโรคผิวหนัง 21% ในผู้ป่วย 300 ราย และ Banerjee พบวัณโรคปอดเยื่อหุ้มปอดและต่อมน้ำเหลืองถึง 45% ในผู้ป่วย 200 ราย ที่มีวัณโรคผิวหนัง⁽⁵⁾

การวินิจฉัยวัณโรคผิวหนัง ต้องอาศัยลักษณะผื่นผิวหนังร่วมกับพยาธิสภาพที่เป็น granulomatous infiltration ซึ่งอาจมี caseation necrosis หรือไม่พบก็ได้ร่วมกับการให้ผลบวกคือการทดสอบ tuberculin ประวัติการติดวัณโรคในครอบครัว หรือตัวผู้ป่วยเอง และผลของการรักษาด้วยยาต้านวัณโรค

การตรวจพบเชื้อ acid fast bacilli ในชั้นเนื้อ หรือการเพาะเชื้อ มักจะไม่พบ เพราะปริมาณของเชื้อวัณโรคมีน้อยมาก นอกจากในรายที่เป็น primary inoculation⁽²⁾

การรักษาวัณโรคผิวหนัง ไม่ว่าจะชนิดใดที่ไม่มีวัณโรคอวัยวะอื่นร่วมด้วย โดยให้ยาต้านวัณโรคตัวใดตัวหนึ่งอย่างเดียวไม่ได้ผล เพราะว่าในระยะแรกผื่นอาจเกิดขึ้น แต่จะกลับมาเป็นใหม่ หรือเป็นวัณโรคของอวัยวะอื่นในระยะต่อมา ผู้ป่วย 2 รายในการศึกษานี้เป็น papulonecrotic tuberculid ได้รับการรักษาด้วยยา Isoniazid ตัวเดียวนาน 1 ปี 3 ปีต่อมา รายหนึ่งเกิดวัณโรคปอดขึ้น อีกรายหนึ่งเป็นวัณโรคต่อมน้ำเหลือง เพราะฉะนั้นจึงควรให้ยาต้านวัณโรคอย่างน้อย 2 ตัวขึ้นไป และควรให้นานไม่น้อยกว่า 1 ปี⁽¹⁾

ในบางกรณีการทำผ่าตัดเอาหนองออก เช่น ในรายที่เป็น scrofuloderma อาจจะช่วยให้หายเร็วขึ้น ลดระยะเวลาของการรักษาหรือถ้าเป็น tuberculosis verrucosa cutis หรือ lupus vulgaris ที่มีขนาดเล็ก อาจใช้การผ่าตัดเอาออกได้ แต่ต้องร่วมกับการให้ยาต้านวัณโรคเสมอ⁽¹⁾

อ้างอิง

1. Wolff K. Mycobacterial diseases : Tuberculosis. In : Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedborg IM, Austen KF, eds. *Dermatology In General Medicine*. New York : McGraw-Hill, 1979. 1473-1491
2. Lever WF. Tuberculids. In : Lever WF, Gurdula S, eds. *Histopathology of the Skin*. Philadelphia : J B Lippincott, 1983. 302
3. Morrison JGL, Fourie ED. The Papulonecrotic Tuberculids from arthus reaction to Lupus Vulgaris. *Br J Dermatol* 1974 Sep; 91 (3) : 263-270
4. สุปรียา ศิริมาจันทร์, อัญญา จารวร. การรักษาวัณโรคผิวหนัง. *จุฬาสารสมาคมแพทย์ผิวหนัง* 2526; 2 (1) : 24-32
5. Wong KO, Lee KP, Chiu SF. Tuberculosis of the Skin In Hong Kong. *Br J Dermatol* 1968 July; 80 (7) : 424-429

จุฬาลงกรณ์เวชสารได้รับต้นฉบับเมื่อวันที่ 1 เดือนเมษายน พ.ศ. 2527