



บทที่ 1

บทนำ

### ความเป็นมาของปัญหา

โดยทั่วไปในการตรวจทางผิวหนังที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ถึงแม้โรคทางผิวหนังส่วนใหญ่ อาจจะแยกกันได้จากลักษณะทางคลินิก และประวัติของผู้ป่วย แต่ในบางครั้งอาจมีความสับสนในการวินิจฉัยแยกโรคกันพอสมควร ซึ่งทำให้การวินิจฉัยทางคลินิกอย่างเดียวทำไม่ได้ จึงต้องมีการตรวจเพิ่มเติมทางผิวหนังหลายอย่าง เช่น การขูดบริเวณ lesion ย้อมไปแคสเซียมไฮดรอกไซด์ ( KOH ) เพื่อตรวจเชื้อรา หรือ การทำ Tzanck's smear ในการติดเชื้อ ไวรัส กลุ่ม Herpes แต่การวินิจฉัยที่มีความสำคัญมากอย่างหนึ่งในทางผิวหนัง คือ การตัดชิ้นเนื้อ ( Skin biopsy ) เพื่อตรวจทางพยาธิสภาพ โดยย้อม Hematoxylin และ Eosin ซึ่งทำง่าย เสียค่าใช้จ่ายถูก ไม่ต้องใช้เครื่องมือและบุคลากรพิเศษ สามารถทำได้ในโรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลประจำชุมชนบางแห่งในประเทศไทย

โรค Lichen planus ( LP ) และใน โรค Discoid lupus erythematosus ( DLE ) เป็นโรคที่อาจมีลักษณะทางคลินิกคล้ายคลึงกัน ทำให้มีปัญหาในการวินิจฉัยได้พอสมควรโดยเฉพาะเมื่อเป็นที่ริมฝีปาก โดยปกติในการทำ การตัดชิ้นเนื้อ ( skin biopsy ) ลักษณะทางพยาธิสภาพส่วนใหญ่มักจะช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคได้ แต่ก็มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง ซึ่งลักษณะทางพยาธิสภาพของโรค Discoid lupus erythematosus ( DLE ) คล้ายโรค Lichen planus ( LP ) คือลักษณะที่มี cell infiltrate เป็นแบบ band like ในชั้น upper dermis หรือที่เรียกว่า Lichenoid discoid lupus

erythematosus ซึ่งทำให้การวินิจฉัยโรคโดยทางพยาธิสภาพทำได้ยาก ต้องอาศัยการวินิจฉัยพิเศษอื่น ๆ เช่นการย้อมพยาธิภูมิคุ้มกันเรืองแสงทั้งทางตรงและทางอ้อม การศึกษาทางพยาธิสภาพโดยการใช้กล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน หรือการวินิจฉัยอื่น ๆ ที่พบใหม่ในปัจจุบัน ซึ่งการวินิจฉัยพิเศษดังกล่าวทำได้ยาก มีราคาแพง ต้องอาศัยเครื่องมือและบุคคลากรพิเศษ ซึ่งในทางปฏิบัติทำได้ค่อนข้างยาก สันเป็ล้องค่าใช้จ่ายสูงหรือทำไม่ได้ในประเทศไทย

โรค Lichen planus และโรค Discoid lupus erythematosus มีการดำเนินโรคที่ต่างกัน ซึ่งโรค Lichen planus โดยปกติจะเป็นเฉพาะที่ผิวหนังเท่านั้นซึ่งต่างจาก โรค Discoid lupus erythematosus ซึ่งประมาณ 10% ของผู้ป่วย อาจมีระบบภายในร่วมด้วยได้ ทำให้เกิดเป็นโรค Sytemic lupus erythematosus ( SLE ) และผู้ป่วย Sytemic lupus erythematosus ประมาณ 30% ก็มีผื่น DLE ในขณะที่เป็นโรค SLE อยู่

ส่วนทางด้านความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการก็พบว่า โรค Discoid lupus erythematosus อาจพบความผิดปกติได้เช่น ภาวะโลหิตจาง(anemia) ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ(leukopenia) การทดสอบ antinuclear antibody ให้ผลบวกแบบ high titer เป็นต้น รวมทั้งการรักษาที่แตกต่างกัน

ดังนั้นการวินิจฉัยที่ถูกต้อง จะมีประโยชน์ในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยและบอกการพยากรณ์โรค

การศึกษาครั้งนี้ เพื่อหาหลักเกณฑ์ในการในการช่วยวินิจฉัยแยกโรค Lichen planus กับ โรค Discoid lupus erythematosus ที่มีพยาธิสภาพเป็นแบบ cell infiltrate เป็น band like ในชั้น upper dermis โดยใช้การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพย้อม Hematoxylin และ Eosin

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาตัวแปรในทางพยาธิสภาพที่ย้อมด้วย Hematoxylin และ Eosin ว่าจะมีตัวแปรใดมีความสำคัญที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในการช่วยวินิจฉัยแยกโรค Lichen planus ( LP ) และ โรค Lichenoid discoid lupus erythematosus ( DLE ) ออกจากกันได้หรือไม่

### ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาพยาธิสภาพย้อม Hematoxylin และ Eosin ในผู้ป่วย Lichen planus ( LP ) และ Lichenoid Discoid Lupus erythematosus ( DLE ) ในผู้ป่วยที่มารับการตรวจและทำการตัดชิ้นเนื้อที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก หน่วยโรคผิวหนัง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2527-2532

### วิธีวิจัยโดยย่อ

ศึกษาพยาธิสภาพย้อม Hematoxylin และ Eosin ของ โรค Lichen planus และ Lichenoid discoid lupus erythematosus โดยใช้ตัวแปรต่างๆที่พบได้ในพยาธิสภาพของทั้งสองโรค นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ ความสัมพันธ์ในการช่วยวินิจฉัยแยกโรคของตัวแปรดังกล่าว

### ประโยชน์ที่จะได้จากการวิจัย

เพื่อใช้ในการช่วยวินิจฉัยแยกโรค Lichen planus ( LP ) ออกจากโรค Lichenoid discoid lupus erythematosus ( DLE ) โดยใช้การย้อมพยาธิสภาพด้วย Hematoxylin และ Eosin ซึ่งหาง่าย , ราคาถูก และสามารถทำได้ในทุกจังหวัดของประเทศไทย

## DISCOID LUPUS ERYTHEMATOSUS

Discoid lupus erythematosus (DLE)(1-5) เป็นโรคผิวหนังเรื้อรังชนิดหนึ่ง อยู่ในกลุ่ม chronic cutaneous lupus erythematosus ซึ่งมีผื่นไค้ทั้งที่ผิวหนังและเยื่อเมือมีลักษณะสำคัญคือ เป็นผื่นนูนแดงขอบชัด มีสะเก็ดเวลาหายจะเป็นแผลเป็น ทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นบางกว่าปกติ และอาจมีการเปลี่ยนแปลงของสีผิวกาย

### 1. ระบาดวิทยา

โรคนี้พบได้ทั่วโลกและทุกเชื้อชาติ โดยที่ความเชื่อเก่า ๆ เชื่อว่ามักจะพบได้มากในคนผิวดำ, ผู้หญิงเป็นโรคนี้มากกว่าผู้ชายประมาณ 3:1 ถึง 3:2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-40 ปี (1-5)

### 2. สาเหตุและพยาธิกำเนิด

สาเหตุของโรค Discoid lupus erythematosus (DLE) ยังไม่ทราบแน่ชัด เชื่อว่าอาจเกิดจากกรรมพันธ์, ระบบภูมิคุ้มกัน, ฮอร์โมน, ไวรัส, แสง Ultraviolet, ยา ปัจจุบันมีการค้นพบใหม่ ๆ เชื่อว่าอาจเกิดจากการคิดเชื่อไวรัสเป็นสาเหตุได้ (1-8, 46)

### 3. ลักษณะทางคลินิก (1-5) (รูปที่ 1-6)

ลักษณะของผื่นเริ่มแรกจะเป็นคุ่มนูนแดง ขอบเขตชัด พบบ่อยที่หน้า, หนังศรีษะ, และหู ต่อจากนั้นคุ่มนูนแดงจะขยายใหญ่ขึ้นช้า ๆ จนมีเป็นผื่นแดงใหญ่ขอบชัด ตรงกลางอาจมี atrophy มีสะเก็ด (scale) โดยเฉพาะบริเวณ follicle จะพบว่า มี follicular plugging อดอยู่บนผิวของผื่นจะพบ telangiectasia ผื่นมักเป็นเท่ากันทั้ง 2 ข้าง (bilateral) ถ้าเป็นที่หนังศรีษะอาจทำให้เกิดผมร่วงแบบ scarring alopecia ได้(รูปที่ 4)

เวลาผื่นหายมักเกิดเป็นแผลเป็น โดยมีการเปลี่ยนแปลงของสีร่วมด้วย ซึ่งอาจเป็นสีจางกว่าผิวหนังปกติ ( leukoderma ) หรือสีเข้มกว่าผิวหนังปกติ ( hyperpigmentation ) ก็ได้

นอกจากนี้ยังอาจพบผื่นที่บริเวณเยื่อเมือก ( mucous membrane ) ได้ ประมาณ 15-28% ( รูปที่ 2 ) ในผู้ป่วยบางรายอาจพบเฉพาะผื่นที่บริเวณเยื่อเมือก ( mucous membrane ) เท่านั้น บริเวณที่พบบ่อย คือ ที่ริมฝีปาก ลักษณะเป็นผื่นมีสะเก็ดที่ริมฝีปากอาจแตกเป็นแผลได้ นอกจากนี้ยังอาจพบได้ที่เยื่อเมือกเพดานปาก กระพุ้งแก้มทั้ง 2 ข้าง ช่องคลอด และ รอบทวารหนัก

โดยมากผื่น Discoid lupus erythematosus ( DLE ) มักพบ แถงหน้าและคอเรียกว่า localized Discoid lupus erythematosus แต่ถ้าพบผื่นที่กระจายต่ำกว่าคอลงไปค้ำยก็จะเรียกว่า Generalized Discoid lupus erythematosus

#### Variants of Discoid lupus erythematosus

-Lupus hypertrophicus ( รูปที่ 6 ) มีลักษณะเป็นผื่นนูนหนาแข็ง ( hyperkeratotic ) สีแดงม่วง ขอบชัด ลักษณะคล้ายผื่น psoriasis หรือ hypertrophic lichen planus พบบ่อยที่ด้านนอก ( extensor surface ) ของแขนหรือขา

-Lupus profundus ( 25 ) ( Lupus panniculitis, Kaposi-Irgang ) มีลักษณะเป็นก้อนแข็งอยู่ใต้ผิวหนัง คล้ำได้เป็นก้อนไม่มีอาการ ผิวหนังที่อยู่ข้างบนอาจเป็นปกติหรืออาจมีลักษณะของ Discoid lupus erythematosus ก้อนนี้เกิดจาก การอักเสบของชั้นไขมันใต้ผิวหนัง ( subcutaneous fat ) พบบ่อยที่แก้ม ก้น และต้นแขน เวลาหายเกิดเป็นแผลเป็นที่ยุบตัวลงไป ( depressed scar ) พบร่วมได้ทั้ง Discoid lupus erythematosus และ Systemic lupus erythematosus

-Tumid lupus erythematosus ลักษณะเป็นผื่นบวมมีสีแดงอมม่วง มักเกิดขึ้นเป็นแบบเฉียบพลัน ( acute ) คล้ายโรค cellulitis พบบ่อยที่หน้า , ห้วเข้า และสันเท้า อาจพบ reticulate telangiectasia ร่วมด้วย เวลาหายเกิด atrophic punctate scar พบได้ทั้ง Discoid lupus erythematosus และ Systemic lupus erythematosus

-Bullous lesion พบบ่อยใน Systemic lupus erythematosus มากกว่า ใน Discoid lupus erythematosus ลักษณะที่พบบ่อยมักเป็นคุ่มน้ำ ( transient vesicle ) แต่อาจพบเป็นคุ่มเลือด ( hemorrhagic bullae ) ตักชิ้นเนื้อ ( Biopsy ) คุ่มน้ำไปดูจะพบเป็น intra หรือ subepidermal blisters ที่ไม่มี acantholysis

#### 4. clinical course

ผู้ป่วย Discoid lupus erythematosus ส่วนใหญ่ ( 90% ) จะมี lesion เฉพาะที่ผิวหนังเท่านั้น แต่มีบางส่วน ( 2-20% ) ในผู้ป่วย Discoid lupus erythematosus ที่กลายเป็น Systemic lupus erythematosus โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการ เช่น ANA ให้ผลบวก แบบ high titer, ภาวะโลหิตจาง แต่ในผู้ป่วย Systemic lupus erythematosus อาจมีผื่น Discoid lupus erythematosus ได้ประมาณ 15-30% ซึ่งมักจะมีการดำเนินโรครุนแรงน้อยกว่าผู้ป่วย Systemic lupus erythematosus ที่ไม่มีผื่น Discoid lupus erythematosus

และในผู้ป่วยที่เป็นผื่น DLE มานานก็มีโอกาสกลายเป็น มะเร็งผิวหนังได้ เช่น squamous cell carcinoma โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นผื่น Discoid lupus erythematosus นานกว่า 20 ปี มักพบบริเวณศีรษะ หู จมูก และริมฝีปาก ( 1-5 )

5. พยาธิสภาพ

ลักษณะเฉพาะ (9-11) คือ

1. hyperkeratosis with keratotic plugging
2. Thinning and flattening of the stratum malphigii
3. Hydropic degeneration of basal cells
4. Patchy, chiefly lymphoid cell infiltrate with tendency toward arrangement about the cutaneous appendage
5. edema, vasodilatation in the upper dermis

6. พยาธิภูมิคุ้มกันเรืองแสงทางตรง (12-15) (รูปที่ 7 )

พบมีการ deposition ของ Immunoglobulin ซึ่งส่วนใหญ่เป็น Immunoglobulin M, Immunoglobulin G, Immunoglobulin A และ Complement 3 (C3) ที่บริเวณ dermoepidermal junction ตรงตำแหน่งที่มี lesion พบประมาณ 75-90% ของผู้ป่วย

7. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (1-5, 16-18)

ส่วนใหญ่มักไม่มีความผิดปกติ อาจพบได้คือ anemia , leukopenia, thrombocytopenia พบได้ประมาณ 30% ของผู้ป่วย นอกจากนี้อาจพบการเพิ่มของ Erythrocyte Sedimentation Rate (ESR), serum globulin, false positive VDRL, LE cell, Rheumatoid factor, ANA positive ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการมักจะกลายเป็น systemic lupus erythematosus ในภายหลัง

## 8. การวินิจฉัยแยกโรค

โดยทั่วไปแล้วลักษณะทางคลินิกของผื่น มักเพียงพอกับการวินิจฉัย แต่มีบางรายที่อาจมีความสับสนกับโรคอื่น ๆ เช่น Lichen planus(LP) , polymorphous light eruption (PMLE) , Lymphocytic infiltration of the skin (Jessner-Kanof) , Tinea facia , sarcoidosis, Basal cell epithelioma (BCE) , Focal scarring Alopecia เป็นต้น (1-5)

## 9. การรักษา (1-5)

มีหลายวิธีแต่ข้อสำคัญต้องให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงแสงแดด และอาจใช้ยาทา กันแดดช่วย ยาที่ใช้ในโรค Discoid lupus erythematosus แบ่งออกได้เป็น

### 9.1 Topical treatment

Topical steroid ส่วนใหญ่มักจะได้ผลดี

Intralesional steroid ใช้ในรายที่ผื่นเล็ก, จำนวนน้อย และคือคือ Topical steroid

### 9.2 Systemic treatment

Antimalarial drug ( 19 ) เช่น chloroquine หรือ hydroxychloroquine ได้ผลดีแต่มี complication ทางตา ซึ่งอาจทำให้เกิด retina damage จนถึงตาบอดได้เพราะฉะนั้นต้องตรวจตาก่อนกินยาและตรวจซ้ำทุกๆ 6 เดือน ระหว่างที่กินยาอยู่

Systemic corticosteroid ใช้ในรายที่เป็นมาก, ผื่นหลายแห่ง, และคือคือ antimalaria drug



10. การพยากรณ์โรค (1-5)

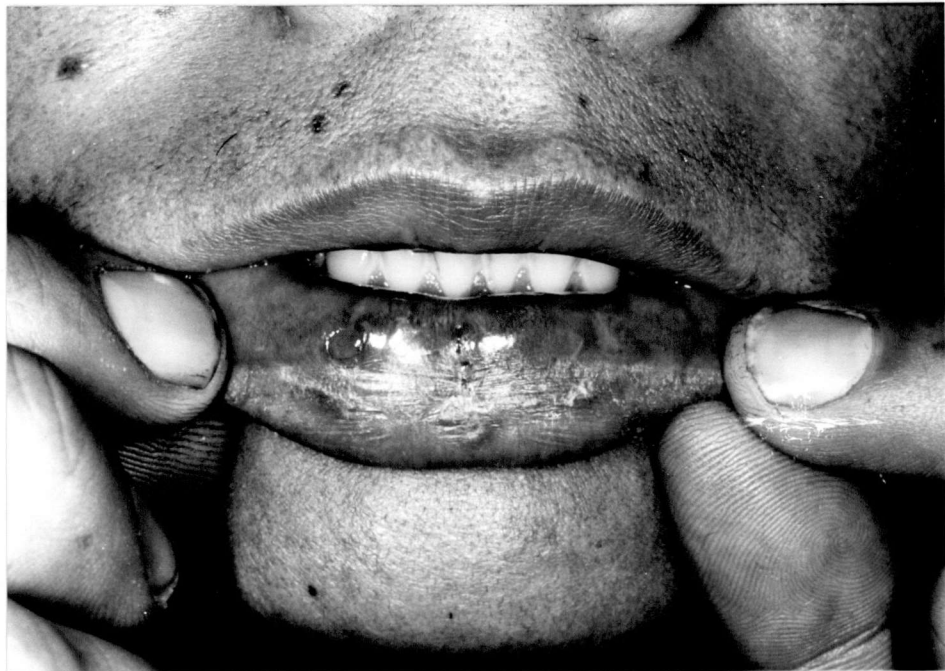
90-95% ของผู้ป่วย Discoid lupus erythematosus จะมีอาการเฉพาะที่ผิวหนังเท่านั้น มีเพียง 2-20% เท่านั้นที่จะกลายเป็น Systemic lupus erythematosus

ถ้าไม่รักษา Lesion เลย ผู้ป่วยอาจหายเองได้ประมาณ 40% มีบางรายงานพบว่ามีอาการถ่ายเทไปยังลูกได้ ในขณะที่มารดาที่เป็น Systemic lupus erythematosus ในระหว่างการตั้งครรภ์ โดยที่เด็กออกมาอาจเป็นแค่ Discoid lupus erythematosus หรือ Systemic lupus erythematosus ก็ได้ ( 20-24 )

ในขณะที่ผู้ป่วยเป็น Systemic lupus erythematosus อาจพบมีผื่น Discoid lupus erythematosus เกิดขึ้นได้ประมาณ 15-30%



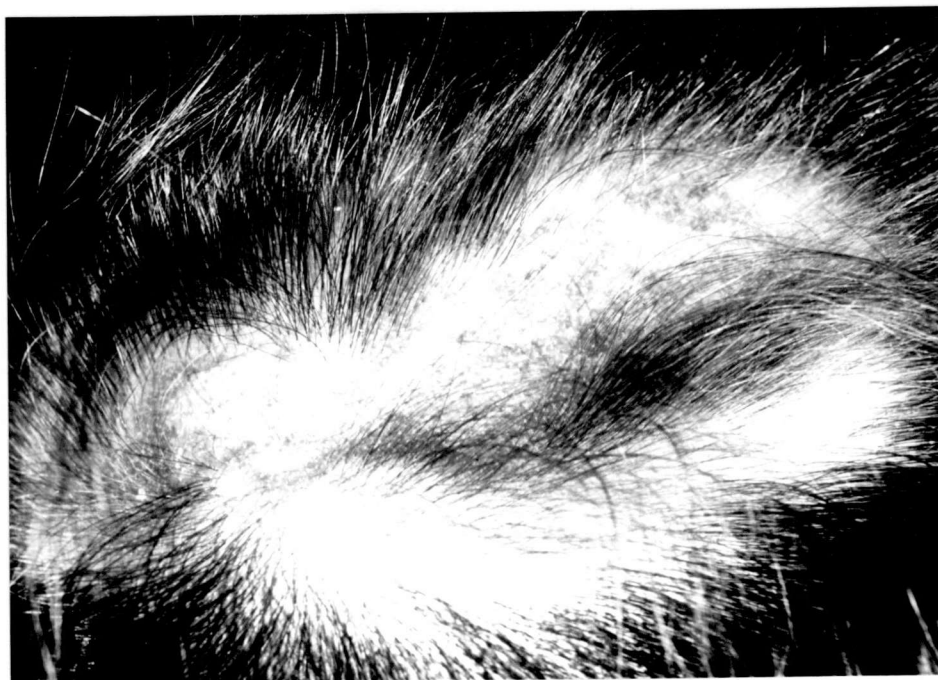
รูปที่ 1 แสดงลักษณะทางคลินิก ของโรค DLE ที่หน้าและหู



รูปที่ 2 แสดงลักษณะทางคลินิก ของโรค DLE ที่ริมฝีปาก



รูปที่ 3 แสดงลักษณะทางคลินิก ของโรค DLE ที่ลำตัว



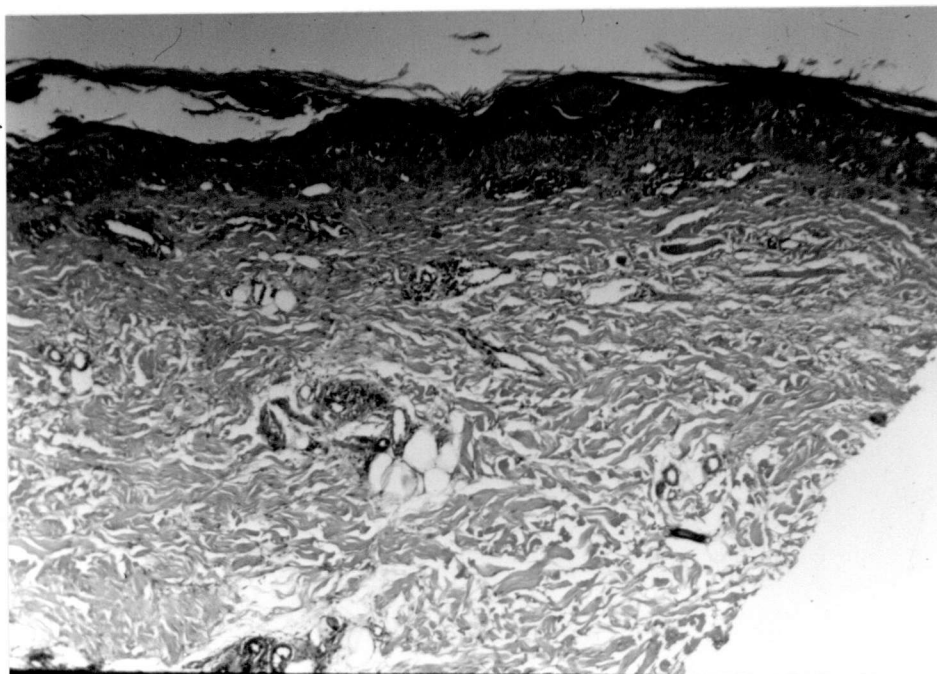
รูปที่ 4 แสดงลักษณะทางคลินิก ของโรค DLE ที่หนังศีรษะ



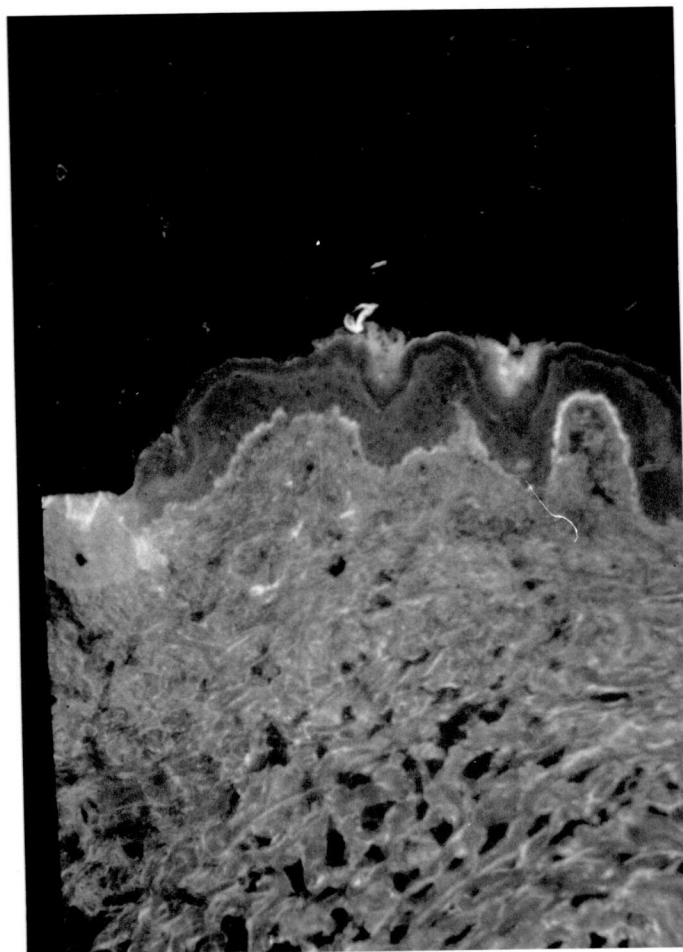
รูปที่ 5 แสดงลักษณะทางคลินิก ของโรค DLE ที่หลัง



รูปที่ 6 แสดงลักษณะทางคลินิก ของโรค Hypertrophic DLE



รูปที่ 7 แสดงลักษณะทางพยาธิสภาพของโรค DLE



รูปที่ 8 แสดงลักษณะการเกาะของ Ig ที่ basement membrane zone  
จากการทดสอบพยาธิภูมิคุ้มกันเรืองแสงทางตรงในผู้ป่วย DLE

## LICHEN PLANUS

Lichen planus (LP, lichen ruber planus) (26,27) เป็นโรคผิวหนังชนิดหนึ่ง ที่ยังไม่ทราบสาเหตุอย่างชัดเจน เป็นโรคที่มีผื่นทั้งที่ผิวหนังและเยื่อเมือกไม่มีอาการทาง systemic ลักษณะจำเพาะของโรคคือ ผื่นนูนสีม่วง ผิวบนเรียบ มีลักษณะเฉพาะทางพยาธิวิทยา

### 1. ระบาดวิทยา

อุบัติการณ์ของโรค LP มีค่าอยู่ระหว่าง 0.1-1.2% ขึ้นอยู่กับตำแหน่งทางภูมิศาสตร์ โรคนี้พบได้ทุกเชื้อชาติ, เพศชายกับเพศหญิงเท่ากัน, ส่วนใหญ่จะพบในช่วงอายุ 30-60 ปี

### 2. สาเหตุและพยาธิกำเนิด (26-30)

สาเหตุไม่มีใครทราบ มีผู้พยายามอธิบายว่า lichen planus อาจมีสาเหตุจากไวรัส กรรมพันธุ์(31,32) psychogenic และ immunologic แต่ในปัจจุบันเชื่อว่า สาเหตุทาง immunologic น่าจะเป็นสาเหตุสำคัญ เพราะพบ T lymphocyte เท่านั้น ที่บริเวณผื่นมีการทำลาย basal cell layer ของ epidermis พบ immunoglobulin เกาะที่ผื่นรวมทั้ง graft-versus-host reaction มีลักษณะทางพยาธิเหมือน lichen planus (33,34)

### 3. ลักษณะทางคลินิก (26,27) (รูปที่ 9-16)

อาการของผื่นส่วนมากคัน ยกเว้นที่ mucous membrane อาจจะไม่มีอาการ หรือมีอาการเจ็บได้ในผื่นที่เป็น ulceration

ผื่นที่ classical form จะเริ่มจาก papule สีม่วง (violaceous) รูปหลายเหลี่ยม (polygonal) ผิวบนเรียบ (flat top) อาจพบเส้นเล็ก ๆ สีขาวสากเป็นตาข่ายเรียกว่า Wickham's striae ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะ อาจพบ Koebner phenomenon (คือการเกิดผื่นเรียงตัวต่อกันเป็น

แถวซึ่งเกิดจากการเกาหรือการกระทบกระเทือนที่ผิวหนังบ่อย ๆ )

ผื่นของ LP พบได้ที่ผิวหนังทุกแห่ง รวมทั้งที่เยื่อหุ้มในปากและอวัยวะเพศ มักเป็นที่แขนและขามากกว่าที่อื่น บริเวณที่พบบ่อยคือด้านในของข้อมือ อาจพบ localized หรือเป็นทั้งตัว (generalize) ก็ได้

ผื่นของ Lichen planus จะพบได้หลายลักษณะซึ่งจะแบ่งเป็น variation in configuration , variation in morphology , และ variation in site

ตารางที่ 1 แสดง Variations of pattern in LP (27)

1. Variation in configuration

Annular

Linear

2. Variation in site

Mucous membrane

Genitalia

Nails

Scalp

3. Variation in morphology

Hypertrophic

Follicular

Vesicular and bullous

Erosive and ulcerative

Atrophic

Malignant degeneration

Actinicus

Erythematous

Exfoliative



### 3.1 Variation in configuration

Annular พบได้ 10% ของผู้ป่วย เกิดจากการเรียงตัวเป็นวงของผื่นตรงกลางเป็น clear area พบบ่อยที่ glans penis

Linear (รูปที่ 16) พบไม่บ่อยนักผื่นจะเรียงตัวเป็นเส้นตรงหรือตามทางของเส้นประสาทผิวหนัง

### 3.2 Variation in morphology

Hypertrophic (รูปที่ 15) พบบ่อยที่หน้าแข้ง ผื่นจะหนาแน่นมากคันมาก อาจเป็นตุ่มเล็ก ๆ หลายอันหรือรวมเป็น plaque ใหญ่

Atrophic ไม่ค่อยพบอาจพบตามหลัง hypertrophic ที่หายแล้ว หรือตามหลัง follicular lichen planus และเกิด scarring alopecia

Ulcerative (รูปที่ 14) พบได้ 2 ชนิด คือ ที่ mucous membrane ในปากซึ่งหายยากมักมีอาการเจ็บเวลากินอาหาร อีกชนิดหนึ่งพบที่มือและเท้า

Vesiculo-bullous เป็นตุ่มน้ำ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด

1. ตุ่มน้ำขนาดเล็ก (vesicle) พบที่ผื่น lichen planus เดิม
2. Lichen planus pemphigoid มีลักษณะเหมือน bullous pemphigoid เป็น tense bullae เกิดบน lesion เดิมของ lichen planus หรือบน normal skin พบ linear IgG, IgM ที่ dermo-epidermal junction ซึ่งเข้าได้กับ bullous pemphigoid

Actinic lesion ชนิดนี้พบบ่อยในฤดูร้อนและพบใน Subtropic area distribute ของผื่นเป็นตาม sun-exposed area

### 3.3 Variation in site

Hair follicle มีลักษณะเป็นคุ่มแหลมที่ hair follicle ไม่ว่าจะเป็นที่ศีรษะหรือ follicle ที่อื่น ๆ ต่อมาคุ่มนั้นจะทำให้เกิด scarring alopecia เรียกว่า lichen plano pilaris ถ้าพบ triad คือ

1. Acuminate follicular lesions
2. Typical cutaneous or mucosal lichen planus
3. Alopecia ที่ศีรษะ

เรียก triad นี้ว่า Graham-Little-Piccardi-Lassueur Syndrome ทั้ง 3 อาจไม่พบพร้อมกันก็ได้ พบในเพศหญิงได้บ่อยกว่า และพบร่วมกับผื่นที่เยื่อหู หรือมีความผิดปกติของเล็บได้บ่อย

บริเวณเยื่อหู (Mucous membrane) (รูปที่ 10,13) พบได้ทั้งในปาก อวัยวะเพศชายและอวัยวะเพศหญิง ลักษณะผื่นในปากมีได้หลายแบบคือ white papules, reticulate patch, white streak patch, erosive form, vesicular form ผื่นที่ mucous membrane นี้ อาจพบโดยที่ไม่มีผื่นตามตัวก็ได้ (ประมาณ 15-25%) ผื่นที่อวัยวะเพศชาย (รูปที่ 11) พบได้ประมาณ 25% ของผู้ป่วย พบตั้งแต่ผื่น typical papules, annular, linear white striae ผื่นที่อวัยวะเพศหญิง ใน vagina คล้ายผื่นในปาก

ผื่นที่เล็บ พบได้ประมาณ 10% มีลักษณะเฉพาะ คือ longitudinal grooving, ridging and splitting, friable free edge, nail plate บาง จนกระทั่งไม่มี nail plate และมี pteridium formation

หนังศีรษะ (Scalp) อาจพบร่วมกับ scarring alopecia ได้

#### 4. พยาธิสภาพ (35-37) (รูปที่ 17)

ลักษณะเฉพาะคือ มี hyperkeratosis, hypergranulosis,

liquefaction degeneration ของ basement membrane และ basal cell, พบ cytooid body (civatte, colloid, subepidermal hyaline body) ใน dermal papillae, ในชั้น upper dermis พบมี bandlike infiltration ของ lymphocyte และ histiocyte อยู่ชิดกับ epidermis ส่วนใหญ่ของ mononuclear cell ที่พบจะเป็น helper/inducer T lymphocyte (33,34)

#### 5. พยาธิภูมิคุ้มกันเรืองแสง (38-41) (รูปที่ 18-19)

มีลักษณะสำคัญคือ ใน cytooid bodies มี deposition ของ Immunoglobulin A (IgA), Immunoglobulin G (IgG), complement 3 (C3) หรือ fibrin ได้บ้าง ร่วมกับมี linear band ของ fibrin หรือ fibrinogen ที่ dermo-epidermal junction หรือรอบเส้นเลือด ลักษณะดังกล่าวข้างต้นพบได้ทั้งผื่นที่ผิวหนังทุกแห่ง รวมทั้งเยื่อ แต่โอกาสที่จะพบในแต่ละแห่งนั้นแตกต่างกันไป พบว่าในผื่นผิวหนังที่ลำตัวและแขนพบบ่อยกว่าที่ขา ส่วนที่เยื่อพบว่ามี fibrin deposit ที่ basement membrane ได้บ่อยกว่ามี deposit ของ immunoreactant ที่ cytooid body แต่ทั้งหมดก็ไม่ใช่ลักษณะจำเพาะของโรค lichen planus เพราะยังพบได้ในโรคผิวหนังชนิดอื่นได้อีก เช่นเดียวกัน (42-44)

นอกจากลักษณะสำคัญดังกล่าวแล้ว อาจพบมี granular deposit ของ IgM, IgG ที่ basement membrane ได้

#### 6. การวินิจฉัยโรค

จากลักษณะทางคลินิก, ตำแหน่งและรูปร่างของผื่น มักเพียงพอในการวินิจฉัย แต่ก็มีผู้ป่วยบางราย ที่ผื่นอาจต้องแยกจากโรคอื่น ๆ เช่น Discoid lupus erythematosus (DLE), โรคในกลุ่ม papulosquamous เช่น psoriasis, lichen striatus, pityriasis rosea (PR) และโรคอื่น ๆ

เช่น secondary syphilis, leukoplakia, chronic eczema เป็นต้น

## 7. การรักษา

มีการรักษาโรคได้หลายชนิด แต่ยังไม่มียาใดให้ผลดีจริง ๆ เพราะว่า lichen planus อาจหายเองได้ ทำให้การประเมินผลทำได้ยาก บางครั้งการรักษาจะทำแบบ symptomatic และ supportive

Topical steroid มักได้ผลดีบางครั้งอาจใช้ Intralesional steroid

Systemic steroid ใช้ในรายที่เป็น acute หรือ wide spread lichen planus

Vitamin A acid ทั้ง topical และ oral form มีรายงานว่า ได้ผลดี

Griseofulvin มีรายงานว่าใช้ได้ผลดี (45)

Photochemotherapy ได้ผลดีใน generalized form ของ LP Surgery ใช้ได้ดีในแผลในปากหรือชนิดที่เป็นแผลที่ฝ่าเท้าที่รักษาด้วยวิธีอื่นไม่ได้ผล

## 8. การพยากรณ์โรค

ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วย จะหายภายใน 8-12 เดือน แต่ก็มียาบางรายโดยเฉพาะผื่นในปาก ซึ่งมักเป็นนาน หรือ ผื่นที่เป็นมากทั้งตัวอาจอยู่ได้ถึงหลายปี

ประมาณ 12-20% ของผู้ป่วย จะมีการกลับเป็นซ้ำได้อีก โดยเฉพาะพวกที่เป็นทั้งตัว



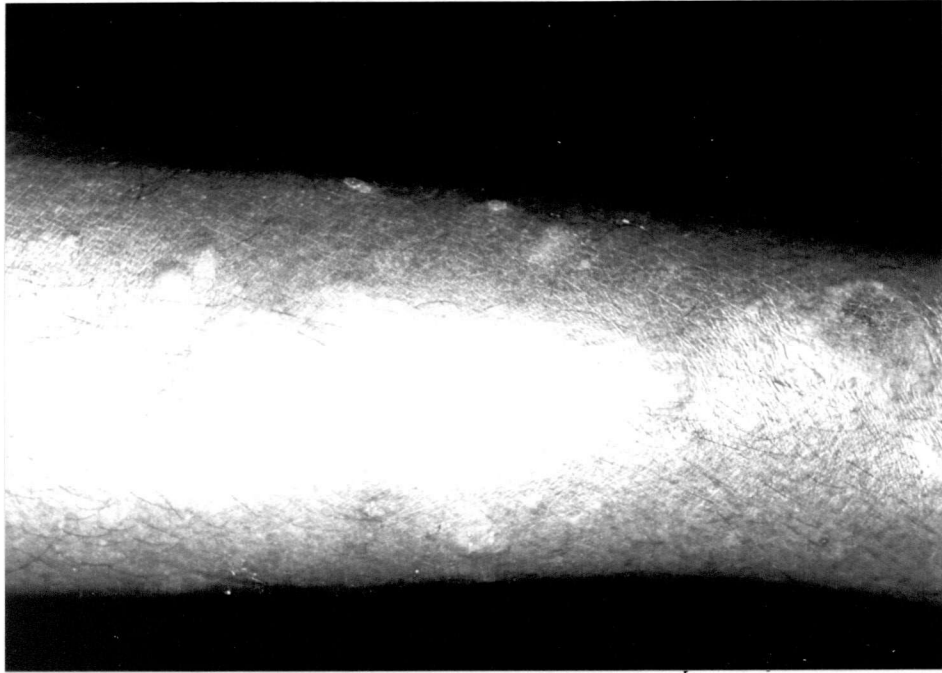
รูปที่ 9 แสดงลักษณะทางคลินิก ของโรค LP ที่ริมฝีปาก



รูปที่ 10 แสดงลักษณะทางคลินิก ของโรค LP ที่ลิ้น



รูปที่ 11 แสดงลักษณะทางคลินิก ของโรค LP ที่อวัยวะเพศชาย



รูปที่ 12 แสดงลักษณะทางคลินิก ของโรค LP ที่ขา



รูปที่ 13 แสดงลักษณะทางคลินิก ของโรค LP ที่เยื่อข้างแก้ม



รูปที่ 14 แสดงลักษณะทางคลินิก ของโรค LP ที่มี ulceration

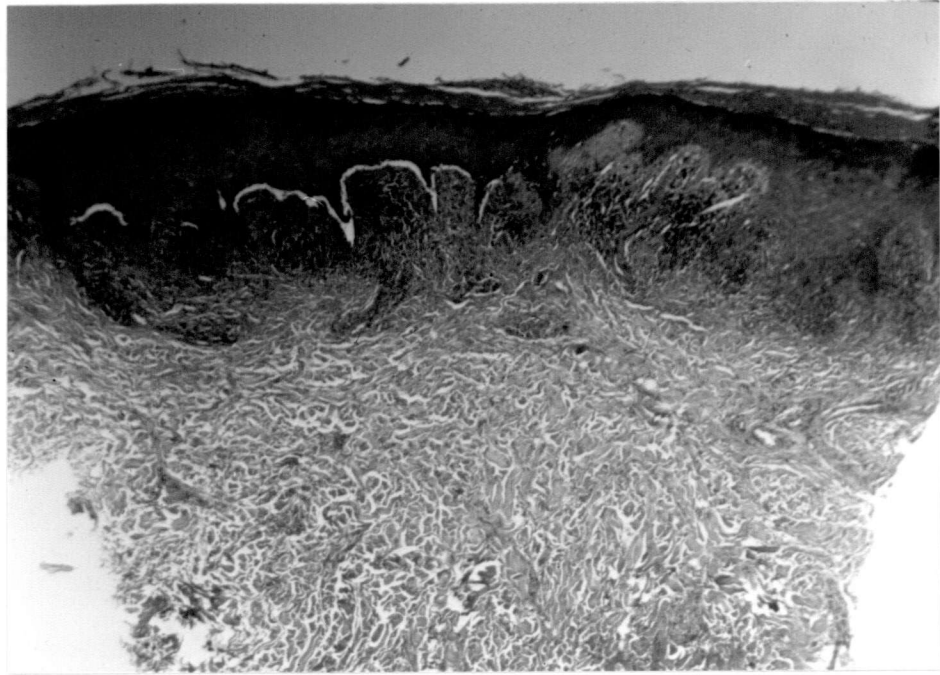


รูปที่ 15 แสดงลักษณะทางคลินิก ของโรค Hypertrophic LP

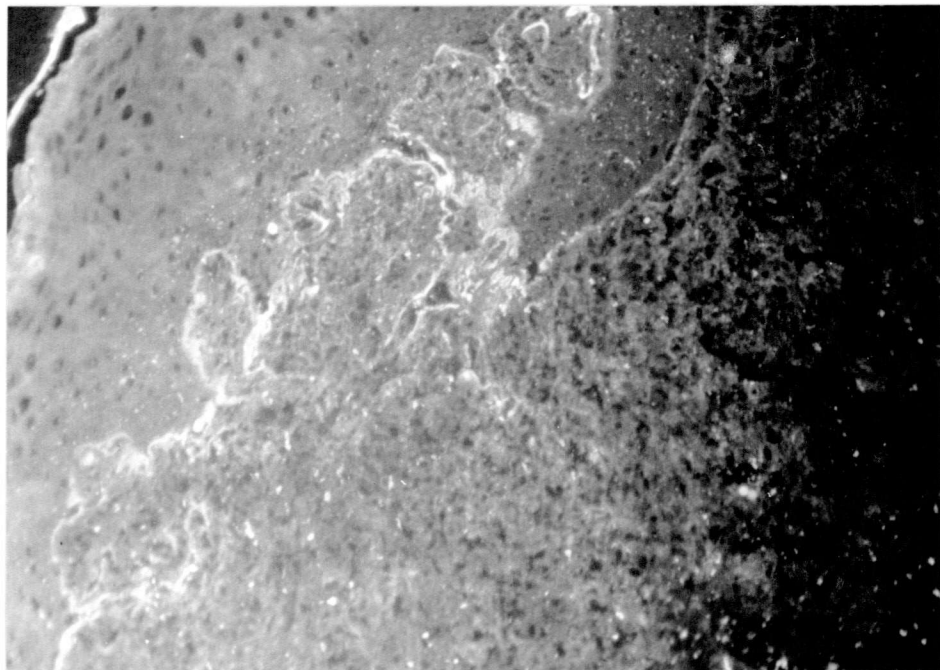




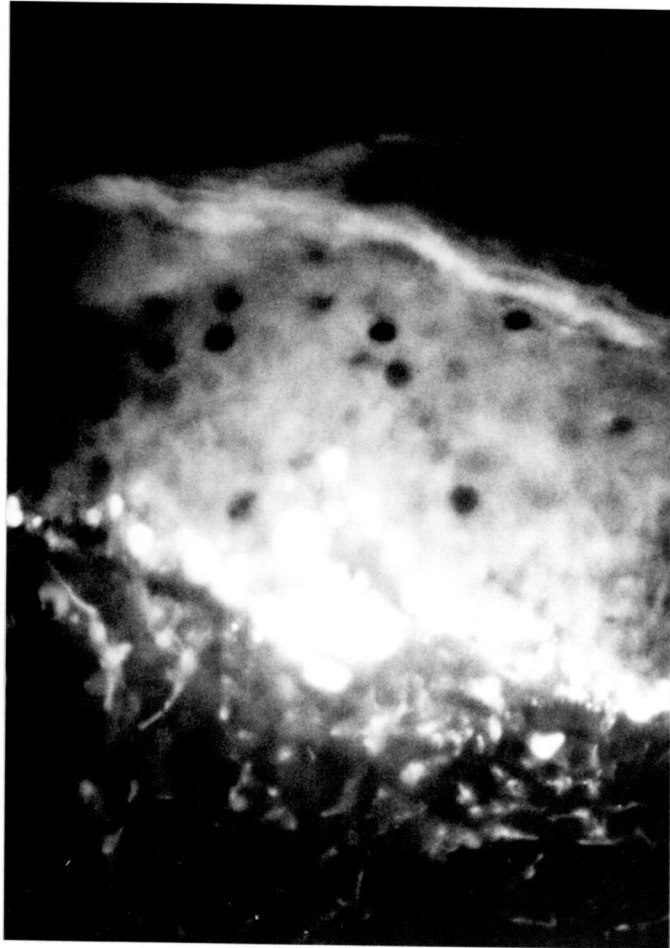
รูปที่ 16 แสดงลักษณะทางคลินิก ของโรค Linear LP



รูปที่ 17 แสดงลักษณะทางพยาธิสภาพของโรค. LP



รูปที่ 18 แสดงลักษณะการเกาะของ fibrin ที่ basement membrane zone จากการทดสอบพยาธิภูมิคุ้มกันเรืองแสงทางตรง ในผู้ป่วย LP



รูปที่ 19 แสดงลักษณะของ cytotoid body จากการทดสอบ  
โดยพยาธิภูมิคุ้มกันเรืองแสงทางตรง

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบระหว่าง โรค Lichen planus และ  
โรค Discoid lupus erythematosus

	LP(26,27)	DLE(1-5)
Age of onset	2 ใน 3 จะมีอายุ ระหว่าง 30-60 ปี	ระหว่าง 20-40 ปี
Sex	เพศชายเท่ากับเพศ หญิง	เพศหญิงมากกว่า เพศชายในอัตรา ส่วน 3:1 ถึง 3:2
Race	ทุกเชื้อชาติ	พบได้ทุกเชื้อชาติ, โดยที่ความเชื่อเก่าๆ เชื่อว่าพบในคนผิว ดำมากกว่า
Genetics	HLA-A3(31,32)	Associate กับ HLA-B7,B8 (6)
Cutaneous sites of involvement	ด้านใน(volar)ของ แขน และขา, เล็บ, ผม บริเวณเยื่อ mucous membrane พบประมาณ 50%	บริเวณที่โดนแสง โดยเฉพาะหน้าและ คอ บริเวณเยื่อ mucous membrane พบประมาณ 15-28%
Cutaneous morphology	flat-topped tiny polygonal glistening papule	slightly elevated erythematous plaques

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบระหว่าง โรค Lichen planus และ  
โรค Discoid lupus erythematosus (ต่อ)

	LP	DLE
Systemic involvement	thin delicate white scale (Wickham's striae) over papule ; early papules red , later violaceous or purple ปกติไม่มี แต่อาจพบได้ที่เยื่อ ทางเดินอาหาร, ช่องคลอด , กระเพาะปัสสาวะได้	มี scale ติดแน่น , Dilated follicular plug ตรงกลางอาจมี atrophy, telangiectasia และ เวลาหายมักเป็น hypopigmentation scar Systemic involvement 5-10%, แต่ใน SLE พบขึ้น DLE ร่วมด้วย ประมาณ 30%
Serologic abnormality	leukopenia	ประมาณ 30% พบ low titer ANA, อาจพบ false-positive VDRL, RF, depressed serum complement, leukopenia

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบระหว่าง โรค Lichen planus และ  
โรค Discoid lupus erythematosus (ต่อ)

Histology	LP(9-11)	DLE(35-37)
Epidermal	Hyperkeratosis, hypergranulosis, sawtooth appearance, acanthosis	hyperkeratosis with keratotic plugging, thinning and flattening of the stratum malpighii
Dermo- epidermal junction	basilar vaculopathy	hydropic degeneration of basal cells, Thickening of basement membrane zone
Dermis	Band like infiltrate of lymphocyte, Colloid body	patchy chiefly lymphoid cell infiltrate with tendency toward arrangement about the cutaneous appendages, Edema, vasodilatation, slight extravasation of erythrocytes in the upper dermis

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบระหว่าง โรค Lichen planus และ  
โรค Discoid lupus erythematosus (ต่อ)

	LP	DLE
Immunofluorescence (12-15,38-41)	Involved skin: fibrin และ fibrinogen in a band like ตาม dermoepidermal junction , subepidermal globular deposit โดย IgM หรือ IgG normal skin : ไม่พบความผิดปกติ	Involved skin: deposit ของ immunoglobulin และ complement แบบ globular หรือ granular pattern ตาม dermoepidermal junction normal skin : ไม่พบความผิดปกติ
Etiology (1-8,26-34,46)	Viral,genetic, autoimmune , neurologic	unknown may be viral,genetic, และ autoimmune
Treatment	Mild case : topical steroid severe case : oral steroid และ/หรือ photo- chemotherapy	Topical steroid และ/หรือ antima- laria drugs ถ้ามี systemic involve อาจต้องให้ oral- steroid และ/หรือ immunosuppressive agent

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบระหว่าง โรค Lichen planus และ  
โรค Discoid lupus erythematosus (ต่อ)

	LP	DLE
Course	หายเองได้	ประมาณ 5-10% กลายเป็น SLE