

## **แนวทางการดูแลรักษาโรค Alopecia Areata**

# Clinical practice guideline for alopecia areata

นายแพทย์จิโรจ สนิทวานนท์

นายแพทย์นภดล นพคุณ

นายแพทย์สมยศ จารุวิจิตรรัตนา

แพทย์หญิงวลัยอร ปรัชญพฤทธิ

นายแพทย์อาทิตย์ นาคะเกษตร

แพทย์หญิงสุขมาศ สุวรรณวลัยกร

## นิยาม

Alopecia areata (AA) หมายถึง โรคผมร่วงเป็นหย่อมที่ไม่ทราบสาเหตุ เกิดได้กับทุกส่วนของร่างกายที่มีผมหรือขน อาจมีผมร่วงเพียงหย่อมเดียวหรือหลายหย่อมมารวมกัน ถ้าผมร่วงเป็นบริเวณกว้างทั่วศีรษะ เรียกว่า alopecia totalis ถ้ามีขนบริเวณอื่นในร่างกายร่วงด้วย เช่น ขนคิ้ว ขนตา ขนตามตัว รักแร้ และหัวหน่าว เรียกว่า alopecia universalis

## ระบาดวิทยา

โรคผมร่วงเป็นหย่อมเป็นโรคที่พบอุบัติการณ์ได้ประมาณร้อยละ 1 ของประชากร โรคนี้เกิดกับทุกเพศ ทุกวัย พบอุบัติการณ์สูงสุดในช่วงอายุ 15-29 ปี<sup>1-3</sup>

## สาเหตุของโรค

เป็นโรคที่จัดอยู่กลุ่มโรค autoimmune disease ชนิดหนึ่ง สาเหตุของโรคยังไม่ทราบแน่ชัด อาจเกิดจากหลายองค์ประกอบร่วมกัน โดยพันธุกรรมอาจมีส่วนกำหนดการเกิดโรค สิ่งแวดล้อมอาจมีส่วนในการกระตุ้นให้เกิดอาการ อาจเกิดร่วมกับโรค autoimmune บางโรค เช่น Hashimoto's thyroiditis, Lupus erythematosus, pernicious anemia, ตางขาว เป็นต้น<sup>4</sup>

## การวินิจฉัย

1. ประวัติ ผมร่วงเป็นหย่อม โดยไม่มีอาการ อาจเป็นแบบเฉียบพลันหรือค่อยเป็นค่อยไปก็ได้

2. ลักษณะทางคลินิก

การวินิจฉัยโรคใช้ลักษณะทางคลินิกเป็นหลัก โดยลักษณะที่สำคัญ คือ

- 2.1 ผมร่วงเป็นหย่อม ขอบเขตชัดเจน เป็นรูปวงกลมหรือวงรี
- 2.2 บริเวณที่ผมร่วง ผิวหนังจะดกมันเรียบ ไม่อักเสบ ไม่มีขุย หรือสะเก็ด แต่บางรายอาจจะแดงได้บ้าง
- 2.3 บริเวณขอบของหย่อมผมร่วง อาจพบเส้นผมขนาดสั้น มีรูปร่างคล้ายเครื่องหมายอัศเจรีย์ (exclamation-mark hair) คือ โคนผมเรียวยาวเล็กแคบกว่าปลายเส้น ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของโรคนี้
- 2.4 ถ้าโรคยัง active อยู่ เส้นผมบริเวณรอยโรคจะหลุดได้ง่ายเมื่อดึงเพียงเบาๆ
- 2.5 อาจพบความผิดปกติของเล็บร่วมด้วย เช่น เล็บเป็นหลุมเล็กๆ (pitting nail) เล็บนูนเป็นสันตามยาว (longitudinal ridging) เป็นต้น

### 3. การวินิจฉัยแยกโรค

1. ซิฟิลิสระยะที่ 2 โรคนี้อาจแสดงอาการผมร่วงคล้าย AA ในรายที่สงสัยควรเจาะเลือดตรวจ VDRL
  2. Trichotillomania
  3. Tinea capitis
- กรณีที่ผมร่วงมากทั่วศีรษะ ต้องแยกจากภาวะ telogen, anagen effluvium, systemic lupus erythematosus, androgenetic alopecia

### 4. การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ

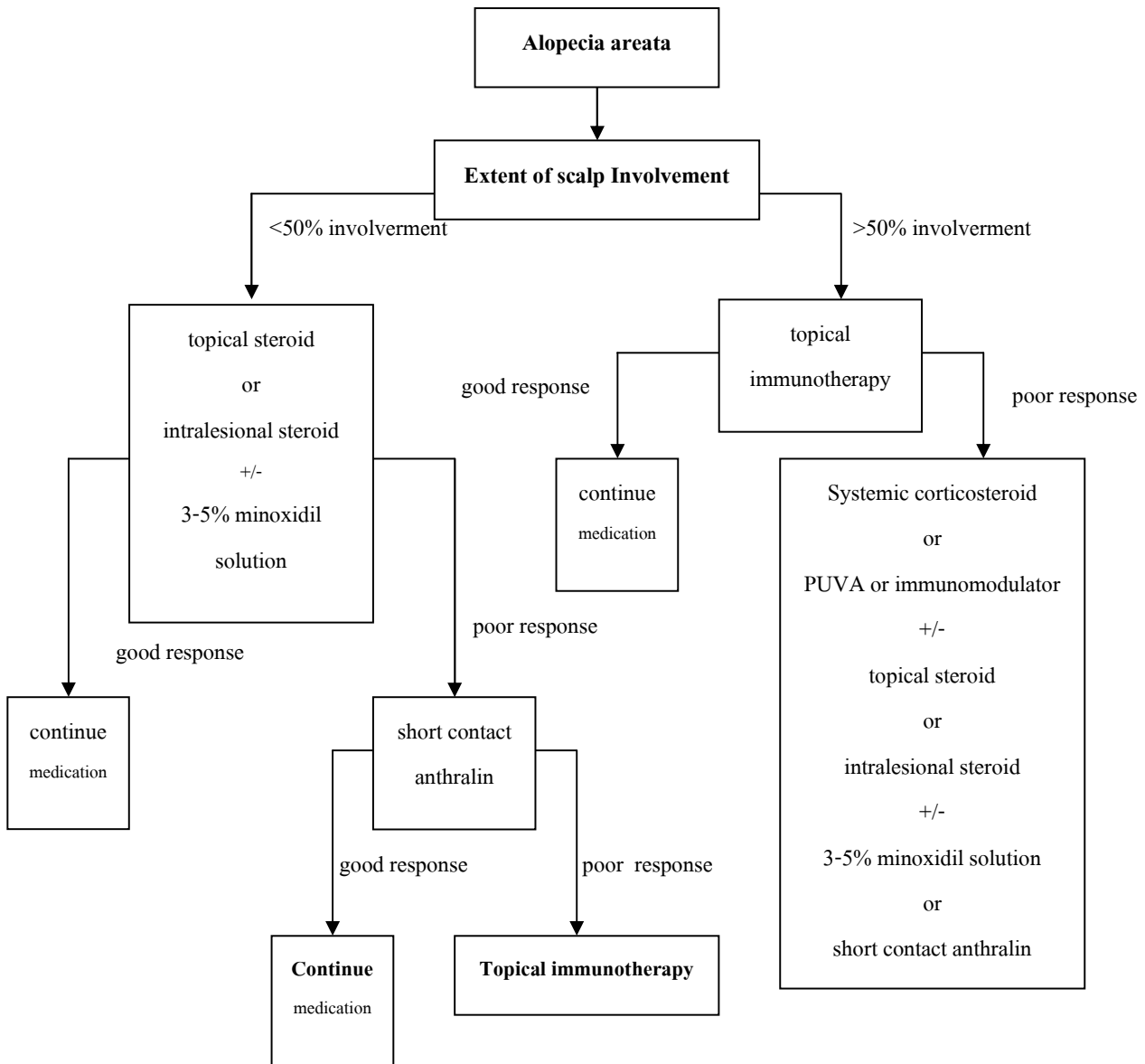
โดยทั่วไปมักไม่มีปัญหาในการวินิจฉัย และไม่จำเป็น ต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยกเว้นในรายที่มีลักษณะทางคลินิกไม่แน่ชัด หรือมีอาการทางระบบอื่นร่วมด้วย อาจต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น KOH, ตัดชิ้นเนื้อ เพื่อตรวจพยาธิสภาพของรอยโรค, Serology for syphilis, การทำงานของต่อมไทรอยด์, Serology for autoimmune disease : ANA Thyroid antibodies เป็นต้น

### 5. แนวทางการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ผมร่วงเป็นหย่อมเป็นครั้งแรก จำนวนไม่มาก และมีประวัติการเป็นโรคน้อยกว่า 1 ปี โรคนี้ อาจจะหายเอง ภายใน 3-6 เดือนโดยไม่ต้องรักษา

สำหรับในรายที่มีประวัติเป็นมานาน มีผมร่วงมากกว่า 50%ของพื้นที่หนังศีรษะทั้งหมด (alopecia totalis หรือ alopecia universalis) การพยากรณ์ของโรคมักไม่ค่อยดี ควรได้รับการดูแลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การดูแลผู้ป่วย

- การรักษาหลายวิธี การพิจารณาการรักษาด้วยวิธีใดขึ้นอยู่กับปัจจัย เช่น ความรุนแรงของโรค อายุของผู้ป่วย เป็นต้น ถ้าเป็นไม่มากอาจจะไม่ต้องรักษา มักใช้ยาในกรณีที่ผมบริเวณรอยโรคยังร่วงมากอยู่ เช่น ดึงผมบริเวณขอบๆของรอยโรคแล้วยังหลุดอยู่ ผื่นผมร่วงขยายวงกว้างออก เป็นต้น (ดูแนวทางการรักษาตามแผนภูมิ)<sup>4-5</sup>



### ข้อแนะนำผู้ป่วย

1. อธิบายว่าโรคนี้อาจหายเองได้ ไม่จำเป็นต้องรักษาทุกราย
2. ผู้ป่วยต้องเข้าใจว่าการรักษาโรคนี้อาจหายแล้วอาจเป็นกลับมาใหม่ได้ ในบริเวณเดิมหรือมีผมร่วงใหม่บริเวณอื่น
3. อาการเครียดอาจกระตุ้นให้เป็นมากขึ้น
4. การให้กำลังใจ การบำบัดทางจิต ในรายที่ไม่สามารถยอมรับอาการผมร่วงของตนเองได้ควรแนะนำให้ใช้วิกผมในรายที่ผมร่วงมาก

วิธีการรักษา แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

## 1. การรักษามาตรฐาน Standard treatment

### Topical treatment

1.1 topical corticosteroid: ควรพิจารณาใช้ยาในกลุ่ม moderate strength ขึ้นไป (ดู guideline topical steroid) วันละ 1-2 ครั้ง อาจจะทำให้ผมขึ้นได้<sup>6-7</sup> (level of evidence 1, strength of recommendation A)

1.2 Intralesional corticosteroid ใช้ในรายที่ผมร่วงเป็นหย่อมเฉพาะที่ นิด triamcinolone acetonide ขนาด 5-10 mg/ml ในแต่ละครั้งไม่ควรฉีดเกิน 1-2 ml ฉีดทุก 4-6 สัปดาห์จนผมขึ้น ต้องระวังอย่าฉีดลึกเกินไป เพราะจะเกิด dermal atrophy ได้ (level of evidence 3, strength of recommendation C)

1.3 topical minoxidil 3-5%: ทาวันละ 2 ครั้ง<sup>4</sup>

(level of evidence 3, strength of recommendation C) อาจใช้เพียงตัวเดียว หรือใช้ร่วมกับ topical steroid หรือ anthralin

1.4 Immunostimulator มักใช้ในรายที่ผมร่วงเกิน 50% ของหนังศีรษะ หรือ alopecia totalis เนื่องจากการใช้คอนข้างยุ่งยาก ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ Immunostimulator แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1.4.1 Topical irritant ที่ใช้กันมาก คือ anthralin ทำให้เกิดการระคายเคืองของหนังศีรษะ ซึ่งจะมีผลทำให้ผมขึ้นใหม่ได้ ใช้ขนาดความเข้มข้น 0.5-1% ทาทิ้งไว้นาน 10-60 นาที ทุกวัน โดยเริ่มจากระยะเวลาสั้นๆ ก่อน จุดประสงค์คือ ต้องการให้หนังศีรษะเกิดอักเสบเล็กน้อย ถ้าหนังศีรษะไม่เกิดปฏิกิริยาอักเสบก็เพิ่มระยะเวลาให้ยาวขึ้น ถ้าอักเสบมากไปก็ลดเวลาลง หลังจากนั้นให้สระผมด้วย shampoo อ่อนๆ เพื่อล้างยาออก ผมมักขึ้นภายใน 3 เดือน (level of evidence 3, strength of recommendation C)

1.4.2 Topical immunotherapy หลักการคือ ทำให้ผู้ป่วยแพ้สาร immunogens ก่อน (sensitization) แล้วจึงนำ immunogen นี้ไปทาที่หนังศีรษะกระตุ้นให้เกิด allergic contact dermatitis ซึ่งจะกระตุ้นให้ผมขึ้นได้ ที่ใช้บ่อยคือ Diphenylcyclopropenone (DCP), Squaric acid dibutylester (SADBA) และ Dinitrochlorobenzene (DNCB) วิธีการรักษาโดยเริ่มจากกระตุ้นให้ผู้ป่วยแพ้ immunogen ก่อนโดยใช้ยาความเข้มข้นสูง เช่น 2% DCP in acetone ทาหนังศีรษะขนาดประมาณ 5 x 5 ซม. หลังทาประมาณ 2 วันผู้ป่วยจะเกิดผื่นอักเสบแบบ eczema ขึ้น เมื่อผื่น eczema หายแล้วจึงทายาขนาดความเข้มข้นต่ำ เช่น 0.001% DCP in acetone ที่ข้างหนึ่งของหนังศีรษะก่อน ทาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำเป็นต้องเพิ่มความเข้มข้นของยาขึ้นเรื่อยๆ เพื่อกระตุ้นให้หนังศีรษะเกิด mild eczematous reaction ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคัน เป็นผื่นแดงหรือลอกเล็กน้อย ต่อมาน้ำเหลืองหลังหูดาจโตะได้ ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนว่าจะเกิดเหตุการณ์เช่นนี้ขึ้น ผมมักขึ้นภายใน 8-12 สัปดาห์ เมื่อผมขึ้นแล้วจึงรักษาทั้งศีรษะ<sup>8</sup> (level of evidence 3, strength of recommendation C)

## 2. Systemic treatment

พิจารณาใช้ในรายที่มีอาการรุนแรงหรือรักษาแบบมาตรฐานแล้วไม่ได้ผล หรือในรายซึ่งมีข้อจำกัดในการใช้ยามาตรฐาน ทำให้ใช้ยามาตรฐานในการรักษาเป็นตัวแรกไม่ได้ เนื่องจากการรักษาโดยวิธีนี้มีผลข้างเคียงสูง การใช้นี้ควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น

2.1 Intralesional corticosteroid ใช้ในรายที่ผมร่วงเป็นหย่อมเฉพาะที่ นิด triamcinolone acetonide ขนาด 5-10 mg/ml ในแต่ละครั้งไม่ควรฉีดเกิน 1-2 ml ฉีดทุก 4-6 สัปดาห์จนผมขึ้น ต้องระวังอย่าฉีดลึกเกินไป เพราะจะเกิด dermal atrophy ได้<sup>6,9</sup> (level of evidence 3, strength of recommendation C)

2.2 Systemic corticosteroid ใช้ในรายที่ผมร่วงเกิน 50% ของหนังศีรษะขึ้นไป หรือ alopecia totalis เป็นส่วนใหญ่ ใช้ยาขนาด 1 mg/kg/day เมื่อผมขึ้นแล้วพยายามลดขนาดยาลง ถ้าลดขนาดยาแล้วผมร่วงมากขึ้น ควรพิจารณาใช้ยาอย่างอื่นแทน เพราะการใช้ systemic corticosteroid เป็นเวลานานมีผลเสียมากกว่าผลดีที่จะได้รับ<sup>10</sup>

2.3 Psoralen plus ultraviolet light (PUVA) ส่วนใหญ่ใช้ในรายที่ผมร่วงเกิน 50% ของหนังศีรษะขึ้นไปหรือ alopecia totalis โดยให้ผู้ป่วยรับประทานยา psoralen ขนาด (0.6 mg/kg) แล้วฉายแสง UVA บริเวณผมร่วงทำสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งจนผมขึ้น - Intralesional corticosteroid ใช้ในรายที่ผมร่วงเป็นหย่อมเฉพาะที่ นิด triamcinolone acetonide ขนาด 5-10 mg/ml ในแต่ละครั้งไม่ควรฉีดเกิน 1-2 ml ฉีดทุก 4-6 สัปดาห์จนผมขึ้น ต้องระวังอย่าฉีดลึกเกินไป เพราะจะเกิด dermal atrophy ได้<sup>4</sup> (level of evidence 3, strength of recommendation C)

## 3. Option

เลือกใช้ในรายซึ่งรักษาด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล ควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้ชำนาญเท่านั้น

3.1 Immunomodulator เช่น Inosiplex, Cyclosporin, Azathioprine มีรายงานว่าทำให้ผมขึ้นได้ แต่เนื่องจากรายงานยังน้อยจึงควรพิจารณาข้อดีข้อเสียให้ดีก่อนใช้<sup>4</sup> (level of evidence 3, strength of recommendation C)

### การพยากรณ์โรค

การดำเนินโรคในผู้ป่วยแต่ละรายคาดคะเนได้ยาก ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 20 หายได้เอง ส่วนใหญ่แล้วการพยากรณ์โรคดี ยกเว้นในกรณีต่อไปนี้ คือ

1. alopecia totalis หรือ alopecia universalis
2. ผมร่วงเป็นแถบบริเวณชายผมโดยรอบ (ophiasis)
3. atopy มีประวัติโรคภูมิแพ้ร่วมด้วย
4. เกิดผมร่วงอย่างรุนแรงก่อนวัยรุ่น
5. ประวัติเป็นซ้ำหลายครั้ง

