

ผมร่วง และศีรษะล้าน

สุนิสา ไทยจินดา¹

Alopecia

Thaichinda S¹.

Division of Dermatology, Department of Medicine,

Hat Yai Hospital, Songkhla, 90110, Thailand

Songkla Med J 2008;26(6):587-599

Abstract:

Alopecia or baldness is a common problem that can cause worry and stress to patients. The evaluation of hair loss remains a difficult and confusing subject for most physicians. A careful history should cover the questions of shedding versus thinning and the duration and family history. Evidence of scarring or non-scarring on the scalp surface, pattern of hair loss, which can be diffuse or confined to one or several areas of the scalp should be noted. Special investigative techniques include the gentle hair pull, the forcible hair pluck with forceps, scalp biopsy and some laboratory tests. This article concludes that the historic and clinical clues of common baldness, such as telogen effluvium, androgenic alopecia, female pattern hair loss, alopecia areata, trichotillomania, and alopecia in systemic diseases are important for the diagnosis, management plan and prognosis of the disease.

Key words: alopecia areata, androgenic alopecia, cicatricial alopecias, female pattern hair loss, non-scarring alopecia, telogen effluvium, trichotillomania

¹กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

รับต้นฉบับวันที่ 7 มกราคม 2551 รับลงตีพิมพ์วันที่ 26 ธันวาคม 2551

บทคัดย่อ:

ผมร่วงและศีรษะล้าน เป็นปัญหาพบบ่อยที่ผู้ป่วยมักเป็นกังวลและเครียด การวินิจฉัยโรคและการรักษายังเป็นปัญหาที่ยากและสับสนสำหรับแพทย์ส่วนใหญ่ ดังนั้นควรเริ่มจากการซักประวัติของการหลุดร่วง ปริมาณผมที่ร่วง ช่วงระยะเวลาที่ร่วง และประวัติผมบางในครอบครัวอย่างถี่ถ้วน ตรวจสอบตำแหน่งรอยโรคที่ร่วงนั้นว่ามีแผลเป็นหรือไม่ รูปแบบผมหลุดร่วงที่บริเวณใดบริเวณหนึ่ง มากน้อยต่างกัน และใช้เทคนิคง่าย ๆ เสริมในการตรวจ เช่น ดึงเส้นผมเป็นกระจุกเบา ๆ หรือใช้กรรไกรเล็กที่มีฟันเลื่อยจับผมประมาณ 30-50 เส้น ออกแรงกระตุกดึงอย่างแรง แล้วนำผมที่หลุดติดมาตรวจ หรือตัดชิ้นเนื้อหนังศีรษะบริเวณที่ร่วงเพื่อส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมในบางกรณี บทความนี้รวบรวมประวัติ และลักษณะทางคลินิกที่สำคัญของโรคผมร่วงและศีรษะล้านที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะการหลุดร่วงมากของผระยะ telogen, ผมบางศีรษะล้านจากพันธุกรรมที่พบในเพศชายและเพศหญิง โรคผมร่วงเป็นหย่อม ภาวะทางจิตที่ดึงผมตนเองจนเป็นนิสัย หรือโรคทางระบบที่สำคัญที่ทำให้ผมร่วง เพื่อการวินิจฉัยแยกโรค วางแผนการรักษา และการพยากรณ์โรค

คำสำคัญ: ผมบางศีรษะล้านจากพันธุกรรมในเพศชายและเพศหญิง, ผมร่วงบางแบบไม่มีแผลเป็น, ผมร่วงแบบมีแผลเป็น, ภาวะการหลุดร่วงมากของผระยะ telogen, ภาวะทางจิตที่ดึงผมตนเองจนเป็นนิสัย, โรคผมร่วงเป็นหย่อม

บทนำ

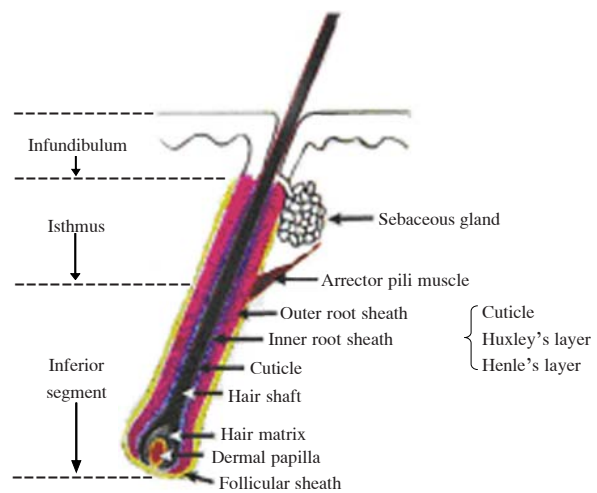
ผมและทรงผมสามารถช่วยให้มนุษย์ดูสวย หล่อขึ้นได้ การที่มีเส้นผมนุ่มสลวยแข็งแรง ไม่หลุดร่วง ไม่บาง จนหนังศีรษะล้าน จึงเป็นที่ปรารถนาของบุคคลทั่วไป ทุกวันเส้นผมบนหนังศีรษะของคนเราจะมีการหลุดร่วงและงอกใหม่อยู่เสมอ กระบวนการนี้จะทำงานได้ปกติขึ้นอยู่กับปัจจัย ได้แก่ พันธุกรรม การมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง การได้รับสารอาหารครบถ้วนและไม่มีโรค บางคนพบว่า ผมที่หลุดร่วงนั้นขึ้นใหม่น้อยลง หรือไม่งอกใหม่ทดแทน หรือร่วงอย่างเฉียบพลัน เป็นเหตุให้ผมดูบางลงจนศีรษะล้าน เป็นปัญหาแม้แต่ในเด็กเล็ก และมีผลกระทบต่อด้านจิตใจ ก่อให้เกิดความเครียด ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และยังทำให้หนังศีรษะสัมผัสรังสียูวีมากเกินไปจนอาจเป็นอันตรายได้ อีกทั้งยังพบว่า อาจเป็นอาการนำของโรคตามระบบภายในหลายๆ โรค ที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ บทความนี้รวบรวมลักษณะทางคลินิกของโรคผมร่วงและศีรษะล้านที่พบบ่อยเพื่อการวินิจฉัยแยกโรค สามารถให้การดูแลรักษา ให้คำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วย รวมทั้งบอกการพยากรณ์ของโรค

ธรรมชาติของเส้นผม

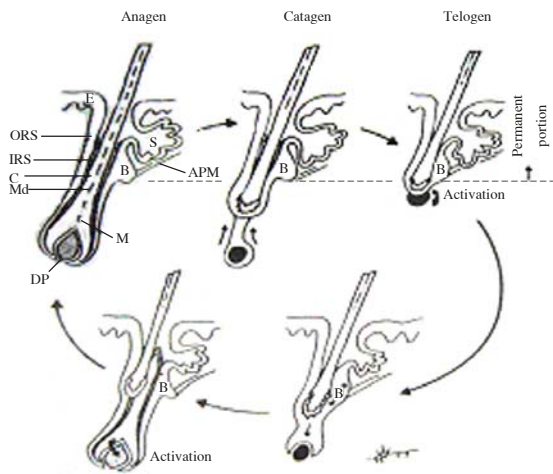
ผมชุดแรกของคนเริ่มในช่วงอายุครรภ์ 16-20 สัปดาห์ เรียกว่า Lanugo hair เป็นขนเส้นเล็กๆ ไม่มีสี ไม่มี medulla

ปกติจะหลุดร่วง 3-4 สัปดาห์ก่อนคลอด หลังจากนั้นจะมีผมขึ้นใหม่ 2 ชนิด แบ่งตามขนาด ได้แก่

1. Vellus hair เป็นขนอ่อนเล็กๆ คล้าย lanugo hair ไม่มี medulla ไม่มีสี ยาวไม่เกิน 2 ซม.
2. Terminal hair เป็นผมเส้นใหญ่ หยาบยาว มีสี มี hair medulla แยกเป็น 1) Asexual hair ที่ศีรษะ คิ้ว ขนตามแขนขา (รูปที่ 1) และ 2) Sexual hair ได้แก่ ขนหัวหน่าว รักแร้ หนวดเครา และขนหน้าอกในผู้ชาย^{1, 3-4}



รูปที่ 1 ภาพตัดตามยาวของเส้นผม anagen¹ มี 3 ส่วน infundibulum, isthmus และ inferior segment



รูปที่ 2 แสดงวงจรการเจริญเติบโตของเส้นผมในระยะต่างๆ¹

Hair growth cycle หรือวงจรการงอกของเส้นผม¹

ปกติมี 3 ระยะ คือ anagen phase, catagen phase และ telogen phase (รูปที่ 2)

Anagen phase เป็นระยะเจริญเติบโต (growing phase) ต่อมผมอยู่ลึกในชั้น dermis มีสีเข้ม เลือดมาเลี้ยงมาก ใช้เวลาประมาณ 1,000 วัน หรือ 3 ปี เป็นผมส่วนใหญ่ ร้อยละ 85-90 บนหนังศีรษะ

Catagen phase เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลง (transitional phase) ต่อมผมจะเลื่อนสูงขึ้น สีเริ่มจางลง แยกตัวจากเส้นเลือดที่มาเลี้ยง ใช้เวลาในระยะนี้ประมาณ 10 วัน หรือ 2-3 สัปดาห์ พบจำนวนน้อยมาก

Telogen phase เป็นระยะหยุดเจริญเติบโต (resting phase) เลื่อนตัวขึ้นอยู่ต่ำกว่าช่องเปิดต่อมไขมันเพียงเล็กน้อย โคนมีลักษณะเป็น club hair และจะถูกผมระยะ anagen ที่เกิดใหม่มาแทนที่ ดันให้หลุดร่วงไป ใช้เวลาประมาณ 100 วัน หรือ 3 เดือน

ปกติเส้นผมบนหนังศีรษะมีประมาณ 100,00 เส้น อยู่ในระยะ telogen hairs ร้อยละ 10-15 คือ ประมาณ 10,000 เส้นต่อ 100 วัน ผมจึงร่วงเฉลี่ย 100 เส้นต่อวัน แต่ถ้าสระผมอาจร่วงเป็น 2 เท่าได้ และการร่วงของเส้นผมบนหนังศีรษะของมนุษย์เป็นแบบ mosaic pattern คือ ร่วงจากทุกจุดสลับกันไปไม่เหมือนของสัตว์มีขน จะร่วงเป็นชุดเป็นหย่อมๆ จากหัวไปหาง จากท้องไปหลัง เรียกว่าเป็น wave pattern

อายุของขนแตกต่างกันตามตำแหน่ง ได้แก่ ขนคิ้ว ขนตา ขนรักแร้ มีอายุ 3-4 เดือนก็หลุด ขนอ่อนตามร่างกาย 4 เดือน แต่ผมบนหนังศีรษะอายุประมาณ 4 ปี

การวินิจฉัยโรคผมร่วงและศีรษะล้านที่พบบ่อย

เริ่มจากประวัติทั่วไป เช่น ร่วงนานเท่าไร ร่วงวันละกี่เส้น รับประทานยาใดประจำ มีการใช้เครื่องสำอางเส้นผม หรือมีโรคประจำตัว และมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วยหรือไม่ แล้วตรวจดูรูปลักษณะของเส้นผมที่ร่วงว่าผิดปกติ ร่วงทั้งเส้น หรือขาด และตำแหน่งที่ผมหลุดร่วงว่ามีหรือไม่มีแผลเป็น แยกออกเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มแรก ผมร่วงแบบไม่มีแผลเป็น (non-scarring or non-cicatricial alopecias) โดยเป็นชนิดร่วงทั่วทั้งศีรษะ (diffuse) กับชนิดร่วงเป็นหย่อม (localized)

กลุ่มที่ 2 ผมร่วงแบบมีแผลเป็น (scarring or cicatricial-alopecias)

ร่วมกับการใช้เทคนิคง่าย ๆ เสริม เช่น ดึงเส้นผมเบา ๆ (hair pull) การรวบรวมนับเส้นผมที่หลุดร่วงทุกวันเป็นเวลา 7 วัน (hair count) หรือดึงกระชากแรง ๆ (forcible hair pluck) หรืออาจต้องอาศัยการตัดชิ้นเนื้อในตำแหน่งที่ผมร่วง (scalp biopsy) เพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค¹⁻⁵

การตรวจโดยใช้เทคนิคเสริม (investigative techniques) ได้แก่

1. Gentle hair pull

ค่อย ๆ ดึงเส้นผมเป็นกระจุกเบา ๆ เอาผมที่ร่วงออกมาตรวจ มักเป็น telogen hair ปกติจะไม่เกิน 1-3 เส้น ถ้าเกินกว่า 5-6 เส้นในการดึงแต่ละครั้ง แสดงว่ามีการหลุดร่วงมากกว่าปกติจริง ซึ่งเส้นผมที่ได้ควรตรวจดูด้วยว่าเป็นเส้นผมในระยะใด โดยวางเส้นผมบนแผ่นกระจก ใส่ผ้า 2-3 หยด ปิด cover-slip

- ถ้าพบเป็น telogen hair ซึ่งมักมี bulb กว้างกว่าตัวเส้นผม 2 เท่าและไม่มีเม็ดสี (รูปที่ 3A) ทุกเส้น จำนวนมากกว่าปกติ แสดงว่าเป็นโรค telogen effluvium แต่ถ้าพบเส้นผมมีความกว้างมากกว่าปกติ โดย bulb หายไป แสดงว่าเป็นผมร่วงจากการทำแต่งทรงผม หรือการดึงรั้ง

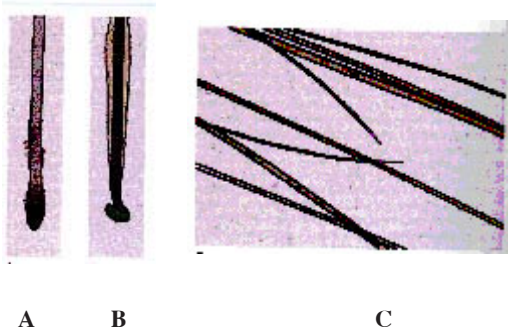
- ถ้าเป็นจากเชื้อรา มักพบมีรอยหัก แตก งอ เป็นปมของเชื้อรา

- ถ้าเป็น anagen hair ซึ่งเป็นเส้นผมที่มีเม็ดสี ปลายเรียว แคบลง หักงอง่าย และมี cuticle (รูปที่ 3B, และ C) อาจเกิดจากโรคผมร่วงเป็นหย่อม (alopecia areata) ระยะแรกหรือได้รับยาบางอย่าง เช่น ยาต้านมะเร็ง หรือโรคผิวหนังทางพันธุกรรม (alopecia mucinosis) หรือโรคซิฟิลิส ระยะที่ 2

2. Forcible hair pluck

ดึงผมเป็นกระจุก โดยใช้ forcep (รูปที่ 4) หรือกรรไกรเล็กที่มีพื้นเลื่อยจับผม ประมาณ 30-50 เส้น ออกแรงดึงไปในทิศทางที่เส้นผมเติบโต ผมที่ร่วงติดมา ตรวจ

- ถ้าเป็น telogen hair เกินกว่าร้อยละ 25 แสดงว่าผมร่วงมาก
- ถ้าพบเป็น anagen hair ทั้งหมด มักเป็นโรค trichotillomania²
- แต่ถ้าพบ telogen hair ทั้งหมดจากการดึงแรงๆ อาจเป็น anagen effluvium ได้ เนื่องจาก anagen hair ได้หลุดไปเกือบหมด



รูปที่ 3 แสดงเส้นผมปกติ telogen (A) และ anagen (B) ที่ดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ และ (C) anagen ที่ขึ้นใหม่ปลายเรียกว่างกับ anagen ที่เจริญเต็มที่แล้ว¹



รูปที่ 4 Forcible hair pluck โดยใช้ forcep²

3. Hair shaft abnormality

เส้นผมที่ดึงมาได้ในช่วงต้น สามารถตรวจดูความผิดปกติของเส้นผมด้วยกล้องจุลทรรศน์ ซึ่งอาจช่วยบอกโรคแยกเป็น 2 พวก คือ

- ชนิดเส้นผมเปราะ หักง่าย เช่น โรค trichothiodystrophy ถ้าพบหักตามขวาง ได้แก่โรค trichorrhexis nodosa หักตามยาว ได้แก่ trichopilosis หรือหักเฉียง ได้แก่ tapered fracture

- ชนิดเส้นผมผิดรูปหรือบิดเกลียว เช่น pili torti, corkscrew hair และ menkes' diseases หรือชนิดตัวเส้นผมไม่สม่ำเสมอ เช่น longitudinal ridging and grooving, loose anagen syndrome, และ monilethrix (beaded hair)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4. KOH preparation เส้นผม และเพาะเลี้ยงเชื้อราในรายที่สงสัยว่ามีสาเหตุจากเชื้อรา

5. Scalp biopsy

5.1 ตัดดู vertical section ตามปกติ สามารถบอกแยกโรคบางโรคได้ เช่น alopecia areata, trichotillomania เป็นต้น

5.2 ทำ punch biopsy 4 มล. มาตรฐาน แต่ตัดแนว horizontal section ระดับ mid-isthmus เพื่อนับจำนวนของต่อมขน โดยเฉลี่ยในคนปกติจะได้ประมาณ 40 follicles ซึ่งจำนวนนี้ประมาณ 30 follicles จะเป็น terminal anagen hairs แต่ถ้าพบจำนวนผมชนิด telogen hairs ได้มากกว่าร้อยละ 25 หรือมี vellus hair จำนวนมาก บ่งบอกถึงความผิดปกติ²

Classification of alopecia สามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ตามลักษณะของหนังศีรษะที่มีการหลุดร่วง

กลุ่มที่ 1 Non-scarring alopecia: ร่วงแบบไม่มีแผลเป็น

1.1 ชนิดร่วงทั่วทั้งศีรษะ (diffuse) ได้แก่

- 1.1.1 Stress induced-alopecia หรือ telogen effluvium (รูปที่ 5)
- 1.1.2 Androgenic alopecia หรือ common male baldness (MPB) (รูปที่ 6)
- 1.1.3 Female pattern hair loss (FPHL) หรือ common female baldness (รูปที่ 7 และ 8)
- 1.1.4 Hair shaft defects
- 1.1.5 Systemic lupus erythematosus (รูปที่ 9 และ 10)

1.1.6 Syphilitic alopecia

1.1.7 Anagen effluvium

1.2 ชนิดร่วงเป็นหย่อม (localized)

1.2.1 Alopecia areata (AA) (รูปที่ 11)

1.2.2 Traction หรือ trichotillomania (รูปที่ 12)

1.2.3 Tinea capitis (รูปที่ 13)

1.2.4 Naevoid abnormalities (รูปที่ 14)



รูปที่ 5 Telogen effluvium



รูปที่ 9 Acute lupus hair



รูปที่ 6 Male pattern baldness



รูปที่ 10 Chronic DLE



รูปที่ 7 FPHL แบบ frontal accentuation



รูปที่ 11 ผมหร่วง ชนิด alopecia areata



รูปที่ 8 FPHL แบบ diffuse central



รูปที่ 12 Trichotillomania



รูปที่ 13 Tinea capitis (gray patch)



รูปที่ 14 Aplasia cutis congenita



รูปที่ 15 Cicatricial alopecia (จาก Kerionเก่า)



รูปที่ 16 Cicatricial alopecia (จาก Herpes zoster)

กลุ่มที่ 2 Cicatricial alopecias: ผมร่วงแบบมีแผลเป็น ได้แก่

2.1 โรคติดเชื้อ

- เชื้อรา: Tinea capitis-Kerion (รูปที่ 15)
- เชื้อ Bacteria: bacterial folliculitis, furunculosis, carbuncle, tertiary syphilis, tuberculosis
- Protozoal: leishmania
- Viral: herpes zoster (รูปที่ 16), herpes simplex, warts

2.2 โรคมะเร็งที่หนังศีรษะ basal cell carcinoma, squamous carcinoma, zyringoma, seborrheic keratosis

2.3 การบาดเจ็บของหนังศีรษะ: mechanical trauma, x-ray, ถูกไฟไหม้ หรือโดนสารเคมีต่างๆ

2.4 โรคผิวหนังเรื้อรังเดิมที่ทำให้เกิดแผลเป็นที่หนังศีรษะ เช่น

- Lichen planopilaris
- Chronic cutaneous lupus erythematosus
- Morphea (circumscribed scleroderma)
- Necrobiosis lipoidica
- Follicular degeneration syndrome (folliculitis decalvans) พบหนังศีรษะอักเสบมีแผลเป็นจาก granulomatous inflammatory process จนเกิดเป็นตุ่มหนองที่ต่อมขน (pustular folliculitis)

- Pseudopelade of brocq ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการผมร่วงแบบมีแผลเป็นที่รูปร่างและตำแหน่ง ไม่นานจนลุกลามอย่างช้าๆ โดยไม่มีลักษณะของ folliculitis ตำแหน่งที่พบได้บ่อยคือ ที่ crown และกลาง vertex ของศีรษะ บางรายมีผิวหนังฝ่อบางร่วมด้วยได้ สาเหตุแท้จริงไม่ทราบ เชื่อกันว่าเป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุ แต่บางกลุ่มก็เชื่อว่าเป็นเพียงระยะสุดท้ายของหลายๆ โรค เนื่องจากการตรวจทางจุลพยาธิวิทยา พบเซลล์ lymphocytes อยู่ในบริเวณรอบต่อมขน และมีพังผืดในชั้นหนังแท้

- Neurotic scalp excoriations หรือ factitious dermatitis เป็นผลจากการเกา แกะหนังศีรษะของตนเองอย่างรุนแรง โดยปราศจากโรคผิวหนังใดๆ เนื่องจากปัญหาทางจิตของผู้ป่วย

ลักษณะทางคลินิกของผมหร่วงที่พบบ่อย และการวินิจฉัยแยกโรค

1. ชนิดร่วงทั่วทั้งศีรษะ (diffuse)

1.1 Stress induced-alopecia หรือ telogen effluvium (รูปที่ 5) หมายถึง ภาวะที่มีการหลุดร่วงของผมในระยะ telogen stage มากกว่า 100 เส้นต่อวัน พบร่วงทั่วๆ ไปไม่รุนแรง โดยมีสาเหตุมาก่อน 6-16 สัปดาห์ สาเหตุหลัก คือ ความเจ็บป่วยหรือภาวะเครียด "injury or stress" หรือ "physiologic effluvium" ซึ่งมีผลต่อวงจรการเจริญเติบโตของเส้นผมเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มนี้^{1-5, 15}

ความเจ็บป่วย หรือภาวะเครียด ได้แก่

- ภาวะที่มีการติดเชื้อรุนแรงและมีไข้สูง เช่น ป่วยเป็นไข้มาเลเรีย ไข้เลือดออก

- Severe psychological stress (life-threatening situation, major surgery)

- Endocrinopathies: hypo- or hyperthyroidism, จะพบว่าผมจะแห้ง เส้นเล็กบาง หรือ peri- or postmenopausal state

- ภาวะขาดอาหาร: caloric deprivation, protein deprivation, essential fatty acid or biotin deficiency, iron deficiency

- การได้รับยาบางอย่าง เช่น

Anticoagulants: heparin, coumarins

Anti-thyroid drugs: thiouracil, carbimazole

Antibiotic drugs: sulfasalazine

Anti-tuberculous drugs: ethionamide

Synthetic retinoids

Other: indomethacin, nitrofurantoin

"Physiologic effluvium" ได้แก่ physiologic effluvium of the new born, postpartum effluvium

- หรือระยะแรกของ androgenic alopecia

- หรือเป็นส่วนหนึ่งของโรคที่หนังศีรษะ เช่น psoriasis หรือ seborrheic dermatitis

ลักษณะทางคลินิกของ telogen effluvium

ประวัติ: ผมหร่วงจากหนังศีรษะทั่วๆ ไป จนบางชัดเจน โดยมีปัจจัยที่ทำให้ผมหร่วงนำมาก่อนอย่างน้อย 3-4 เดือน

ตำแหน่งและการกระจาย: ร่วงทั่วทั้งหนังศีรษะ รอยโรคที่ผิวหนัง: ไม่พบความผิดปกติที่หนังศีรษะ เส้นผม:

- hair-pull ผมที่หลุดติดมือมามีจำนวนเพิ่มขึ้น

ในระยะแรกจะพบมากกว่า 4 เส้นต่อการดึง 1 ครั้ง และเป็น telogen หรือ club hairs

- hair-pluck พบ telogen hairs มากกว่าร้อยละ 20-25 (ค่าปกติอยู่ระหว่างร้อยละ 10-20) แสดงถึงปริมาณที่ร่วงเกิน 400-500 เส้นต่อวัน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ: อาจจำเป็น ขึ้นกับประวัติที่ได้ เช่น ตรวจ thyroid function test ในรายที่สงสัย hypo- hyperthyroidism

ผลชิ้นเนื้อทางพยาธิ: จำนวนของ hair follicles ปกติ แต่อาจมี telogen hair มาก และไม่พบการอักเสบ

การรักษาและการพยากรณ์: กำจัดสาเหตุ ควรแนะนำผู้ป่วยให้ทราบว่าโรคนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของวงจรการเจริญและการหลุดร่วงของเส้นผม ซึ่งมีโอกาสงอกกลับมาเป็นปกติ ถ้าไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นภายในระยะเวลาประมาณ 6-12 เดือน การพยากรณ์ของโรคดี สามารถหายกลับเป็นปกติได้ ยกเว้นบางรายที่อาจเรื้อรังเป็นปีได้ ที่เรียกว่า chronic telogen effluvium

Chronic telogen effluvium (CTE) ส่วนใหญ่พบในผู้หญิงวัยกลางคนที่ผมหลุดร่วงบ่อย ปริมาณมาก หรือร่วงเรื่อยๆ เป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน โดยอาจมีหรือไม่มีสาเหตุที่ทำให้ telogen hair หลุดร่วง¹¹

Hair pull technique: พบร่วงทุกที่ของหนังศีรษะ ไม่ใช่เฉพาะกลางกระหม่อม โดยพบว่าสามารถดึงผมบนหนังศีรษะแล้วผมหลุดติดมือออกมาเป็นกำ ครั้งละมากกว่า 4 เส้นได้ ตำแหน่งที่ร่วงพบที่ bitemporal recession มากกว่าตำแหน่ง fronto-parietal แบบที่พบในผู้ป่วยที่เป็น FPHL และจำเป็นต้องแยกออกจากผมหร่วงที่เป็นผลจากไทรอยด์ฮอร์โมน จากยาโรค SLE และภาวะขาดสารอาหาร และเมื่อติดตามไปกลับไม่พบว่ามีอาการบางลงของผมห่วงหนังศีรษะ เพราะเมื่อทำการตรวจชิ้นเนื้อที่หนังศีรษะ (punch biopsy) ขนาด 4 มม. ตรงตำแหน่ง vertex ของหนังศีรษะตัดแนวขวาง (horizontal section) ระดับ midisthmus จะพบ terminal hair : vellus > 8:1 เป็นปกติ

สาเหตุที่แท้จริงของ CTE ยังไม่ทราบแน่ชัด เดิมเคยเชื่อว่า CTE เป็นอาการแสดงระยะแรกของโรค FPHL แต่ปัจจุบันเชื่อว่าเป็นผลมาจากระยะเวลาที่ลดลงของ anagen growth phase โดยขนาดของ follicle ไม่ได้เล็กลง¹¹

1.2 Androgenic alopecia หรือ common male baldness (MPB) (รูปที่ 6) เป็น non-scarring alopecia ที่มีรูปแบบของการหลุดร่วงที่จำเพาะ พบมากในผู้ชาย จึงเรียกว่า male pattern baldness (MPB) หรือ seborrheic alopecia เป็น polygenic trait โดยเป็นผลมาจากยีนที่มี androgenic receptor ในบุคคลที่มีประวัติ

คนในครอบครัวฝ่ายพ่อหรือแม่ผมบาง ศีรษะล้าน อากาศจะพบได้ตั้งแต่เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์เรื่อยไปจนถึงอายุ 40 ปี จะแตกต่างกันอยู่บ้างในเรื่องของปริมาณผมที่ร่วง และความรวดเร็วของการดำเนินโรคเท่านั้น เมื่อฮอร์โมน androgen ที่เพิ่มมากขึ้นในช่วงวัยเจริญพันธุ์ไม่มีผลกระทบต่อการสร้าง hormone dihydrotestosterone (DHT) ที่ต่อมขน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่มีฤทธิ์ทำให้เส้นผมเปลี่ยนแปลงจาก terminal hair ไปเป็น vellus hair ที่เป็นเส้นขนอ่อน สั้นเล็กลง จนต่อมขนฝ่อลงในที่สุด ไม่มีผมงอกในบริเวณหนังศีรษะเห็นศีรษะล้านได้⁹

ในคน caucasian พบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามวัย เกือบร้อยละ 100 ในผู้สูงอายุ รองลงมาเป็นคนแถบเอเชีย และคนแอฟริกัน-อเมริกัน แต่จะพบน้อยในคนอเมริกันพื้นเมือง กับชาวเอสกีโม¹

ลักษณะทางคลินิก

ประวัติ: มีปัญหาผมร่วงบาง ศีรษะล้านแบบค่อยเป็นค่อยไป (progressive balding) มักมีประวัติคนในครอบครัวที่ผมบางหรือศีรษะล้าน

ตำแหน่งและการกระจาย: (รูปที่ 17) เริ่มจากหน้าผาก มีการร่นของแนวผมด้านหน้า (anterior frontal hair line) โดยเฉพาะมุมด้านข้าง parietal ทำให้เห็นเป็น M-shaped recession ต่อมา บางที่บริเวณกระหม่อม (vertex) และขยายออกโดยรอบ mid-frontal hair (รูปที่ 18) จนในที่สุดผมบนหนังศีรษะหายหมดเหลือเฉพาะด้านข้างขมับ (temporal) และท้ายทอย (occipital)

รอยโรคที่ผิวหนัง: เป็นชนิดไม่มีแผลที่ตำแหน่งผมร่วง

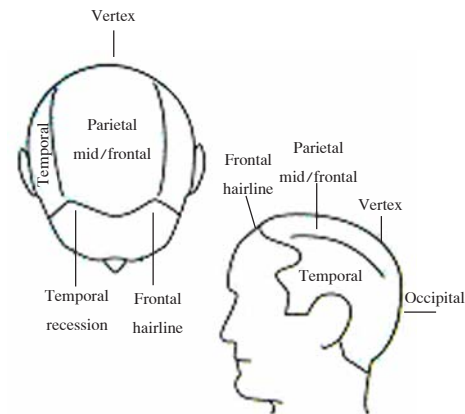
เส้นผม: เล็ก บาง สั้นลง โดยเส้นผมเปลี่ยนจาก terminal hair เป็น vellus hair และสับฝ่อลง จนเห็นหนังศีรษะเรียบเป็นมัน hair-pull และ hair-pluck ปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ปกติ

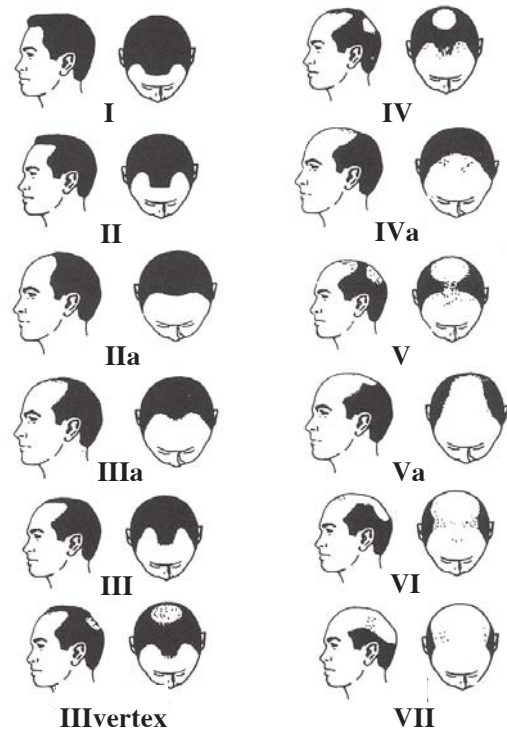
ผลขึ้นเนื้อทางพยาธิ: พบจำนวนของเส้นผมลดลง vellus hair มากขึ้น ร่วมกับพังผืดรอบๆ เส้นผมที่เล็กบางลีบลง โดยไม่มีเซลล์ของการอักเสบใดๆ

การรักษาและการพยากรณ์: ยาที่ได้รับการยืนยันว่าได้ผล คือ ยารับประทาน finasteride (alfa reductase inhibitors) ที่ยับยั้ง enzyme 5 alpha reductase ซึ่งทำหน้าที่เปลี่ยน testosterone ให้เป็น dihydrotestosterone (DHT) ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้ผมบางไม่งอก และร่วมกับการใช้ยาทา 5% Minoxidil solution สามารถช่วยลดอัตราการหลุดร่วง และปริมาณของผมแน่นขึ้น ได้ผลดีกว่าการรักษาเพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่ง¹⁻⁷ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่การร่วง

ยังไม่รุนแรง หรืออายุน้อยกว่า 41 ปี⁷ แต่ถ้าหยุดการรักษาผมก็หลุดร่วงตามเดิม¹⁰ บางรายที่มีปัญหาในการรับประทาน อาจแนะนำให้ใส่วิกผม หรือการทอผมโดยผู้ชำนาญ จะทำให้ผมดูหนาขึ้น แต่ยุ่งยากในการดูแลรักษาความสะอาดของหนังศีรษะ ปัจจุบันมีผู้นิยมใช้วิธีปลูกผม (hair transplant) ร่วมกับ oral finasteride ในรายที่ผมร่วงมาก พบว่าได้ผลดี^{7, 10}

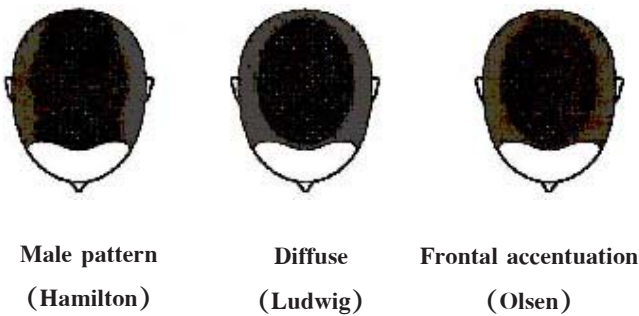


รูปที่ 17 แสดงตำแหน่งต่างๆ ของหนังศีรษะ



รูปที่ 18 แสดงตำแหน่งของผมที่หลุดร่วงใน androgenic alopecia grading จาก I-VII ตาม Hamilton-Norwood classification¹²

1.3 Female pattern hair loss (FPHL) หรือ androgenic alopecia ในผู้หญิง (รูปที่ 7 และ 8) หมายถึง โรคผมร่วงในผู้ป่วยหญิงที่เป็น multifactorial, genetic trait ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับทั้ง androgen dependent และ androgen-independent mechanisms จะเห็นว่ารูปแบบการหลุดร่วงของผมในผู้ชาย (MPB) สามารถให้การวินิจฉัยแยกโรคจากรูปแบบการหลุดร่วงได้ไม่ยาก ไม่เหมือนโรค androgenic alopecia ในผู้หญิงที่รูปแบบหรือ pattern ของการหลุดร่วงทางคลินิกแตกต่างกันเป็น 3 แบบ^{1-6 14} รูปที่ 19



รูปที่ 19 แสดง female pattern hair loss 3 แบบ^{1,6,14}

โดยระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะ early onset เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์หรือระยะ late onset อายุมากกว่า 40 ปี หรือเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน หรือบางรายพบเมื่ออายุ 60 ปี ดังนั้นจึงมีการเรียกชื่อของโรคนี้ได้หลายอย่าง เช่น "male pattern alopecia in women", "female pattern alopecia", "diffuse hormonal alopecia", "diffuse alopecia in women", "common baldness in women" และ "common female baldness"

กลุ่ม early onset FPHL มักพบว่ามีอาการของ hyperandrogenism ได้แก่ ขนดก สิวมาก ประจำเดือนผิดปกติ ไม่สม่ำเสมอ หรือมีน้อยกว่า 10 ครั้งต่อปี (rotterdam criteria) หรือน้อยกว่า 8 cycle ต่อปี และมีบุตรยาก หรือมีปัญหาของการตั้งครรภ์

กลุ่ม late onset FPHL จะพบอาการของ hyperandrogenism น้อย และไม่จำเป็นต้องมีประวัติทางครอบครัวที่มีผมบางได้

ลักษณะทางคลินิก

ประวัติ: มักจะสัมพันธ์กับประวัติคนในครอบครัวฝ่ายมารดาที่ศีรษะล้าน ผมที่ร่วงปริมาณไม่มาก เป็นไปอย่างช้าๆ และต่อเนื่อง



รูปที่ 20 แสดงไดอาแกรม Ludwig's pattern of androgenic alopecia ในผู้หญิง⁶

ตำแหน่งและการกระจาย: ร่วงได้ 3 รูปแบบ คือ แบบแรกเหมือนใน male pattern แบบที่สองของ ludwig คือ กระจายทั่วด้านบนหนังศีรษะ (fronto-vertical) โดยที่แนวผมด้านหน้ายังคงเป็นปกติ (รูปที่ 20) และแบบที่สาม frontal accentuated กลับร่วงมากเป็นพิเศษส่วนหน้า

รอยโรคที่ผิวหนัง: ไม่มีแผลเป็นที่ตำแหน่งผมร่วง เส้นผม:

- เส้นผ่าศูนย์กลางของเส้นผมไม่เท่ากันในโรค FPHL แต่ไม่เสมอไป

- hair-pull และ hair-pluck ไม่พบความผิดปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ต้องแยกโรคต่างๆ เช่น hypo- หรือ hyperthyroidism โดยตรวจหา thyroid-stimulating hormone (TSH), free T4 และตรวจนับเม็ดเลือดเพื่อแยกโรคผมร่วงจากภาวะซีดหรือขาดธาตุเหล็ก

ผลชิ้นเนื้อทางพยาธิ: ปกติไม่จำเป็นต้องทำ scalp biopsy ยกเว้นทำ horizontal section ตรงตำแหน่งของ isthmus พบว่าจำนวน follicle ลดลงเหลือประมาณ 22 follicles เทียบกับค่าเฉลี่ยในคนปกติ ซึ่งมีประมาณ 46 follicles และสัดส่วนของ terminal hair ต่อ vellous hairs (T/V ratio 1.4:1 เทียบกับค่าปกติ 7:1)

ปัญหาที่อาจพบร่วมในผู้ป่วยโรค FPHL¹²

- ถ้ามี hyperandrogenism โอกาสพบ polycystic ovarian syndrome (PCOS) หรือมีเนื้องอกที่รังไข่ หรือเนื้องอกต่อมหมวกไตที่ทำให้ระดับ testosterone สูงขึ้น

- ความเครียดเรื้อรัง หรือภาวะหลังคลอด ก็อาจพบ androgenic alopecia ตามมาภายหลังได้

- Insulin resistance หรือ metabolic syndrome อันได้แก่ central obesity, hyper-triglyceridemia, low levels of serum HDL cholesterol, hypertension, increased fasting glucose

- ในรายที่มี metabolic syndrome มีความเสี่ยงที่จะเกิด coronary arteries diseases 2 เท่า

- เกิด type 2 DM เพิ่ม 5 เท่า

การรักษาผู้ป่วย FPHL ให้การรักษา 6-12 เดือน

1) ยาทาภายนอกใช้ได้กับผู้ป่วยทุกราย คือ 2-5% topical minoxidil (TMS) ควรให้ทาอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การทารักษาใหม่ๆ อาจทำให้ผมหลุดร่วงมากขึ้นก่อนในระยะแรก เกิด anagen hair ดัน telogen หลุดร่วงไปก่อน จะเห็นผลทางคลินิก ต้องใช้เวลา 4-6 เดือน และการใช้ชนิด 5% TMS จะเห็นผลดีกว่าชนิด 2% TMS แต่เหนียวเหนอะกว่า จึงจำเป็นต้องสระผมทุกวัน การใช้ให้ได้ผลดี ต้องต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ยกเว้นในรายที่ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร หลังหยุดยาไปแล้ว 3-4 เดือนมีโอกาสเกิด telogen effluvium ได้

ผลข้างเคียง

- ภาวะขนดกมากขึ้น (hypertrichosis) โดยเฉพาะบริเวณด้านข้างของใบหน้า พบร้อยละ 5-10 ของผู้หญิง โดยชนิด 5% TMS จะพบมากกว่า 2% TMS⁷

- ผื่นสัมผัสแพ้ (allergic reaction) และ/หรือ สัมผัสระคายเคือง (irritant contact dermatitis) ถ้าเป็นผลจากตัวทำละลาย propylene glycol ก็อาจเปลี่ยนไปใช้ในรูปแบบของโฟมแทน และควรทาเฉพาะตำแหน่งที่ต้องการ

2) ในผู้ป่วย FPHL ที่มีอาการของ hyperandrogenism เช่น ขนดก เป็นสิว มีผู้ทดลองให้ยา anti-androgen^{7,16} ในรูปของยารับประทาน เช่น

- Spironolactone: มีฤทธิ์กีดการสังเคราะห์ testosterone สามารถลดการหลุดร่วง และเพิ่มการงอกของผมในขนาด 150 มก.ต่อวัน แต่ห้ามให้ในผู้ป่วยโรคไตที่มีภาวะโพแทสเซียมสูงในเลือด หรือมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมในครอบครัว เนื่องจากพบอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมสูงในสัตว์ทดลอง

- Cyproterone acetate (CPA): ในขนาด 50 มก.ต่อวัน ในวันที่ 5-15 ของรอบเดือน ร่วมกับ ethinyl estradiol (EE) ในวันที่ 5-25 ของรอบเดือน ซึ่งเป็นยาคุมกำเนิด สามารถยับยั้ง peripheral action ของ androgen ในผู้หญิงเป็นเวลานานกว่า 1 ปี ทำให้เสี่ยงต่ออาการข้างเคียงต่างๆ จึงไม่เป็นที่ยอมรับให้ใช้รักษาโดยองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา และอาการผมร่วงไม่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

- Cimetidine: ที่มีฤทธิ์ยับยั้งการจับของ DHT ที่ receptor ได้ แต่ผลที่ได้ไม่ดี

- Flutamide: มีฤทธิ์ยับยั้ง โดยแย่งที่การจับของ DHT ที่ receptor ในขนาด 250 มก.ต่อวัน พบว่าได้ผลดีที่สุด

ในกลุ่มนี้ โดยสามารถลดการหลุดร่วงได้ แต่มีผลข้างเคียงต่อบุคคลจึงยังไม่เป็นที่ยอมรับให้ใช้รักษา

- Finasteride: รับประทานในขนาด 1 มก.ต่อวัน สามารถลดการหลุดร่วง แต่ต้องเลือกรักษาในผู้หญิงที่หมดประจำเดือนแล้วจึงจะได้ผล

3) การผ่าตัด (hair transplants)

นอกจากนี้ยาอื่นๆ เช่น การทา tretinoin cream ร่วมกับการทา minoxidil มีรายงานว่าสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของ minoxidil เนื่องจากยาไปลด stratum corneum barrier จึงเพิ่มการดูดซึมยา minoxidil ได้ดีขึ้น

1.4 Hair shaft defects หมายถึง ตัวเส้นผมผิดปกติ พบผมเปราะ แตกหักง่าย หรือเส้นผมไม่สม่ำเสมอ ชนิดที่พบบ่อยที่สุด คือ monilethrix (beaded hair) ต่อมา pili torti (twisted hair), wooly hair และ trichorrhexis invaginata ซึ่งสามารถทำให้ผมร่วงเป็นหย่อมๆ โดยผมมักหักร่วงในตำแหน่งใกล้เคียงกับหนังศีรษะ และร่วงมากเมื่อมีการแปรง การหวีหรือการดึงรั้ง (mechanical trauma) จึงควรรักษาแบบประคับประคอง

1.5 Systemic lupus erythematosus พบในผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรง หรือมีโรคในหลายๆ ระบบ จะพบลักษณะผมร่วงทั่วๆ ไปได้เป็นชนิด non-scarring ต่อเมื่อได้รับการรักษาที่ถูกต้องผมจะกลับงอกขึ้นเป็นปกติได้ (รูปที่ 9) ต่างกับที่พบในผู้ป่วยที่เป็น chronic cutaneous (DLE) เมื่อเกิดแผลเป็นที่หนังศีรษะ ผมไม่สามารถงอกใหม่ (รูปที่ 10)

1.6 Syphilitic alopecia พบในผู้ป่วยที่เป็น secondary syphilis การตรวจ venereal disease research laboratories (VDRL) ในเลือดมักให้ผลบวกสูง (ยกเว้น prozone phenomenon ที่ให้ผลลบ ต้องเอาซีรัมมาเจือจางก่อน แล้วจึงตรวจใหม่ จึงจะให้ผลบวก) ปัจจุบันพบน้อยลงมาก คงเนื่องจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างแพร่หลายในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ลักษณะผมร่วงมีได้ทั้งแบบร่วงทั่วๆ ไปในตอนแรก หรือร่วงเป็นกระจุกเล็กๆ หลายๆ หย่อม ที่เรียก moth-eaten ซึ่งจะพบในระยะหลัง บางรายอาจพบมีขนคิ้วร่วงด้วย หลังการรักษาผมกลับงอกขึ้นมาใหม่ได้ปกติ

1.7 Anagen effluvium พบไม่บ่อย ส่วนใหญ่เป็นผลของการได้รับยาต้านมะเร็งหรือสารพิษ ทำให้ผมหยุดการเจริญเติบโต และหลุดร่วงอย่างรวดเร็ว ภายในเวลาสั้นๆ ผมที่ร่วงจึงเป็นระยะ anagen hairs ยาที่เป็นสาเหตุได้แก่¹⁵

- Cytotoxic drugs: cyclophosphamide, mercaptopuric derivatives, azathioprine, colchicine, adriamycin, metrotrexate

- Anticoagulants: heparin, coumarins,
- Other: thallium, bismuth, boric acid, lead, arsenic, mercury

2. ชนิดร่วงเป็นหย่อม (localized)

2.1 Alopecia areata (AA) หรือ localized hair loss เป็นโรคผมร่วงที่พบบ่อย ร่วงปริมาณมากในเวลารวดเร็ว ร่วงเป็นหย่อมอย่างเฉียบพลัน ยังไม่ทราบสาเหตุ หลายคนเชื่อว่าเกี่ยวข้องกับปฏิกิริยา autoimmune เนื่องจากมักพบร่วมกับโรคทาง autoimmune หลายโรค เช่น hashimoto thyroiditis, vitiligo, atopic dermatitis^{3-5, 8} (รูปที่ 11) มักร่วงเป็นหย่อม เป็นวงกลมหรือวงรี 1 วง หรือหลายวง ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางตั้งแต่เกือบ 1 ซม. จนถึงขนาดใหญ่หลาย ๆ ซม. ได้ โดยร่วงจากตรงกลางแล้วขยายวงออกไปเรื่อยๆ พบได้ทุกเพศ ทุกวัย แต่ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เกิดในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 40 ปี เกิดตำแหน่งใดก็ได้ที่มีขน ถ้าพบร่วงหมดทั้งศีรษะ และขนคิ้วด้วย จะเรียกว่า alopecia totalis ส่วน alopecia universalis เป็นระยะสุดท้ายของโรคที่ร่วงหมดทั้งตัว (complete hair loss) โดยสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยปกติ แต่ผมร่วงมีผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วยได้

สาเหตุจริงๆ ไม่ทราบแน่ แต่พบว่าผู้ป่วยโรคผมร่วงเป็นหย่อม มักมี auto-antibodies อยู่หลายชนิด และยังพบว่า T-suppressor cells ต่ำ ทำให้ B-cells สร้าง auto-antibodies และ T-effector cells ไปต่อต้านต่อผม เมื่อตรวจทางพยาธิวิทยา จึงพบมีเซลล์ lymphocytes ไปเกาะรอบๆ ต่อผม เพื่อทำลาย hair-associated antigen³ นอกจากนี้ความเครียดก็ยังมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเส้นผมจากระยะ anagen ไปเป็น catagen ระยะแรก และระยะ telogen ผมจึงหลุดร่วงไปเร็วขึ้น

ในกรณีที่ร่วงมากบริเวณเหนือที่ตัดดอกไม้ จะเรียกว่า ophiasis ซึ่งพบเป็นตัวพยากรณ์ที่ไม่ดีของโรคนี้ เพราะมักพบเสมอว่าหลังจากมี ophiasis แล้ว ผมที่หนังศีรษะจะหลุดร่วงทั้งหมด หรือเหลือเป็นเส้นขนอ่อน สีขาวบาง (vellus hair) AA ที่เกิดเฉียบพลัน จะพบเส้นผมขนาดสั้นๆ รูปร่างคล้ายเครื่องหมายอัศจรรย์ คือ โคนเส้นผมเรียวยาว แคบกว่าปลายผม (exclamation-mark hair) พบที่ขอบๆ ของหย่อมรอยโรคผมร่วงที่ขยายออกเรื่อยๆ นอกจากนี้ยังพบอาการอื่น เช่น ผมขาวอย่างเฉียบพลันเป็นหย่อมๆ หรือพบความผิดปกติของเล็บ (pitting nail)⁴⁻⁵

Alopecia areata incognita จะพบเพียงผมบางลงทั่วทั้งหนังศีรษะ โดยไม่พบวงที่ร่วงเป็นหย่อมๆ ใน alopecia

areata โดยทั่วๆ ไปการวินิจฉัยต้องอาศัยการทำ skin biopsy ที่หนังศีรษะบริเวณนั้นๆ ซึ่งจะต้องแยกออกจากโรค telogen effluvium (TE) ที่พบในผู้ป่วยหญิงที่มบบางทั่วๆ โดยไม่ใช่บางในตำแหน่งของโรค FPHL การใช้เทคนิค hair pull test จึงจะมีประโยชน์ช่วยแยกโรค ถ้าผมที่ดึงออกมาส่วนใหญ่เป็นผมในระยะ telogen ร่วมกับที่หนังศีรษะ พบ exclamation-mark hairs

ลักษณะทางคลินิก

ประวัติ: ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ยกเว้นมีประวัติในครอบครัวเป็น atopic หรือกลุ่ม autoimmune diseases
ตำแหน่ง: พบตำแหน่งใดก็ได้ที่มีขน ไม่เว้นแม้แต่ขนคิ้ว หรือหนวด

รอยโรคที่ผิวหนัง: ขอบเขตชัดเจน ไม่มีขุย ผิวบริเวณผมร่วงเรียบเป็นปกติ

เส้นผม:

- hair-pull test ที่ขอบๆ ของรอยโรค พบเป็นผมที่มีทั้ง telogen หรือ distorted anagen และ exclamation-mark hair

- hair-pluck test ร้อยละ 100 เป็น telogen hair

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ไม่จำเป็น ยกเว้น

ในรายที่อาการไม่ชัดเจน หรือมีโรคทางระบบอื่นร่วมด้วย เช่น ชุดตรวจหาเชื้อรา (KOH preparation) ตรวจ VDRL, lupus erythematosus (LE) หรือการตัดชิ้นเนื้อที่หนังศีรษะ (scalp biopsy)

ผลชิ้นเนื้อทางพยาธิ: hair follicle มีขนาดลดลง และอยู่ตื้นในชั้น dermis โดยมีเซลล์ lymphocytes อยู่ล้อมรอบร่วมกับหลอดเลือดขยาย hair root เป็น club shape แต่ส่วนต้นของเส้นผมมี dystrophic taper (exclamation-mark hair), อาจพบมี dystrophic anagen hair และจำนวน telogen hair เพิ่มขึ้น

การรักษา:

- 1) ให้ทายา corticosteroid ฤทธิ์ปานกลาง หรือแรง ถ้ายอยโรคกว้างมาก อาจใช้ร่วมกับการปิดทับ (occlusion)

- 2) ฉีด triamcinolone acetonide 5-10 มก.ต่อมล. เข้ารอยโรคโดยตรง สามารถให้ได้ถึง 2 มล.ต่อครั้ง ให้ซ้ำใน 4-8 สัปดาห์ จนผมขึ้น การให้ยา corticosteroid ชนิดรับประทานไม่แนะนำ เพราะหยุดยา ผมมักร่วงอีก และมีผลข้างเคียงเมื่อรักษาในระยะยาว¹⁻⁵

- 3) ใช้ยาทาชนิดกระตุ้นพื้นแพ้สัมผัส (topical immunogens) ได้แก่ dinitro-chlorobenzene (DNCB), squaric acid dibutylester (SADBE) หรือ diphenylcyclopropenone (DCP) โดยทาผิวครั้งแรกเพื่อ sensitization ก่อน แล้วจึงไปทา

ที่รอยโรค กระตุ้นให้เกิด allergic contact dermatitis หรือ mild eczematous reaction ทำให้ผู้ป่วยคัน มีผื่นแดง ลอก พบว่าสามารถกระตุ้นให้ผมขึ้นได้บ้างภายหลังการรักษา 8-12 สัปดาห์ กลไกที่ทำให้ผมขึ้นยังไม่ทราบ

4) Psoralen plus ultraviolet light (PUVA) ใช้ในรายที่ผมร่วงมากเกินกว่าร้อยละ 50 แต่ผลการรักษาก็ไม่ตื้นึก และผลข้างเคียง พบอาการคลื่นไส้จากยารับประทาน ผื่นคล้ายผื่นโอกาสเกิดมะเร็งผิวหนังมากขึ้น

5) แนะนำให้สวมวิกผมในรายที่ผมร่วงมาก ร่วมกับการบำบัดทางจิต ลดความเครียด (psychological support) มีความสำคัญ

การพยากรณ์โรค: ส่วนใหญ่ดี พบว่าผู้ป่วย 1 ใน 3 มักหายเองภายใน 6 เดือน, 2 ใน 3 ผมจะขึ้นภายใน 5 ปี, 1 ใน 3 ผมจะไม่ขึ้นอีกเลย และร้อยละ 40 จะเป็นซ้ำอีกภายใน 5 ปี ยกเว้นในผู้ป่วยที่อายุน้อยก่อนวัยรุ่นที่ร่วงอย่างรุนแรง ในผู้ป่วยที่เป็น ophiasis หรือ reticular pattern และในผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงของเล็บ มีประวัติโรคภูมิแพ้ atopy ร่วมด้วย มีโอกาสลุกลามไปเป็น alopecia totalis หรือ alopecia universalis

2.2 Traction หรือ trichotillomania (hair pull madness) เป็นภาวะทางจิตที่มีความเกี่ยวข้องกับความเครียด พบบ่อยในช่วงวัยเด็กอายุ 6 ปีขึ้นไป ที่มีความเครียด กังวล และผู้ใหญ่ที่มีปัญหาทางจิต มักดึงผมตนเอง หรือถอนผมตนเอง จนเกิดเป็นนิสัย เป็น compulsive habit จากความผิดปกติของ impulse control (รูปที่ 12) พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ตำแหน่งที่บาง ร่วง มักมีรูปร่างไม่แน่นอน ขึ้นกับการดึง ส่วนใหญ่จะร่วงเด่นบริเวณกลางกระหม่อมของหนังศีรษะ คล้ายกับ FPHL แต่บริเวณที่ร่วง พบผมสั้น ๆ ยาว ๆ ไม่เสมอกัน เนื่องจากการดึงซ้ำหลาย ๆ ครั้ง สามารถเห็นเส้นผมหัก ๆ ร่วมกับเส้นผมที่ยังปกติ หรือมีผมขึ้นใหม่สั้น ๆ อยู่กลางวง อาจพบรอยเกาแกะ หรือรูขุมขนอุดตันมากมาย¹⁻⁵

ลักษณะทางคลินิก

ประวัติ: ผู้ป่วยมีประวัติที่ทำให้สงสัยว่าจะมีอาการทางจิตใจ ผู้ป่วยมักปฏิเสธการดึงผมตัวเองจากหนังศีรษะ

ตำแหน่ง: ที่หนังศีรษะพบบ่อยที่สุด บางรายอาจดึงขนตา ขนคิ้วร่วง ที่รูปร่างแปลก ๆ ไม่แน่นอน

รอยโรคที่ผิวหนัง: บริเวณผมร่วง มีกลุ่มของเส้นผมสั้น ๆ ยาวไม่เท่ากัน คล้ายแล้วคล้ายขนแข็งของสัตว์ (bristlelike)

เส้นผม:

- hair-pull test ปกติ
- hair-pluck test ปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ไม่จำเป็น ยกเว้นแยกโรค syphilitic alopecia

ผลชิ้นเนื้อทางพยาธิ: พบมีเส้นผมในระยะ catagen เพิ่มขึ้น ที่สำคัญจะพบมีเส้นผมที่บิดงอ หรือขาดจากการถอน โดยมีเม็ดสี (pigment casts) หรือ melanin ในช่องรูขุมขน ซึ่งเป็นผลจากการถอน เรียกผมชนิดนี้ว่า trichomalacia โดยจะไม่พบเซลล์ของการอักเสบ แต่อาจพบมีเลือดออกอยู่รอบ ๆ ต่อมขน

การรักษา: ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะทางจิตใจ และอารมณ์ ส่วนใหญ่หายเอง แต่สำหรับผู้ป่วยใหญ่การรักษายากกว่า ควรส่งปรึกษาจิตแพทย์

Traumatic alopecia การบาดเจ็บทั้งชนิดเฉียบพลัน และเรื้อรังที่หนังศีรษะ อาจเป็นสาเหตุของศีรษะล้าน

Pressure and traction alopecia เป็นผลจากการใช้เครื่องมือต่าง ๆ เพื่อความงามของทรงผม ดึงรั้งหนังศีรษะอย่างรุนแรง จากการผูกผม ถักเปีย การตัด การย้อม ทำสีผม ด้วยเครื่องมืออบร้อน หนีบรังเส้นผมและหนังศีรษะด้วยการม้วนผม การตัดแปลงทรงผมแบบต่าง ๆ อยู่เนืองและบ่อยครั้ง ทำให้ผมบางลง ถ้าทำอยู่ไม่นาน ผมส่วนใหญ่อาจงอกใหม่ได้ แต่ถ้าทำต่อเนื่องเป็นเวลานาน อาจเกิดภาวะผมลีบของหนังศีรษะ จนผมไม่สามารถงอกใหม่ได้ โรคนี้ในเด็ก ควรต้องแยกโรค congenital alopecia, alopecia areata, โรคเชื้อราหนังศีรษะ และโรคที่มีสาเหตุมาจากยาออกก่อน

Psychogenic pseudoeffluvium ภาวะที่มีความกลัว และกังวลอย่างรุนแรงกับการหลุดร่วงของเส้นผมโดยไม่มีสาเหตุ เชื่อว่าสัมพันธ์กับโรคทางจิตเวชได้แก่ depressive disorder, hypochondria, body dysmorphic disorder, delusional disorder โดยไม่พบว่ามีอาการหลุดร่วงหรือมีความผิดปกติที่หนังศีรษะแต่อย่างใด

2.3 Tinea capitis เป็นโรคเชื้อราหนังศีรษะที่ทำให้ผมร่วง พบบ่อยในเด็กมากกว่าผู้ใหญ่ แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

2.3.1 Ectothrix infection (gray patch) เชื้อราทำลายที่ชั้น cuticle ของเส้นผม มักเกิดจากเชื้อ Microsporum species เห็นลักษณะเป็นฝุ่นสีเทาเกาะที่เส้นผมและหนังศีรษะ เส้นผมมีการหักขาด ทำให้ดูบางลง

2.3.2 Endothrix infection (black dot) เชื้อราทำลายลึกเข้าไปชั้นในเส้นผม ทำให้เส้นผมเปราะ เกิดการหักขาดของผมที่ตำแหน่งรูเปิดที่ผิวหนัง เห็นเป็นจุดดำที่หนังศีรษะ มักเกิดจากเชื้อ Trichophyton species

ทั้งสองแบบสามารถรักษาหายเป็นปกติได้ในกรณีที่มีการติดเชื้อราที่หนังศีรษะเป็นอยู่ไม่นาน ไม่มีการติดเชื้อ

ข้าชอน จึงยังไม่มีแผลเป็น (จัดในกลุ่ม non-scarring alopecia) ดังนั้นหลังรักษา ผมสามารถงอกเป็นปกติได้ พบมากในเด็กวัยประถม (รูปที่ 13)

แต่ถ้ารุนแรง เกิดเป็นรูขุมขนอักเสบ (folliculitis) และชันตุ (Kerion) ที่เป็นตุ่มหรือก้อน มีหนอง มีเส้นผมหักแทรกอยู่ หรือชนิด favus หนองที่ตุ่มขลามมาหุ้มเส้นผม เป็นกระจุกติดกันเป็นแพ คล้ายถั่ว โดยไม่รวมเป็นก้อนเหมือน Kerion หากรักษาช้าจะเป็นแผลเป็นถาวร จัดเป็น scarring alopecia¹⁻⁵ (รูปที่ 15)

การรักษา: ให้ยาต้านเชื้อราชนิดรับประทานที่สำคัญคือ griseofulvin 10-20 มก.ต่อกก.ต่อวัน ร่วมกับยาชนิดทาละลายขุย และยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานในกรณีมีการติดเชื้อแบคทีเรียร่วมด้วย

2.4 Naevoid abnormalities พบขอบเขตของผมหงอกชัดเจน ตั้งแต่ในทารกแรกเกิด หรือเด็กอายุน้อย ได้แก่ epidermal nevus, neovascular nevi, aplasia cutis congenita (รูปที่ 14)

สรุป

ปัญหาผมหงอกบางและศีรษะล้านที่พบในผู้ป่วยไม่ว่าชายหรือหญิง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของความสวยงาม และบุคลิกภาพ ที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อด้านจิตใจมากกว่าด้านร่างกาย ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือโรคผมบางจากพันธุกรรม ซึ่งพบบ่อยที่สุด หากได้รับการวินิจฉัยแยกโรคที่ถูกต้อง และได้รับการดูแลรักษาตามสาเหตุของโรค หรือสามารถอธิบายทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ หรือยอมรับ อาจไม่จำเป็นต้องรักษาให้สิ้นเปลืองเวลาและเงินทอง หรือไปรักษาตามศูนย์ความงามเส้นผมที่มักโฆษณาเกินจริง

เอกสารอ้างอิง

- Olsen EA. Hair. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al. editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 1999; 729-51.
- Sperling LC. Evaluation of hair loss. In: Callen JP, Frieden IJ, Hood A, et al. editors. Current problems in dermatology. Orlando: Mosby-Year Book; 1996;7: 97-136.

- สมยศ จารุวิจิตรรัตนา. การจำแนกความผิดปกติของผมและวิธีการวินิจฉัย. ใน: สมยศ จารุวิจิตรรัตนา, บรรณาธิการ. โรคของหนังศีรษะและเส้นผม. กรุงเทพมหานคร: วชิรินทร์-สาส์น; 2541;13-22.
- Piamphongsant T, editor. Practical dermatology 2002. Bangkok: Year Book Publisher; 2002;95-108.
- Shapiro J, Lui H. Common hair loss disorders. In: Hordinsky MK, Sawaya ME, Scher RK, editors. Atlas of hair and nails. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2000;91-103.
- Ludwig E. Classification of the types of androgenetic alopecia (common baldness) occurring in the female sex. Br J Dermatol 1977;97:247-54.
- Ross EK, Shapiro J. Management of hair loss. Dermatol Clin 2005; 23: 227-43.
- ปิติ พลังวชิรา. Alopecia areata. ใน: ปิติ พลังวชิรา, บรรณาธิการ. จุลทรรศน์อิเล็กทรอนิกส์. ผิวหนัง เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร: ไสลิสติก; 2543:113-6.
- Sperling LC, Lupton GP. Histopathology on non-scarring alopecia. J Cutan Pathol 1995;22:97-114.
- Kaufman KD, Olsen EA, Whiting D, et al. Finasteride in the treatment of men with androgenetic alopecia. J Am Acad Dermatol 1998;39:578-89.
- Sinclair R. Chronic telogen effluvium: a study of 5 patients over 7 years. J Am Acad Dermatol 2005;52 (2 Suppl 1):S12-6.
- Norwood OT. Standard for classification of most common types of male pattern baldness. South Med J 1975;68: 1359-65.
- Olsen EA, Weiner MS. Topical minoxidil in male pattern baldness: effect of discontinuation of treatment. J Am Acad Dermatol 1987;17:97-101.
- Olsen EA. Female pattern hair loss. J Am Acad Dermatol 2001;45(3 Suppl):S70-80.
- Tosti A, Pazzaglia M. Drug reactions affecting hair: diagnosis. Dermatol Clin 2007;25:223-31.
- Carmina E, Lobo RA. Treatment of hyperandrogenic alopecia in women. Fertil Steril 2003;79:91-5.