

อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษานี้มีจำนวนประชากรตัวอย่าง 38 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โดยมีสัดส่วนชายต่อหญิงเป็น 31: 7 อายุเฉลี่ย 24.7 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานการศึกษาอื่น เช่น จากรายงานของนิวัตติ พลนิกร และคณะในปี พ.ศ. 2525 พบสัดส่วนชายต่อหญิงเป็น 25:12 อายุเฉลี่ย 23 ปี

ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผมร่วง ก่อนมาพบแพทย์เท่ากับ 37.6 วัน ระยะเวลาเฉลี่ยที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายก่อนผมร่วง 63.9 วัน ซึ่งตรงกับรายงานอื่นที่มีระยะเวลาพักตัว 10-90 วัน ก่อนเกิดแผลริมแข็ง หลังจากนั้นอีก 6 อาทิตย์ ถึงจะเกิดอาการของซิฟิลิสระยะที่สอง ซึ่งรวมเวลาแล้วประมาณ 60-120 วัน (John, Andrew and Rudolph, 1984; นิวัตติ พลนิกร, 2532)

สำหรับอาการอื่นที่นำมาก่อนผมร่วง ส่วนมาก 39.5% (15/38) ไม่มีอาการนำ, 34.2% (13/28) มีประวัติแผลอวัยวะเพศ, 21.1% (8/30) มีผื่นและแผลก่อนผมร่วง ส่วนอาการแสดงที่ตรวจพบร่วมกับผมร่วงนั้น พบว่า 73.7% (28/38) ไม่มีอาการแสดงอื่น ๆ, 13.2% (5/38) มีผื่นผิวหนัง, 5.3% (2/38) มีผื่นและแผลร่วมกับผมร่วง

ต่อมาเหลืองโตพบ 63.2% โดยส่วนมากเป็นต่อมาเหลืองที่คอ, หลังและขาหนีบ นิวัตติ พลนิกร, (2532) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยซิฟิลิสระยะที่สองพบว่า 80% มีผื่นผิวหนัง, 50% ต่อมาเหลืองโต, 30% มีผื่นในเย็บ, 30% พบแผลริมแข็ง

นิวัตติ พลนิกร และคณะ (2522) ศึกษาผมร่วงในซิฟิลิสระยะที่สอง จำนวน 40 ราย พบว่า 29 ราย ไม่มีประวัติอาการอื่นมาก่อน, 9 ราย เป็นแผลก่อนผมร่วง, 8 ราย ตรวจพบผื่นผิวหนัง 1 ราย ต่อมาเหลืองโต

ลักษณะทางคลินิกของผมร่วง 60.5% (23/38) ร่วงทั่วไป, 23.7% (9/38) ร่วงแบบทอนแทนะ, 15.8% (6/38) ร่วงเฉพาะที่คือร่วงแบบ ALOPECIA AREATA 2 ราย แบบ PATCHY 4 ราย ตำแหน่งที่ร่วงมากสุดในผมร่วงทั่วไปพบบริเวณ VERTEX 39.1% (9/23); ผมร่วงเฉพาะแห่งพบบริเวณ

TEMPERO-PARIATAL AREA 26.7% (4/15) พบว่ามีคิ้วร่วงร่วมด้วย 42.1% (16/38)

นิวัตติ พลนิกรและคณะ (2525) พบว่าผู้ป่วยซิฟิลิสระยะที่สองส่วนมากมักจะผมร่วงแบบทั่วใบ (26/40) ร่วงแบบทอนแทนะซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของซิฟิลิสเพียง 5 ใน 40 ราย และพบว่ามีผู้ป่วยที่มีคิ้วร่วงร่วมด้วยเพียง 3 ใน 40 ราย

Rhodes and Luger (1979) รายงานว่าพบผมร่วงแบบทอนแทนะได้บ่อยในบริเวณ POSTERIOR SCALP ซึ่งต่างจากการศึกษา

ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผมขึ้นเป็นปกติหลังการรักษาเท่ากับ 3.5 เดือน โดยติดตามผู้ป่วย 11 จาก 38 ราย จากรายงานของนิวัตติ พลนิกรและคณะ (2525) ติดตามในผู้ป่วย 7 ราย พบว่าผมขึ้นปกติในระยะ 4-6 เดือน

ผลการตรวจ DIRECT IMMUNOFLUORESCENCE พบว่ามี IMMUNOREACTANT 5 ราย ซึ่งทั้งหมดเป็นผมร่วงชนิดทั่วใบ และเป็น NONSPECIFIC MINIMAL DEPOSIT OF IGM, C3 AT DERMOEPIDERMAL JUNCTION 5 ราย และพบว่ามี DEPOSIT AT HAIR FOLLICLE ร่วมด้วย 2 ราย

พยาธิสภาพของผมร่วงที่สำคัญคือ SUPERFICIAL AND DEEP PERIVASCULAR INFILTRATE WITH OR WITHOUT HAIR INVOLVEMENT เซลล์ที่พบส่วนมากเป็น LYMPHOCYTE พบ PLASMA CELL เพียง 24% (12/50), และพบ EOSINOPHIL 8% (4/50) ซึ่งต่างจากรายงานของ Lee and Hsu (1991) ตรงที่ไม่พบ EOSINOPHIL เลย

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบผมร่วงทั่วใบกับเฉพาะแห่งแล้วพบว่าในผมร่วงทั่วใบมีเปอร์เซ็นต์ของ HAIR INVOLVEMENT (PERIFOLLICULITIS/FOLLICULITIS) น้อยกว่าผมร่วงเฉพาะแห่ง (39.1% VS 73.3%)

การเปลี่ยนแปลงของ ENDOTHELIAL CELL พบ 28% (14/50) เป็นการบวมของเซลล์ ซึ่งจากรายงานของพยาธิสภาพในผิวหนัง พบการเปลี่ยนแปลงนี้ถึง 50% (Abell, Mark and Jone, 1975)

การเปลี่ยนแปลงของรากผม จากการศึกษาทางพยาธิสภาพ พบมีรากผมระยะ TELOGEN เฉลี่ย 49.9% CATAGEN 7.9% จากรายงานของ LEE and HSU (1991) พบมีรากผมระยะ TELOGEN และ CATAGEN เพิ่มขึ้นเช่นกัน

ในผมร่วงทั่วไป พบสัดส่วนรากผมระยะ TELOGEN เฉลี่ย 31.7% โดยวิธี TRICHOGRAM และ 50.4% จากพยาธิสภาพโดยกล้องจุลทรรศน์ การที่เปอร์เซ็นต์ต่างกันอาจเนื่องจากการทำ TRICHOGRAM เป็นการดึงเส้นผมที่ยังไม่ร่วงไปตรวจรากผม ขณะที่การตรวจพยาธิสภาพเป็นการตัดขึ้นเนื้อจากบริเวณที่เส้นผมร่วงไปแล้ว

ในผมร่วงเฉพาะแห่ง ไม่ได้ตรวจ TRICHOGRAM พบมีค่าเฉลี่ย TELOGEN จากพยาธิสภาพเท่ากับ 49.3%, CATAGEN เท่ากับ 23.3%

Rhodes and Luger (1979) เชื่อว่าผมร่วงในโรคนี้เป็นจาก TELOGEN EFFLUVIUM โดยการตรวจพบ TELOGEN มากกว่า 20% ขึ้นไป แต่ Willigen et.al. (1987) ศึกษารากผมโดยวิธี TRICHOGRAM ไม่พบว่ามี TELOGEN เพิ่มขึ้น แต่การศึกษานี้มีขนาดตัวอย่างน้อย คือมีผู้ป่วยซิฟิลิสเพียง 11 และ 1 ราย เท่านั้น

ลักษณะพยาธิสภาพส่วนใหญ่ในผมร่วงทั่วไป คล้ายกับผื่นผิวหนัง คือพบ SUPERFICIAL AND DEEP PERIVASCULAR INFILTRATE OF LYMPHOCYTE, PLASMA CELL และมี ENDOTHELIAL CELL PROLIFERATION นอกจากนี้พบสัดส่วนของ TELOGEN, CATAGEN เพิ่มขึ้น จากทั้ง TRICHOGRAM และพยาธิสภาพ เป็นไปได้ว่า การเกิดผมร่วงชนิดนี้อาจเนื่องจากการเร่งการเปลี่ยนระยะรากผมจากระยะ ANAGEN ไปเป็น TELOGEN, CATAGEN เร็วกว่าปกติ

ในผมร่วงเฉพาะแห่ง พยาธิสภาพส่วนใหญ่ นอกจากพบลักษณะข้างต้นแล้ว ยังพบ HIAR INFLAMMATION เป็น PERIFOLLICULITIS, FOLLICULITIS ร่วมด้วย เซลล์ที่พบรอบ ๆ รากผมซึ่งส่วนมากเป็นระยะ ANAGEN, CATAGEN เป็น LYMPHOCYTE และ PLASMA CELL ไม่สามารถตรวจพบเชื้อ SPIROCHETE เลย การเกิดผมร่วงเฉพาะแห่งนี้อาจต่างจากผมร่วงทั่วไป โดยอาจเป็นขบวนการอักเสบจากเซลล์ที่บุกรุกทำลายรากผม (INFLAMMATORY ALOPECIA)

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทางพยาธิสภาพและลักษณะทางคลินิก พบว่าในผมร่วงทั่วไปที่มีพยาธิสภาพในบริเวณรากผม จะมีค่าฐานนิยม VDRL เป็น 1:32 ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผมร่วง 47.2 วัน ถ้าไม่มีพยาธิสภาพบริเวณรากผม VDRL ส่วนใหญ่เป็น 1:16 และ 1:32 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยที่ผมร่วง 35 วัน ระยะเวลาที่ผมขึ้นปกติ ใกล้เคียงกันคือเท่ากับ 3 เดือน และ 3.8 เดือน ตามลำดับ ตำแหน่งที่ผมร่วงมากที่สุดคือบริเวณ VERTEX อายุเฉลี่ย 23 ปี

ในผมร่วงเฉพาะแห่ง พบว่าถ้ามีพยาธิสภาพบริเวณรากผมร่วมด้วย จะมีค่าฐานนิยม VDRL เป็น 1:16 ระยะเวลาเฉลี่ยผมร่วง 31.4 วัน ผมขึ้นปกติเฉลี่ย 3.7 เดือน ถ้าไม่มีพยาธิสภาพบริเวณรากผม มีค่าฐานนิยม VDRL เป็น 1:16 ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผมร่วง 42.5 วัน ผมขึ้นปกติเฉลี่ย 3 เดือน ตำแหน่งที่ร่วงมากที่สุดคือ TEMPERO-PARIETAL AREA

ถึงแม้ว่าจะไม่มีลักษณะทางพยาธิสภาพเฉพาะที่แยกแหว่งผมร่วงชนิดทั่วไปกับเฉพาะแห่งได้ แต่พบว่าในผมร่วงเฉพาะแห่งมี PERIFOLLICULAR AND FOLLICULAR INFILTRATE มากกว่า และลักษณะทางพยาธิสภาพไม่สัมพันธ์กับ VDRL, ระยะเวลาที่ผมร่วง, เวลาที่ผมขึ้นแต่อย่างใด

การตรวจพบ LYMPHOCYTES และ PLASMA CELLS รอบเส้นเลือดในชั้นหนังแท้ และรอบ ๆ หรือในรากผม การพบว่ามีรากผมระยะ TELOGEN, CATAGEN เพิ่มขึ้น เป็นสิ่งช่วยในการวินิจฉัยผมร่วงอย่างจากซิฟิลิส ถึงแม้จะไม่ใช่ลักษณะเฉพาะ (PATHOGNOMONIC SIGN) ก็ตาม เนื่องจากอาจพบ PLASMA CELL ได้ในโรคอื่น ๆ เช่น CHRONIC INFLAMMATION หรือ CHRONIC INFECTION, RHINOSCLEROMA

ภาวะที่มีรากผม TELOGEN, CATAGEN เพิ่มขึ้นอาจพบได้ในโรค TELOGEN EFFLUVIUM, CATAGEN EFFLUVIUM ที่เกิดจากสารพิษ เช่น THALLIUM หรือจากสาเหตุอื่น แต่ภาวะเช่นนี้ ไม่พบว่ามี PLASMA CELLS

ใน ALOPECIA AREATA ซึ่งเป็น INFLAMMATORY ALOPECIA เช่นกัน ในระยะแรกจะพบ INFLAMMATORY CELLS รอบรากผม ในระยะ ANAGEN เซลล์ส่วนใหญ่เป็น LYMPHOHISTIOCYTE LEE AND HSU (1991) พบว่ามี

EOSINOPHIL ได้ใน ALOPECIA AREATA แต่ไม่พบ EOSINOPHIL เลยในซีฟิลิส และสรุปว่าการพบ EOSINOPHIL เป็นตัวช่วยแยกแยะระหว่างโรคทั้ง 2 ได้ แต่จากการศึกษานี้พบว่า อาจพบ EOSINOPHIL ใน CELL INFILTRATE ทั้งรอบรากผม และรอบเส้นเลือดในผู้ป่วยที่ผมร่วงจากซีฟิลิสได้ ดังนั้น การพบ EOSINOPHIL จึงไม่เป็นตัวช่วยในการแยกโรค การพบ PLASMA CELL ซึ่งปกติไม่พบใน ALOPECIA AREATA เป็นตัวที่ช่วยในการวินิจฉัยผมร่วงจากซีฟิลิสได้ นอกจากนี้แล้ว ALOPECIA AREATA ในระยะเฉียบพลันรากผมส่วนใหญ่เป็นระยะ ANAGEN และมีขนาดเล็กลง แต่จากพยาธิสภาพในผู้ป่วยของเราพบว่า มีรากผมระยะ TELOGEN และ CATAGEN เพิ่มขึ้น แต่ขนาดรากผมปกติไม่เล็กลง

ใน ALOPECIA AREATA ระยะท้ายๆ พบว่ามี INFLAMMATORY CELL รอบรากผมน้อยมาก รากผมส่วนใหญ่มีขนาดเล็กลงและเป็นระยะ TELOGEN ในผู้ป่วยของเราหลายรายพบลักษณะคล้ายกันคือ มี INFLAMMATORY CELL รอบรากผมน้อยหรือไม่มีเลย แต่แทนที่จะพบ TELOGEN อย่างเดียว พบว่ามี CATAGEN เพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้น จากสิ่งที่กล่าวแล้วนี้ ช่วยแยกผมร่วงจากซีฟิลิสออกจาก ALOPECIA AREATA ได้

จากการศึกษานี้ทำให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับผมร่วงในโรคนี้เพิ่มขึ้นอย่างมาก ในผมร่วงทั่วไปนั้น ลักษณะพยาธิสภาพคล้ายกับผื่นผิวหนัง และพบว่ามีรากผมระยะ TELOGEN และ CATAGEN เพิ่มขึ้น ในผมร่วงเฉพาะแห่งที่มี PERIFOLLICULITIS/FOLLICULITIS มีลักษณะคล้ายกับ ALOPECIA AREATA ซึ่งเป็น INFLAMMATORY ALOPECIA เช่นกัน แต่การพบ PLASMA CELLS รอบเส้นเลือดในชั้นหนังแท้รอบ ๆ รากผม โดยเฉพาะพบรากผมระยะ CATAGEN เพิ่มขึ้น ประกอบกับการที่รากผมขนาดปกติไม่เล็กลง เป็นสิ่งช่วยสนับสนุนว่าเกิดจากซีฟิลิส

จากข้อมูลเหล่านี้ น่าจะเป็นประโยชน์ต่อไปในการศึกษาหาสาเหตุของ ผมร่วง SPIROCHETE คงไม่ใช่ตัวการสำคัญ เพราะไม่พบเลยในพยาธิสภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น, IMMUNOREACTANT คงไม่ใช่สิ่งสำคัญ เนื่องจากที่ตรวจพบเป็นแบบ NON SPECIFIC DEPOSIT ในรายที่ไม่พบการอักเสบของรากผม ผมร่วงอาจเกิดจากการมีสารหรือปัจจัยบางอย่างมากระตุ้นรากผมให้เปลี่ยนจากระยะ

แบ่งตัว (ANAGEN) ไปเป็นระยะพัก (CATAGEN, TELOGEN) เพิ่มขึ้น ในรายที่มี
การอักเสบของรากผม เซลล์อักเสบน่าจะเป็นตัวการสำคัญที่ทำลายรากผมโดยตรง
ธรรมชาติของเซลล์อาจเป็น CYTOTOXIC T CELL ไปทำลายรากผมโดยขบวนการ
CELLULAR IMMUNITY หรือ DIRECT EFFECT ควรศึกษาทาง IMMUNOLOGY ต่อ
ไปว่าเป็นเซลล์ชนิดไหน



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย