

7-1-1984

วัณโรคปอดแห้งในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในระยะ 5 ปี

นุชา หิรัญกิจ

นภดล นพคุณ

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

หิรัญกิจ, นุชา and นพคุณ, นภดล (1984) "วัณโรคปอดแห้งในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในระยะ 5 ปี," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 28: Iss. 7, Article 6.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol28/iss7/6>

This Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

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%).

* หน่วยจดวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยเป็นวัณโรคที่ใดที่หนึ่งในร่างกายแล้วมีภูมิคุ้มกันต่อต้านเชื้อวัณโรค เมื่อได้รับเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายทางบาดแผลที่ผิวหนัง หรือติดต่อกับวัณโรคของอวัยวะในไตผิวหนัง (Secondary inoculation) จะเกิดเป็นวัณโรคผิวหนังขึ้น ถ้าภูมิคุ้มกันดีแล้วได้รับการติดเชื้อจากภายนอกอาจจะเป็น Tuberculosis verrucosa cutis หรือ Lupus vulgaris บางกรณีที่ภูมิคุ้มกันไม่ดี 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 ทำให้เกิดผื่นที่บริเวณเยื่อและผิวหนังบริเวณช่องเปิดต่าง ๆ มักเริ่มเป็นตุ่มสีแดงหรือเหลืองบริเวณเยื่อ ต่อมาจะแตกออกเป็นแผล เยื่อปากรอบ ๆ แผลจะบวมแดงอักเสบ อาจมีหลายแผลหรือแผลเดี่ยว 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 ในการศึกษานี้พบ

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 รายที่มีวัณโรคผิวหนัง⁽⁵⁾

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

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

การรักษาวัณโรคผิวหนัง ไม่ว่าจะชนิดใดที่ไม่มีวัณโรคอวัยวะอื่นร่วมด้วย โดยให้ยาต้านวัณโรคตัวใดตัวหนึ่งอย่างเดียวนั้นไม่ได้ผล 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, Gundula 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 สิริมาจันทร์, 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