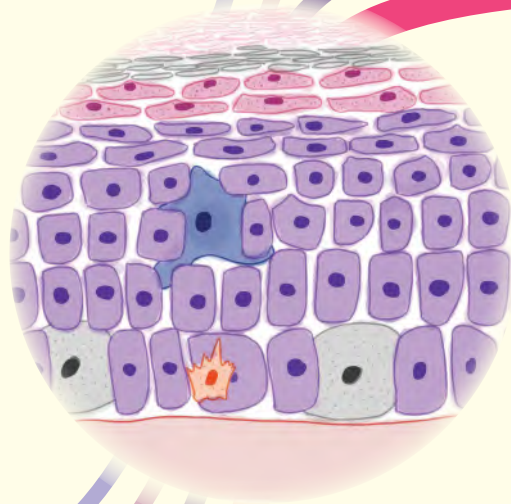




มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล

โรคผิวหนังเด็ก



วาณี วิสุทธิ์เสริวงศ์
รัตนาวลัย นิตยารมย์
บรรณาธิการ



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล

โรคพิษหั่นแฉ้ง

วาณี วิสุทธิ์สรวิงศ์
รัตนาวลัย นิตยารมย์
บรรณาธิการ

โรคผิวหนังเด็ก

บรรณาธิการ วาณี วิสุทธิ์เสรีวงศ์
รัตนาวลัย นิตยารมย์

พิมพ์ครั้งที่ 1 มีนาคม 2561 จำนวน 1,000 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 2 กุมภาพันธ์ 2563

รูปแบบ E-Book
ราคาเล่มละ 800 บาท
สงวนลิขสิทธิ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
สงวนลิขสิทธิ์ ตามพระราชบัญญัติการพิมพ์
ห้ามมิให้ทำซ้ำหรือลอกเลียนแบบโดยไม่ได้รับอนุญาต

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ
National Library of Thailand Cataloging in Publication Data
ISBN (E-Book) 978-616-443-407-3

จัดพิมพ์และ
เผยแพร่โดย ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2 ถนนวิสุทธิกษัตริย์ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700
โทรศัพท์ 0 2419 5900 โทรสาร 0 2411 3010

ออกแบบปกและรูปเล่ม
พิมพ์ที่ รัตนาวลัย นิตยารมย์
บริษัท พี.เอ. สี่พวง จำกัด
4 ซอยสิรินธร 7 เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร 10700
โทรศัพท์ 0 2881 9890 โทรสาร 0 2881 9894

คำนิยม

โรคผิวหนังเป็นโรคที่พบบ่อยในทุกวัยและมีโรคมามากมาย การวินิจฉัย และการรักษาให้ถูกต้อง บางครั้งเป็นเรื่องยาก โรคในวัยเด็กก็แตกต่างกับวัยผู้ใหญ่ เพราะมีพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่นแตกต่างกัน การใช้ยาบางชนิดในผู้ใหญ่ก็เป็นข้อห้ามในวัยเด็ก โรคผิวหนังบางชนิดไม่ต้องการทดสอบพิเศษแต่อย่างใด เพียงแค่ดูจากความชำนาญของแพทย์ก็สามารถให้การวินิจฉัยอย่างถูกต้องได้

ตำราโรคผิวหนังภาษาไทยมีน้อย ยิ่งตำราโรคผิวหนังในวัยเด็กที่สมบูรณ์ยิ่งมีน้อยไปอีก รศ.พญ.วาณี วิสุทธิ์เสริวงศ์ หัวหน้าสาขาโรคผิวหนังของภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้ได้ศึกษาวิชานี้ สอนวิชานี้ ตลอดจนดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน ได้เขียนตำราโรคผิวหนังในเด็กเล่มนี้ไว้อย่างละเอียดครอบคลุมทุกด้าน ได้สอดแทรกประสบการณ์ของตนเอง รวมทั้งมีภาพประกอบที่สวยงาม จึงเป็นตำราโรคผิวหนังในเด็กที่ดีเล่มหนึ่งในปัจจุบัน

ตำราเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ไม่เฉพาะกุมารแพทย์ นักศึกษาแพทย์เท่านั้น แต่จะเป็นประโยชน์แก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปด้วย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์มนตรี ตูจินดา
อดีตหัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

คำนิยม

ดิฉันรู้สึกยินดีเป็นอย่างยิ่งที่คณาจารย์ของชมรมแพทย์ผิวหนังเด็กจาก 3 สถาบัน ซึ่งเป็นอาจารย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคผิวหนังเด็ก ได้ร่วมกันจัดทำตำราโรคผิวหนังเด็กออกมาอีกเล่มหนึ่ง เนื่องจากวิทยาการในการรักษาปัจจุบันบางโรคแตกต่างไปจากเดิม ซึ่งตำราโรคผิวหนังเล่มแรกจัดทำโดยชมรมแพทย์ผิวหนังเด็ก เมื่อปี พ.ศ. 2539 และมีอาจารย์บางท่านได้จัดพิมพ์บ้าง แต่ก็หลายปีมาแล้ว

จึงสมควรที่จะได้มีการทบทวนและปรับปรุงเนื้อหาและการรักษาให้เหมาะสมกับเด็กไทย ซึ่งตำราเล่มนี้จะมีเนื้อหาครอบคลุมตั้งแต่โรคที่พบในเด็กแรกเกิด โรคทางพันธุกรรม โรคผิวหนังอักเสบ โรคผิวหนังติดเชื้อ รวมทั้งโรคในระบบอื่นที่มีอาการทางผิวหนังร่วมด้วย ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อกุมารแพทย์ แพทย์ทั่วไปที่อยู่ห่างไกล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการรักษาได้ในเบื้องต้น

สุดท้ายนี้ ขอชมเชยผู้สนับสนุนทุกท่านที่ได้ทุ่มเทกำลังกาย กำลังใจ เพื่อให้ตำราเล่มนี้อ่านง่าย เป็นประโยชน์ต่อกุมารแพทย์ และแพทย์ทั่วไปสมความตั้งใจ

ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ แพทย์หญิงสุจิตรา วีรวรรณ
อดีตหัวหน้าสาขาโรคผิวหนัง ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
อดีตประธานชมรมแพทย์ผิวหนังเด็กแห่งประเทศไทย

คำนำ

โรคผิวหนังในเด็กเป็นโรคที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์ทั่วไป กุมารแพทย์ รวมทั้งตจแพทย์ล้วนมีโอกาสที่จะได้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ โรคที่พบบ่อยในเด็กนั้นแตกต่างจากผู้ใหญ่ ผื่นโรคเดียวกันอาจมีลักษณะเหมือนกัน แต่การประเมิน การรักษาอาจต่างกัน แพทย์ควรต้องคำนึงถึงขนาดยา ผลข้างเคียงที่อาจมีต่อพัฒนาการ การเจริญเติบโตของเด็ก และอันตรายที่ควรพึงระวังในระยะยาว แม้โรคส่วนใหญ่จะไม่มีอันตราย แต่มักก่อให้เกิดความกังวลกับผู้ป่วยและผู้ปกครอง ทำให้ขาดความมั่นใจ เสียบุคลิก คุณภาพชีวิตด้อยลง

ตำราโรคผิวหนังเด็กนี้ ผู้นิพนธ์ได้รวบรวมปัญหาให้ครอบคลุมกลุ่มโรคที่พบบ่อยในเด็กไทย โดยมีวัตถุประสงค์หวังให้อ่านใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคผิวหนัง แม้ปัจจุบันองค์ความรู้และวิทยาการต่าง ๆ ในการดูแลรักษาโรคผิวหนังมีความเจริญก้าวหน้าไปมาก แต่ผู้นิพนธ์พยายามอ้างอิงข้อมูลของผู้ป่วยเด็กไทย โดยเฉพาะงานวิจัยของผู้นิพนธ์เอง อีกทั้งยังสอดแทรกประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไว้ให้มากที่สุด การนิพนธ์พยายามยึดหลักทางภาษาศาสตร์ให้ถูกต้องตามราชบัณฑิตยสถาน ใช้ศัพท์บัญญัติตามฐานข้อมูลงานวิชาการของราชบัณฑิตยสถานให้มากที่สุด แต่หากศัพท์ทางการแพทย์ที่ราชบัณฑิตยสถานยังไม่ได้บัญญัติไว้ ผู้นิพนธ์ขอใช้คำทับศัพท์เพื่อให้ง่ายต่อการอ่านและความเข้าใจที่ตรงกัน

บรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาอุทิศเวลาอันมีค่ามีพันธันฉบับให้ และคุณสุกัญญา อับดุลเลาะห์ ผู้ทำหน้าที่ติดต่อประสานงานจนทำให้ต้นฉบับสำเร็จลงได้

ผู้นิพนธ์ขอกราบขอบพระคุณครูบาอาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้ จนทำให้สามารถถนัดงานเรียบเรียงออกมาเป็นเนื้อหาในตำราเล่มนี้ ขอขอบพระคุณผู้ป่วยและผู้ปกครองทุกท่านที่เปรียบเสมือนอาจารย์ อุทิศเวลา อดทนรอคอยจนได้รับการตรวจจากผู้นิพนธ์ และยังยินยอมอนุญาตให้ถ่ายภาพแล้วเผยแพร่เพื่อการศึกษา รูปภาพเหล่านี้ได้นำมาประกอบบทความเพื่อให้เข้าใจโรคได้ง่ายขึ้น สุดท้ายขอขอบพระคุณบุพการีและครอบครัวที่เข้าใจ สนับสนุนและเป็นกำลังใจจนงานสำเร็จลงไปได้ด้วยดี

ผู้นิพนธ์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าองค์ความรู้จากตำราโรคผิวหนังเด็กเล่มนี้จะยังประโยชน์แก่บุคลากรทางการแพทย์ทุกท่านที่อ่าน อันจะนำมาซึ่งความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็ก ทำให้เด็กไทยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป หากมีบุญกุศลและประโยชน์อันใดที่เกิดขึ้นจากเนื้อหาในตำรานี้ ขออุทิศมอบแด่ ผู้ป่วย อาจารย์ และครอบครัวของผู้นิพนธ์ทุกท่าน

วาณี วิสุทธิ์เสรีวงศ์
รัตนาลย์ นิตยารมย์
บรรณาธิการ

นามานุกรมผู้นิพนธ์

เทอดพงศ์ เต็มภาคย์

ว.ว.กุมารเวชศาสตร์

อ.ว.กุมารเวชศาสตร์ตจวิทยา

Certificate Fellowship in Pediatric Dermatology (USA)

Certificate in Community and Social Pediatrics (USA)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นุชนาฏ รุจิเมธภาส

ว.ว.กุมารเวชศาสตร์

ว.ว.กุมารเวชศาสตร์ตจวิทยา

อาจารย์ งานโรคผิวหนัง สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

รัตนาวลัย นิตยารมย์

ว.ว.กุมารเวชศาสตร์

อ.ว.กุมารเวชศาสตร์ตจวิทยา

Certificate Fellowship in Pediatric Dermatology (USA)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วาณี วิสุทธิ์เสรีวงศ์

ว.ว.กุมารเวชศาสตร์

อ.ว.กุมารเวชศาสตร์ตจวิทยา

อ.ว.เวชศาสตร์ครอบครัว

Diploma in Dermatology (THA)

Certificate in Pediatric Dermatology (UK)

รองศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สารบัญ

บทที่ 1	หลักการวินิจฉัยโรคผิวหนัง (Principle of Dermatologic Diagnosis)	1
	วาณิ วิสุทธิ์เสรีวงศ์	
บทที่ 2	หลักการใช้ยาทารักษาผิวหนัง (Principle of Topical Dermatologic Therapy)	25
	วาณิ วิสุทธิ์เสรีวงศ์	
บทที่ 3	ผื่นในทารกแรกเกิด (Neonatal Dermatology)	37
	วาณิ วิสุทธิ์เสรีวงศ์	
บทที่ 4	รอยโรคแต่กำเนิด (Birthmarks)	61
	รัตนาวลัย นิตยารมย์	
บทที่ 5	โรคผิวหนังพันธุกรรม (Genodermatoses)	93
	วาณิ วิสุทธิ์เสรีวงศ์	
บทที่ 6	กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของผิวหนังร่วมกับระบบประสาท (Neurocutaneous Syndromes)	123
	วาณิ วิสุทธิ์เสรีวงศ์	
บทที่ 7	ผิวหนังอักเสบในเด็ก (Eczema in Children)	145
	วาณิ วิสุทธิ์เสรีวงศ์	
บทที่ 8	การติดเชื้อแบคทีเรียที่ผิวหนัง (Bacterial Skin Infections)	175
	นุชนาฏ รุจิเมธาส	
บทที่ 9	การติดเชื้อราที่ผิวหนัง (Fungal Skin Infections)	187
	วาณิ วิสุทธิ์เสรีวงศ์	
บทที่ 10	การติดเชื้อไวรัสที่ผิวหนัง (Viral Skin Infections)	211
	เทอดพงศ์ เต็มภาคย์	
บทที่ 11	การติดเชื้อปรสิตที่ผิวหนัง (Parasitic Skin Infestations)	229
	รัตนาวลัย นิตยารมย์	
บทที่ 12	ไข้ผื่น (Fever with Rash)	243
	วาณิ วิสุทธิ์เสรีวงศ์	
บทที่ 13	อาการแสดงทางผิวหนังจากโรคในระบบอื่น (Skin Signs of Systemic Diseases)	277
	วาณิ วิสุทธิ์เสรีวงศ์	
บทที่ 14	ภาวะฉุกเฉินทางผิวหนังเด็ก (Emergency in Pediatric Dermatology)	301
	รัตนาวลัย นิตยารมย์	
บทที่ 15	ลมพิษและ angioedema ในเด็ก (Urticaria and Angioedema in Children)	323
	วาณิ วิสุทธิ์เสรีวงศ์	
บทที่ 16	ผื่นผิวหนังจากการแพ้ยา (Cutaneous Drug Eruptions)	347
	เทอดพงศ์ เต็มภาคย์	

บทที่ 17	ผื่นใน lupus erythematosus และ lupus erythematosus ในทารกแรกเกิด (Cutaneous Lupus Erythematosus and Neonatal Lupus Erythematosus) รัตนาวลัย นิตยารมย์	359
บทที่ 18	โรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและหลอดเลือดอักเสบที่ผิวหนัง (Connective Tissue Diseases and Cutaneous Vasculitis) รัตนาวลัย นิตยารมย์	381
บทที่ 19	โรคตุ่มน้ำ (Vesiculobullous Diseases) รัตนาวลัย นิตยารมย์	413
บทที่ 20	โรคผื่นนูนตกสะเก็ด (Papulosquamous Diseases) เทอดพงศ์ เต็มภาคย์	433
บทที่ 21	ความผิดปกติของสีผิว (Pigmentary Disorders) นุชนาฏ รุจิเมธามาส	453
บทที่ 22	โรคของเส้นผมและเล็บที่พบบ่อยในเด็ก (Common Pediatric Hair and Nail Disorders) รัตนาวลัย นิตยารมย์	463
บทที่ 23	สิว (Acne) รัตนาวลัย นิตยารมย์	489
บทที่ 24	โรคผิวหนังไวแสงในเด็ก (Photosensitivity Disorders in Children) รัตนาวลัย นิตยารมย์	505
บทที่ 25	การป้องกันแสงแดดในเด็ก (Photoprotection in Children) วาณี วิสุทธิ์เสรีวงศ์	521
ดัชนี/Index		543

สารบัญรูป

รูปที่ 1.1	Patch แสดงผื่นราบสีน้ำตาลและเขียวบนหลังและก้น	5
รูปที่ 1.2	Papule แสดงผื่นนูนเป็นตุ่มบนผิวหนัง	5
รูปที่ 1.3	Plaque แสดงผื่นนูนขนาดใหญ่บนท้อง มี scale หนาในสะเก็ดเงิน	6
รูปที่ 1.4	Nodule แสดงก้อนนูนและลงลึกใต้ผิว	6
รูปที่ 1.5	Tumor แสดงก้อนขนาดใหญ่ที่เท้าขวา	6
รูปที่ 1.6	Wheal แสดงผื่นนูนจากผิวหนังบวม และ flare สีแดงพบในลมพิษ	6
รูปที่ 1.7	Vesicle และ bullae แสดงตุ่มน้ำขนาดใหญ่บนหลังเท้า	7
รูปที่ 1.8	Pustule แสดงตุ่มหนองภายในมีหนองสีเหลืองที่ต้นขา	7
รูปที่ 1.9	Petechia แสดงจุดเลือดออกขนาดเล็กบริเวณข้อเท้า	7
รูปที่ 1.10	Purpura แสดงจ้ำเลือดออกขนาดใหญ่ใต้ผิว	7
รูปที่ 1.11	Fissure แสดงรอยแยกเป็นร่องบริเวณข้อศอก	8
รูปที่ 1.12	Keloid แสดงแผลเป็นนูนหลังโดนความร้อนบริเวณก้น	8
รูปที่ 1.13	Atrophy แสดงผิวหนังฝ่อยุบตัวลงที่หน้าผาก	9
รูปที่ 1.14	Lichenification แสดงผิวหนังหนาตัว สีคล้ำขึ้น เห็น skin marking ชัดเจน	9
รูปที่ 1.15	Comedone แสดงหัวสิวบริเวณแก้ม	9
รูปที่ 1.16	Telangiectasia แสดงหลอดเลือดแดงเห็นชัดเจนขึ้นบริเวณหน้าหู	10
รูปที่ 1.17	Group แสดงตุ่มน้ำขึ้นใกล้กันเป็นกลุ่มเหนือริมฝีปากในการติดเชื้อ herpes simplex virus	10
รูปที่ 1.18	Linear แสดงผื่นขึ้นเรียงเป็นเส้นบนขาจากโดนแมงกะพรุน	10
รูปที่ 1.19	Annular แสดงผื่นขึ้นเป็นวงในซีกกลางที่ศีรษะ	11
รูปที่ 1.20	Arcuate แสดงผื่นขึ้นเป็นเส้นโค้งแค่ส่วนหนึ่งของวงกลมบนต้นแขน	11
รูปที่ 1.21	Segment แสดงผื่นกระจายเป็นแถบบนท้องใน vitiligo	11
รูปที่ 1.22	Target หรือ iris lesion แสดงผื่นเป็นวงและสีตรงกลางต่างจากรอบข้าง	11
รูปที่ 1.23	Polycyclic แสดงผื่นเป็นวง หลายวงมีขอบต่อกันบนลำตัว	12
รูปที่ 1.24	Serpiginous แสดงผื่นเป็นเส้นคดเคี้ยวใต้ผิวหนังบนหลังเท้าใน cutaneous larva migrans	12
รูปที่ 1.25	Nummular แสดงผื่นขึ้นเป็นวงคล้ายเหรียญใน nummular eczema	12
รูปที่ 1.26	Koebner phenomenon แสดงผื่นขึ้นตามรอยแตกของผิวในสะเก็ดเงิน	12
รูปที่ 1.27	Satellite แสดงผื่นขนาดเล็กกระจายเป็นบริเวณรอบผื่นใหญ่บนท้องใน candidiasis	13
รูปที่ 1.28	Blaschko's line แสดงผื่นเรียงเป็นรูปตัว V ที่กลางหลัง	13
รูปที่ 1.29	Photo-exposed area แสดงผื่นบนผิวหนังที่ถูกแสงแดดบริเวณหน้าอกที่อยู่กลางแจ้ง	13
รูปที่ 1.30	การทำ diascopy แสดงการใช้สไลด์กระจกกดบนรอยโรค	14
รูปที่ 1.31	Darier's sign แสดงผื่นลมพิษขึ้นหลังขูดบริเวณรอยโรคของ urticaria pigmentosa	15
รูปที่ 1.32	Auspitz's sign แสดงจุดเลือดออกขนาดเล็กหลังขูด scale บนผื่นของโรคสะเก็ดเงินออก	15
รูปที่ 1.33	Dermographism แสดงลมพิษขึ้นตามรอยขีด	15

รูปที่ 1.34	KOH preparation แสดงสาหร่ายและสปอร์	16
รูปที่ 1.35	Tzanck smear แสดง multinucleated giant cell ในการติดเชื้อ herpesvirus	16
รูปที่ 1.36	Oil preparation แสดงตัวและไข่เห็บ	17
รูปที่ 1.37	Oil preparation แสดง <i>Demodex</i>	17
รูปที่ 1.38	Acid fast stain แสดง acid fast bacilli ในการติดเชื้อ <i>Mycobacterium</i> spp.	17
รูปที่ 1.39	Dark field examination แสดง <i>Treponema pallidum</i> ในผู้ป่วย congenital syphilis	18
รูปที่ 1.40	การทำ slit smear แสดงการกักบริเวณรอยโรค ขูดเอาซีรั่มมาทำ acid fast stain	18
รูปที่ 1.41	เครื่อง Wood's light แสดงเครื่องให้แสงสีม่วงใช้ส่องตรวจรอยโรค	18
รูปที่ 1.42	Wood's light แสดงเส้นผมเรืองแสงสีเขียวสดใน tinea capitis	19
รูปที่ 1.43	Wood's light แสดงผิวน้ำเรืองแสงสีแดงใน erythrasma	19
รูปที่ 1.44	Wood's light แสดงฟันผู้ป่วย porphyria เรืองแสง bright pink red	19
รูปที่ 1.45	Dermoscopy แสดงการขยายให้เห็นรอยโรคบริเวณขอบเล็บ	20
รูปที่ 1.46	การทำ punch skin biopsy แสดงการตัดรอยโรคเพื่อตรวจ	20
รูปที่ 1.47	การตรวจ direct immunofluorescence แสดง immunoglobulin ติดที่ผิวหนัง	21
รูปที่ 1.48	Transmission electron microscope แสดง Birbeck's granule ใน Langerhans cell	21
รูปที่ 1.49	Scanning electron microscope แสดงเส้นผมผิดปกติเป็นเกลียวใน pili torti	21
รูปที่ 1.50	การทำ patch test แสดงการปัสสาวะที่สงสัยว่าผู้ป่วยแพ้บนผิวหนังแล้วดูปฏิกิริยาการแพ้	22
รูปที่ 1.51	Phototest แสดงการฉายแสง ultraviolet บนผิวหนังผู้ป่วยแล้วดูปฏิกิริยาไวแสง	22
รูปที่ 1.52	Skin prick test แสดงการสะกิดผิวหนังตรวจหาการแพ้ชนิด type I hypersensitivity	22
รูปที่ 2.1	ปริมาณยาทา finger tip unit แสดงยาที่บีบจากหลอดจุกกว้าง 0.5 มม. ยาว 1 ซ้อยปลายนิ้วชี้ผู้ใหญ่	30
รูปที่ 2.2	ผิวขาว (hypopigmentation) จากผลข้างเคียงเฉพาะที่ของการทา corticosteroids	32
รูปที่ 2.3	ผิวแตกเป็นริ้วลายขนาน (striae) จากผลข้างเคียงเฉพาะที่ของการทา corticosteroids	32
รูปที่ 2.4	Steroid acne แสดงสิวลักษณะ monomorphic บนหน้าอก ไหล่ และคอ จากการทา corticosteroids	33
รูปที่ 2.5	Cushingoid appearance แสดงหน้ากลม แก้มย้วย มีสิวเป็นผลข้างเคียงของการได้รับ corticosteroids	33
รูปที่ 3.1	Vernix caseosa แสดงคราบไขมันบนผิวหนังทารกแรกเกิด	40
รูปที่ 3.2	Acrocyanosis แสดงเท้าสีม่วงคล้ำ	41
รูปที่ 3.3	Cutis marmorata แสดงผิวที่ขาวสลับคล้ำลายตาข่ายร่างแห	41
รูปที่ 3.4	Physiologic desquamation แสดงผิวลอกที่ขาและเท้าทารกแรกเกิด	43
รูปที่ 3.5	Lanugo hair แสดงขนอ่อนจำนวนมากบนหลัง ไหล่ และแขน	43
รูปที่ 3.6	Occipital alopecia แสดงผมร่วงเป็นแถบบริเวณท้ายทอย	44
รูปที่ 3.7	Milia แสดง papule สีขาว ผิวเรียบเป็นมัน ขนาดเล็กบนหน้าผากและหนังตา	44
รูปที่ 3.8	Epstein's pearl แสดง papule สีขาวกลางเพดานปาก	45
รูปที่ 3.9	Bohn's nodule แสดง papule ผิวมัน สีขาว จำนวนมากอยู่เป็นกลุ่มบนเหงือกบน	45

รูปที่ 3.10	Natal teeth แสดงฟัน incisor บนขากรรไกรล่างของทารกแรกเกิด	46
รูปที่ 3.11	Suction callus แสดงริมฝีปากทารกหน้าตัว และสีเข้มขึ้น	46
รูปที่ 3.12	Hymen hypertrophy แสดง hymen โตเป็นติ่ง และมีตกขาว	47
รูปที่ 3.13	Mammary gland hyperplasia แสดงเต้านมทารกใหญ่ขึ้น	47
รูปที่ 3.14	Pigmentary change แสดงอวัยวะเพศภายนอก ถุงอัณฑะ และ linea alba มีสีคล้ำขึ้น	48
รูปที่ 3.15	Pigmentary change แสดงอวัยวะเพศภายนอก และ linea alba มีสีคล้ำขึ้น	48
รูปที่ 3.16	Pigmentary change แสดงรักแร้มีสีคล้ำขึ้น	48
รูปที่ 3.17	Sebaceous gland hyperplasia แสดง macule และ papule สีเหลือง ขนาดเล็กขึ้นเป็นกลุ่มบนจมูกและแก้ม	48
รูปที่ 3.18	Supernumerary nipples แสดงหัวนมขนาดเล็กสีน้ำตาล บนหน้าอกใต้หัวนมปกติ	49
รูปที่ 3.19	Adnexal polyp แสดงติ่งเนื้อขนาดเล็ก สีเหมือนผิว บนลานหัวนม	49
รูปที่ 3.20	Umbilical granuloma แสดงก้อน granulation tissue สีแดงสดตรงสะดือ	49
รูปที่ 3.21	Omphalitis แสดงผิวหนังแดงบริเวณรอบสะดือทารกแรกเกิด	50
รูปที่ 3.22	Erythema toxicum neonatorum แสดง papule สีแดงบนฐานแดงที่หน้าอกและท้อง	50
รูปที่ 3.23	Transient neonatal pustular melanosis แสดง papule ตุ่มหนอง และ macule สีน้ำตาลบนหน้า หน้าอกและรักแร้	51
รูปที่ 3.24	Miliaria crystallina แสดงตุ่มน้ำใสขนาดเล็กคล้ายหยดน้ำบนหน้าผาก	53
รูปที่ 3.25	Miliaria rubra แสดง papule และ patch สีแดงบนหลัง	53
รูปที่ 3.26	Neonatal acne แสดงตุ่มสิวสีแดงบริเวณแก้ม	55
รูปที่ 3.27	Infantile acne แสดง closed comedone และสิวอักเสบสีแดงบริเวณแก้ม	55
รูปที่ 3.28	Neonatal cephalic pustulosis แสดง papule สีแดง และตุ่มหนองบนหน้าผากและแก้ม	55
รูปที่ 3.29	Subcutaneous fat necrosis แสดงผิวสีแดงคล้ำ ยุบตัวลงบริเวณหลัง	56
รูปที่ 4.1	Salmon patch แสดง patch สีชมพูแดง ขอบไม่ชัดเจนบริเวณท้ายทอย และ nape of neck	65
รูปที่ 4.2	Salmon patch แสดง patch สีแดง ขอบไม่ชัดเจนบริเวณ glabella และเปลือกตา	67
รูปที่ 4.3	Port-wine stain แสดง patch สีแดงเข้ม ขอบเขตชัดเจนบนใบหน้า	68
รูปที่ 4.4	Port-wine stain แสดงก้อนนูนหนาสีแดงคล้ำ ขอบเขตชัดเจนบนใบหน้า	68
รูปที่ 4.5	Port-wine stain แสดง patch สีแดงเข้ม และมี pyogenic granuloma เป็นตุ่ม แตกเป็นแผลบนหน้าผาก	68
รูปที่ 4.6	Sturge-Weber syndrome แสดง port-wine stain สีแดงเข้มบนใบหน้าทั้ง 2 ข้าง	68
รูปที่ 4.7	Klippel-Trenaunay syndrome แสดง port-wine stain สีแดงบนแขนที่มีขนาดใหญ่ขึ้น	69
รูปที่ 4.8	Proteus syndrome แสดง port-wine stain และ epidermal nevus บนขา และเท้าขวามีขนาดใหญ่	69
รูปที่ 4.9	Phakomatosis pigmentovascularis แสดง port-wine stain และ mongolian spot ขนาดใหญ่บนลำตัว	69
รูปที่ 4.10	Port-wine stain แสดง patch สีแดงบริเวณ sacrum	70
รูปที่ 4.11	Venous malformation แสดงก้อนสีเขียวม่วงขนาดใหญ่หน้าใบหู	71
รูปที่ 4.12	Blue rubber bleb nevus syndrome แสดง nodule สีม่วงคล้ำหลายอันที่เท้า	71

รูปที่ 4.13	Blue rubber bleb nevus syndrome แสดงก้อนสีม่วงที่นิ้วมือ	71
รูปที่ 4.14	Blue rubber bleb nevus syndrome แสดงก้อนสีม่วงที่ลิ้น	71
รูปที่ 4.15	Venous malformation แสดง phlebolith ใน plain film	72
รูปที่ 4.16	Macrocystic lymphatic malformation แสดงก้อนขนาดใหญ่ ผิวด้านบนเป็นปกติบริเวณคอ	73
รูปที่ 4.17	Microcystic lymphatic malformation แสดง papule และตุ่มน้ำขนาดเล็กคล้ายไขกบ	73
รูปที่ 4.18	Rapidly involuting congenital hemangioma แสดงก้อนสีแดงอมม่วงขนาดใหญ่ที่ต้นขาตั้งแต่แรกเกิด	74
รูปที่ 4.19	Rapidly involuting congenital hemangioma แสดงก้อนเล็กลงเหลือเพียงรอยยุบตัวเมื่อทารกอายุ 6 เดือน	75
รูปที่ 4.20	Non involuting congenital hemangioma แสดงก้อนสีเขียวม่วง ขนาดใหญ่ที่น่อง	75
รูปที่ 4.21	Infantile hemangioma ชนิด superficial type แสดงก้อนนูนสีแดงสด ผิวขรุขระ	76
รูปที่ 4.22	Infantile hemangioma ชนิด deep type แสดงก้อนนูนสีผิวหนังปกติที่กราม	76
รูปที่ 4.23	Infantile hemangioma ชนิด mixed type แสดงก้อนสีผิวหนังปกติ บางส่วนมี plaque สีแดงสดด้านบน	77
รูปที่ 4.24	Infantile hemangioma ระยะ involution แสดงผิวกว้างรอยโรคสีปกติ บริเวณขอบสีแดงจาง	77
รูปที่ 4.25	Infantile hemangioma ระยะ involution แสดง telangiectasia ที่เหลือเป็นหลอดเลือดแดงชัดเจน	78
รูปที่ 4.26	Infantile hemangioma บริเวณใต้คางแสดงแผลแตก	78
รูปที่ 4.27	Infantile hemangioma บริเวณอวัยวะเพศแสดงแผลแตก	78
รูปที่ 4.28	Infantile hemangioma บริเวณใต้ตาแสดงก้อนสีแดงขนาดใหญ่บดบังการมองเห็น	78
รูปที่ 4.29	Infantile hemangioma บริเวณริมฝีปากแสดงก้อนสีแดงขนาดใหญ่รบกวนการรับประทานอาหาร	79
รูปที่ 4.30	Diffuse neonatal hemangiomatosis แสดง infantile hemangioma จำนวนมากบนลำตัว แขนและขา	79
รูปที่ 4.31	Kasabach-Merritt syndrome แสดง vascular tumor เป็นก้อนสีม่วงแดงขนาดใหญ่ และมี coagulopathy	79
รูปที่ 4.32	PHACES syndrome แสดง segmental infantile hemangioma ขนาดใหญ่บนหน้า	80
รูปที่ 4.33	PHACES syndrome แสดง sternal clefting และ supraumbilical raphe	80
รูปที่ 4.34	LUMBAR syndrome แสดง infantile hemangioma บริเวณ lumbosacral area และแผลผ่าตัดแก้ไข meningocele	80
รูปที่ 4.35	Mongolian spot แสดง patch สีฟ้าเขียวบริเวณสะโพก	83
รูปที่ 4.36	Café au lait macule แสดง patch สีน้ำตาลอ่อน รูปร่างรี ขอบเขตชัดเจน	83
รูปที่ 4.37	Congenital melanocytic nevus ขนาดกลางแสดง patch สีน้ำตาลดำบนแก้ม	84
รูปที่ 4.38	Giant congenital melanocytic nevus แสดง plaque สีดำขนาดใหญ่บนหลัง ก้นและขา	85
รูปที่ 4.39	Congenital melanocytic nevus แสดง satellite nevi สีดำกระจายนอกผื่นใหญ่	85
รูปที่ 4.40	Nevus depigmentosus แสดง patch สีจางขาวที่ตัว	86
รูปที่ 4.41	Nevus anemicus แสดง patch สีขาวจากหลอดเลือดหดตัวบนผิวปกติสีแดงที่หน้าอก	87
รูปที่ 4.42	Nevus sebaceous แสดง patch สีเหลืองส้ม ผิวขรุขระเล็กน้อย บนหนังศีรษะที่ไม่มีผมขึ้น	88
รูปที่ 4.43	Nevus sebaceous แสดง plaque สีน้ำตาลอมส้ม ผิวนูนเล็กน้อยขรุขระบนหน้าผาก	88
รูปที่ 4.44	Keratinocytic epidermal nevus แสดง plaque สีน้ำตาลดำ ผิวขรุขระ เรียงตัวตาม Blaschko's line	88

รูปที่ 5.1	Ichthyosis vulgaris แสดงผิวหนังแห้ง มี scale สีขาวบริเวณหน้าแข้ง	96
รูปที่ 5.2	Recessive X-linked ichthyosis แสดงผิวหนังแห้ง มี scale ใหญ่สีน้ำตาลดำตามแขน ขา ลำตัวในเพศชาย	97
รูปที่ 5.3	Epidermolytic ichthyosis แสดงผิวหนังหนา มี scale สีเทาดำบนขา	97
รูปที่ 5.4	Palmar keratoderma แสดงฝ่ามือที่หนามาก	98
รูปที่ 5.5	Collodion baby แสดงผิวดังเป็นมันคล้ายถุงพลาสติกหุ้มตัวทารก ดึงรั้งตาและปาก	99
รูปที่ 5.6	Lamellar ichthyosis แสดงผิวหนังหนา มี scale แผ่นใหญ่สีน้ำตาลเข้มทั่วตัว	99
รูปที่ 5.7	Ectropion แสดง scale แผ่นใหญ่หนาดึงรั้งจนตาปลิ้น	99
รูปที่ 5.8	Congenital ichthyosiform erythroderma แสดง exfoliative dermatitis ผิวดังจัดทั่วตัว มี scale บางสีขาว	100
รูปที่ 5.9	Harlequin ichthyosis แสดงผิวหนังมากคล้ายใส่เสื้อเกราะ แตกเป็นร่องลึก	100
รูปที่ 5.10	Harlequin ichthyosis แสดงนิ้วมือถูกกดรัดจนเล็กเป็น claw-like deformity	101
รูปที่ 5.11	CHILD syndrome แสดง inflammatory ichthyosiform nevus บนลำตัวครึ่งซีก แขนขาผิดปกติ	102
รูปที่ 5.12	KID syndrome แสดง plaque หนาสีดำที่หน้าและคอ	102
รูปที่ 5.13	KID syndrome แสดงการตรวจการได้ยินพบ hearing loss	102
รูปที่ 5.14	IFAP syndrome แสดง ichthyosis เป็นตุ่มตาม follicle ที่ขา	102
รูปที่ 5.15	IFAP syndrome แสดง ichthyosis เป็นตุ่มตาม follicle ที่ศีรษะ ผมน้อย	103
รูปที่ 5.16	Ectodermal dysplasia แสดง depressed nasal bridge, saddle nose ผมน้อยและคิ้วน้อย	103
รูปที่ 5.17	EEC syndrome แสดงปากแหว่ง ผมน้อย สีอ่อน	104
รูปที่ 5.18	EEC syndrome แสดง ectrodactyly นิ้วมือแยก	104
รูปที่ 5.19	EEC syndrome แสดง ectrodactyly นิ้วเท้าแยกเป็น lobster claw deformity	104
รูปที่ 5.20	AEC syndrome แสดงหนังศีรษะอักเสบรุนแรง	104
รูปที่ 5.21	Focal dermal hypoplasia แสดงผิวฝ่อบางลงที่แขนและลำตัว	105
รูปที่ 5.22	Focal dermal hypoplasia แสดงนิ้วเท้าติดกัน	105
รูปที่ 5.23	Dyskeratosis congenita แสดงผิวดำเรียงเป็นร่างแหที่คอ	106
รูปที่ 5.24	Dyskeratosis congenita แสดง nail dystrophy	106
รูปที่ 5.25	Dyskeratosis congenita แสดง leukoplakia เป็นปื้นขาวที่ลิ้น	106
รูปที่ 5.26	Ehlers-Danlos syndrome แสดงข้อนิ้วมือเหยียดได้มากกว่าปกติ	107
รูปที่ 5.27	Cutis laxa แสดงผิวที่หลังมือถูกดึงยึดแล้วไม่หดคืนตำแหน่งเดิม	108
รูปที่ 5.28	Cutis laxa แสดงผิวที่ท้องหย่อน	109
รูปที่ 5.29	Cutis laxa แสดงผิวหนังหย่อนคล้อยจนตาปิด ดูแก่กว่าวัย	109
รูปที่ 5.30	Progeria แสดงผิวบาง ผมน้อย จมูกแหลม ดูแก่กว่าวัย	109
รูปที่ 5.31	Cutis laxa แสดง elastic fiber หัก เรียงตัวผิดปกติจากการตรวจด้วย electron microscope	110
รูปที่ 5.32	Oculocutaneous albinism แสดงผิวขาว ผมน้อย ขนคิ้ว ขนตาสีทอง ม่านตาสีฟ้า	110

รูปที่ 5.33	Chronic mucocutaneous candidiasis แสดง granuloma ของ <i>Candida</i> บนหน้าและหู	111
รูปที่ 5.34	Chronic mucocutaneous candidiasis แสดง granuloma บนหน้า ปื้นขาวที่มุมปากและลิ้น	111
รูปที่ 5.35	Chronic mucocutaneous candidiasis แสดง plaque สีแดงของซีกล่างที่ขา	112
รูปที่ 5.36	Severe combined immunodeficiency แสดง exfoliative dermatitis ผื่นแดง มี scale ทั่วตัว	113
รูปที่ 5.37	Severe combined immunodeficiency แสดงแผลตำแหน่งฉีด BCG และตุ่มแดงจาก BCG กระจายบนลำตัว	113
รูปที่ 5.38	Wiskott-Aldrich syndrome แสดงผื่นผิวหนังอักเสบ และจุดเลือดออกใต้ผิวหนังที่ขา	114
รูปที่ 5.39	Congenital erythropoietic porphyria แสดงปัสสาวะสีแดงจากสาร porphyrin	115
รูปที่ 5.40	Congenital erythropoietic porphyria แสดงแผลและแผลเป็นที่แขนหลังถูกแสงแดด	116
รูปที่ 5.41	Congenital erythropoietic porphyria แสดงฟันสีน้ำตาลแดง (erythrodontia)	116
รูปที่ 5.42	Congenital erythropoietic porphyria แสดงฟันเรืองแสงสีแดงของ Wood's light	116
รูปที่ 5.43	Congenital erythropoietic porphyria แสดงม้ามและตับโต	116
รูปที่ 5.44	Congenital erythropoietic porphyria แสดงปัสสาวะเรืองแสงสีแดงของ Wood's light	117
รูปที่ 5.45	Xeroderma pigmentosum แสดง macule สีน้ำตาลและขาวคล้ายตกกระ บนตัวและคอที่ถูกแสงแดด	118
รูปที่ 5.46	Xeroderma pigmentosum แสดงตาขาวขุ่น และก้อน basal cell carcinoma ที่ริมฝีปากล่าง	118
รูปที่ 5.47	Peutz-Jeghers syndrome แสดงผื่นสีน้ำตาลดำบนริมฝีปาก	119
รูปที่ 6.1	Café au lait macule แสดง macule และ patch สีน้ำตาลอ่อนคล้ายกาแฟใส่นมบนลำตัว	126
รูปที่ 6.2	Freckling แสดง macule สีน้ำตาลอ่อนขนาดเล็กคล้ายตกกระบริเวณรักแร้	126
รูปที่ 6.3	Neurofibroma แสดงก้อนนูนสีเหมือนผิวหนังและสีคล้ำบนหลัง	126
รูปที่ 6.4	Buttonholing sign ของ neurofibroma แสดงก้อนที่ถูกกดลงไปได้เหมือนรูกระดุม	127
รูปที่ 6.5	Plexiform neurofibroma แสดง plaque สีน้ำตาลเข้ม ขอบไม่เรียบบนลำตัว	127
รูปที่ 6.6	Neurofibromatosis แสดงขาโก่งผิดปกติ	127
รูปที่ 6.7	Neurofibromatosis แสดง dysplasia ของ tibia และ fibula จากภาพรังสี	127
รูปที่ 6.8	Neurofibromatosis แสดง neurofibroma ขนาดใหญ่และกระดูกสันหลังคดผิดปกติ	128
รูปที่ 6.9	Neurofibromatosis แสดงภาพรังสีกระดูกสันหลังคด	128
รูปที่ 6.10	Neurofibromatosis แสดง astrocytoma ในสมอง	128
รูปที่ 6.11	Neurofibromatosis แสดง café au lait macule และ papule สีเหลืองของ juvenile xanthogranuloma	128
รูปที่ 6.12	Segmental neurofibromatosis แสดง freckling และ café au lait macule บนลำตัวและคอเฉพาะด้านขวา	129
รูปที่ 6.13	McCune-Albright syndrome แสดง café au lait macule ขนาดใหญ่ ขอบไม่เรียบ	129
รูปที่ 6.14	Proteus syndrome แสดง verrucous epidermal nevi ที่แขน และ port-wine stain ที่ท้อง	130
รูปที่ 6.15	Ash leaf macule แสดง patch สีขาว รูปร่างคล้ายใบ ash บนหลัง	131
รูปที่ 6.16	Angiofibroma แสดง papule สีแดง ผิวเรียบบริเวณใบหน้า	132
รูปที่ 6.17	Ungual fibroma แสดง papule ผิวเรียบ สีผิวหนังที่ proximal nail fold ของเล็บเท้า	132
รูปที่ 6.18	Gingival fibroma แสดงตุ่มสีชมพูที่เหงือกบน และ angiofibroma บริเวณใบหน้า	132

รูปที่ 6.19	Shagreen patch แสดง plaque ผิวขรุขระคล้ายเปลือกส้ม ขอบไม่เรียบ สีผิวหนังที่มันเอว	132
รูปที่ 6.20	Fibrous plaque แสดง plaque สีน้ำตาลแดงบริเวณขมับและหน้าใบหู	133
รูปที่ 6.21	Molluscum fibrosum pendulum แสดง papule ขนาดเล็กสีน้ำตาลบริเวณคอ	133
รูปที่ 6.22	Confetti lesion แสดง macule สีขาว ขนาดเล็กอยู่เป็นกลุ่มบริเวณขาพับ	133
รูปที่ 6.23	ภาพรังสีสมอง แสดง calcification ของ subependymal nodule	133
รูปที่ 6.24	Ultrasonography แสดง angiomyolipoma เป็นก้อนในไต	134
รูปที่ 6.25	Echocardiography แสดง rhabdomyoma หลายก้อนในหัวใจ	134
รูปที่ 6.26	Ash leaf macule แสดงรอยขาวที่ชัดเจนจากการตรวจด้วย Wood's light	134
รูปที่ 6.27	Vesicular stage แสดงตุ่มแดง ตุ่มน้ำขึ้นเรียงเป็นเส้นในเพศหญิง	136
รูปที่ 6.28	Verrucous stage แสดง plaque นูนหนา ผิวขรุขระที่เท้าและขา	136
รูปที่ 6.29	Hyperpigmented stage แสดงผื่นสีน้ำตาลดำเรียงเป็นเส้นตาม Blaschko's line ที่หลัง	137
รูปที่ 6.30	Conical teeth แสดงฟันแหลมเป็นรูปโคน	137
รูปที่ 6.31	Scarring alopecia แสดงผมร่วง หนึ่งศีรษะมีแผลเป็น	137
รูปที่ 6.32	Hypomelanosis of Ito แสดงรอยขาวเรียงตาม Blaschko's line บนลำตัว แขนและขา	138
รูปที่ 6.33	Sturge-Weber syndrome แสดง port-wine stain เป็น patch สีแดงบนใบหน้า	139
รูปที่ 6.34	Sturge-Weber syndrome แสดงภาพรังสีของหลอดเลือดผิดปกติในสมอง	140
รูปที่ 6.35	PHACES syndrome แสดง segmental hemangioma เป็นรอยแดงขนาดใหญ่เป็นแถบบนหน้า	140
รูปที่ 6.36	Epidermal nevus แสดง papule และ plaque สีน้ำตาลขนาดใหญ่บนหน้าและอก	142
รูปที่ 7.1	Acute eczema แสดง vesicle, papule และ plaque สีแดง มีน้ำเหลืองไหลซึมบนหลังเท้า	147
รูปที่ 7.2	Chronic eczema แสดง plaque หนาสีแดงคล้ำ มี lichenification เห็นร่องของผิวหนังชัดเจน	147
รูปที่ 7.3	Atopic dermatitis แสดงผู้ป่วยมีอาการคันเกา	149
รูปที่ 7.4	Infantile atopic dermatitis แสดง papule, plaque สีแดง ตุ่มน้ำและคราบน้ำเหลืองบนหน้า	149
รูปที่ 7.5	Childhood atopic dermatitis แสดง plaque มี scale บริเวณ antecubital fossa	149
รูปที่ 7.6	Childhood atopic dermatitis แสดง plaque และ lichenification บริเวณขาพับ	150
รูปที่ 7.7	Childhood atopic dermatitis แสดง plaque และ lichenification บริเวณข้อมือและหลังมือ	150
รูปที่ 7.8	Childhood atopic dermatitis แสดง plaque หนาสีแดง lichenification และรอยถลอกบริเวณข้อเท้า	150
รูปที่ 7.9	Childhood atopic dermatitis แสดง patch และ plaque สีแดงบริเวณคอ	150
รูปที่ 7.10	Ichthyosis vulgaris แสดงผิวแห้ง มี scale สีน้ำตาลอ่อนที่หน้าแข้ง	150
รูปที่ 7.11	Pityriasis alba แสดงรอยขาวเป็นวงขอบไม่ชัดที่หน้า	151
รูปที่ 7.12	Keratosis pilaris แสดงตุ่มแดงตามรูขุมขนที่ต้นแขน	151
รูปที่ 7.13	Palmar hyperlinearity แสดงเส้นลายมือเพิ่มจำนวนมากขึ้น	151
รูปที่ 7.14	Dennie-Morgan infraorbital fold แสดงร่องใต้ตา และ allergic shiner แสดงผิวหนังใต้ตาสีดำคล้ำ	151
รูปที่ 7.15	Perifollicular accentuation แสดงตุ่มสีขาวตามรูขุมขนที่ลำตัว	151

รูปที่ 7.16	Periauricular eczema แสดงผิวหนังอักเสบเป็นผื่นแดงรอบหู	152
รูปที่ 7.17	Infra-auricular fissure แสดงผิวหนังแตกฉีกเป็นร่องใต้หู	152
รูปที่ 7.18	Cheilitis แสดงผิวหนังอักเสบเป็นผื่นแดงรอบปาก	152
รูปที่ 7.19	Periorbital dermatitis แสดงผิวหนังอักเสบเป็นผื่นแดงบวมรอบตา มีน้ำเหลืองเยิ้ม	152
รูปที่ 7.20	Hand dermatitis แสดงผิวหนังอักเสบเป็น plaque แดงที่ฝ่ามือและนิ้ว	152
รูปที่ 7.21	Foot dermatitis แสดงผิวหนังอักเสบเป็น plaque แดงที่ฝ่าเท้าและนิ้ว ผิวแตกเป็นร่อง	152
รูปที่ 7.22	Nipple eczema แสดงผิวหนังอักเสบเป็นผื่นแดงบริเวณหัวนม	153
รูปที่ 7.23	Scaling of scalp แสดงหนังศีรษะอักเสบมี scale หนา	153
รูปที่ 7.24	Atopic dermatitis ที่มี impetigo แทรกซ้อน แสดงผื่นแดงบวม ผิวแตก มีคราบน้ำเหลืองติดที่หน้า	153
รูปที่ 7.25	ผื่นแสดงตุ่มนูนแดงที่คอ มีหนองภายใน	153
รูปที่ 7.26	Eczema herpeticum แสดง papule สีแดง ตุ่มน้ำและแผลจำนวนมากขึ้นเป็นกลุ่มบนแขนและตัว	153
รูปที่ 7.27	Atopic dermatitis ที่เป็นหูด แสดง papule ผิวขรุขระหลายตุ่มที่นิ้วมือ	154
รูปที่ 7.28	Infantile seborrheic dermatitis แสดง plaque และคราบไขมันหนาติดบนหนังศีรษะและคิ้ว	158
รูปที่ 7.29	Nummular eczema แสดง plaque สีแดง รูปร่างกลมเป็นวงคล้ายเหรียญ	160
รูปที่ 7.30	Pityriasis alba แสดง patch สีขาว ขอบไม่ชัดบนแก้ม	160
รูปที่ 7.31	Autosensitization dermatitis แสดง papule และ patch สีแดงที่แขนและลำตัวจาก contact dermatitis ที่ต้นแขนขวา	161
รูปที่ 7.32	Infectious eczematoid dermatitis แสดง plaque สีแดงบวม มีคราบน้ำเหลืองติดที่แก้มและหูจากหูน้ำหนวก	162
รูปที่ 7.33	Dyshidrosis แสดงตุ่มน้ำจำนวนมากบนฝ่ามือและนิ้ว	163
รูปที่ 7.34	Lichen simplex chronicus แสดง plaque หนา สีแดงคล้ำ มีรอยแตก และเห็นร่องของผิวหนังชัดเจนบนหลังเท้า	164
รูปที่ 7.35	Insect bite reaction แสดงผื่นแดงมี punctum เป็นตุ่มน้ำอยู่ตรงกลางที่แขน	164
รูปที่ 7.36	Insect bite reaction แสดง papule สีแดงเรียงเป็นเส้นที่แขนจากการถูกแมลงกัด	165
รูปที่ 7.37	Insect bite reaction แสดง papule รอยเกาถลอก แผลเป็นและผิวสีดำจากการถูกแมลงกัดบนขา	165
รูปที่ 7.38	Papular urticaria ที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน แสดงแผลและแผลเป็นตามตำแหน่งที่ถูกยุงกัด	165
รูปที่ 7.39	Prurigo nodularis แสดงตุ่มนูนหนา แข็งและมีสีคล้ำที่ข้อเท้า	165
รูปที่ 7.40	Lichen striatus แสดง papule สีชมพูขนาดเล็ก ขึ้นเรียงเป็นเส้นบนขา หายเป็นรอยขาว	166
รูปที่ 7.41	Lip licking dermatitis แสดงการเลียริมฝีปากจนทำให้มีผิวหนังอักเสบ	167
รูปที่ 7.42	Lip licking dermatitis แสดงผื่นแดงรอบปากที่ถูกเลีย	167
รูปที่ 7.43	Jellyfish dermatitis แสดงผื่นแดงเป็นเส้นตามตำแหน่งที่สัมผัสหนวดแมงกะพรุนที่ข้อเท้า	167
รูปที่ 7.44	Paederus dermatitis แสดงตุ่มน้ำและผื่นแดงตามตำแหน่งที่สัมผัสสารจากตัว paederus บนแขน	167
รูปที่ 7.45	Allergic contact dermatitis แสดงตำแหน่งที่สัมผัสกับสายนาฬิกาข้อมือ	168
รูปที่ 7.46	Allergic contact dermatitis แสดงผื่นแดงตามตำแหน่งที่สัมผัสสายนาฬิกาข้อมือ	168

รูปที่ 7.47	การทำ patch test แสดงการติด patch test chamber ซึ่งบรรจุสารที่สงสัยว่าผู้ป่วยอาจแพ้ที่ผิวหนัง แล้วดูปฏิกิริยาการแพ้	169
รูปที่ 7.48	Perianal dermatitis แสดงผื่นแดงและรอยถลอกรอบรูทวาร	169
รูปที่ 7.49	Irritant diaper dermatitis แสดงผื่นแดงตามตำแหน่งที่สัมผัสกับผ้าอ้อมบริเวณต้นขาด้านในและอวัยวะเพศ	170
รูปที่ 7.50	Candidal diaper dermatitis แสดงผื่นแดง มี scale และ satellite lesion ที่ขาหนีบและอวัยวะเพศ	170
รูปที่ 7.51	Intertrigo แสดงผื่นแดงบริเวณขาหนีบจากการเสียดสี	170
รูปที่ 8.1	Non-bullous impetigo แสดงผื่นแดง มี honey color crust ติดอยู่ที่คอ	177
รูปที่ 8.2	Bullous impetigo แสดง flaccid bullae มีหนองข้างในตุ่มน้ำที่แขนและรักแร้	177
รูปที่ 8.3	Lymphadenitis แสดงต่อมน้ำเหลืองหลังหูโตในผู้ป่วย non-bullous impetigo ที่ศีรษะ	178
รูปที่ 8.4	Ecthyma แสดง punched-out ulcer ขอบชัดที่ต้นขา	178
รูปที่ 8.5	Cellulitis แสดงผื่นบวมแดง ขอบเขตไม่ชัดเจนที่ต้นขา	179
รูปที่ 8.6	Folliculitis แสดงตุ่มหนองที่รูขุมขน พบเส้นขนอยู่ตรงกลาง	181
รูปที่ 8.7	Furuncle แสดงฝีแดงขนาดใหญ่หลายอัน รวมกันเป็น carbuncle	181
รูปที่ 8.8	SSSS แสดงผื่นแดงที่หน้า บริเวณรอบปากลอกเป็น radial fissure	182
รูปที่ 8.9	Toxic shock syndrome แสดงผื่นแดงกระจายทั่วตัว	183
รูปที่ 9.1	Tinea capitis ชนิด ectothrix แสดงสายราและสปอร์อยู่รอบเส้นผม	190
รูปที่ 9.2	Tinea capitis ชนิด gray patch แสดงหย่อมผมร่วง มี scale บนหนังศีรษะ	190
รูปที่ 9.3	Tinea capitis ชนิด black dot แสดงหย่อมผมร่วง มีผมหักเป็นจุดดำบนหนังศีรษะ	190
รูปที่ 9.4	Tinea capitis ชนิดที่อักเสบ แสดงหนังศีรษะแดง มีตุ่มหนองรอบ hair follicle	190
รูปที่ 9.5	Kerion แสดงก้อนนูนสีแดง มีคราบน้ำเหลือง เส้นผมหักหลุด	191
รูปที่ 9.6	Scarring alopecia แสดงผมร่วงถาวรจากแผลเป็นที่หนังศีรษะหลังเป็น kerion	191
รูปที่ 9.7	Wood's light แสดงแสงเรือง green fluorescence จากรอยโรค tinea capitis	192
รูปที่ 9.8	Tinea corporis แสดงผื่นเป็นวงขอบชัด สีแดง ตรงกลางเป็นผิวปกติที่คอและไหล่	193
รูปที่ 9.9	KOH preparation แสดง branching septate hyphae และ arthrospore ของ dermatophyte	194
รูปที่ 9.10	Tinea cruris แสดง plaque ขอบแดงชัดเจนที่ขาหนีบและต้นขาทั้ง 2 ข้าง	195
รูปที่ 9.11	Tinea faciei แสดงผื่นแดงเป็นวงบนใบหน้า มีขุยไม่มาก	195
รูปที่ 9.12	Tinea pedis แสดงผื่นหนาแดง มีขุยบริเวณหลังเท้าและซอกนิ้ว	196
รูปที่ 9.13	Tinea manuum แสดงผื่นแดงบริเวณนิ้วมือ และมี tinea unguium ร่วมด้วย	197
รูปที่ 9.14	Distal lateral subungual onychomycosis แสดงเล็บมี onycholysis แยกออกจาก nail bed	198
รูปที่ 9.15	Superficial white onychomycosis แสดงเล็บมือและเล็บเท้าเป็นสีขาวที่โคนบน	198
รูปที่ 9.16	Dystrophic onychomycosis แสดงเล็บเปลี่ยนสี หนา ผิดรูป	199
รูปที่ 9.17	Tinea incognito แสดงผื่นบวมแดง มีหนองจากการทา corticosteroids บนซีกจาก <i>Microsporum canis</i>	200
รูปที่ 9.18	Tinea versicolor แสดง macule และ patch สีจางกว่าผิวหนังปกติบนหน้าอก	202

รูปที่ 9.19	KOH preparation ใส่ methylene blue แสดงสาหร่ายและสปอร์คล้าย spaghetti และ meatballs	203
รูปที่ 9.20	Oral candidiasis แสดงปื้น pseudomembrane สีขาวบนริมฝีปาก	205
รูปที่ 9.21	Cutaneous candidiasis แสดง plaque สีแดง มี scale และ satellite lesion รอบ	205
รูปที่ 9.22	Candidal diaper dermatitis แสดง plaque แดง มี scale และ satellite lesion	205
รูปที่ 9.23	KOH preparation ใส่ methylene blue แสดง budding yeast และ pseudohyphae ของ <i>Candida</i>	207
รูปที่ 10.1	Herpes simplex infection แสดงตุ่มน้ำและตุ่มหนองขึ้นเป็นกลุ่มบนผิวหนังสีแดง	213
รูปที่ 10.2	Primary herpetic gingivostomatitis แสดงตุ่มน้ำและแผลตื้นจำนวนมากบริเวณปากและคาง	214
รูปที่ 10.3	Neonatal HSV แสดงตุ่มน้ำเป็นกลุ่มบนศีรษะทารกแรกเกิดที่คลอดท่าหัว	214
รูปที่ 10.4	Neonatal HSV แสดงตุ่มน้ำเป็นกลุ่มและแผลถลอกบนลำตัวทารกแรกเกิด	214
รูปที่ 10.5	Eczema herpeticum แสดงรอยโรคจำนวนมาก และ punched-out ulcer ที่คอและหลังหู	215
รูปที่ 10.6	Multinucleated giant cell แสดงเซลล์ขนาดใหญ่มีหลายนิวเคลียสที่พบจากตุ่มน้ำจากการติดเชื้อ HSV และ VZV	215
รูปที่ 10.7	Varicella แสดง papule และตุ่มน้ำบนพื้นแดงที่หน้าอกและท้องมากกว่าแขน	217
รูปที่ 10.8	Varicella แสดง papule ตุ่มน้ำและแผลบนพื้นแดงที่หลัง	217
รูปที่ 10.9	Varicella ในทารกแรกเกิด แสดงตุ่มน้ำหลายระยะกระจายบนลำตัว	218
รูปที่ 10.10	Herpes zoster แสดงตุ่มน้ำขึ้นเป็นกลุ่มกระจายบน dermatome ของลำตัวซีกซ้ายข้างเดียว	218
รูปที่ 10.11	Molluscum contagiosum แสดง papule ผิวเรียบเป็นมันบนต้นแขน	219
รูปที่ 10.12	การทำ curettage แสดงการขูดเอาหูดออก	220
รูปที่ 10.13	Common wart แสดง papule ผิวด้านบนขรุขระ มีจุดสีดำขนาดเล็กที่นิ้วมือ	221
รูปที่ 10.14	Flat wart แสดง papule นูนน้อย ๆ ผิวแบนราบที่ข้อศอก	221
รูปที่ 10.15	Filiform wart แสดง papule เหมือนดั่งเนื้อที่นิ้วมือ	221
รูปที่ 10.16	Plantar wart แสดง papule และ plaque ผิวแบนราบที่ฝ่าเท้า	221
รูปที่ 10.17	Condyloma acuminata แสดง papule หลายตุ่มและ plaque ผิวขรุขระรอบทวารหนัก	221
รูปที่ 10.18	Cryotherapy แสดงการใช้ liquid nitrogen พ่นรักษาหูดที่ฝ่าเท้า	222
รูปที่ 10.19	Epidermodysplasia verruciformis แสดง macule ลักษณะแบนราบสีขาวบนหน้าผาก	224
รูปที่ 11.1	Scabies แสดง papule สีแดงบริเวณง่ามนิ้วมือ หลังมือ และข้อมือ	232
รูปที่ 11.2	Scabies แสดง papule สีแดงและ vesicle บริเวณข้อมือ	232
รูปที่ 11.3	Scabies แสดง papule และ nodule บริเวณสะดือและท้อง	232
รูปที่ 11.4	Scabies แสดง papule สีแดงและ vesicle บริเวณท้องน้อย ขา อวัยวะเพศและถุงอัณฑะ	232
รูปที่ 11.5	Nodular scabies แสดง papule สีแดงและ nodule จำนวนมากบริเวณลำตัว	233
รูปที่ 11.6	Nodular scabies แสดง nodule บริเวณอวัยวะเพศ ถุงอัณฑะและขา	233
รูปที่ 11.7	การตรวจ oil preparation จากรอยโรคพบตัว ไข่ และอุจจาระของเห็บ	234
รูปที่ 11.8	Pediculosis capitis แสดงตัวเห็บลำตัวแบน ยาว เป็นปล้อง มีขาเป็นปล้อง 3 คู่ มีหนวด 1 คู่	237

รูปที่ 11.9	ไข่เหา (nits) แสดงตุ่มสีขาวบริเวณเส้นผม	237
รูปที่ 11.10	การตรวจเส้นผม แสดงไข่เหายึดติดแน่นกับเส้นผมด้วยสาร proteinaceous matrix	238
รูปที่ 12.1	Measles แสดง patch และ papule สีแดงบนใบหน้า และเยื่อตาอักเสบ	247
รูปที่ 12.2	Measles แสดง papule และ plaque สีแดงบนหลัง แขนและก้น	247
รูปที่ 12.3	Koplik's spot แสดงจุดเล็กสีขาวบนเพดานปากแดงที่กระพุ้งแก้ม	247
รูปที่ 12.4	Rubella แสดงต่อมน้ำเหลืองหลังใบหูโต	248
รูปที่ 12.5	Rubella แสดง macule, patch และ papule สีชมพูบนลำตัว และแขน	248
รูปที่ 12.6	Congenital rubella syndrome แสดง blueberry muffin เป็น papule และ nodule สีแดงอมม่วงบนลำตัว	248
รูปที่ 12.7	Congenital rubella syndrome แสดงทารกแรกเกิดมี blueberry muffin ตัวเหลือง ตับม้ามโต	248
รูปที่ 12.8	Scarlet fever แสดง papule ขนาดเล็กสีชมพูบนลำตัว ทำให้ผิวสากคล้ายกระดาษทราย	249
รูปที่ 12.9	Scarlet fever แสดง Pastia's line เป็นจุดเลือดออกสีแดงเรียงเป็นเส้นที่ขาพับ และผื่นแดงที่ขา	249
รูปที่ 12.10	Scarlet fever แสดงผิวหนังที่ฝ่ามือและเท้า	249
รูปที่ 12.11	Scarlet fever แสดงต่อมทอนซิลขนาดใหญ่ บวมแดง และคอหอยแดง	250
รูปที่ 12.12	Strawberry tongue แสดงตุ่มรับรสบวมูน และลิ้นแดงคล้ายสตรอเบอรี่	250
รูปที่ 12.13	SSSS แสดงผิวหนังแดงจัดทั่วตัว คราบสะเก็ดน้ำเหลืองที่คอ	250
รูปที่ 12.14	SSSS แสดง radial crusting เป็นคราบสะเก็ดน้ำเหลืองรอบปาก และผิวหนังเป็นแผ่นบางใต้ตา	251
รูปที่ 12.15	SSSS แสดงผิวหนังที่ต้นขาพอง และลอกออกเป็นแผ่นบางใหญ่ที่ขาหนีบ	251
รูปที่ 12.16	SSSS แสดงคราบสะเก็ดน้ำเหลืองรอบปาก จมูก และตา โดยเยื่อตาปกติ	251
รูปที่ 12.17	Slapped cheek แสดงผื่นแดงที่แก้มและใบหูคล้ายถูกตบ	252
รูปที่ 12.18	Erythema infectiosum แสดง patch และ papule สีแดงอ่อนบนแขน รวมตัวกันคล้ายผ้าลูกไม้	252
รูปที่ 12.19	Roseola infantum แสดง macule และ papule สีชมพูอยู่ห่าง ๆ บนลำตัว	252
รูปที่ 12.20	Herpangina แสดงตุ่มน้ำขนาดเล็กบนเพดานปาก และแผลที่เพดานปากและคอหอย	253
รูปที่ 12.21	Infectious mononucleosis แสดง papule และ plaque สีแดงรวมตัวกันหนาแน่นที่แขนและขา	254
รูปที่ 12.22	Kawasaki disease แสดงผู้ป่วยมีลักษณะไข้สูงลอยนานมากกว่า 5 วัน	254
รูปที่ 12.23	Kawasaki disease แสดง maculopapular eruption บนลำตัว	255
รูปที่ 12.24	Kawasaki disease แสดงผื่นเป็นวงคล้ายเป้ายิงเหมือน erythema multiforme บนหลังและท้ายทอย	255
รูปที่ 12.25	Kawasaki disease แสดง erythroderma ผิวหนังแดงจัดทั่วตัว และมี scale	255
รูปที่ 12.26	Kawasaki disease แสดงหลังมือและนิ้วบวม มีผื่นแดง	255
รูปที่ 12.27	Kawasaki disease แสดงหลังเท้าและนิ้วบวม มีผื่นแดง	256
รูปที่ 12.28	Kawasaki disease แสดงริมฝีปากแดง แห้ง แตกเป็นร่อง มีเลือดออก	256
รูปที่ 12.29	Kawasaki disease แสดงลิ้นแดง และตุ่มรับรสบวมคล้ายสตรอเบอรี่	256
รูปที่ 12.30	Kawasaki disease แสดงผื่นแดงบริเวณรอบรูทวาร และก้น	256
รูปที่ 12.31	Kawasaki disease แสดงผิวหนังบริเวณรอบรูทวาร	256

รูปที่ 12.32	Kawasaki disease แสดงตำแหน่งแผลฉีดวัคซีน BCG บวมแดง	256
รูปที่ 12.33	Kawasaki disease แสดงตำแหน่งแผลฉีดวัคซีน BCG แดง มี crust และผื่นแดงที่แขน	257
รูปที่ 12.34	Kawasaki disease แสดงตาแดงโดยไม่มีขี้ตา	257
รูปที่ 12.35	Kawasaki disease แสดงข้อเข่าและข้อเท้าบวมแดง	257
รูปที่ 12.36	Kawasaki disease แสดงผื่นลอกที่มือเริ่มจากปลายนิ้วมือ	257
รูปที่ 12.37	Kawasaki disease แสดงผื่นลอกที่เท้าเริ่มจากปลายนิ้วเท้า	258
รูปที่ 12.38	Kawasaki disease แสดง Beau's line เล็บมือทุกเล็บเป็นร่องตามแนวขวาง	258
รูปที่ 12.39	Kawasaki disease แสดงลักษณะไข้หลังการรักษาด้วย IVIG	258
รูปที่ 12.40	Angiocardiography แสดง coronary artery aneurysm ที่ proximal coronary artery ขวา	259
รูปที่ 12.41	Toxic shock syndrome แสดงผื่นแดงจัดทั่วตัวในผู้ป่วยช็อก	259
รูปที่ 12.42	Syphilis แสดง plaque สีแดงเป็นวง มี scale บริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า	261
รูปที่ 12.43	Congenital syphilis แสดงทารกแรกเกิด ตับม้ามโต มีผื่นที่ตัวและมือ	261
รูปที่ 12.44	Congenital syphilis แสดง plaque สีแดงเป็นวง และ scale ที่ท้องและขา	261
รูปที่ 12.45	Congenital syphilis แสดง plaque สีแดง มี scale ที่แขน และผื่นแดงลอกที่ฝ่ามือ	261
รูปที่ 12.46	Congenital syphilis แสดงฝ่าเท้าแดงลอก	262
รูปที่ 12.47	Congenital syphilis แสดง snuffle ทารกมีน้ำมูกข้น มีเลือดปน	262
รูปที่ 12.48	Congenital syphilis แสดงความผิดปกติของกระดูกแขนบริเวณ metaphysis	262
รูปที่ 12.49	ไข้เลือดออก แสดง patch สีแดง และจุดเลือดออกที่ลำตัว	263
รูปที่ 12.50	ไข้เลือดออก แสดง convalescent rash เป็น patch สีแดงจัด พบจุดเลือดออกเป็นเส้น มีผิวหนังปกติแทรกเห็นเป็นรอยสีขาวบนพื้นแดงที่หลัง	263
รูปที่ 12.51	ไข้เลือดออก แสดง convalescent rash เป็น patch สีแดงจัด มีผิวหนังปกติแทรกเห็นเป็นรอยสีขาวบนพื้นแดงที่ต้นขา	264
รูปที่ 12.52	Meningococcemia แสดงจุดเลือดออกและจำเลือดบริเวณขา	264
รูปที่ 12.53	Meningococcemia แสดงจำเลือดออกขนาดใหญ่ มีเนื้อตายบริเวณ แขน ขา และลำตัว	264
รูปที่ 12.54	Endocarditis จากเชื้อแบคทีเรีย แสดงจุดเลือดออกเล็ก ๆ ใต้เล็บเท้า	265
รูปที่ 12.55	Gonococcemia แสดงผื่นแดง และตุ่มหนองใกล้ข้อเท้าที่อักเสบ	265
รูปที่ 12.56	Gonococcemia แสดง intracellular Gram negative diplococci โดยการทำ Gram stain จากรอยโรค	265
รูปที่ 12.57	Chickenpox แสดงตุ่มน้ำใสบนพื้นแดง คล้ายหยดน้ำค้างบนกลีบกุหลาบแดง	266
รูปที่ 12.58	Chickenpox แสดงตุ่มน้ำหลายขนาด ตรงกลางบวม เป็น umbilication บนหลัง	266
รูปที่ 12.59	Chickenpox แสดงผื่นหลายระยะบนหลัง ทั้งตุ่มน้ำหลายขนาด และตุ่มที่เริ่มแห้งเป็นสะเก็ด	266
รูปที่ 12.60	Chickenpox แสดงตุ่มน้ำที่แตก และมีการติดเชื้อแบคทีเรีย เห็นตุ่มหนองและแผล	266
รูปที่ 12.61	Chickenpox ในผู้ป่วยที่ได้ยากดภูมิคุ้มกัน แสดงตุ่มน้ำจำนวนมากบนลำตัว	267
รูปที่ 12.62	Chickenpox ในผู้ป่วยที่ได้ยากดภูมิคุ้มกัน แสดงตุ่มน้ำที่มีเลือดออกภายใน	267

รูปที่ 12.63	Chickenpox หลังจากผื่นหาย แสดงแผลเป็นที่หลัง	267
รูปที่ 12.64	Congenital varicella syndrome แสดงทารกแรกเกิดมีผื่น แผลเป็น ศีรษะเล็ก และตาผิดปกติ	267
รูปที่ 12.65	Tzanck smear แสดง multinucleated giant cell จากตุ่มน้ำ	267
รูปที่ 12.66	Herpes zoster แสดง papule และตุ่มน้ำบนผิวหนังแดงขึ้นเป็นกลุ่มบนซีกเดียวของร่างกายตาม dermatome	268
รูปที่ 12.67	Herpes zoster ในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง แสดงรอยโรคขึ้นหลาย dermatome และข้ามไปร่างกายอีกด้าน	268
รูปที่ 12.68	Herpes zoster ที่ติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน แสดงตุ่มหนองและแผลลึก	268
รูปที่ 12.69	Herpes zoster แสดงการหายของผื่นเป็นแผลเป็น	269
รูปที่ 12.70	Eczema herpeticum แสดงตุ่มน้ำ และ punched-out ulcer จำนวนมากกระจายบนผิวหนังนึ่งอีกเสบที่แขน	269
รูปที่ 12.71	Hand foot mouth disease แสดงแผลขนาดเล็กหลายแผลบนริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม และลิ้น	269
รูปที่ 12.72	Hand foot mouth disease แสดง macule, papule สีแดง และตุ่มน้ำที่ฝ่ามือ	269
รูปที่ 12.73	Hand foot mouth disease แสดง macule สีแดง และตุ่มน้ำที่ฝ่าเท้า	270
รูปที่ 12.74	Hand foot mouth disease แสดง papule สีแดง และตุ่มน้ำที่หลังมือ	270
รูปที่ 12.75	Hand foot mouth disease แสดง papule สีแดง และตุ่มน้ำที่หลังเท้า	270
รูปที่ 12.76	Hand foot mouth disease แสดง onychomadesis เล็บมือร่อนแยกจาก nail plate	270
รูปที่ 12.77	Hand foot mouth disease แสดง onychomadesis เล็บเท้าร่อนแยกจาก nail plate	270
รูปที่ 12.78	Gianotti-Crosti syndrome แสดง papule และตุ่มน้ำหลายตุ่ม มีลักษณะคล้ายกันบนแขน	271
รูปที่ 12.79	Gianotti-Crosti syndrome แสดง papule สีชมพูหลายตุ่มบนแขน ไม่ค่อยพบที่ลำตัว	271
รูปที่ 13.1	ผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังแสดงท้องมาน มีรอยแตก คัน เกาจนเห็นเป็นรอยที่ท้อง	279
รูปที่ 13.2	ผู้ป่วยโรคตับที่มีดีซ่านแสดงผิวหนังที่หน้าและตาเหลือง	280
รูปที่ 13.3	ผู้ป่วยโรคตับเรื้อรังที่มีน้ำคั่งแสดงตัวเหลือง มีอาการคัน เกา	280
รูปที่ 13.4	หลอดเลือดอักเสบแสดง petechia และ purpura สีแดงที่ต้นขาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบ	280
รูปที่ 13.5	ผู้ป่วยโรคตับเรื้อรังแสดงตัวเหลือง ท้องมาน และมีหลอดเลือดดำขยายใหญ่ที่ท้อง	281
รูปที่ 13.6	Acquired ichthyosis แสดงผิวหนังแห้งมาก มี scale สีขาวที่ขาผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง	281
รูปที่ 13.7	Palmar erythema แสดงฝ่ามือสีแดงสดในผู้ป่วยโรคตับแข็ง	281
รูปที่ 13.8	Peutz-Jeghers syndrome แสดง macule สีดำบริเวณริมฝีปากและกระพุ้งแก้ม	282
รูปที่ 13.9	Blue rubber bleb nevus syndrome แสดง venous malformation สีม่วงคล้ำที่ลิ้นและคอหอย	282
รูปที่ 13.10	Blue rubber bleb nevus syndrome แสดง venous malformation ในทางเดินอาหารจากการส่องกล้องตรวจ	282
รูปที่ 13.11	Pyoderma gangrenosum แสดงแผลขนาดใหญ่ขอบเขตชัดเจนที่สะโพก	282
รูปที่ 13.12	Erythema nodosum แสดง nodule สีแดงหลายอันที่หน้าแข้ง	282
รูปที่ 13.13	Protein-energy malnutrition แสดงผิวหนังซีด ขาววมและมีผื่น	283
รูปที่ 13.14	Kwashiorkor แสดง flaky paint dermatosis ผื่นสีน้ำตาลลอกหลุดเป็นแผ่นเหมือนสีเก่าร่อน	283
รูปที่ 13.15	Kwashiorkor แสดงขาขาว ผื่นแดง มีรอยแตกในซอกพับ	284

รูปที่ 13.16	Flag sign แสดงเส้นผมสีเข้มสลับสีอ่อนในผู้ป่วย protein-energy malnutrition	284
รูปที่ 13.17	Acrodermatitis enteropathica แสดงผื่นแดงและรอยถลอกรอบอวัยวะเพศและขา	284
รูปที่ 13.18	Vitamin C deficiency แสดงเหงือกบวมแดง และมีเลือดออก	285
รูปที่ 13.19	Vitamin C deficiency แสดง corkscrew hair จากกล้อง dermoscope เห็นเส้นผมบิดเป็นเกลียว คล้ายที่เปิดจุกขวด	285
รูปที่ 13.20	Xanthoma แสดง papule และ nodule สีเหลืองอมส้ม น้ำตาล ผิวเรียบที่ขา	285
รูปที่ 13.21	Xanthoma แสดงก้อนสีเหลืองจากกล้อง dermoscope	285
รูปที่ 13.22	Xanthoma แสดง papule สีเหลืองส้มหลายตุ่มที่กัน	286
รูปที่ 13.23	Carotenoderma แสดงผิวสีเหลืองอมส้มที่ฝ่ามือและฝ่าเท้าจาก beta-carotene สะสม	286
รูปที่ 13.24	Acquired hypothyroidism แสดงตัวอ้วนและเตี้ย	287
รูปที่ 13.25	Hyperthyroidism แสดงต่อมไทรอยด์โต	287
รูปที่ 13.26	Hyperthyroidism แสดง palmar erythema ฝ่ามือแดงและมีเหงื่อออกมาก	287
รูปที่ 13.27	Hyperthyroidism แสดง exophthalmos ตาโปนและเหลือบขึ้นบน	288
รูปที่ 13.28	Addison's disease แสดงผิวดำขึ้นบริเวณเส้นลายมือ	288
รูปที่ 13.29	Cushing syndrome แสดง moon face ใบหน้ากลม แก้มป่องและมีสิว	289
รูปที่ 13.30	Polycystic ovary syndrome แสดงผู้หญิงมีผิวหยาบ หน้ามัน เป็นสิว มีหนวดเคราเหมือนผู้ชาย	289
รูปที่ 13.31	Acanthosis nigricans แสดง plaque สีดำคล้ำ ผิวขรุขระคล้ายกำมะหยี่ที่คอ	290
รูปที่ 13.32	Eruptive xanthoma แสดงตุ่มสีเหลืองขนาดเล็ก ขึ้นเป็นกลุ่มบนมือและขาในผู้ป่วยเบาหวาน	290
รูปที่ 13.33	ผู้ป่วยเบาหวานแสดงผิวหนังที่นิ้วและมือหนาเป็นมัน ผิวแข็งทำให้ข้อหดรัดเกร็ง	291
รูปที่ 13.34	Scleroderma-like แสดง sclerotic plaque สีแดงเป็นมันที่ขาในผู้ป่วยเบาหวาน	291
รูปที่ 13.35	Vasculopathy แสดงแผลและเนื้อตายที่ขา	291
รูปที่ 13.36	Granuloma annulare แสดง papule เรียงเป็นวงหลายวงบริเวณขาในผู้ป่วยเบาหวาน	292
รูปที่ 13.37	Cutis verticis gyrata แสดง plaque ผิวหนาบนหนังศีรษะ และคอเป็นปึก ในผู้ป่วย Turner syndrome	292
รูปที่ 13.38	Webbed neck แสดงผิวหนังที่คอกว้างแผ่ออกเป็นปึก ในผู้ป่วย Turner syndrome	292
รูปที่ 13.39	Turner syndrome แสดงไฝสีน้ำตาลดำจำนวนมากบริเวณลำตัว	293
รูปที่ 13.40	Hyperimmunoglobulin E syndrome แสดง eczema เรื้อรังเป็น papule และ plaque สีน้ำตาลคล้ำที่ขา	293
รูปที่ 13.41	Wiskott-Aldrich syndrome แสดง eczema ที่เท้าและจำเลือดออกที่ขา	293
รูปที่ 13.42	Chronic mucocutaneous candidiasis แสดง candidal granuloma เป็นก้อนบนใบหน้า	294
รูปที่ 13.43	ผู้ป่วยภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องแสดงผมสีน้ำตาลทอง และผิวขาว	294
รูปที่ 13.44	Hyperimmunoglobulin M syndrome แสดงแผลขนาดใหญ่บนริมฝีปากและลิ้น	295
รูปที่ 13.45	Graft-versus-host disease แสดงผื่นแดงเป็นมัน มี scale บนหลังและกัน ในผู้ป่วย severe combined immunodeficiency	295
รูปที่ 13.46	Clubbing ของนิ้วแสดงผิวนูนรอบเล็บบวมใหญ่ ตัวเล็บโค้งนูนขึ้น	296

รูปที่ 13.47	Dermatomyositis แสดง heliotrope เป็นผื่นแดงบนเปลือกตา และมีผื่นแดงที่แก้ม	297
รูปที่ 13.48	Calcinosis cutis แสดง papule และ plaque สีแดงและน้ำตาล เห็นตุ่มขาวของแคลเซียมที่ขา	297
รูปที่ 13.49	Calcinosis cutis แสดงแคลเซียมเกาะที่ผิวหนังจากภาพรังสี	297
รูปที่ 13.50	Urticaria pigmentosa แสดง patch และ plaque สีน้ำตาลกระจายบนลำตัว	298
รูปที่ 13.51	Flushing แสดงผิวหนังบริเวณใบหน้า ลำตัวและแขนแดง	298
รูปที่ 14.1	Typical target lesion แสดง papule รูปร่างกลม ขอบเขตชัดเจน มี 3 concentric ring ที่แขน	303
รูปที่ 14.2	Raised atypical target lesion แสดง papule รูปร่างกลม มี 2 concentric ring บนลำตัว	303
รูปที่ 14.3	Flat atypical target lesion แสดง macule และ patch มี 2 concentric ring ขอบไม่ชัด	304
รูปที่ 14.4	Stevens-Johnson syndrome แสดงผื่นแดง และตุ่มน้ำบริเวณใบหน้า เยื่อตาและปาก	307
รูปที่ 14.5	Toxic epidermal necrolysis แสดงผื่นเป็นบริเวณกว้าง และมีการหลุดลอกของผิวหนังเป็นแผ่นใหญ่	308
รูปที่ 14.6	Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms แสดง papule, plaque สีแดงบริเวณ ใบหน้าและลำตัว ร่วมกับมีหน้าบวม	314
รูปที่ 14.7	Purpura fulminans แสดง stellate purpura จำนวนมาก และตุ่มน้ำในผู้ป่วย meningococemia	317
รูปที่ 14.8	Meningococemia แสดงปลายนิ้วสีดำคล้ำจากการขาดเลือด	317
รูปที่ 15.1	ลมพิษแสดง wheal และ flare สีแดงบนหลัง	327
รูปที่ 15.2	Angioedema แสดงผิวหนังบวมเป็นปื้นบริเวณหนังตา	329
รูปที่ 15.3	Urticarial vasculitis แสดงผื่นคล้ายลมพิษ หายเป็นรอยสีเสียวคล้ายจ้ำเลือดออก	331
รูปที่ 15.4	Dermographism แสดงผื่น wheal และ flare ของลมพิษขึ้นตรงตำแหน่งที่ถูกขีด	338
รูปที่ 16.1	Maculopapular eruption จากการแพ้ยา แสดง macule, papule, plaque สีแดงบนลำตัวและแขน	349
รูปที่ 16.2	Fixed drug eruption แสดง patch สีคล้ำที่ริมฝีปากและคาง	351
รูปที่ 16.3	ลมพิษ แสดง wheal และ flare สีแดงบนหลังและไหล่	352
รูปที่ 16.4	Acute generalized exanthematous pustulosis แสดงตุ่มหนองขนาดเล็กจำนวนมากบนผิวด้านหน้า คอและตัว	353
รูปที่ 16.5	Erythema nodosum แสดง plaque สีแดงที่ขา	355
รูปที่ 16.6	Erythema multiforme แสดง typical target lesion แดงที่รอบนอก มีวงขาวภายใน และตรงกลางสีคล้ำ	356
รูปที่ 16.7	Erythema multiforme แสดง atypical target lesion เป็นผื่นแดงรอบนอกและตรงกลางมีสีเข้มขึ้น	356
รูปที่ 17.1	Malar rash แสดงผื่นแดงบริเวณโหนกแก้มสองข้างและดั้งจมูก ไม่พบรอยโรคบริเวณ nasolabial fold	363
รูปที่ 17.2	Acute cutaneous lupus erythematosus แบบ generalized form แสดง maculopapular rash ทั่วตัว	363
รูปที่ 17.3	Rowell's syndrome แสดงผื่น target-like ร่วมกับผื่นแดง มี scale ที่ขา	363
รูปที่ 17.4	Subacute cutaneous lupus erythematosus แบบ papulosquamous form แสดง plaque แดง ขอบเขตชัดเจน มี scale หนาสีขาวบนแขน	364
รูปที่ 17.5	Discoid lupus erythematosus แสดง dyspigmentation, adherent scale และ follicular plugging บนหน้า ใบหู	365

รูปที่ 17.6	Discoid lupus erythematosus แสดง plaque สีแดง เป็นวงขอบเขตชัดเจน มี scale และ telangiectasia บนหน้า	365
รูปที่ 17.7	Localized form ของ discoid lupus erythematosus แสดง plaque สีแดงเป็นวง มี scale เฉพาะบนหน้า	365
รูปที่ 17.8	Generalized form ของ discoid lupus erythematosus แสดง plaque สีแดงเป็นวง มี scale บนต้นแขน	365
รูปที่ 17.9	Lupus panniculitis แสดงรอยแดง lipatrophy ผิวยุบตัวลงที่หลัง	366
รูปที่ 17.10	Punctate vasculitis แสดง macule และ papule สีแดงอมม่วงบริเวณนิ้วและฝ่ามือ	367
รูปที่ 17.11	Urticarial vasculitis แสดงผื่นแดงคล้ายลมพิษ หายเป็นผื่นสีคล้ำ	367
รูปที่ 17.12	แผลในปากแสดงแผลตื้นบริเวณเพดานปาก	367
รูปที่ 17.13	Scarring alopecia แสดงผมร่วงจากรอยโรคของ discoid lupus erythematosus บนหนังศีรษะ	368
รูปที่ 17.14	Non-scarring alopecia แสดงผมร่วงทั่วทั้งศีรษะ	368
รูปที่ 17.15	Raynaud's phenomenon แสดงปลายเท้าสีม่วงคล้ำภายหลังถูกความเย็น	368
รูปที่ 17.16	Livedo reticularis แสดงผื่นสีแดงอมม่วงเรียงตัวคล้ายตาข่ายร่างแหที่ขา	369
รูปที่ 17.17	Bullous systemic lupus erythematosus แสดงตุ่มน้ำขนาดเล็กและรอยแดงถลอกบริเวณท้อง	369
รูปที่ 17.18	Neonatal lupus erythematosus แสดง plaque แดงเป็นวงคล้าย subacute cutaneous lupus erythematosus	374
รูปที่ 17.19	Owl หรือ raccoon eye แสดงผื่นบริเวณใบหน้าและรอบดวงตาคายดวงตาของนกฮูกหรือแรคคูน	374
รูปที่ 18.1	Gottron's papule แสดง papule สีแดงบน extensor surface ของ metacarpophalangeal และ interphalangeal joint	384
รูปที่ 18.2	Gottron's sign แสดง macule และ path สีแดงบริเวณเข้า	384
รูปที่ 18.3	Heliotrope rash แสดง patch สีม่วงแดงบริเวณหนังตาบน และผื่นแดงบนหน้าผากและใบหน้าคล้าย malar rash	385
รูปที่ 18.4	Periungual telangiectasia แสดงรอยแดงบริเวณขอบเล็บ	385
รูปที่ 18.5	Periungual telangiectasia แสดง dilated capillary loop บริเวณขอบเล็บจากการตรวจด้วย dermoscopy	385
รูปที่ 18.6	Periungual telangiectasia แสดง vessel dropout บริเวณขอบเล็บจากการตรวจด้วย dermoscopy	385
รูปที่ 18.7	V sign แสดง patch สีแดง และ poikiloderma บริเวณ V area ของคอและอกส่วนบน	386
รูปที่ 18.8	Shawl sign แสดง patch สีแดงบริเวณ posterior aspect ของไหล่ทั้งสองข้าง และหลังส่วนบน	386
รูปที่ 18.9	Calcinosis cutis แสดงตุ่มแข็งและก้อนแคลเซียมสีขาวบริเวณศอกและแขน	387
รูปที่ 18.10	Calcinosis cutis แสดง plaque สีแดงม่วง และผิว atrophy จากแคลเซียมเกาะบริเวณต้นแขน	387
รูปที่ 18.11	Lipodystrophy แสดงผิว atrophy จาก subcutaneous fat หายไปบริเวณลำตัว	387
รูปที่ 18.12	Ulcer แสดงแผลบริเวณผิวหนังที่เคยมีรอยโรคของ panniculitis บริเวณเอว	387
รูปที่ 18.13	Circumscribed morphea แสดง plaque สี ivory และ hyperpigmented lesion ร่วมกับ atrophy ของผิวหนัง	393
รูปที่ 18.14	Linear morphea แสดง indurated plaque สี hyperpigmentation เรียงตัวเป็น linear band บริเวณขา	393

รูปที่ 18.15	Linear morphea แสดง indurated plaque เรียงตัวกันเป็น segmental band และสีเปลี่ยนเป็น hypopigmentation และ hyperpigmentation	393
รูปที่ 18.16	En coup de sabre แสดง sclerotic plaque มี linear depressed groove และ subcutaneous tissue หายไปบริเวณ frontotemporal area	394
รูปที่ 18.17	Parry-Romberg syndrome แสดง subcutaneous tissue หายไปครึ่งหนึ่งของใบหน้าซีกซ้าย	394
รูปที่ 18.18	Pansclerotic morphea แสดงรอยโรคล้อมรอบขาที่มีรอยโรคจนทำให้ขามีขนาดเล็ก	394
รูปที่ 18.19	Raynaud's phenomenon แสดงปลายนิ้วซีด และเปลี่ยนเป็นสีแดงหลังจากผู้ป่วยสัมผัสอากาศเย็น	396
รูปที่ 18.20	Raynaud's phenomenon แสดงปลายนิ้วซีด และเปลี่ยนเป็นสีม่วงคล้ำหลังจากผู้ป่วยสัมผัสอากาศเย็น	396
รูปที่ 18.21	Systemic sclerosis แสดงผิวหนังหลังมือแดงเป็นเงา induration บวม และปลายนิ้วมือเรียว	397
รูปที่ 18.22	Systemic sclerosis แสดงลักษณะ salt and pepper-like appearance บริเวณหน้าแข้ง	397
รูปที่ 18.23	Medium-vessel vasculitis แสดง subcutaneous nodule และ plaque บริเวณหลังเท้า และเท้าบวม	401
รูปที่ 18.24	Vasculitis แสดง ulceration เป็นแผลบริเวณเท้า	401
รูปที่ 18.25	Livedo reticularis แสดงผื่นแดงอมม่วงที่เรียงตัวกันเป็นร่างแห	401
รูปที่ 18.26	Digital gangrene แสดงการตายของผิวหนังบริเวณนิ้วเท้า	401
รูปที่ 18.27	Digital scar แสดงแผลเป็นรอยบวมบริเวณปลายนิ้วมือ	402
รูปที่ 18.28	Vasculitis ที่มีอาการรุนแรงแสดง papulovesicular eruption ที่มีเลือดออกภายในบริเวณขาและเท้า	402
รูปที่ 18.29	Vasculitis ที่มีอาการรุนแรงแสดงตุ่มน้ำขนาดใหญ่ที่มีเลือดออกภายใน และเนื้อตายบริเวณเท้า	402
รูปที่ 18.30	Small-vessel vasculitis แสดง petechiae สีแดงขนาดเล็ก	402
รูปที่ 18.31	Small-vessel vasculitis แสดง palpable purpura ที่อยู่กันเป็นกลุ่มบริเวณขาทั้งสองข้าง	402
รูปที่ 18.32	Vasculitis แสดงตำแหน่งที่พบบ่อยของรอยโรคบริเวณส่วนปลายของขา และเท้า	402
รูปที่ 18.33	Vasculitis แสดงตำแหน่งที่พบบ่อยของรอยโรคบริเวณมือ	403
รูปที่ 18.34	Vasculitis แสดงตำแหน่งที่พบบ่อยของรอยโรคบริเวณใบหู	403
รูปที่ 18.35	Vasculitis แสดงตำแหน่งที่พบบ่อยของรอยโรคตามบริเวณที่สวมใส่เสื้อผ้าที่รัดแน่น	403
รูปที่ 18.36	Henoch-Schönlein purpura แสดง orchitis อัณฑะบวมแดง	405
รูปที่ 18.37	Henoch-Schönlein purpura แสดง purpuric papule และ plaque กระจายบริเวณขาและเท้าทั้งสองข้าง	405
รูปที่ 18.38	Henoch-Schönlein purpura แสดง purpuric papule และ plaque กระจายบริเวณก้น	405
รูปที่ 18.39	Cutaneous polyarteritis nodosa แสดง subcutaneous nodule สีแดงบริเวณขา เท้าโดยเฉพาะที่ใกล้ malleolus	407
รูปที่ 18.40	Urticarial vasculitis แสดงลมพิษที่แขนและขา หายเป็นรอยคล้ำ และจ้ำเลือดออก	408
รูปที่ 19.1	Tense bulla แสดงตุ่มน้ำขนาดใหญ่ ผ่นังตั้ง	415
รูปที่ 19.2	Flaccid bulla แสดงตุ่มน้ำ ผ่นังหย่อน แตกง่ายเห็นเป็นรอยถลอก และตุ่มหนอง	416
รูปที่ 19.3	Chronic bullous dermatosis of childhood แสดงตุ่มน้ำผ่นังตั้งบนผิวหนังปกติ เรียงตัวเป็นวง เรียก rosette formation หรือ string of pearls	420

รูปที่ 19.4	Chronic bullous dermatosis of childhood แสดงตุ่มน้ำผื่นตั้งจำนวนมากบริเวณอวัยวะเพศ ขาหนีบ และต้นขา	420
รูปที่ 19.5	Bullous pemphigoid แสดงตุ่มน้ำผื่นตั้งบนผิวหนังปกติ เรียงตัวเป็น annular และ polycyclic บนลำตัว หายเป็นผิวสีคล้ำ	421
รูปที่ 19.6	Bullous pemphigoid แสดงตุ่มน้ำผื่นตั้งบริเวณหลังมือ	421
รูปที่ 19.7	Bullous pemphigoid แสดงตุ่มน้ำผื่นตั้งบริเวณหลังเท้า	422
รูปที่ 19.8	Bullous pemphigoid แสดงตุ่มน้ำผื่นตั้งบริเวณฝ่าเท้า	422
รูปที่ 19.9	Pemphigus vulgaris แสดงแผลตื้น ๆ บนริมฝีปาก เหงือกและลิ้น	424
รูปที่ 19.10	Bullous systemic lupus erythematosus แสดงตุ่มน้ำผื่นตั้งขนาดเล็ก บริเวณลำตัว ไหล่ และหลัง	424
รูปที่ 19.11	Epidermolysis bullosa simplex แสดงตุ่มน้ำบนหลัง หายเป็นผิวสีจางลงและเข้มขึ้น ไม่มีแผลเป็น	426
รูปที่ 19.12	Dystrophic epidermolysis bullosa แสดงตุ่มน้ำจำนวนมาก และ nail dystrophy	426
รูปที่ 19.13	Dominant dystrophic epidermolysis bullosa แสดงตุ่มน้ำ และ nodule ที่ขาและเท้าคล้าย prurigo nodularis	426
รูปที่ 19.14	Recessive dystrophic epidermolysis bullosa แสดงตุ่มน้ำ แตกเป็นแผล หายเป็นแผลเป็นที่แขนและตัว	427
รูปที่ 19.15	Epidermolysis bullosa แสดง milia เป็น papule สีขาวหลังจากตุ่มน้ำหาย	427
รูปที่ 19.16	Mitten-like deformity แสดงนิ้วมือซ้ายเชื่อมติดกันในผู้ป่วย epidermolysis bullosa	427
รูปที่ 19.17	Scar contracture แสดงนิ้วและข้อเท้าติดยึดจากแผลเป็นตั้งรังในผู้ป่วย epidermolysis bullosa	427
รูปที่ 19.18	ผู้ป่วย epidermolysis bullosa ที่กลืนลำบากแสดง esophageal stricture จากการส่องกล้องตรวจ	427
รูปที่ 19.19	Squamous cell carcinoma แสดงก้อนมะเร็งที่ขาผู้ป่วย epidermolysis bullosa	427
รูปที่ 19.20	Epidermolysis bullosa แสดงตุ่มน้ำขึ้นบริเวณขอบกางเกงเสียดสีผิว	428
รูปที่ 19.21	Epidermolysis bullosa แสดงตุ่มน้ำขึ้นบริเวณป้ายเสื้อเสียดสีผิวหนังที่คอ	428
รูปที่ 19.22	Epidermolysis bullosa แสดงอุปกรณ์ที่ทำด้วยวัสดุนุ่มใส่ช่วยป้องกันข้อมือและข้อนิ้วติด	429
รูปที่ 20.1	Koebner phenomenon แสดงผื่นของโรคสะเก็ดเงินขึ้นเป็นเส้นตามตำแหน่งที่ถูกเกาบนข้อศอก	436
รูปที่ 20.2	โรคสะเก็ดเงิน plaque type แสดง plaque มี scale หนาสีขาวที่ท้อง	436
รูปที่ 20.3	Guttate psoriasis แสดง papule รูปกลม หายเป็นรอยขาวที่หลัง	436
รูปที่ 20.4	Inverse psoriasis แสดงผื่นแดงนูนหนาบริเวณรักแร้	436
รูปที่ 20.5	Pustular psoriasis แสดง plaque และตุ่มหนองบนผิวหนังที่ลำตัว	437
รูปที่ 20.6	Erythrodermic psoriasis แสดงผื่นแดงหนา มี scale ทั่วทั้งตัว	437
รูปที่ 20.7	หนังศีรษะผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินแสดง scale หนาสีขาว	437
รูปที่ 20.8	เล็บผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินแสดง pitting และ onycholysis	438
รูปที่ 20.9	Lichen planus แสดง flat-topped papule สีคล้ำบนหลังมือ	440
รูปที่ 20.10	Pityriasis rubra pilaris แสดง follicular papule และ plaque สีแดงบนลำตัว	443
รูปที่ 20.11	Pityriasis rubra pilaris แสดงฝ่ามือฝ่าเท้าหนา	443

รูปที่ 20.12	Pityriasis rubra pilaris แสดงผื่นแดงกระจายทั่วตัวเป็น erythroderma	443
รูปที่ 20.13	Pityriasis rubra pilaris ชนิด circumscribed juvenile type แสดง plaque ขอบเขตชัดเจนที่เข้าและเท้า	443
รูปที่ 20.14	Herald patch แสดง plaque วงรีสีแดง มี scale และพบผื่นแดงเล็ก ๆ บนหลัง	446
รูปที่ 20.15	Pityriasis rosea แสดงผื่นเป็นวงขึ้นเรียงตาม line of cleavage ของผิวหนังบริเวณลำตัว	446
รูปที่ 20.16	Pityriasis rosea แสดงผื่นขึ้นเรียงตามรอยพับของผิวหนังบริเวณหลัง ลักษณะเหมือนต้นคริสต์มาส	446
รูปที่ 20.17	Pityriasis rosea แสดงผื่นเป็นวง มี collarette scale ติดที่ขอบ	446
รูปที่ 20.18	PLEVA แสดง papule สีแดง แผล และ hemorrhagic crust ที่ขา	447
รูปที่ 20.19	PLC แสดง papule สีแดง หายเป็นรอยขาวบนลำตัว	448
รูปที่ 20.20	Lichen nitidus แสดง papule ขนาดเล็กสีผิว และ Koebner phenomenon เป็นเส้นที่แขน	449
รูปที่ 21.1	Focal vitiligo แสดงผิวเป็นรอยต่างขาวเฉพาะที่ บริเวณข้อเท้า	455
รูปที่ 21.2	Acrofacial vitiligo แสดงรอยต่างขาวเกิดเฉพาะที่บริเวณมือและเท้า	455
รูปที่ 21.3	Generalized vitiligo แสดงรอยต่างขาวเกิดเกือบทั่วทั้งร่างกาย	456
รูปที่ 21.4	Segmental vitiligo แสดงรอยขาวกระจายเป็น segment บริเวณลำตัวด้านขวา	456
รูปที่ 21.5	Poliosis แสดงรอยต่างขาวบริเวณหนังศีรษะร่วมกับมีผมและคิ้วขาว	456
รูปที่ 21.6	Halo nevus แสดงรอยขาวรอบไฟ	456
รูปที่ 21.7	Trichrome lesion แสดงรอย vitiligo มี 3 สี คือ สีขาว สีผิวปกติและสีผิวอ่อนกว่าปกติ	457
รูปที่ 21.8	Confetti-like depigmentation แสดงจุดขาวเล็ก ๆ ตามขอบของ vitiligo	457
รูปที่ 21.9	Vitiligo แสดงสีผิวปกติเริ่มกลับมาบริเวณ hair follicle	458
รูปที่ 21.10	Postinflammatory hypopigmentation แสดงผิวสีจางกว่าผิวหนังปกติหลังรอยโรคอื่นหาย	459
รูปที่ 21.11	Postinflammatory hyperpigmentation แสดงผิวเป็นสีเข้มกว่าผิวหนังปกติหลังรอยโรคอื่นหาย	460
รูปที่ 21.12	Melasma แสดงสีผิวเข้มขึ้นบนแก้ม	460
รูปที่ 22.1	Hair count แสดงเส้นผมที่ร่วงในแต่ละวันใส่ถุงเพื่อนับแยกเป็นวัน	466
รูปที่ 22.2	Hair pull แสดงการจับเส้นผมแล้วดึงดูเพื่อดูจำนวนผมร่วง	466
รูปที่ 22.3	Hair pluck แสดงการจับเส้นผมด้วยคีมที่มียางหุ้มปลาย ม้วนพันแล้วกระตุกเพื่อนำไปตรวจ	466
รูปที่ 22.4	Occipital alopecia แสดงหย่อมผมบางเป็นแถบบริเวณท้ายทอยในทารก	467
รูปที่ 22.5	Congenital triangular alopecia แสดงหย่อมผมร่วงรูปร่างสามเหลี่ยม ขอบเขตชัดเจนที่ frontotemporal area	467
รูปที่ 22.6	Trichorrhexis nodosa แสดงเส้นผมมี two-interlocking brushes จากกล้องจุลทรรศน์	468
รูปที่ 22.7	Trichorrhexis invaginata แสดงเส้นผมมี ball and cup-joint of bamboo จากกล้องจุลทรรศน์	469
รูปที่ 22.8	Pili torti แสดงเส้นผมบิดเป็นเกลียว 180 องศารอบแกนผมจากกล้องจุลทรรศน์	469
รูปที่ 22.9	Pili torti แสดงเส้นผมทั่วศีรษะขนาดเล็ก สีจาง เส้นสั้น	469
รูปที่ 22.10	Cartilage-hair hypoplasia แสดงเส้นผมบนศีรษะน้อย เส้นเล็กสั้น และสีจางในผู้ป่วยกระดูกผิดปกติ	470
รูปที่ 22.11	Cartilage-hair hypoplasia แสดงภาพรังสีกระดูกขาผิดปกติในผู้ป่วยเตี้ยผิดปกติและผมบาง	470

รูปที่ 22.12	Exclamation mark hair แสดงเส้นผมที่ปลายขนาดใหญ่ โคนขนาดเล็กคล้ายเครื่องหมายตกใจที่ขอบรอยโรค	472
รูปที่ 22.13	Exclamation mark hair แสดงเส้นผมที่ปลายขนาดใหญ่ โคนขนาดเล็กจากการตรวจ dermoscopy	472
รูปที่ 22.14	Alopecia areata ชนิด localized แสดงผมร่วงเป็นหย่อม รูปร่างกลม ขอบเขตชัดเจนเพียงวงเดียว	472
รูปที่ 22.15	Alopecia areata แสดงผมร่วงเป็นหย่อม ขอบเขตชัดเจนหลายตำแหน่งบนศีรษะ	472
รูปที่ 22.16	Alopecia totalis แสดงผมร่วงทั่วทั้งศีรษะ หนึ่งศีรษะปกติ	473
รูปที่ 22.17	Alopecia areata ชนิด ophiasis แสดงผมร่วงเป็นแถบยาวบริเวณท้ายทอย	473
รูปที่ 22.18	Alopecia areata ชนิด ophiasis แสดงผมร่วงเป็นแถบยาวบริเวณท้ายทอยจนถึงเหนือหู	473
รูปที่ 22.19	Alopecia totalis แสดงผมร่วง ผมขึ้นใหม่สีขาว	473
รูปที่ 22.20	Alopecia areata แสดงเล็บผิดปกติ	474
รูปที่ 22.21	Trichotillomania แสดงหย่อมผมร่วงที่มีรูปร่างแปลก พบเส้นผมเส้นสั้น ๆ ในบริเวณนั้น	475
รูปที่ 22.22	Telogen effluvium แสดงผมบางลงทั่วศีรษะ โดยหนึ่งศีรษะเป็นปกติ	477
รูปที่ 22.23	Anagen effluvium แสดงผมหลุดร่วงเกือบทั้งศีรษะหลังผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด	477
รูปที่ 22.24	Cicatricial alopecia แสดงผมร่วงชนิดมีแผลเป็นหลังการเป็นขี้กลากที่หนึ่งศีรษะ	479
รูปที่ 22.25	Aplasia cutis congenita แสดงผมร่วงชนิดมีแผลเป็น ขอบเขตชัดเจนในทารก	479
รูปที่ 22.26	Discoid lupus erythematosus แสดง plaque สีแดง มี telangiectasia และผมร่วงชนิดมีแผลเป็น	479
รูปที่ 22.27	เล็บปกติ แสดงเล็บผิวเรียบ สีชมพูอ่อน	480
รูปที่ 22.28	Onycholysis แสดง nail plate ส่วนปลายแยกตัวออกจาก nail bed	480
รูปที่ 22.29	Subungual hyperkeratosis แสดงผิวหนังหนาตัว มี scale ใต้ nail plate	481
รูปที่ 22.30	Splinter hemorrhage แสดงจุดเลือดออกสีแดงใต้เล็บเท้า	481
รูปที่ 22.31	Nail-patella syndrome แสดงเล็บนิ้วมือผิดปกติ และ patella ผิดปกติทำให้เข้าผิดรูป	481
รูปที่ 22.32	Pachyonychia congenita แสดงเล็บผิดรูปหลายคนในครอบครัวจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม	481
รูปที่ 22.33	Epiderymolysis bullosa แสดงนิ้วมือไม่มีเล็บ เล็บผิดรูป และแผลที่ปาก	481
รูปที่ 22.34	Pitting nail แสดงผิวเล็บมือมีรอยบุ๋มเป็นหลุม	482
รูปที่ 22.35	Beau's line แสดงเล็บเป็นร่องในแนวขวางขนานกับแนว proximal nail fold	482
รูปที่ 22.36	Onychomadesis แสดงเล็บเป็นร่องลึก แยกตัวออกจาก nail plate	482
รูปที่ 22.37	Ingrown nail แสดงขอบด้านข้างของเล็บนิ้วโป้งแทงอกเข้าไปใน lateral nail fold ทำให้บวมแดง	483
รูปที่ 22.38	Leukonychia แสดงเล็บมี nail plate เป็นสีขาวเป็นเส้น	483
รูปที่ 22.39	Leukonychia แสดงเล็บมี nail plate เป็นสีขาวเป็นจุด	483
รูปที่ 22.40	Longitudinal melanonychia แสดงเล็บสีน้ำตาลดำเป็นเส้นตามแนวยาว	484
รูปที่ 22.41	Median nail dystrophy แสดงร่องลึกกลางเล็บ มีแถบกระจายไปด้านข้างของเล็บนิ้วโป้ง	484
รูปที่ 22.42	Paronychia แสดง nail fold ของนิ้วโป้งเท้าบวมแดง มีหนอง	485
รูปที่ 22.43	Paronychia แสดงนิ้วโป้งเปียกแฉะ ผิวหนังอักเสบแดงจากการดูดนิ้ว	485
รูปที่ 22.44	Thumb sucking แสดงการดูดอมนิ้วโป้งทำให้นิ้วมือเปียกน้ำลายตลอด	485

รูปที่ 22.45	Twenty-nail dystrophy แสดงผิวหนังนิ้วมือทุกเล็บไม่เรียบ ขรุขระ	485
รูปที่ 23.1	Closed comedone แสดง papule สีผิวหนึ่ง ขนาดเล็กบนหน้าผาก	492
รูปที่ 23.2	Open comedone แสดงรูเปิดของรูขุมขน มีสีดำของเคอราตินติดอยู่	492
รูปที่ 23.3	Inflammatory lesion ของสิวแสดง papule สีแดง ตุ่มหนอง และ nodule บนหน้าผาก	493
รูปที่ 23.4	Nodulocystic acne แสดงตุ่มหนอง nodule และ pseudocysts บริเวณใบหน้า	493
รูปที่ 23.5	Postinflammatory hyperpigmentation แสดงรอยสีน้ำตาลบริเวณที่เคยเป็นสิว	493
รูปที่ 23.6	Pitted scar แสดงแผลเป็นที่ผิวยุบตัวลง และรอยแดงที่เหลือหลังจากสิวยาว	493
รูปที่ 23.7	Hypertrophic และ keloidal scar แสดงแผลเป็นนูนแดงหลังการหายของ nodulocystic acne	494
รูปที่ 23.8	Neonatal acne แสดง comedone, papule สีแดงและตุ่มหนองบริเวณแก้มและหน้าผาก	494
รูปที่ 23.9	Neonatal cephalic pustulosis แสดง papule สีแดงและตุ่มหนอง ไม่พบ comedone	495
รูปที่ 23.10	Preadolescent acne แสดง comedone และ papule สีแดงบริเวณหน้าผาก และ T-zone ของใบหน้า	496
รูปที่ 23.11	Acneiform eruption แสดง papule สีแดง และตุ่มหนองที่มีลักษณะใกล้เคียงกันบนหลังและคอ	496
รูปที่ 23.12	Acne excoriée แสดง comedone, papule สีแดง ตุ่มหนอง และรอยแกะเกาเป็นแผลลึก	497
รูปที่ 23.13	Polycystic ovary syndrome แสดง comedone และ acanthosis nigricans ในผู้หญิงอ้วน ที่มีหมวดเคราคล้ายผู้ชาย	497
รูปที่ 23.14	Androgen producing tumor จากคลื่นเสียงความถี่สูงแสดงก้อนเนื้ออกในต่อมหมวกไตซึ่งสร้าง androgen มาทำให้เกิดสิว	497
รูปที่ 24.1	Sunburn reaction แสดงผื่นแดงจัด ผิวลอกบนใบหน้าภายหลังโดนแสง ultraviolet	507
รูปที่ 24.2	Sunburn reaction แสดงผื่นแดง ผิวลอกบริเวณขาและเท้าภายหลังโดนแสง ultraviolet	507
รูปที่ 24.3	Phototesting แสดงผิวแดงบวม มีตุ่มน้ำบริเวณที่ฉายแสง UVB จาก minimal erythema dose ของ UVB ลดลง	509
รูปที่ 24.4	Juvenile spring eruption แสดง vesicle บริเวณ helix ของใบหู	511
รูปที่ 24.5	Juvenile spring eruption แสดง erosion และ crust บริเวณ helix ของใบหู	511
รูปที่ 24.6	Classic hydroa vacciniforme แสดง papule, vesicle และ necrotic crust บริเวณใบหน้า ใบหู และ sun-exposed area	512
รูปที่ 24.7	Classic hydroa vacciniforme แสดง vesicle, ulcer และ necrotic crust บริเวณใบหู	512
รูปที่ 24.8	Classic hydroa vacciniforme แสดง papule และ necrotic crust บริเวณต้นแขน	513
รูปที่ 24.9	Hydroa vacciniforme-like lymphoproliferative disorder แสดง macule, papule สีแดง และ crust จำนวนมากบนใบหน้า	513
รูปที่ 24.10	Classic hydroa vacciniforme แสดง photoprovocative test เกิดตุ่มน้ำบริเวณที่ฉายแสง UVA ชั่ว และหายเป็นแผลเป็น	513
รูปที่ 24.11	Hydroa vacciniforme-like lymphoproliferative disorder แสดง intraepidermal vesicle มี lymphocytic infiltrate ใน dermis และ subcutaneous tissue	513

รูปที่ 24.12	Hydroa vacciniforme-like lymphoproliferative disorder แสดง lymphocytic infiltrate และ atypical cell	514
รูปที่ 24.13	Phytophotodermatitis แสดง hyperpigmentation บริเวณหลังมือและนิ้วหลังจากที่ผู้ป่วยบีบมะนาว และสัมผัสแสงแดด	514
รูปที่ 24.14	Congenital erythropoietic porphyria แสดงแผลเป็นหลังตุ่มน้ำหายบนใบหน้าที่ถูกแสงแดด	515
รูปที่ 24.15	Congenital erythropoietic porphyria แสดงฟันสีเข้ม (erythrodontia)	515
รูปที่ 24.16	Congenital erythropoietic porphyria แสดงการตรวจฟันด้วย Wood's light เรืองแสง reddish orange fluoresce	516
รูปที่ 24.17	Congenital erythropoietic porphyria แสดงขนขึ้นดก มีแผลเป็นหลังตุ่มน้ำหายบนแขนที่ถูกแสงแดด	516
รูปที่ 24.18	Xeroderma pigmentosum แสดงอาการไหม้แดดที่รุนแรงบนหน้าและใบหูหลังการได้ phototherapy	517
รูปที่ 24.19	Xeroderma pigmentosum แสดง freckling กระจายบริเวณ sun exposed area ในผู้ป่วยอายุ 10 เดือน	517
รูปที่ 24.20	Xeroderma pigmentosum แสดง poikilodermatous skin เป็น hyperpigmented และ hypopigmented macule บนหลัง	517
รูปที่ 24.21	Xeroderma pigmentosum แสดง photoinduced conjunctival injection และ squamous cell carcinoma บริเวณเยื่อตา	518
รูปที่ 24.22	De Sanctis-Cacchione syndrome แสดงผื่นตามบริเวณที่ถูกแสงแดด microcephaly และ dwarfism	518
รูปที่ 24.23	Xeroderma pigmentosum แสดง nonmelanoma skin cancer เป็น basal cell carcinoma บนจมูกและแก้ม	518
รูปที่ 25.1	อาการไหม้แดด แสดงผิวแดงจัดบริเวณหลังและแขนที่โดนแสงแดด	524
รูปที่ 25.2	Shadow rule แสดงเงาของเด็กทอดยาวกว่าความสูง หมายถึงอันตรายจากแสงแดดน้อย	531
รูปที่ 25.3	Sunscreen แสดงผิวหนังหลังการทายากันแดดชนิด physical block แล้วผิวขาวจนดูหลอกตา	534
รูปที่ 25.4	การป้องกันแสงแดดในเด็ก แสดงพฤติกรรมการสวมหมวกปีกกว้าง ด้านหลังปกคลุมคอ กางร่ม และใส่แว่นกันแดด	539

สารบัญตาราง

ตารางที่ 2.1	การแบ่งยาทา corticosteroids เป็นกลุ่มตามฤทธิ์	32
ตารางที่ 4.1	การจำแนก vascular anomaly ตาม International Society for the Study of Vascular Anomalies (ISSVA) classification system ค.ศ. 2014	64
ตารางที่ 4.2	การจำแนก simple vascular malformation ตาม International Society for the Study of Vascular Anomalies (ISSVA) classification system ค.ศ. 2014	66
ตารางที่ 4.3	ข้อบ่งชี้ที่ควรให้การรักษาที่เหมาะสมของ infantile hemangioma	81
ตารางที่ 10.1	การรักษาการติดเชื้อ herpes simplex virus ที่อวัยวะเพศ	216
ตารางที่ 11.1	สรุปแนวทางการรักษาโรคหิดจาก guideline ต่าง ๆ	234
ตารางที่ 11.2	ยารักษาโรคหิดที่มีในประเทศไทย	236
ตารางที่ 11.3	ยารักษาโรคเห็บบนศีรษะที่มีในประเทศไทย	238
ตารางที่ 14.1	เปรียบเทียบอาการและอาการแสดงในโรค erythema multiforme, Stevens-Johnson syndrome และ toxic epidermal necrolysis	305
ตารางที่ 14.2	สาเหตุของ Stevens-Johnson syndrome และ toxic epidermal necrolysis	306
ตารางที่ 14.3	การวินิจฉัยแยกโรคของ Stevens-Johnson syndrome และ toxic epidermal necrolysis	310
ตารางที่ 14.4	ยาที่อาจเป็นสาเหตุของ DIHS และ DRESS	313
ตารางที่ 15.1	สาเหตุของลมพิษที่พบบ่อยในเด็ก	328
ตารางที่ 15.2	ขนาดของ antihistamine ที่ใช้บ่อยในเด็กที่มีจำหน่ายในประเทศไทย	334
ตารางที่ 17.1	การจำแนก LE-specific lesion	362
ตารางที่ 17.2	เกณฑ์การวินิจฉัย systemic lupus erythematosus ของ The Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) Classification system	370
ตารางที่ 17.3	อาการ การดำเนินโรคและการรักษา neonatal lupus erythematosus	373
ตารางที่ 19.1	กลุ่มโรคตุ่มน้ำและตัวอย่างของโรคที่พบในเด็กแบ่งตามสาเหตุและตำแหน่งของตุ่มน้ำ	417
ตารางที่ 19.2	การเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิก ผลทางพยาธิวิทยา และ direct immunofluorescence ของโรคตุ่มน้ำจาก autoimmune	419
ตารางที่ 23.1	ยารักษาสิวที่มีจำหน่ายในประเทศไทย	500
ตารางที่ 23.2	ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานที่นิยมใช้รักษาสิวในประเทศไทย	500
ตารางที่ 23.3	แนวทางการรักษาสิวในเด็ก	501
ตารางที่ 25.1	การแบ่งลักษณะสีผิวหนังตาม Fitzpatrick's skin phototype	529

คำย่อที่ใช้บ่อย

ภาษาไทย

กก.	กิโลกรัม	นม.	นาโนเมตร
ชช.	ข้อขา	มก.	มิลลิกรัม
ชม.	ชั่วโมง	มม.	มิลลิเมตร
ชม.	เซนติเมตร	มล.	มิลลิลิตร
ดล.	เดซิลิตร	รพ.	โรงพยาบาล
ตร.	ตาราง	ล.	ลิตร
น.	นาฬิกา	ลบ.	ลูกบาศก์
นก.	นาโนกรัม	°ซ.	องศาเซลเซียส
นน.	น้ำหนัก	°ฟ.	องศาฟาเรนไฮต์

ภาษาอังกฤษ

ALT	Alanine aminotransferase	HLA	Human leucocyte antigen
AP	Alkaline phosphatase	IL	Interleukin
AST	Aspartate aminotransferase	IVIG	Intravenous immunoglobulin
BUN	Blood urea nitrogen	LFT	Liver function test
CBC	Complete blood count	mEq	Milliequivalent
Cr	Creatinine	MRI	Magnetic resonance imaging
CRP	C-reactive protein	NSAIDs	Nonsteroidal anti-inflammatory drugs
CT	Computed tomography	PCR	Polymerase chain reaction
CXR	Chest X-ray	PMN	Polymorphonuclear leukocyte
DNA	Deoxyribonucleic acid	PT	Prothrombin time
ECG	Electrocardiography	PTT	Partial thromboplastin time
EEG	Electroencephalography	RBC	Red blood cell
ESR	Erythrocyte sedimentation rate	RNA	Ribonucleic acid
G-6PD	Glucose-6 phosphate dehydrogenase	spp.	Species
Hb	Hemoglobin	TM	Trade mark
HCT	Hematocrit	UV	Ultraviolet
HIV	Human immunodeficiency virus	WBC	White blood cell

1

หลักการวินิจฉัยโรคผิวหนัง (Principles of Dermatologic Diagnosis)

วาณี วิสุทธิ์เสรีวงศ์

ผิวหนังเป็นอวัยวะที่อยู่ภายนอกสุดของร่างกาย เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นจะสามารถมองเห็นและสัมผัสได้ง่าย หลักการวินิจฉัยโรคผิวหนังต้องอาศัยขั้นตอนซึ่งประกอบด้วยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และ/หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการคล้ายกับโรคอื่น ๆ แม้ว่าในบางครั้งแพทย์จะสามารถให้การวินิจฉัยได้โดยการดูรอยเพียงอย่างเดียว แต่ประวัติโดยละเอียดจะช่วยให้การวินิจฉัยแม่นยำยิ่งขึ้น และสามารถวางแผนการรักษา รวมทั้งพยากรณ์โรคได้ดีขึ้น ความรู้ความเข้าใจในการตรวจรอยโรคที่ผิวหนัง และความสามารถในการใช้คำศัพท์บรรยายรอยโรคบอกสัณฐานวิทยา (morphology) ด้วยศัพท์วิทยาทางผิวหนัง (dermatologic terminology) นั้นมีความสำคัญมาก เมื่อนำมาประกอบกับการตรวจร่างกายเด็กอย่างละเอียดถี่ถ้วนทุกระบบแล้วจะสามารถให้การวินิจฉัยเบื้องต้น รวมทั้งการวินิจฉัยแยกโรคได้ โรคผิวหนังบางชนิดต้องอาศัยวิธีการตรวจพิเศษในทางผิวหนังและการตรวจทางห้องปฏิบัติการช่วยยืนยันการวินิจฉัย¹⁻⁵

การซักประวัติ

การซักประวัติของโรคนี้มีความสำคัญมาก ประวัติที่ดีและละเอียดจะเป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคมากกว่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บางครั้งการมองเห็นผื่นก่อนอาจจะช่วยเป็นแนวทางในการซักประวัติได้ง่ายขึ้น แต่การซักประวัติในเด็กนั้นจะแตกต่างจากในผู้ใหญ่ เพราะเด็กเล็กไม่สามารถให้ประวัติได้ด้วยตนเอง ต้องอาศัยผู้ปกครองเป็นผู้ให้ข้อมูล สิ่งที่ต้องซักถามมีดังนี้¹⁻⁵

1. อาการสำคัญ (presenting symptom, chief complaint) บอกถึงอาการที่นำผู้ป่วยมาหาแพทย์ในครั้งนี้ ซึ่งจะช่วยเป็นแนวทางในการถามประวัติต่อไป
2. ประวัติของโรคผิวหนัง ประกอบด้วย
 - ระยะเวลาที่เริ่มมีผื่น (onset) และการเปลี่ยนแปลงของผื่นในช่วงที่ผ่านมา (evolution) ผื่นเป็นติดต่อกันมาโดยตลอด หรือมีอาการดีแล้วกำเริบซ้ำเป็นช่วง ๆ
 - ตำแหน่งที่เป็นผื่น (site) ตำแหน่งที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง
 - ลักษณะของผื่นที่เป็น (character of the lesion) ควรให้ผู้ป่วยอธิบายถึงลักษณะของผื่นเมื่อเริ่มมีอาการรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในระยะต่อมา ถ้าไม่แน่ใจในคำพูดของผู้ป่วยควรถามเพื่อยืนยันความเข้าใจอีกครั้ง เช่น ถ้าผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีตุ่มน้ำ ควรถามว่าเมื่อตุ่มแตกแล้วมีน้ำออกมาหรือไม่ อาจขอดูรูปผื่นที่เป็นก่อนมาพบแพทย์เพื่อดูการเปลี่ยนแปลง

- การขยายของผื่น (extension) ผื่นขึ้นและกระจายเพิ่มจากบริเวณที่เริ่มเป็นไปยังส่วนใดบางของร่างกาย
- อาการที่พบร่วมกับผื่น (associated symptom) อาการที่สำคัญคือคัน ซึ่งในเด็กเล็กอาจแสดงออกเป็นการร้องกวน งอแง นอนหลับไม่สนิท แพทย์ควรถามถึงรายละเอียดของช่วงเวลาที่ยกคันด้วยเพราะจะช่วยให้การวินิจฉัย เช่น โรคหิดจะคันมากในตอนกลางคืน ถ้าแพทย์ทราบเวลาที่ผู้ป่วยคันมากจะสามารถพิจารณาให้ยาแก้คันในช่วงเวลาที่เหมาะสม นอกจากอาการคันต้องถามถึงอาการเจ็บ ขา ปวดแสบปวดร้อนในบริเวณนั้น
- ปัจจัยกระตุ้นผื่น (provoking factor) ปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้ผื่นดีขึ้นหรือแย่ลง เช่น ความร้อน ความเย็น แสงแดด และอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน
- การรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้มาก่อน (previous therapy) ผู้ป่วยอาจเคยได้รับการรักษาจากแพทย์ในครั้งก่อน ผู้ป่วยบางรายอาจซื้อยารักษาผื่นเอง ดังนั้นผื่นที่ตรวจพบในขณะนี้อาจเป็นผื่นที่เปลี่ยนแปลงไปจากลักษณะเดิม ควรให้ผู้ป่วยอธิบายอย่างละเอียดถึงวิธีการต่าง ๆ ที่การใช้ยาทา ยารับประทาน และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ในการดูแลผื่น ข้อมูลการรักษาที่เคยได้รับมาก่อนจะช่วยให้แพทย์ปรับการรักษาให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

3. ประวัติทั่วไป

- เชื้อชาติ (race) โรคผิวหนังบางชนิดพบมากในบางเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์
- ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (past medical illness) โรคภูมิแพ้ การแพ้สารบางชนิด รวมทั้งรายละเอียดการรักษาต่าง ๆ ที่ได้รับ ยาที่ผู้ป่วยใช้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลาใกล้เคียงกับการเกิดผื่นอาจทำให้เกิดผื่นแพ้ได้ ผื่นหลายชนิดเป็นอาการแสดงที่เกิดจากโรคระบบอื่น ๆ ในร่างกาย การซักประวัติผื่นในทารกแรกเกิดต้องถามถึงอายุของมารดา ประวัติการตั้งครรภ์ การใช้ยาของมารดา การดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ ปัญหาระหว่างการคลอด ประวัติการเป็นโรคติดต่อ เช่น herpes simplex virus, human immunodeficiency virus (HIV) ซิฟิลิส (syphilis) และตับอักเสบ (hepatitis) ในบิดาและมารดาของผู้ป่วย
- อาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ผื่นร่วง ปวดข้อ และประวัติความผิดปกติของร่างกายระบบอื่นที่อาจเป็นโรคต้นเหตุหรือเกี่ยวข้องกับผื่น เช่น ประวัติพัฒนาการและการเจริญเติบโตผิดปกติ
- ประวัติครอบครัว (family history) การมีประวัติของโรคผิวหนังชนิดเดียวกันในครอบครัวมีความสำคัญในการวินิจฉัยโรคผิวหนังที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ประวัติการแต่งงาน

กันในเครือญาติช่วยบอกถึงโอกาสในการเกิดโรคพันธุกรรมที่ถ่ายทอดแบบลักษณะด้อย (autosomal recessive) ประวัติการเป็นโรคในกลุ่มภูมิแพ้ (atopic disease) ในครอบครัวจะช่วยในการวินิจฉัยผิวหนังอักเสบเหตุภูมิแพ้ (atopic dermatitis) ในผู้ป่วย การได้ตรวจร่างกายหรือเห็นรูปร่างสมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรคจะช่วยให้ประวัติการเป็นโรคทางพันธุกรรมในครอบครัวน่าเชื่อถือมากขึ้น

- ภูมิสำเนาและสิ่งแวดล้อม (geographical และ environmental factor) แพทย์จำเป็นต้องทราบภูมิสำเนาที่ผู้ป่วยอาศัยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการเดินทางไปทัศนศึกษาเข้าค่ายหรือท่องเที่ยวในที่ต่าง ๆ ของผู้ป่วย เพราะโรคผิวหนังบางชนิดเกิดจากการสัมผัสกับสารบางอย่างในสิ่งแวดล้อม หรือเกิดจากเชื้อโรค พืช เช่น แมลงบางอย่างในท้องถิ่นนั้น ๆ เป็นตัวนำโรค

- กิจกรรมที่ผู้ป่วยทำ (leisure activity) ในผู้ใหญ่ควรถามอาชีพของผู้ป่วย แต่ในผู้ป่วยเด็กที่ส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียนควรถามถึงกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำในเวลาเรียน ยามว่าง และลักษณะการเล่นไม่ว่าจะเป็นกีฬาหรืองานอดิเรก ประวัติเหล่านี้จะทำให้ทราบถึงโอกาสในการสัมผัสสารบางอย่าง การได้รับแสงแดด การถูกกระทบกระแทก รวมทั้งความเสี่ยงที่จะถูกระคายเคืองและกระตุ้นจากสารเคมีบางชนิด

- ประวัติสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ (social และ economic status) แพทย์ควรทราบเศรษฐกิจ การดำรงชีวิต มาตรฐานความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการวินิจฉัยเป็นแนวทางในการเลือกการรักษา และวางแผนให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ง่าย

- แบบแผนประเพณีและความเชื่อของชาติพันธุ์ (ethnic tradition) ลักษณะอุปนิสัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ความเชื่อทางศาสนา ความคิดเห็นของผู้ปกครองผู้ป่วยและคนในชุมชนนั้นต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็น และการรักษาที่แพทย์ให้ ปัจจัยเหล่านี้จะมีส่วนสำคัญอย่างมากที่จะทำให้เกิดการรักษาโรคประสบความสำเร็จตามที่ต้องการ

- ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factor) ระหว่างการซักถามประวัติและพูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ปกครองนั้น แพทย์ควรสังเกตสภาวะอารมณ์ ความกดดัน ความรู้สึกขัดแย้งในตัวผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อซักประวัติและตรวจร่างกายเรียบร้อยแล้วอาจต้องถามถึงปัญหาทางด้านจิตใจที่อาจมีส่วนทำให้เกิดโรคผิวหนัง หรือทำให้โรคผิวหนังมีอาการเป็นมากขึ้นได้ เช่น trichotillomania, dermatitis artefacta และ autoerythrocyte sensitization

ความรู้พื้นฐานของโรคผิวหนังแต่ละชนิดรวมทั้งประสบการณ์ในการซักถามจะช่วยให้แพทย์ได้ประวัติที่สมบูรณ์ครบถ้วนภายในเวลาอันสมควร โดยไม่จำเป็นต้องถามประวัติละเอียดทั้งหมดในผู้ป่วยทุกราย ในผู้ป่วยหลายรายที่แพทย์จำเป็นต้องซักถามประวัติเพิ่มเติมอย่างละเอียดอีกครั้งเพื่อหาสาเหตุของโรคภายหลังจากการตรวจร่างกายผู้ป่วยแล้ว (follow-up history)⁵

การตรวจผิวหนัง (dermatologic examination)

การตรวจร่างกายต้องตรวจผิวหนังและควรตรวจร่างกายระบบอื่นด้วย การตรวจผิวหนังประกอบด้วย¹⁻⁴

การดู

การดูถือเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการตรวจผิวหนัง บางครั้งการตรวจดูรอยโรคที่ผิวหนังอย่างละเอียดเพียงอย่างเดียวอาจทำให้วินิจฉัยโรคที่ง่าย ๆ ได้โดยไม่ต้องจำเป็นต้องตรวจร่างกายระบบอื่นหรือใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการเลย

ห้องตรวจผู้ป่วยควรเป็นห้องที่มีแสงสว่างเพียงพอเพื่อให้สามารถมองเห็นรอยโรคได้ชัดเจน การใช้แสงตามธรรมชาติดีกว่าแสงไฟ แสงที่ส่องเฉียงจากด้านข้าง (side lighting และ oblique illumination) จะช่วยให้เห็นผื่นนูนหรือรอยบุ๋มได้ชัดขึ้น ถ้าต้องการดูรายละเอียดของผื่นให้เห็นชัดเจนอาจใช้แว่นขยาย (magnifying len) หรือเครื่อง dermoscope ช่วยขยายเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่พื้นผิว เช่น Wickham's striae ใน lichen planus และรูปร่างของผื่นขนาดเล็กที่เห็นได้ยากด้วยตาเปล่า เช่น telangiectasia แพทย์ไม่ควรตรวจผิวหนังเฉพาะบริเวณที่มีรอยโรคเท่านั้น แต่ควรตรวจผิวหนังทั่วทั้งตัวผู้ป่วยโดยเฉพาะกรณีที่ยังไม่สามารถให้การวินิจฉัยโรคได้ ในบางครั้งผู้ป่วยและผู้ปกครองอาจไม่สังเกตเห็นรอยโรคในบริเวณอื่น รอยโรคในแต่ละบริเวณอาจมีลักษณะเด่นชัดตามแบบฉบับของโรคไม่เท่ากัน การตรวจผิวหนังให้ครบถ้วนสมบูรณ์นั้นต้องรวมถึงการตรวจส่วนที่มาจาก ectoderm อื่น ๆ ด้วย คือ ผม ขนตา ขนคิ้ว และขนตามตัวว่ามีลักษณะอย่างไร ฟันและเล็บมีสีและความผิดปกติอย่างไร เยื่อเมือก (mucosa) บริเวณตา ช่องปากและอวัยวะเพศเพื่อหาแผล และการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ โรคทางผิวหนังและโรคทางกายหลายโรคจะมีความผิดปกติเกิดขึ้นบนเล็บและเยื่อเมือกร่วมด้วย ระหว่างการตรวจอาจให้ผู้ป่วยเด็กนั่งบนตักผู้ปกครอง เล่นของเล่นเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจและลดความหวาดกลัวของเด็กลง แพทย์ควรอธิบายให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กโตเข้าใจขั้นตอนการตรวจด้วย

การวินิจฉัยรอยโรค (morphological diagnosis)

การดูรอยโรคเป็นขั้นตอนแรกในการนำไปสู่การวินิจฉัยโรคผิวหนัง การตรวจควรดูผื่นอย่างละเอียด ดูรูปร่าง ลักษณะวิทยา การรวมตัวสัมพันธ์กับรอยโรคอื่น (configuration) อย่างไร และมีการกระจายทั่วร่างกาย (distribution) ในลักษณะใด แพทย์จำเป็นต้องทราบ dermatologic terminology ต่าง ๆ เพื่อความเข้าใจตรงกัน

สัณฐานวิทยาของรอยโรค (morphology of lesion)

Morphology ของผื่นแต่ละอันเป็นสิ่งสำคัญ โรคผิวหนังแต่ละชนิดจะมีลักษณะรอยโรคแตกต่างกัน นอกจากนี้ลักษณะของผื่นทำให้สามารถบอกได้บางส่วนถึงการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาในบริเวณนั้น (clinicopathologic correlation) ลักษณะผื่นผิวหนังแบ่งออกเป็น รอยโรคปฐมภูมิ (primary lesion) รอยโรคทุติยภูมิ (secondary lesion) และรอยโรคเฉพาะ (special lesion) ดังนี้

รอยโรคปฐมภูมิ (primary lesion)

หมายถึงการเปลี่ยนแปลงที่ผิวหนังเฉพาะของโรคนั้น อาจเกิดตั้งแต่เริ่มมีอาการ บางครั้งผื่นลักษณะเดียวกันอาจจัดเป็นรอยโรคปฐมภูมิในโรคหนึ่ง แต่จัดเป็นรอยโรคทุติยภูมิในอีกโรคหนึ่งได้ ผื่นที่เป็นรอยโรคปฐมภูมิ ได้แก่¹⁻⁵

- **Macule จุดราบ** หมายถึงผื่นผิวหนังที่มีการเปลี่ยนแปลงของสีผิดไปจากผิวหนังปกติ โดยไม่มีการนูนขึ้นหรือยุบตัวลงจากผิวหนังข้างเคียง การตรวจ macule ต้องดูว่าสีเปลี่ยนเป็นสีอะไร เช่น สีแดง (erythema) อาจเกิดจากหลอดเลือดขยายตัว (vascular dilatation) ในกระบวนการอักเสบ (inflammatory process) ซึ่งเมื่อกดสีจะจางลง (blanchable) หรือสีแดงเกิดจากเม็ดเลือดแดงที่อยู่นอกหลอดเลือด (extravasated red blood cell) ผื่นสีขาว (hypopigmentation) อาจเกิดจากเลือดที่มาในบริเวณนั้นลดลง หรือเม็ดสีปกติของผิวหนัง เช่น เมลานินมีจำนวนน้อยหรือขนาดเล็กลง สีผิวที่เข้มขึ้นกว่าปกติ (hyperpigmentation) อาจเกิดจากมีเมลานินเพิ่มขึ้น หรือมีสารบางอย่างที่มีสีมาสะสมอยู่ในบริเวณนั้น ควรตรวจว่าผื่นที่มีสีผิดปกตินั้นมีขอบเขตแยกจากผิวหนังปกติข้างเคียงได้ชัดเจนหรือไม่ชัดเจน ขนาดและรูปร่างอย่างไร ถ้ามีขนาดของเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 1 ซม. เรียก macule ถ้าขนาดใหญ่เรียก

patch (รูปที่ 1.1)

- **Papule ผื่นนูน** หมายถึงผื่นซึ่งนูนขึ้นกว่าผิวหนังปกติที่มีขนาดเล็กกว่า 1 ซม. (รูปที่ 1.2) papule อาจเกิดจาก epithelial hyperplasia การบวมในหนังกำพร้า (epidermis) หรือหนังแท้ (dermis) ก็ได้
- **Plaque แผ่น** มักเกิดจากการ papule มีขนาดใหญ่ขึ้นหรือรวมตัวกันเป็นปื้นนูน (รูปที่ 1.3) ผิวด้านบนอาจแบนเรียบ



รูปที่ 1.1 Patch แสดงผื่นราบสีน้ำตาลและเขียวบนหลังและก้น



รูปที่ 1.2 Papule แสดงผื่นนูนเป็นตุ่มบนผิวหนัง

(flat-topped) โค้งมน (dome shape) หรือขรุขระ (verrucous) ก็ได้ พบ plaque ได้ในโรคสะเก็ดเงิน (psoriasis), lichen simplex chronicus และ lichen planus เป็นต้น

- **Nodule ปุ่มเล็ก** หมายถึงก้อนนูนเหนือผิวหนังปกติ และมีส่วนที่อยู่ลึกด้วย (รูปที่ 1.4) ส่วนใหญ่มักเป็นก้อนแข็ง อาจอยู่ในหนังกำพืด หนังแท้ หรือลงลึกถึงเนื้อเยื่อใต้หนัง (subcutaneous tissue)

- **Tumor** เป็นก้อนขนาดใหญ่ที่มีความลึกและความนูน (รูปที่ 1.5) มักเกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติของเนื้อเยื่อบางชนิดในหรือใต้ผิวหนัง อาจเป็นชนิดที่ไม่ร้ายหรือเป็นโรคร้ายก็ได้ เช่น lipoma, hemangioma และ neoplastic growth ต่าง ๆ

- **Wheal** เป็นผื่นผิวหนังที่มีลักษณะเฉพาะคือการนูน เกิดจากการบวมของผิวหนังในชั้นตื้น ๆ เฉพาะตำแหน่งนั้น (รูปที่

1.6) กดยุบได้ ลักษณะหนังกำพืดเป็นปกติเพราะการบวมนั้นเกิดจากน้ำในชั้นบนของหนังแท้ ผื่นสีแดงรอบ wheal เรียกว่า flare ขนาดและรูปร่างของ wheal จะแตกต่างกัน เมื่อขึ้นแล้วจะค่อย ๆ หายไปได้เองในเวลาไม่กี่ ชม. มักพบ wheal ในลมพิษ (urticaria) บริเวณโดนแมลงกัด และ dermatographism ผื่นที่บวมขึ้นจากการบวมในส่วนลึกของผิวหนังเรียกว่า angioedema เห็นเป็นรอยบวมนูนขอบเขตไม่ชัดเจน ปฏิกริยาเกิดเช่นเดียวกับการเกิดลมพิษ แต่มีการบวมในชั้นลึกกว่าลมพิษคือใน subcutaneous tissue และส่วนลึก ๆ ของหนังแท้ ถ้าบวมมากอาจกดหลอดเลือดในบริเวณนั้นทำให้เห็นขอบผื่นสีแดงแต่ตรงกลางสีซีด

- **Vesicle, bulla, blister ตุ่มน้ำ** vesicle หมายถึงตุ่มนูนที่มีขอบเขตชัดเจน ขนาดใหญ่ไม่เกิน 1 ซม. ภายในบรรจุสารน้ำอยู่ (รูปที่ 1.7) อาจเป็นซีรั่ม เลือดหรือของเหลวอื่น ๆ



รูปที่ 1.3 Plaque แสดงผื่นนูนขนาดใหญ่บนท้อง มี scale หนา ในโรคสะเก็ดเงิน



รูปที่ 1.5 Tumor แสดงก้อนขนาดใหญ่ที่เท้าขวา



รูปที่ 1.4 Nodule แสดงก้อนนูนและลงลึกใต้ผิว



รูปที่ 1.6 Wheal แสดงผื่นนูนจากผิวหนังบวม และ flare สีแดงพบในลมพิษ

ตุ่มน้ำมีขนาดใหญ่เรียกว่า bulla ซึ่งถ้ามีหลายอันเรียก bullae ตุ่มน้ำอาจเกิดขึ้นตำแหน่งใดก็ได้ ถ้าอยู่ตีนในหนังกำพริบ ผื่น ตุ่มน้ำจะบางหย่อน (flaccid bulla) แตกง่าย เมื่อหายไม่เกิดแผลเป็น แต่ถ้าตุ่มน้ำอยู่ลึก ผื่นจะตึง (tense bulla) แตกยาก โรคที่มีตุ่มน้ำ ได้แก่ โรคติดเชื้อ herpesvirus ผิวหนังอักเสบ (eczema), epidermolysis bullosa และ immunobullous disease

- **Pustule ตุ่มหนอง** ประกอบด้วยเม็ดเลือดขาวจากการอักเสบ เห็นเป็นตุ่มสีขาว เหลือง หรือเหลืองปนเขียว (รูปที่ 1.8) พบในโรคติดเชื้อแบคทีเรีย เช่น โรคพุพอง (impetigo) หรือโรคผิวหนังที่มีเม็ดเลือดขาวมาอยู่มาก เช่น pustular psoriasis



รูปที่ 1.7 Vesicle และ bullae แสดงตุ่มน้ำขนาดใหญ่บนหลังเท้า



รูปที่ 1.8 Pustule แสดงตุ่มหนองภายในมีหนองสีเหลืองที่ต้นขา

และ acute generalized exanthematous pustulosis (AGEP)

- **Petechia จุดเลือดออก และ purpura เลือดออกใต้ผิว** จะมีสีแดงคล้ำผื่นที่เกิดจากหลอดเลือดที่ผิวขยายตัว แต่เมื่อกดดูรอยแดงจะยังคงอยู่ ไม่จางลง (non blanchable) เกิดจากมีเม็ดเลือดแดงอยู่นอกหลอดเลือด ถ้าเป็นจุดเลือดออกขนาดเล็ก 1-3 มม. เรียกว่า petechia (รูปที่ 1.9) ถ้าเป็นจ้ำเลือดออกขนาดใหญ่เรียก purpura (รูปที่ 1.10) ถ้า purpura นั้นนูนเรียก palpable purpura ซึ่งมักพบในหลอดเลือดอักเสบ (vasculitis) ที่ผิว การพบ purpura ในเยื่อเมือกเรียก wet purpura ควรระวังการมีเลือดออกในระบบประสาท



รูปที่ 1.9 Petechia แสดงจุดเลือดออกขนาดเล็กบริเวณข้อเท้า



รูปที่ 1.10 Purpura แสดงจ้ำเลือดออกขนาดใหญ่ใต้ผิว

รอยโรคทุติยภูมิ (secondary lesion)

หมายถึงผื่นที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของรอยโรคปฐมภูมิ กลายเป็นผื่นที่พบในระยะหลังตามการดำเนินของโรคหรืออาจเกิดจากการเกา การติดเชื้อแทรกซ้อน หรือจากการรักษาที่ได้รับมาก่อน รอยโรคทุติยภูมิ ได้แก่¹⁻⁵

- **Crust, scab สะเก็ด** ที่ติดอยู่บริเวณรอยโรคจากของเหลวจากผื่น เช่น ตุ่มน้ำหรือตุ่มหนองแตกแล้วแห้ง อาจเป็นซีรั่ม เลือด หนอง หรือสิ่งซึมเยิ้มข้น (exudate) รวมกับเซลล์ที่ตายแห้งแข็งติดเกาะกันอยู่บนผิว อาจพบ crust ได้ใน impetigo และผิวหนังอักเสบเฉียบพลัน (acute eczema)

- **Scale เก็ด** เกิดจาก stratum corneum หลุดลอกออกซึ่งเกิดจากความผิดปกติของ keratinization การหลุดลอกเป็นแผ่น (exfoliation) ของ cornified keratinocyte พบได้ในโรคผิวหนังที่มีการอักเสบหลายชนิด ซึ่งลักษณะ scale จะแตกต่างกันในแต่ละโรค เช่น scale ในสะเก็ดเงินจะหนา สะท้อนแสงเห็นเป็นสีเทาเงิน (silvery scale) ติดแน่นบน plaque ของโรค (รูปที่ 1.3) scale ใน ichthyosis จะมีขนาดใหญ่ รูปร่างหลายมุม (polygonal scale) คล้ายเกล็ดปลาติดแน่น scale ใน pityriasis rosea จะละเอียดติดอยู่บริเวณขอบผื่น (collarette scale) ในขณะที่บริเวณกลางผื่นไม่มี (รูปที่ 20.17) scale ในเกื้ออ่อน (tinea versicolor) เป็นแผ่นบางละเอียด (branny scale) มองเห็นยาก อาจต้องขูดผิวจึงจะเห็น

- **Fissure, crack รอยแยก** มักเกิดจากผิวหนังหนาตัวขึ้นและแห้ง เมื่อมีการเคลื่อนไหวบริเวณนั้นจะแตกเป็นร่องลึกลงไปบนหนังแท้ (รูปที่ 1.11) มักทำให้เกิดอาการเจ็บเพราะทำให้



รูปที่ 1.11 Fissure แสดงรอยแยกเป็นร่องบริเวณข้อศอก

ร่องที่แตกแยกออกและร่องลึกขึ้น มักพบในโรคผิวหนังที่เป็นเรื้อรังมานาน เช่น ผิวหนังอักเสบเรื้อรังบนฝ่ามือ ฝ่าเท้า หนังหนาด้าน (callus) และ angular cheilitis

- **Erosion การกร่อน** เป็นแผลลอกตื้น ๆ ของผิวหนังหรือเยื่อเมือก เกิดจากหนังกำพร้าหลุดลอกออกบางส่วนจากการเกา ขัดถู หรือตุ่มน้ำแตกออก รอยลอกนี้ไม่ลงลึกถึงหนังแท้ หรือ subcutaneous tissue ดังนั้นเมื่อหายจึงไม่เกิดแผลเป็น

- **Ulcer แผล** เกิดจากการสูญเสียผิวหนังชั้นหนังกำพร้าหนังแท้ จนถึง subcutaneous tissue หลุดออกไปด้วยจากการติดเชื้อ หลอดเลือดอักเสบ เนื้อเยื่ออักเสบ หรือขาดเลือดมาเลี้ยง ทำให้มีการตายของผิวหนังและเนื้อเยื่อเหล่านั้น เมื่อหายจะกลายเป็นแผลเป็น

- **Scar แผลเป็น** เกิดตามหลังการเป็นแผลหรือผิวหนังถูกกระทบกระแทก ทำให้มีภาวะเกิดพังพืด (fibrosis) คือมีเนื้อเยื่อเส้นใย (fibrous tissue) มาแทนที่ในบริเวณนั้นอย่างถาวร แผลเป็นจะอยู่ตลอดไป แผลหายได้หลายลักษณะขึ้นอยู่กับ fibrous tissue จะเกิดขึ้นมากน้อยเพียงไร แผลเป็นนูน (hypertrophic scar) จากแผลนั้นมี fibrous tissue เจริญเติบโตมากกว่าปกติจึงนูนขึ้น แผลเป็นฝ่อ (atrophic scar) จากแผลเป็นนั้นยุบตัวลงและอาจมีรอยเหี่ยวย่น ระยะแรกแผลเป็นจะมีสีแดงอมชมพูหรือม่วงแดง เมื่อเวลาผ่านไปสีจะค่อย ๆ จางลง หรือแผลเป็น keloid (รูปที่ 1.12)

- **Atrophy การฝ่อ** เทียบ ยุบตัวบางลงของผิวหนัง (รูปที่ 1.13) อาจเกิดขึ้นในตำแหน่งใดของผิวก็ได้ เช่น หนังกำพร้าหนังแท้ หรือ subcutaneous tissue การที่หนังกำพร้าบางลงทำให้ผิวหนังดูมันใส ไม่เห็นร่องรอยตามปกติของผิวหนัง มองเห็น



รูปที่ 1.12 Keloid แสดงแผลเป็นนูนหลังโดนความร้อนบริเวณก้น

หลอดเลือดข้างใต้ชัดเด่นขึ้น ผิวหนังอาจนูนจากเนื้อเยื่อข้างเคียง กดเปื่อย ถ้าหนังแท้ยุบตัวลงลักษณะผิวหนังบนจะเป็นปกติ

- **Excoriation รอยถลอก และ scratch mark รอยเกา**

เกิดจากผิวหนังบางส่วนหลุดลอกไปจากการเกา ทำให้เห็นรอยถลอกเป็นเส้นตื้น ๆ มักพบรอยเกาในโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดมีอาการคัน เช่น atopic dermatitis, prurigo nodularis โรคหิด และหา เป็นต้น

- **Lichenification** หมายถึงผิวหนังตัวด้านขึ้นจากหนังกำพร้าและบางส่วนของหนังแท้หนา สีคล้ำขึ้นเป็นผลจากการถูเกาบริเวณนั้นเป็นเวลานาน ๆ ทำให้เห็นรอยย่นของผิวหนัง (skin crease, marking) ได้อย่างชัดเจน (**รูปที่ 1.14**) พบในผิวหนังอักเสบเรื้อรัง (chronic eczema)



รูปที่ 1.13 Atrophy แสดงผิวหนังฝ่อยุบตัวลงที่หน้าผาก



รูปที่ 1.14 Lichenification แสดงผิวหนังหนาตัว สีคล้ำขึ้น เห็น skin marking ชัดเจน

- **Sclerosis การแข็ง** หมายถึงผิวหนังที่แข็งตึง กระจ่างขึ้น การคลำรอยโรคจะชัดเจนมากกว่าการดู ผิวที่แข็งจะตึง มองไม่เห็น skin marking อาจเกิดจากการบวมในชั้นหนังแท้ หรือ subcutaneous tissue การเพิ่มจำนวนมากขึ้นของคอลลาเจน การมีเซลล์ผิดปกติมาแทรกอยู่ในผิวหนัง พบ sclerosis ได้ในโรค scleroderma

รอยโรคเฉพาะ (special lesion)

หมายถึงรอยโรคที่เกิดขึ้นจากลักษณะพิเศษบางประการของโรคซึ่งเป็นผื่นที่พบเฉพาะในโรคนั้น ๆ ถ้าเห็นผื่นลักษณะจำเพาะของโรคใดก็มักจะให้การวินิจฉัยโรคนั้นได้ เช่น¹⁻⁴

- **Comedone หัวสิว** เป็นตุ่มนูนบริเวณรูเปิดของต่อมไขมัน (**รูปที่ 1.15**) หัวสิวประกอบด้วยไขมันผิวหนัง (sebum) และเคอราติน รวมตัวกันอุดอยู่ใน pilosebaceous follicle ถ้าเห็นรูเปิดของต่อมไขมันที่ขยายตัวชัดเจนมีจุดสีดำจากเมลานินเรียกว่าหัวสิวหัวเปิด (opened, blackhead comedone) ถ้าไม่เห็นรูเปิดของต่อมไขมันเรียกว่าหัวสิวหัวปิด (closed, whitehead comedone) เป็นตุ่มนูนเล็ก ๆ สีขาวหรือสีเหมือนผิวหนังปกติ หัวสิวเป็นรอยโรคที่พบในโรคสิว (acne) หรือปานชนิด nevus comedonicus

- **Burrow รอยอุโมงค์** เห็นเป็นทางตื้น ๆ คดเคี้ยวอยู่ใต้ผิวหนัง เกิดจากตัวแมลงหรือพยาธิชุดไขผิวหนังชั้น stratum corneum เป็นทางเดิน พบ burrow ได้ในโรคหิด และ cutaneous larva migrans (creeping eruption)

- **Telangiectasia ภาวะหลอดเลือดฝอยพอง** หมายถึงหลอดเลือดในผิวหนังชั้นตื้นขยายตัวใหญ่ขึ้น ทำให้มองเห็นได้



รูปที่ 1.15 Comedone แสดงหัวสิบบริเวณแก้ม

อย่างชัดเจน (รูปที่ 1.16) ถ้าพบ telangiectasia บริเวณ cuticle ของเล็บมักบ่งบอกถึงโรคในระบบเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) ทั้งหลายเช่น lupus erythematosus, dermatomyositis และ scleroderma (รูปที่ 18.5)

- **Cyst ถุง** หมายถึงโพรงปิดซึ่งมีผนังบุด้วยเนื้อเยื่อผิวหนัง (epithelium) เนื้อเยื่อบุโพรง (endothelium) หรือเนื้อเยื่อ (membrane) ชนิดอื่น ภายในบรรจุสารหรือของเหลวที่สร้างขึ้นจากผนังที่บุ cyst นั้น ชนิดที่พบบ่อยที่สุดคือ epidermal cyst

- **Fistula, sinus ทางทะลุ** เป็นช่องทางติดต่อระหว่างโครงสร้างที่อยู่ด้านใต้กับภายนอก หรือเป็นทางติดต่อระหว่างโครงสร้าง 2 ชนิด ส่วนใหญ่ของทางนี้มีบุด้วยเนื้อเยื่อผิวหนังชนิดแบน (squamous epithelium)

รูปร่างและการเรียงตัวของรอยโรค (configuration of lesion)

ลักษณะการรวมตัวของผื่นมีความสัมพันธ์กันแบบใด เช่น¹⁻⁵

- **Group (cluster)** ผื่นขึ้นใกล้กันเป็นกลุ่ม (รูปที่ 1.17) พบในการติดเชื้อ herpes simplex virus, eczema, insect bite และ microcystic lymphatic malformation¹

- **Linear** ผื่นขึ้นเรียงกันเป็นเส้นหรือเป็นแนวยาว (รูปที่ 1.18) พบในผิวหนังอักเสบจากการแพ้สัมผัส (contact dermatitis), factitial dermatitis ตามรอยสัมผัส ผื่นเรียงเป็นเส้นตามทางของหลอดเลือดและหลอดน้ำเหลืองในหลอดเลือดดำอักเสบมีลิ่มเลือด (thrombophlebitis), sporotrichosis และ coccidioidomycosis นอกจากนี้ยังพบผื่นเรียงเป็นเส้นในโรค lichen striatus, linear morphea และ linear psoriasis เป็นต้น

- **Annular (circinate, ring-shaped)** ผื่นเป็นวง (รูปที่ 1.19) พบในเชื้อกลาก (dermatophytosis) โดยเฉพาะ tinea corporis, erythema annulare centrifugum, pityriasis rosea, subacute cutaneous lupus erythematosus (SCLE), secondary syphilis และ granuloma annulare เป็นต้น⁶

- **Arcuate (arciform)** ผื่นเรียงตัวเป็นเส้นโค้งแค่ว่า ส่วนหนึ่งของวงกลม (รูปที่ 1.20) พบในลมพิษ erythema multiforme, pityriasis rosea และ erythema marginatum เป็นต้น⁶

- **Dermatome (zosteriform), segment** ผื่นกระจายอยู่บนผิวหนังตามแนวที่เลี้ยงโดยเส้นประสาทจาก dorsal root



รูปที่ 1.16 Telangiectasia แสดงหลอดเลือดแดงเห็นชัดเจนขึ้นบริเวณหน้าหู



รูปที่ 1.17 Group แสดงตุ่มน้ำขึ้นใกล้กันเป็นกลุ่มเหนือริมฝีปากในการติดเชื้อ herpes simplex virus



รูปที่ 1.18 Linear แสดงผื่นขึ้นเรียงเป็นเส้นบนขาจากโดนแมงกะพรุน

ganglion เดียวกัน (รูปที่ 1.21) ในการติดเชื้อ varicella zoster virus (รูปที่ 12.66) หรือกระจายเป็นแถบในผิวหนังขาว (vitiligo) ที่ขึ้นเป็นแถบใน segmental vitiligo (รูปที่ 21.4)

- **Iris (target)** ม่านตา หมายถึงผื่นที่มีลักษณะเป็นวง และสีตรงกลางแตกต่างจากผื่นรอบข้างอย่างชัดเจน (รูปที่ 1.22) อาจเป็นตุ่มน้ำหรือมีรอยถลอกตรงกลางทำให้ดูคล้ายม่านตาหรือเป้ายิง พบใน erythema multiforme
- **Polycyclic (gyrate)** ผื่นเป็นวงมีขอบโค้งหลายวงซ้อนต่อกัน (รูปที่ 1.23) มักเกิดจากผื่น annular หลายอันมารวมกัน พบในลมพิษ SCLF, erythema gyratum repens เป็นต้น⁶
- **Serpiginous** ผื่นโค้งเป็นเส้นยาว คดเคี้ยวไปมาคล้ายรอยสัตว์เลื้อย พบในรอยโรค cutaneous larva migrans



รูปที่ 1.19 Annular แสดงผื่นขึ้นเป็นวงในซีกกลางที่ศีรษะ

(รูปที่ 1.24) และ elastosis perforan serpiginosa

- **Reticular (net-like, lacy)** ผื่นเป็นเส้นสานกัน ลักษณะคล้ายร่างแห ตาข่ายหรือผ้าลูกไม้ พบใน livedo reticularis, cutis marmorata และ erythema ab igne เป็นต้น
- **Discrete** แยกเป็นส่วนชัด ผื่นขึ้นกระจายแยกจากกัน ผื่นลักษณะนี้มักไม่ค่อยช่วยในการวินิจฉัยโรค
- **Nummular (discoïd, coin-shape)** ผื่นอยู่รวมกันเป็นวงกลมคล้ายเหรียญ (รูปที่ 1.25) เช่น ผื่นใน nummular eczema และ discoïd lupus erythematosus
- **Acral part** หมายถึงผื่นที่ขึ้นบนร่างกายบริเวณส่วนปลาย เช่น แขน ขา มือ เท้า เล็บ หู และจมูก โรคที่มีผื่นบริเวณนี้ได้แก่ palmoplantar keratoderma, pachyonychia congenita, Raynaud's phenomenon, erythromelalgia,



รูปที่ 1.21 Segment แสดงผื่นกระจายเป็นแถบบนท้องใน segmental vitiligo



รูปที่ 1.20 Arcuate แสดงผื่นขึ้นเป็นเส้นโค้งแค่ส่วนหนึ่งของวงกลมบนต้นแขน



รูปที่ 1.22 Target หรือ iris lesion แสดงผื่นเป็นวงและสีตรงกลางต่างจากรอบข้าง



รูปที่ 1.23 Polycyclic แสดงผื่นเป็นวง หลายวงมีขอบต่อกันบนลำตัว



รูปที่ 1.24 Serpiginous แสดงผื่นเป็นเส้นคดเคี้ยวใต้ผิวหนังบนหลังเท้าใน cutaneous larva migrans

Gianotti-Crosti syndrome, polyarteritis nodosa, erythema nodosum และ leukocytoclastic vasculitis⁷

- **Herpetiform** ตุ่มน้ำหรือตุ่มหนองที่ขึ้นอยู่เป็นกลุ่มคล้ายกับที่พบในการติดเชื้อ herpes simplex virus เช่น โรค dermatitis herpetiformis

- **Koebner (isomorphic) phenomenon** ตั้งชื่อเป็นเกียรติแด่แพทย์ชาวเยอรมัน Heinrich Koebner ผู้บรรยายผื่น หมายถึงการเกิดผื่นขึ้นใหม่ตามตำแหน่งที่ผิวหนังได้รับบาดเจ็บ กระแทกกระแทก (รูปที่ 1.26) เช่น รอยเกา รอยถลอก เป็นแผล โดยมีลักษณะของผื่นแบบเดียวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ Koebner phenomenon พบได้ใน โรคสะเก็ดเงิน

lichen planus, lichen nitidus และ vitiligo⁸

- **Satellite บริวาร** หมายถึงผื่นขนาดเล็กกระจายเป็นบริวารอยู่รอบ ๆ ผื่นขนาดใหญ่ที่อยู่ตรงกลาง (รูปที่ 1.27) เช่น ในการติดเชื้อ *Candida* spp., melanocytic nevi และ melanoma

- **Umbilication รอยหว่าคล้ายสะดือ** คือผื่นมีรอยบุ๋มตรงกลางทำให้เห็นลักษณะคล้ายสะดือ พบในการติดเชื้อไวรัส หูดข้าวสุก (molluscum contagiosum) และ varicella zoster virus



รูปที่ 1.25 Nummular แสดงผื่นขึ้นเป็นวงคล้ายเหรียญใน nummular eczema



รูปที่ 1.26 Koebner phenomenon แสดงผื่นขึ้นตามรอยแตกของผิวในโรคสะเก็ดเงิน

- **Blaschko's line** ผื่นเรียงเป็นเส้นตามแนว ตั้งชื่อเป็นเกียรติแก่แพทย์ชาวเยอรมัน Alfred Blaschko ผู้บรรยายผื่นที่มีการเรียงตัวเป็นเส้นโค้งบนหน้าอก รูปตัวอักษร S บนลำตัวด้านหน้า และรูปตัวอักษร V ที่กลางหลัง (รูปที่ 1.28) ซึ่งไม่ใช่แนวของ dermatome เชื่อว่ารอยโรคที่เรียงตามลักษณะนี้เกิดตั้งแต่ช่วง developmental origin หรือเป็น mosaicism ของผิวหนังปกติแทรกด้วยผิวที่ผิดปกติ พบใน epidermal nevi, incontinentia pigmenti, hypomelanosis of Ito และ focal dermal hypoplasia เป็นต้น โรคผิวหนังชนิดที่เรียงตัวตาม Blaschko's line เช่น lichen striatus และ blaschkitis เป็นต้น⁹⁻¹¹



รูปที่ 1.27 Satellite แสดงผื่นขนาดเล็กกระจายเป็นบริวารรอบผื่นใหญ่บนท้องใน candidiasis



รูปที่ 1.28 Blaschko's line แสดงผื่นเรียงเป็นรูปตัว V ที่กลางหลัง

การกระจายของรอยโรค (distribution of lesion)

เมื่อตรวจดูรูปร่างลักษณะและการเรียงตัวของผื่นแล้ว ควรตรวจดูการกระจายของผื่นทั่วร่างกายว่ามีผื่นอยู่บริเวณใดบ้าง ผื่นเป็นเฉพาะที่ (localized) หรือเป็นหลายแห่งทั่วตัว (generalized) เป็นข้างเดียวหรือสองข้างของร่างกาย เมื่อเปรียบเทียบระหว่างร่างกายสองข้างแล้วผื่นขึ้นสมมาตรกัน (symmetry) หรือไม่ ถ้าขึ้นทั้งสองข้างของร่างกาย ควรนึกถึงโรคหรือปัจจัยจากภายใน (endogenous) หรือ systemic disease โรคแต่ละโรคจะมีการกระจายที่มีลักษณะเฉพาะตามบริเวณที่แตกต่างกันไปซึ่งจะช่วยในการวินิจฉัยโรคอย่างมาก เช่น^{1-3,5}

โรคในกลุ่ม photodermatoses เช่น systemic lupus erythematosus และ dermatomyositis จะมีผื่นขึ้นบนผิวหนังที่ถูกแสงแดด (photo-exposed area) เช่น ใบหน้า ด้านหลังของแขนและหลังมือ บริเวณนอกร่มผ้าของขา คอ และหน้าอก ส่วนบนที่อยู่นอกเสื้อ (รูปที่ 1.29) โดยไม่ค่อยพบผื่นในบริเวณที่ถูกบดบังจากแสง เช่น หนังตาบน ใต้จมูก และใต้คาง¹

การกระจายของผื่นมีความสำคัญมากในการวินิจฉัยแยก eczema เป็นชนิดต่าง ๆ atopic dermatitis ในเด็กโตและผู้ใหญ่ผื่นมักขึ้นบริเวณซอกพับ เช่น ข้อพับเข่า ข้อพับแขน คอ โรคสะเก็ดเงินจะพบผื่นขึ้นบ่อบนข้อศอก ข้อเข่า หนังศีรษะ และเล็บ โรคหิดก็จะมี papule และตุ่มน้ำกระจายบนผิวหนังที่เย็น ๆ ตามซอกพับทั้งหลาย เช่น รักแร้ ขาหนีบ ข้อมือ ข้อมือ รอบสะดือ ใต้ราวนม อวัยวะเพศและรอบรูทวาร เป็นต้น การติดตามการกระจายตัวของผื่นยังช่วยบอกการดำเนินโรคด้วย



รูปที่ 1.29 Photo-exposed area แสดงผื่นบนผิวหนังที่ถูกแสงแดดบริเวณหน้าอกที่อยู่นอกเสื้อ

นอกจากการดูรูปร่างและการกระจายตัวของผื่นแล้ว สีของผิวหนังที่เปลี่ยนแปลงไป (pigmentary change) ก็มีความสำคัญ ปกติสีของผิวหนังมาจากสีของ melanin pigment ได้แก่ eumelanin หรือ brown-black melanin และ pheomelanin หรือ yellow-red melanin, carotenoid ในหนังกำพร้า hemoglobin ทั้ง reduced hemoglobin และ oxyhemoglobin ในหนังแท้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อสีผิว เช่น การกระจายของแสง ความหนาบางของหนังกำพร้าและความชุ่มชื้นของผิว

ปกติสีผิวในแต่ละตำแหน่งจะต่างกัน เช่น ลำตัวด้านหลังของคนปกติจะมีสีเข้มกว่าด้านหน้า แขนขาด้านเหยียด (extensor) มีสีเข้มกว่าด้านงอ (flexor) และต้นขาด้านในจะขาว บริเวณเต้านมและอวัยวะเพศมีสีเข้ม ฝ่ามือ ฝ่าเท้ามีสีขาวกว่าหลังมือ หลังเท้า บริเวณที่มีสีอ่อนกว่าบริเวณข้างเคียง คือ ปลายจมูก เหนือคิ้ว ด้านหน้า ด้านหลังหู กระดุกสันอก ไหล่บรา และผิวบริเวณกลางหลัง เป็นต้น สีผิวของคนแต่ละเชื้อชาติจะแตกต่างกัน การสังเกตสีผิวที่เปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยผิวคล้ำทำได้ยาก

การเปลี่ยนแปลงจาก secondary lesion เช่น scale อาจทำให้สีที่แท้จริงของผิวหนังเปลี่ยนไป เมื่อมีความผิดปกติของสีเกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นสีเข้มขึ้นหรืออ่อนลง และ dyspigmentation อื่น ๆ สีที่มองเห็นจะช่วยบอกถึงพยาธิวิทยาที่อยู่ข้างใต้ว่าน่าจะเกิดจากอะไร เช่น สีเหลืองส้มน่าจะเกิดจาก carotenoid pigment สีเหลืองมาจากไขมัน และสีเหลืองปนเขียวเกิดจากน้ำดี เป็นต้น⁵

การตรวจร่างกายระบบผิวหนังนอกจากการดูซึ่งสำคัญที่สุดแล้ว การคลำ (palpation) จะช่วยบอกขนาดและขอบเขตของผื่นได้แน่นอนมากขึ้น ทำให้ทราบความรู้สึก ลักษณะเนื้อแท้ (texture) และ consistency ของรอยโรคว่านุ่ม แข็งเพียงใด มี fluctuation หรือไม่ ยึดติดกับเนื้อเยื่อข้างเคียงและข้างใต้ อย่างไร การคลำทำให้ทราบอุณหภูมิของผื่นว่าร้อนหรือเย็น รวมทั้งประเมินอาการเจ็บที่พบร่วมด้วยได้¹ แพทย์ต้องยึดหลัก universal precaution ไว้เสมอในการตรวจร่างกายผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการคลำผิวหนังบริเวณที่มีเลือดออก⁵

การตรวจผิวหนังด้วยวิธีพิเศษ (special dermatological technique)

ในบางครั้งการตรวจผิวหนังต้องอาศัยวิธีการตรวจพิเศษเพิ่มเติมที่จะช่วยให้แพทย์ได้ข้อมูลเกี่ยวกับรอยโรคมากขึ้น ความแม่นยำของการตรวจทุกชนิดในการวินิจฉัยโรคนั้นขึ้นกับประสบการณ์ของผู้ทำจึงจะทำให้ผลน่าเชื่อถือ วิธีการตรวจพิเศษ

ทางผิวหนัง ได้แก่¹⁻⁵

- **Diascopy (vitropression)** การตรวจทำโดยใช้ diascope อาจเป็นสไลด์กระจก หรือแผ่นพลาสติกใสกดลงบนรอยโรคแรง ๆ (รูปที่ 1.30) เป็นการไล่เลือดในหลอดเลือดออกจากผิวหนังบริเวณนั้น แพทย์จะสามารถมองเห็นการเปลี่ยนแปลงในหนังแท้ได้ชัดเจนขึ้น การตรวจนี้มีประโยชน์ในการวินิจฉัย granulomatous noduleทั้งหลาย เพราะทำให้เห็นก้อนข้างใต้ได้ชัดเจน เช่น lupus vulgaris จะเห็นก้อนสีเหลืองปนน้ำตาล ลักษณะคล้ายสี apple jelly นอกจากนี้ยังช่วยแยกผื่นที่มีสีแดงถ้าเกิดจากหลอดเลือดขยายตัว เมื่อทำ diascopy สีแดงจะจางหายไป ต่างจากจุดเลือดออกซึ่งมีเม็ดเลือดแดงออกมาอยู่นอกหลอดเลือด ดังนั้นเมื่อทำ diascopy สีแดงจะยังคงอยู่

- **Darier's sign** การขีดหรือถูแรง ๆ บริเวณรอยโรคที่สงสัยว่าจะมี mast cell อยู่ข้างใต้ ถ้าผลบวก 5-10 นาทีต่อมาจะมีผื่นลมพิษขึ้น (รูปที่ 1.31) บางครั้งอาจเกิดตุ่มน้ำบนรอยโรคนั้นและมีอาการคันร่วมด้วยจากการที่ mast cell ถูกกระตุ้นจึงปล่อย histamine ออกมาทำให้เกิดลมพิษ เมื่อวิธีการตรวจนี้ให้ผลบวกถือเป็น hallmark ช่วยวินิจฉัยโรคในกลุ่ม cutaneous mastocytosis เช่น urticaria pigmentosa

- **Auspitz's sign** ทำโดยขีดเอา scale ที่ติดบนผื่นออก ผลบวกจะเห็นจุดเลือดออกเล็ก ๆ อยู่บนผื่นที่มีผิวเรียบเป็นมัน (รูปที่ 1.32) เกิดจากพยาธิสภาพของผื่นมี suprapapillary epithelium บางลง และหลอดเลือดใน dermal papillae ขยายตัวใหญ่ขึ้น ถึงแม้ว่า Auspitz's sign จะไม่ใช่ diagnostic sign แต่ถ้าพบก็จะช่วยบ่งชี้ว่าผู้ป่วยน่าจะเป็นโรคสะเก็ดเงิน



รูปที่ 1.30 การทำ diascopy แสดงการใช้สไลด์กระจกกดบนรอยโรค



รูปที่ 1.31 Darier's sign แสดงผื่นลมพิษขึ้นหลังขูดบริเวณรอยโรคของ urticaria pigmentosa



รูปที่ 1.33 Dermographism แสดงลมพิษขึ้นตามรอยขีด



รูปที่ 1.32 Auspitz's sign แสดงจุดเลือดออกขนาดเล็กหลังขูด scale บนผื่นของโรคสะเก็ดเงินออก

- **Dermographism** ทำโดยใช้วัตถุปลายทุทุหรือขูดผิวหนังปกติของร่างกายแรงพอสมควร บริเวณที่นิยมคือท้องแขน ผลบวักจะเกิด wheal ขึ้นบริเวณที่ขูดนั้น (รูปที่ 1.33) และหายไปในเวลาไม่นานเกิน 0.5-1 ชม. dermatographism เกิดจากปฏิกิริยา tripple response of Lewis เริ่มจากมีเส้นแดงตามรอยขีดภายในเวลาไม่กี่วินาที ตามมาด้วย erythematous flare จาก axon reflex มีการขยายตัวของหลอดเลือดแดงจิ๋ว (arteriole) รอบ ๆ รอยขีด และสุดท้ายเกิด wheal ภายในเวลาไม่กี่นาทีจาก capillary injury ทำให้ permeability เพิ่มขึ้น มี transudate และสารน้ำรั่วออกมา ถ้ามีอาการคันร่วมด้วยจัดเป็น symptomatic dermatographism สารตัวกลาง (mediator) ที่มีส่วนสำคัญ คือ histamine, dermatographism นั้นพบได้ร้อยละ 4-5 ของคนปกติ อาจพบในผู้ป่วยลมพิษ ผื่น

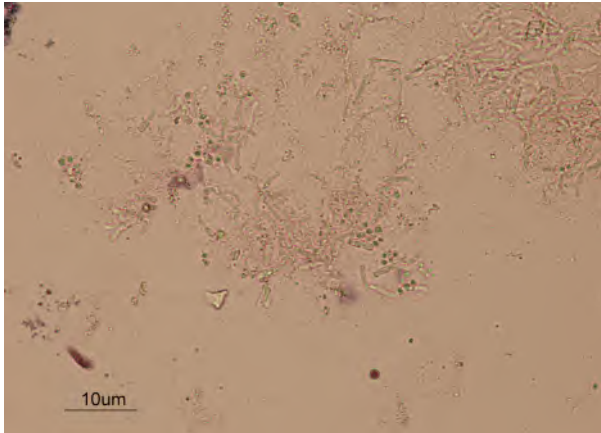
แพ้ยา คนที่มีภาวะอารมณ์เสีย และผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ต่าง ๆ เช่น แพ้แมลง ในผู้ป่วย atopic dermatitis นั้นอาจพบ white dermatographism ได้โดยไม่มีผื่นแดงตามรอยขีด แต่เกิดรอยขาวเป็นทางจากหลอดเลือดหดตัว และ wheal แทนการเป็นรอยแดงในการตอบสนองตามปกติ

- **Nikolsky's sign** วิธีการทำใช้นิ้วถูเบา ๆ บริเวณผิวหนังปกติที่อยู่ใกล้เคียงกับรอยโรค ผลบวักจะพบผิวหนังที่ถูกถูจะหลุดลอกเป็นแผ่นออกมา เกิดจากความผิดปกติของการยึด (cohesion) ของ keratinocyte ในหนังกำพร้า พบ Nikolsky's sign ได้ในหลายโรค ที่สำคัญ คือ pemphigus vulgaris, staphylococcal scalded skin syndrome, Stevens-Johnson syndrome และ toxic epidermal necrolysis

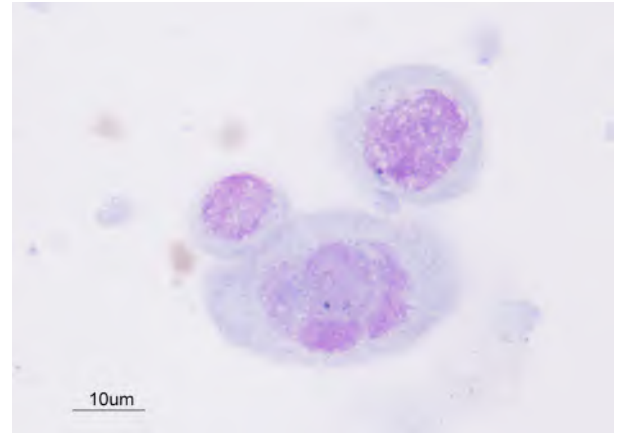
- **Paring** การฝานผิวหนังที่หนาขึ้นออกเพื่อแยก ระหว่างหูด (warts) และตาปลา (callosity, corn) ถ้าเป็นหูดเมื่อฝานผิวหนังชั้น horny layer ออกจะพบจุดเลือดออกเล็ก ๆ บนหน้าตัดที่ฝานจากหลอดเลือดที่ขยายตัวใหญ่ขึ้น และ thrombosed capillary บริเวณส่วนบนของ dermal papillae แต่ในตาปลาที่มีหนังหนาแน่นจะพบผิวเรียบเป็นมัน ไม่มีจุดเลือดออก

การตรวจร่างกายระบบอื่น (general physical examination)

การตรวจร่างกายระบบอื่น ๆ มีความจำเป็นมากน้อยเพียงใดขึ้นกับข้อมูลที่ได้จากประวัติและการตรวจผื่น ควรต้องตรวจร่างกายทุกระบบอย่างละเอียดเมื่อสงสัยว่าผื่นนั้นเกี่ยวข้องกับ ความผิดปกติของระบบอื่น



รูปที่ 1.34 KOH preparation แสดงสาหร่ายและสปอร์



รูปที่ 1.35 Tzanck smear แสดง multinucleated giant cell ในการติดเชื้อ herpesvirus

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (investigation)

การตรวจอื่น ๆ โดยเฉพาะการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อวินิจฉัยโรคผิวหนังนั้นมีหลายวิธี ผู้ทำควรต้องฝึกฝนให้ชำนาญ ประสบการณ์จะทำให้ผลการตรวจมีความแม่นยำ การตรวจที่มีความสำคัญ ทำได้รวดเร็ว ให้ประโยชน์มาก ได้แก่¹⁻⁵

1. การตรวจหาเชื้อที่เป็นสาเหตุก่อโรค (organism identification)

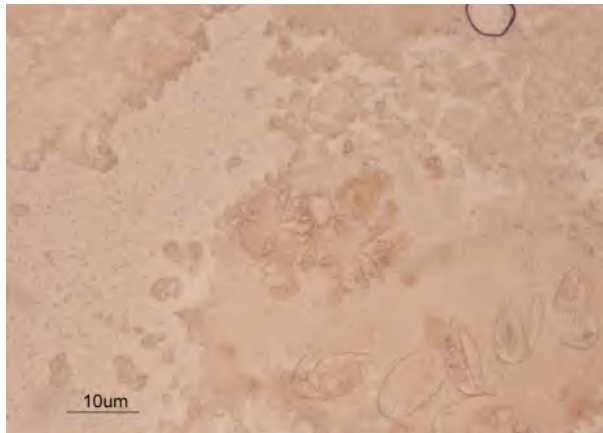
ผิวหนังเป็นอวัยวะที่อยู่ส่วนนอกของร่างกาย สามารถเก็บสิ่งส่งตรวจ (specimen) ได้อย่างสะดวกในเวลาอันรวดเร็ว โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บ การตรวจที่ทำบ่อย คือ

1.1 Potassium hydroxide (KOH) preparation

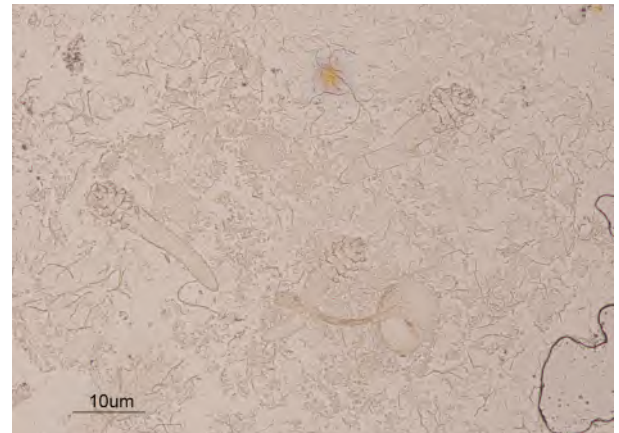
จากการขูด scale บริเวณรอยโรค ถอนผม หรือตัดเล็บที่ผิดปกติ มาขย้อมหาเชื้อราหรือยีสต์ ด้วยน้ำยา KOH ความเข้มข้นร้อยละ 10-20 ขึ้นกับความหนาของสิ่งที่จะตรวจ ลนสไลด์กระจกที่มี specimen ผ่านเปลวไฟ 2-3 ครั้งพออุ่น โดยคอยระวังไม่ให้ น้ำยาเดือดเพราะจะทำให้ น้ำยา KOH ตกตะกอนเป็นผลึก ความร้อนจะเร่งปฏิกิริยาการสลายเคอราตินและ debris จนโปร่งแสง ทำให้สามารถมองเห็นสาหร่ายและสปอร์ได้ง่ายขึ้น (รูปที่ 1.34) ถ้าไม่ต้องการลนไฟ อาจวางทิ้งไว้ 15-20 นาที หรือใส่ น้ำยา dimethyl sulfoxide (DMSO) ลงไปเพื่อช่วยละลายเคอราติน อาจใส่ base-ink preparation เพื่อย้อมยีสต์ ควรกด coverslip เบา ๆ เพื่อแผ่ scale ให้บางลง การตรวจหาเชื้อราด้วยกล้องจุลทรรศน์ ควรใช้ไฟสไลด์โดยปิด iris diaphragm ให้แคบและปรับ condenser ของกล้องลงต่ำเพื่อให้เกิดความแตกต่าง

ระหว่างเชื้อราและ epidermal element ทำให้เห็นสาหร่ายและสปอร์ได้ชัดเจนมากขึ้น การตรวจต้องหาเชื้อราอย่างละเอียด ถัดมาให้ทำสไลด์ และอาจต้องตรวจหลาย specimen ลักษณะสาหร่ายและสปอร์ที่พบจะช่วยแยกชนิดของต้นเหตุผื่นได้ เช่น การติดเชื้อ *Candida* จะพบ budding yeast และ pseudohyphae รอยโรคจากเชื้อกลากจะพบ septate hyphae และ arthrospore เป็นต้น¹²

1.2 Tzanck smear ทำได้ง่าย ได้ผลในเวลารวดเร็ว ราคาถูก ไม่ทำอันตรายกับผู้ป่วย จัดเป็นการตรวจทาง cytology ดู epithelium ที่ฐานของตุ่มน้ำ รอยโรคที่เหมาะสมในการนำมาตรวจคือตุ่มน้ำที่ขึ้นใหม่ ๆ ไม่เป็นหนอง ไม่ตกสะเก็ด หรือแตกเป็น crust จะให้ผลดีที่สุด วิธีทำคือเปิดผิวหนังที่คลุมตุ่มน้ำหรือตุ่มหนองออก ซับเบา ๆ แล้วใช้ใบมีดขูดเอาเซลล์ที่ฐานของตุ่มน้ำโดยระวังไม่ให้เลือดออกมาปน นำไปป้ายบนสไลด์กระจก ทิ้งไว้ในอากาศให้แห้ง แล้วจึงย้อมด้วยวิธี Wright's stain หรือ Giemsa's stain อาจย้อมด้วย methylene blue, crystal violet, toluidine blue, Papanicolaou's stain หรือ Sedi-stain ก็ได้ นำไปดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ ถ้าพบเซลล์บวมโต (ballooning cell) มีหลายนิวเคลียส เรียกว่า multinucleated giant cell (รูปที่ 1.35, 10.6, 12.65) แสดงว่ามีการติดเชื้อในกลุ่ม herpesvirus ซึ่งอาจเป็น herpes simplex virus หรือ varicella zoster virus ก็ได้ ต้องอาศัยอาการทางคลินิกแยกโรคออกจากกัน นอกจากนี้การตรวจ Tzanck ยังเป็นการตรวจดูเซลล์ที่พบในตุ่มน้ำด้วยว่าเป็นเซลล์ชนิดใด จะช่วยในการวินิจฉัย vesiculobullous disease เช่น ถ้าตรวจพบ eosinophil



รูปที่ 1.36 Oil preparation แสดงตัวและไข่หิด

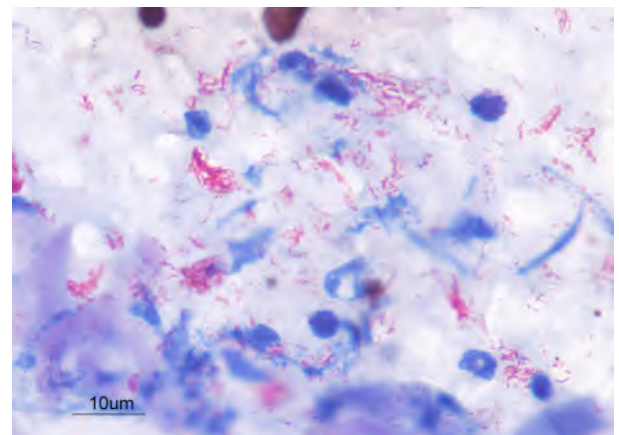


รูปที่ 1.37 Oil preparation แสดง *Demodex*

อาจเป็นโรค *incontinentia pigmenti*, *erythema toxicum neonatorum* เซลล์ชนิด *acantholytic cell* พบใน *pemphigus vulgaris* จะพบ *neutrophil* ใน *impetigo*, *transient neonatal pustular melanosis* และ *acropustulosis of infancy* เป็นต้น^{1,12}

1.3 Gram stain เพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อแบคทีเรีย เช่น *impetigo* เซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ (*cellulitis*) รูขุมขนอักเสบ (*folliculitis*) และฝี รอยโรคที่เป็นตุ่มหนองยังอาจเกิดจากการติดเชื้อรา ไวรัส หรือเป็นปฏิกิริยาการอักเสบที่ผิวซึ่งไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคก็ได้ ดังนั้นการทำ Gram stain จะให้ผลอย่างรวดเร็ว ช่วยวินิจฉัยแยกโรคได้ว่าสาเหตุของรอยโรคเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียหรือไม่ และเป็นแบคทีเรียชนิดใด ทำให้แพทย์สามารถเริ่มให้ยาปฏิชีวนะได้ก่อนทราบผลการเพาะเชื้อซึ่งต้องใช้เวลาหลายวัน¹²

1.4 การตรวจหาหิด และเหาด้วย mineral oil preparation ทำโดยขูดหรือสเกกบริเวณปลาย *burrow*, *papule* ตุ่มน้ำ ตุ่มหนองจากตำแหน่งที่มีโอกาสพบมากที่สุด เช่น ขอก้น รักแร้ รอบสะดือ และในสวนพับ เป็นต้น มาหยดด้วย mineral oil ตรวจหาตัวหิด ไข่หรืออุจจาระของหิด (*scybala*) ด้วยกล้องจุลทรรศน์ (รูปที่ 1.36, 11.7) ถ้าใช้น้ำยา KOH อาจละลายตัวหิด ไข่และอุจจาระของหิด ทำให้ตรวจไม่พบ เกิดเป็นผลลบลง (*false negative*) ในปัจจุบันอาจใช้กล้อง *dermoscope* ช่วยหาตัวหิดและ *burrow* ช่วยให้การวินิจฉัยหิดแม่นยำมากขึ้น การทำ mineral oil preparation ยังสามารถใช้ตรวจหา *Demodex brevis* (รูปที่ 1.37) ซึ่งเป็นสาเหตุของ *Demodex folliculitis* และเกี่ยวข้องกับการอักเสบเป็นผื่นที่หน้าของ *rosacea* ได้ด้วย ส่วนการตรวจหาเหานั้นทำเพื่อแยก



รูปที่ 1.38 Acid fast stain แสดง acid fast bacilli ในการติดเชื้อ *Mycobacterium* spp.

โรคออกจากรังแคหรือสะเก็ดอื่น ๆ โดยใช้กรรไกรตัดเล็มเส้นผมหรือขนที่สงสัยว่ามีไข่เหา (*nits*) ติดอยู่มาส่องตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์¹³ (รูปที่ 11.10)

1.5 Acid fast stain การย้อมเพื่อวินิจฉัยโรคผิวหนังจากการติดเชื้อ acid fast bacilli ทั้งหมด (รูปที่ 1.38) เช่น *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium leprae* และ atypical *Mycobacterium* อื่น ๆ¹² มีประโยชน์อย่างมากเพราะทราบผลเร็วกว่าการเพาะเชื้อ และการทำ polymerase chain reaction มาก รวมทั้งปัจจุบันยังไม่สามารถเพาะเชื้อ *Mycobacterium leprae* ได้

1.6 Dark field examination การตรวจหาเชื้อ *Treponema pallidum* ที่เป็น spirochete ด้วย dark field microscope (รูปที่ 1.39) ดูซีรั่มและสิ่งไหลออก (*discharge*)



รูปที่ 1.39 Dark field examination แสดง *Treponema pallidum* ในผู้ป่วย congenital syphilis

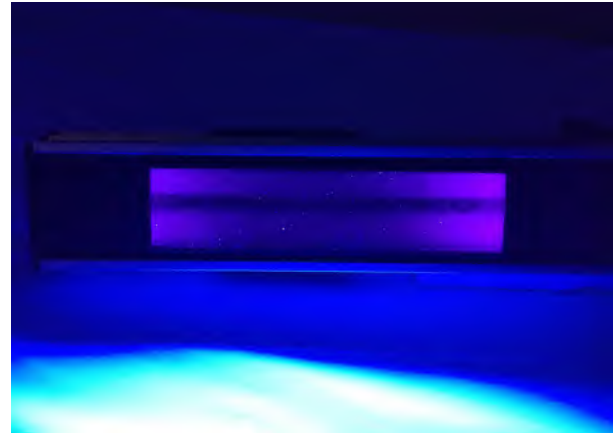


รูปที่ 1.40 การทำ slit smear แสดงการกรีดบริเวณรอยโรค ขูดเอาซีรัมมาทำ acid fast stain

จากรอยโรคของ secondary syphilis หรือแผลกามโรค (chancere)

1.7 Slit smear การตรวจหาเชื้อ *Mycobacterium leprae* ด้วยการกรีดบริเวณรอยโรคขูดเอาซีรัมโดยพยายามอย่าให้มีเลือดออกมาปน (รูปที่ 1.40) นำมาย้อม acid fast ควรตรวจหาจากรอยโรคหลาย ๆ ตำแหน่งเพื่อเพิ่มโอกาสในการตรวจพบเชื้อ¹²

1.8 การเพาะเชื้อ (culture, isolation) การตรวจพบเชื้อจากรอยโรคโดยการย้อมเป็นวิธีการที่ทำได้เร็ว สามารถช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ทันที แต่บางครั้งจำเป็นต้องใช้วิธีการเพาะเชื้อร่วมด้วยเพื่อเพิ่มโอกาสในการพบเชื้อ ผลการเพาะเชื้อจะมีความไวมากกว่าการหาเชื้อโดยตรงจากรอยโรค โดยเฉพาะถ้าเชื้อก่อโรคมีจำนวนไม่มาก ทำให้ทราบรายละเอียดของเชื้อก่อ



รูปที่ 1.41 เครื่อง Wood's light แสดงเครื่องให้แสงสีม่วง ใช้ส่องตรวจรอยโรค

โรคให้มากขึ้น รวมทั้งสามารถทำการตรวจความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ (antimicrobial sensitivity test) เพื่อการรักษาต่อไปได้ด้วย

2. Wood's light examination

เครื่องมือ Wood's light (black light) นั้นใช้แสง ultraviolet ความถี่แสง 320-450 นม. อยู่ในช่วง ultraviolet A ซึ่งจะถูกรองด้วยกระจก Wood's glass ที่มีสาร barium silicate ประกอบด้วย nickel oxide ร้อยละ 9 แสงที่ลอดผ่านได้จะมีความเข้มข้นสูงสุดอยู่ในช่วงความถี่ 365 นม. ให้แสงสีม่วง (รูปที่ 1.41) เครื่องมือนี้มีประโยชน์ช่วยวินิจฉัยโรคและติดตามผลการรักษา วิธีตรวจต้องทำภายในห้องมืดสนิท (dark room) แล้วใช้เครื่อง Wood's light ส่องไฟไปยังบริเวณที่สงสัยว่าจะมีรอยโรคอยู่ ผลดูจากสีที่เกิดขึ้นบนรอยโรค การเรืองแสงจะให้สีต่างกันขึ้นกับชนิดของสาร และ pH ของสิ่งแวดล้อม^{14,15}

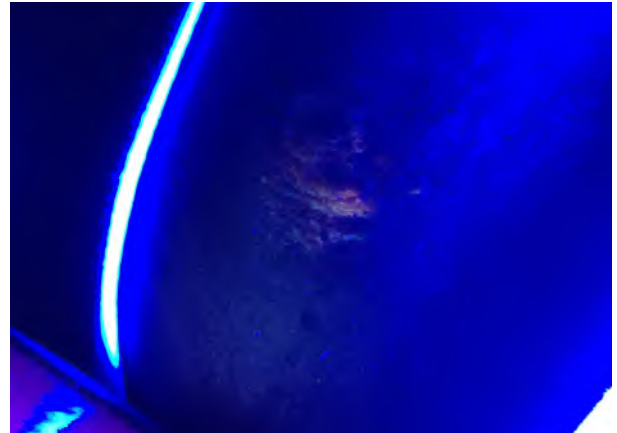
เส้นผมที่ติดเชื้อราในกลุ่ม dermatophytes บาง species เช่น *Microsporum canis*, *Microsporum audouinii*, *Microsporum ferrugineum* และ *Trichophyton schoenleinii* เป็นต้น เมื่อส่องด้วย Wood's light จะเรืองแสงสีเขียวสด (green fluorescence) (รูปที่ 1.42) จากสาร pteridine ที่เชื้อราปล่อยออกมาขณะที่ลูกกลมเข้าสู่เส้นผม ช่วยในการวินิจฉัยขี้กลากที่ศีรษะและเส้นผม (tinea capitis) ได้ แต่ในการติดเชื้อ dermatophytes อื่นๆ species ไม่ทำให้เส้นผมเกิดการเรืองแสง ดังนั้นถ้าตรวจไม่พบการเรืองแสงที่เส้นผม แพทย์ควรตรวจหาเชื้อราด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย

Wood's light ยังมีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคอื่น เช่น^{14,15}

- ผื่นของเกลื้อนจะเรืองแสง golden yellow fluorescence



รูปที่ 1.42 Wood's light แสดงเส้นผมเรืองแสงสีเขียวสดใน tinea capitis



รูปที่ 1.43 Wood's light แสดงผิวเรืองแสงสีแดงใน erythrasma

- ผื่นตามซอกพับ ง่ามนิ้วในโรค erythrasma ที่เกิดจากเชื้อ *Corynebacterium minutissimum* จะเรืองแสง coral red fluorescence จากสาร coproporphyrin III (รูปที่ 1.43)
- เชื้อ *Pseudomonas pyocyanea* สามารถสร้างสาร pyoverdine เรืองแสง yellowish green
- เลือด ปัสสาวะ อุจจาระ ฟันหรือน้ำในตุ่มน้ำของผู้ป่วยโรค porphyria จะเรืองแสง bright pink red fluorescence เมื่อโดน Wood's light (รูปที่ 1.44, 5.42, 24.16) จากสาร protoporphyrin หรือ coproporphyrin
- ยา tetracycline จะเรืองแสงสีเหลืองจากสาร mepacrine บนฟันของคนที่มียาสะสมอยู่ อาจนำไปใช้ในการตรวจหา burrow ได้โดยหยดยาลงไปบนรอยที่สงสัยและส่อง Wood's light ดู

Wood's light ยังช่วยค้นหาความผิดปกติของเมลานินในการตรวจหา รอย hypopigmentation เช่น ash leaf macule ในโรค tuberous sclerosis และสามารถบอกตำแหน่งของ melanin pigment ในผิวหนังได้ ถ้าเมลานินอยู่ตื้นในหนังกำพร้า เมื่อส่องด้วย Wood's light จะมองเห็นสีดำได้ชัดเจนขึ้น แต่ถ้าอยู่ลึกในหนังแท้ รอยดำจะไม่เข้มขึ้นอีก ใช้ช่วยบอกระดับความลึกของฝ้า (melasma) และกระ (freckles)^{14,15}

การตรวจ Wood's light อาจมีความผิดพลาดอาจเกิดขึ้นได้ในถ้าห้องไม่มีมืดเพียงพอ หรือมีเศษผง ซีรั่ม scale, exudate รวมทั้งคราบยาต่าง ๆ ที่ติดอยู่ตามผิวหนัง สิ่งเหล่านี้อาจเรืองแสงสีม่วงหรือฟ้าได้^{14,15}

3. Dermoscopy (dermatoscopy, epiluminescence microscopy) ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาเครื่องมือที่ช่วยในการตรวจผิวหนังอย่างมากและไม่ทำอันตรายแก่ผู้ป่วย คือ



รูปที่ 1.44 Wood's light แสดงฟันผู้ป่วย porphyria เรืองแสง bright pink red

dermoscope ซึ่งเป็นกล้องส่องตรวจดูรายละเอียดของผื่นโดยมีกำลังขยายมากได้เป็นร้อยเท่า ใช้ดูลักษณะรูปร่าง หลอดเลือด (รูปที่ 1.45) scale และสีของรอยโรค ร่วมกับลักษณะอื่นที่พบใช้ช่วยในการวินิจฉัยโรค เช่น ฝ้า ปาน congenital melanocytic nevi, malignant melanoma รอยโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงของสีผิว เส้นเลือด ผมหงอก และความผิดปกติของเส้นผม (hair shaft abnormality) เป็นต้น นอกจากนี้เครื่อง dermoscope ยังช่วยในการตรวจหาตัวหิดและร่องรอยของหิดใน burrow ได้ชัดเจนขึ้น ตรวจหา โกลน หูด หูดข้าวสุกและขี้กลากที่เส้นผม เป็นต้น^{13,16-19}

4. Skin biopsy²⁰ การตัดเนื้อออกตรวจทางจุลพยาธิวิทยา (histopathology) เพื่อการวินิจฉัยโรค โรคผิวหนังหลายโรคมีลักษณะทางพยาธิวิทยา (pathology) ที่เฉพาะเจาะจง แพทย์ควรตัดผิวหนังออกตรวจในกรณีที่ไม่สามารถให้การวินิจฉัยจาก



รูปที่ 1.45 Dermoscopy แสดงการขยายให้เห็นรอยโรคบริเวณขอบเล็บ



รูปที่ 1.46 การทำ punch skin biopsy แสดงการตัดรอยโรคเพื่อตรวจ

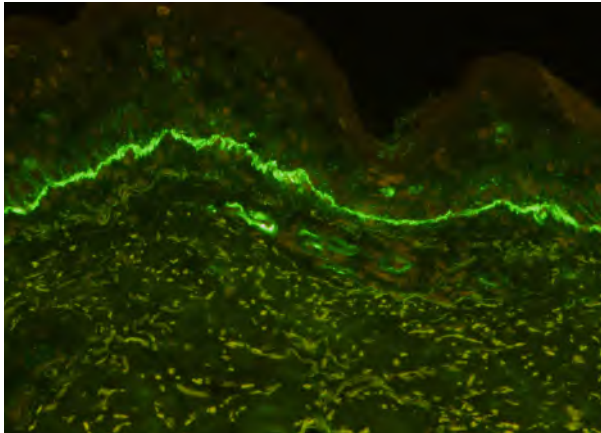
ลักษณะของผื่นและการตรวจอื่น ๆ ได้ หรือสงสัยว่าผื่นนั้นเป็นมะเร็ง (malignancy) การเลือกผื่นเพื่อตัดไปตรวจมีความสำคัญมาก ตำแหน่งที่เหมาะสมคือผื่นที่ขึ้นเต็มที่แล้วและไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน ถ้าเป็นตุ่มน้ำควรเลือกตุ่มน้ำที่เพิ่งขึ้นใหม่ ๆ ขึ้นเนื้อที่ตีความขนาดใหญ่พอ และลึกถึง subcutaneous fat เพราะบางครั้งพยาธิสภาพเกิดขึ้นในไขมัน เช่น panniculitis¹ ถ้าเป็นไปได้ขึ้นเนื้อควรมีผิวหนังปกติดำอยู่ด้วย โดยเฉพาะในโรค immunobullous disease นั้นจำเป็นต้องมี perilesional skin เพื่อตรวจ immunofluorescence ควรหลีกเลี่ยงการตัดชิ้นเนื้อจากตำแหน่งที่ทำให้เกิดแผลไม่สวยงามหรือเห็นได้ชัดเจน เช่น บริเวณใบหน้า ตำแหน่งที่แผลหายช้า เช่น บริเวณ bony pro-

minent บริเวณข้อที่ขยับเคลื่อนไหวบ่อย ๆ นอกจากการส่งชิ้นเนื้อตรวจ histopathology แล้ว อาจต้องตรวจ ultrastructure ด้วยกล้อง electron microscope, immunofluorescence study, enzyme histochemistry, immunohistochemistry, polarization microscopy หากสิ่งแปลกปลอม ย้อมพิเศษหาเชื้อ การเพาะเชื้อ และ in situ hybridization ขึ้นกับโรคที่สงสัย ซึ่งการตรวจต่าง ๆ เหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยวิธี น้ำยาเก็บเนื้อและการส่งตรวจแตกต่างกัน เช่น ต้องแช่ชิ้นเนื้อในน้ำยา formalin ร้อยละ 10 ในการส่งตรวจ histopathology ใช้ น้ำยา glutaraldehyde ในการส่งชิ้นเนื้อตรวจ electron microscope ควรรีบส่งชิ้นเนื้อไปห้องปฏิบัติการทันทีในการตรวจ immunofluorescence แต่ถ้าการส่งต้องใช้เวลานาน ควรแช่ชิ้นเนื้อใน transport media หรือใส่ในขวดสะอาด ปิดให้แน่น จุ่มลงใน liquid nitrogen ระหว่างเดินทาง ดังนั้นก่อนที่แพทย์จะทำการตัดชิ้นเนื้อทุกครั้ง ควรพิจารณาให้รอบคอบว่าต้องการส่งตรวจอะไรบ้าง

วิธีการตัดผิวออกตรวจที่นิยมทำมากที่สุดคือ elliptical surgical biopsy ตัดชิ้นเนื้อออกเป็นรูปรีด้วยใบมีดแล้วเย็บปิด และ punch skin biopsy เจาะตัดชิ้นเนื้อด้วยเครื่องมือที่มีปลายเป็นมีดวงกลม (รูปที่ 1.46) ซึ่งทำได้ง่ายในเวลาอันรวดเร็ว แต่จะได้เนื้อขนาดเล็กและตื้นกว่าการตัดด้วยมีด วิธีอื่นคือ shave biopsy เหมือนเอารอยโรคที่นูนออก การตัดควรกรีดผิวหนังตาม Langer's line เพื่อให้แผลหายดีสวยงามที่สุด ในปัจจุบันมีวิธีการที่ดีสามารถเก็บ DNA ของทารกในครรภ์มาตรวจวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมได้ เช่น การทำ amniocentesis และ chorionic villus sampling จึงนำมาใช้แทนการตัดผิวทารกในครรภ์ (fetal skin biopsy) มาตรวจวินิจฉัยโรคผิวหนังที่มีถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น epidermolysis bullosa และ ichthyosis syndrome

5. Immunofluorescence study โดยวิธี direct immunofluorescence ตรวจหาสารภูมิคุ้มกัน (antibody) คุณลักษณะ ตำแหน่งและชนิดของ immunoglobulin, complement และ fibrin ที่ติดอยู่บนผิวหนัง การตรวจ indirect immunofluorescence หาชนิดของ circulating antibody ต่อผิวหนังในกระแสเลือดของผู้ป่วย วิธีการตรวจนี้มีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคในกลุ่ม immunobullous disease และ autoimmune disease ทั้งยังใช้ติดตามผลการรักษาโรคด้วย (รูปที่ 1.47)

6. Electron microscope การตัดชิ้นเนื้อตรวจด้วยกล้อง electron microscope เพื่อดูรายละเอียดระดับ ultrastructure เช่น ดูตำแหน่งที่ผิวหนังแยกตัวเพื่อแยกชนิดของ



รูปที่ 1.47 การตรวจ direct immunofluorescence แสดง immunoglobulin ติดที่ผิวหนัง

epidermolysis bullosa ค้นหา viral particle หรือส่วนประกอบของเซลล์ซึ่งไม่สามารถมองเห็นรายละเอียดได้ด้วยกล้องจุลทรรศน์ธรรมดา (รูปที่ 1.48) ตรวจหาความผิดปกติของเส้นผม (รูปที่ 1.49)

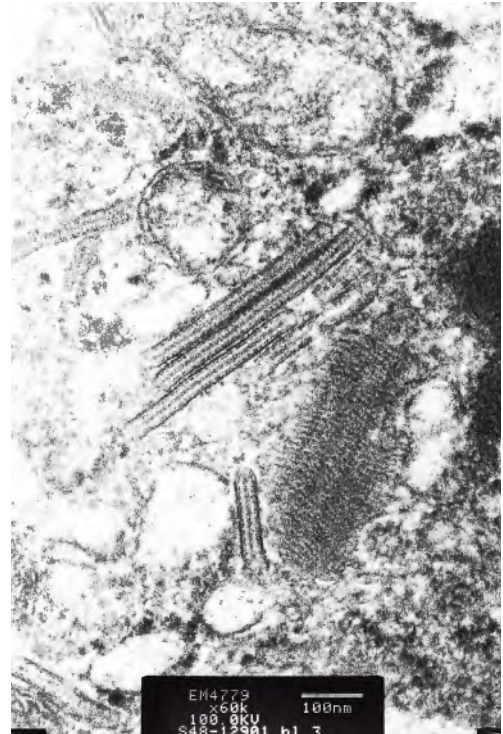
7. Patch test เป็นการตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัย allergic contact dermatitis และบอกสาเหตุที่ทำให้เกิดผื่น การทดสอบทำได้โดยการปิดสารที่สงสัยว่าผู้ป่วยแพ้บนผิวหนังปกติ (รูปที่ 1.50, 7.47) การสัมผัสกับสารที่สงสัยในความเข้มข้นที่เหมาะสมจะทำให้มีปฏิกิริยาเกิดขึ้นจาก delayed type (type IV) hypersensitivity reaction แสดงว่าผู้ป่วยมีการแพ้สารนั้นจริง การแปลผลต้องอาศัยวิธีการทำที่ถูกต้อง แพทย์ที่มีความชำนาญในการดูผล ร่วมกับข้อมูลจากประวัติของผู้ป่วย

8. Phototest เป็นวิธีการทดสอบว่าผู้ป่วยมีผื่นที่เกิดจากการแพ้แสง ultraviolet A, ultraviolet B หรือ visible light หรือไม่ (รูปที่ 1.51, 24.3)

9. Photopatch test แตกต่างจาก patch test ธรรมดาที่ต้องอาศัยการกระตุ้นจากแสง ultraviolet A ในการทดสอบด้วย เพราะกลไกการแพ้เกิดร่วมกับแสง แนะนำให้ทำในผู้ป่วย photoallergic contact dermatitis

10. Skin test การทำ intradermal skin test ตรวจภาวะ delayed type hypersensitivity ในผู้ป่วย เช่น tuberculin skin test, lepromin skin test การทำ skin prick หรือ scratch test ตรวจภาวะ immediate type (type I) hypersensitivity (รูปที่ 1.52) การตรวจ skin test ไม่ค่อยมีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคผิวหนังมากนัก

11. Scotch tape technique ทำโดยใช้ scotch tape ปะติดลงบนบริเวณที่สงสัยว่าเป็นเกลื้อน scale บนรอยโรคจะ



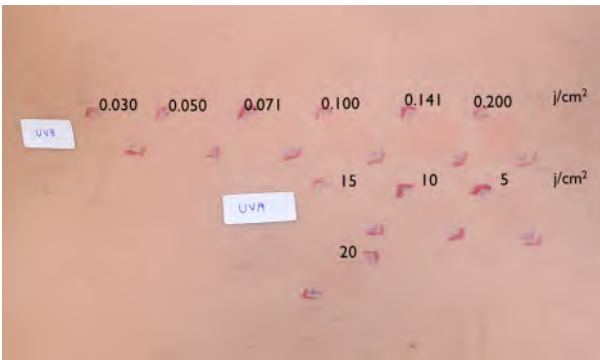
รูปที่ 1.48 Transmission electron microscope แสดง Birbeck's granule ใน Langerhans cell



รูปที่ 1.49 Scanning electron microscope แสดงเส้นผมผิดปกติบิดเป็นเกลียวใน pili torti



รูปที่ 1.50 การทำ patch test แสดงการปฏิกิริยาที่สงสัยว่าผู้ป่วยแพ้แบนผิวหนังแล้วดูปฏิกิริยาการแพ้



รูปที่ 1.51 Phototest แสดงการฉายแสง ultraviolet บนผิวหนังผู้ป่วยแล้วดูปฏิกิริยาไวแสง



รูปที่ 1.52 Skin prick test แสดงการสะกิดผิวหนังตรวจหาการแพ้ชนิด type I hypersensitivity

หลุดติด scotch tape ออกมา แล้วจึงนำไปตรวจหาเชื้อด้วยวิธี KOH preparation อาจใช้ scotch tape ปะติดผิวหนังรอบรู ทวารแล้วนำมาติดบนสไลด์กระจก ตรวจหาไข่ของพยาธิ *Enterobius vermicularis* (pinworm) ที่เป็นสาเหตุของ enterobiasis

12. Oral provocative test การให้ผู้ป่วยรับประทาน ยา อาหาร หรือ สารบางอย่างที่สงสัยว่าแพ้เพื่อยืนยันการวินิจฉัย ว่าผื่นเกิดจากสิ่งที่รับประทาน

13. การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ เพื่อวินิจฉัยโรคระบบอื่นในร่างกายที่พบมีผื่นบริเวณผิวหนังร่วมด้วย ความจำเป็นในการตรวจขึ้นกับประวัติ อาการและอาการแสดงที่ตรวจพบ เช่น การทำ complete blood count, urinalysis, เอกซเรย์ Westergren erythrocyte sedimentation rate, immune profile เพื่อวินิจฉัยโรค autoimmune, serology หา antibody เพื่อวินิจฉัยโรคติดเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส และ syphilis การทำ polymerase chain reaction เพื่อหาร่องรอยของ organism การตรวจหาการติดเชื้อไวรัสโดยการย้อม fluorescence antibody เป็นต้น การตรวจต่าง ๆ เหล่านี้นอกจากช่วยในการวินิจฉัยโรคแล้ว ยังอาจใช้ช่วยติดตามการรักษาโรคด้วย

สรุป

แม้ในปัจจุบันนี้วิวัฒนาการทางเทคโนโลยีในการวินิจฉัยโรคจะมีความก้าวหน้าไปอย่างมาก แต่การวินิจฉัยโรคผิวหนังในประเทศไทยยังต้องอาศัยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประกอบกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการขั้นพื้นฐานซึ่งสามารถทำได้ในรพ. ทัวไป สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้แพทย์สามารถดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นได้โดยผู้ป่วยไม่ต้องเจ็บตัว มีผลข้างเคียงน้อย และเสียค่าใช้จ่ายไม่มาก ในกรณีที่ยังไม่สามารถให้การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนได้ ผู้นิพนธ์แนะนำให้รักษาประคับประคองอาการไปก่อนแล้วติดตามเป็นระยะ อาการแสดงของโรคผิวหนังในเด็กหลายโรคจะค่อย ๆ ปรากฏชัดเจนเมื่อผู้ป่วยมีอายุมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Garg A, Levin NA, Bernhard JD. Structure of skin lesions and fundamentals of clinical diagnosis. In: Goldsmith LG, Katz S, Gilchrest BA, Paller AP, Leffell DJ, Wolff K, eds. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8th ed. New York: McGraw-Hill; 2012: p.26-42.
- Hamm H, Johr R, Ersoy-Evans S, Hernandez-Martin A. Principles of diagnosis in pediatric dermatology. In: Schachner LA, Hansen RC, eds. Pediatric dermatology. 4th ed. New York: Mosby; 2011: p.69-114.
- Paller AS, Mancini AJ. An overview of dermatologic diagnosis and procedures. In: Paller AS, Mancini AJ, eds. Hurwitz clinical pediatric dermatology. 5th ed. Philadelphia: Elsevier 2016: p.1-10.
- High WA, Tomasini CF, Argenziano G, Zalaudek I. Basic principles of dermatology. In: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, eds. Dermatology. 4th ed. Philadelphia: Elsevier; 2018: p.1-43.
- Cox NH, Coulson IH. Diagnosis of skin diseases. In: Burns T, Breathnach S, Cox NH, Griffiths C, eds. Rook's textbook of dermatology. 8th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010: p.5.1-26.
- Sharma A, Lambert PJ, Maghari A, Lambert WC. Arcuate, annular, and polycyclic inflammatory and infectious lesions. Clin Dermatol. 2011; 29: 140-50.
- Oumeish OY. Common acral distributed dermatoses. Clin Dermatol. 2011; 29: 130-9.
- Sagi L, Trau H. The Koebner phenomenon. Clin Dermatol. 2011; 29: 231-6.
- Jackson R. The lines of Blaschko: a review and reconsideration: Observations of the cause of certain unusual linear conditions of the skin. Br J Dermatol. 1976; 95: 349-60.
- Bologna JL, Orlow SJ, Glick SA. Lines of Blaschko. J Am Acad Dermatol. 1994; 31: 157-90; quiz 90-2.
- Molho-Pessach V, Schaffer JV. Blaschko lines and other patterns of cutaneous mosaicism. Clin Dermatol. 2011; 29: 205-25.
- Wanat KA, Dominguez AR, Carter Z, Legua P, Bustamante B, Micheletti RG. Bedside diagnostics in dermatology: Viral, bacterial, and fungal infections. J Am Acad Dermatol. 2017; 77: 197-218.
- Micheletti RG, Dominguez AR, Wanat KA. Bedside diagnostics in dermatology: Parasitic and noninfectious diseases. J Am Acad Dermatol. 2017; 77: 221-30.
- Klatte JL, van der Beek N, Kemperman PM. 100 years of Wood's lamp revised. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015; 29: 842-7.
- Asawanonda P, Taylor CR. Wood's light in dermatology. Int J Dermatol. 1999; 38: 801-7.
- Menzies SW. Evidence-based dermoscopy. Dermatol Clin. 2013; 31: 521-4, vii.
- Haliasos EC, Kerner M, Jaimes N, et al. Dermoscopy for the pediatric dermatologist part III: dermoscopy of melanocytic lesions. Pediatr Dermatol. 2013; 30: 281-93.
- Haliasos EC, Kerner M, Jaimes N, et al. Dermoscopy for the pediatric dermatologist, part ii: dermoscopy of genetic syndromes with cutaneous manifestations and pediatric vascular lesions. Pediatr Dermatol. 2013; 30: 172-81.
- Haliasos EC, Kerner M, Jaimes-Lopez N, et al. Dermoscopy for the pediatric dermatologist part I: dermoscopy of pediatric infectious and inflammatory skin lesions and hair disorders. Pediatr Dermatol. 2013; 30: 163-71.
- Elston DM, Stratman EJ, Miller SJ. Skin biopsy: Biopsy issues in specific diseases. J Am Acad Dermatol. 2016; 74: 1-16; quiz 7-8.

2

หลักการใช้ยาการรักษาผิวหนัง (Principle of Topical Dermatologic Therapy)

วาณี วิสุทธิ์เสรีวงศ์

