

(antianxiety drugs) และยาลดความดันโลหิตสูง (antihypertensive drugs) โดยเฉพาะในกลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitors<sup>2</sup>

รอยโรคไลเคน พลาแนสที่เกิดขึ้นในช่องปากเป็นระยะนานๆโดยไม่ได้รับการรักษาจะมี โอกาสเปลี่ยนเป็นมะเร็งในช่องปากได้ประมาณร้อยละ 0.4-2.3 โดยเฉพาะชนิดฝ่อลิบ-รอย ถลอก ในปัจจุบันได้มีการจัดรอยโรคนี้ไว้ในกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งในช่องปาก (Potentially malignant disorder)<sup>3</sup>

ดังนั้นการศึกษาในกลุ่มประชากรที่เป็นไลเคนพลาแนสในช่องปากจำนวนมากและศึกษา เปรียบเทียบกับผู้ป่วยชาวโครเอเชียจะสามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานงานวิจัยต่อไปในอนาคต ตลอดจนการวางแผนการรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ

#### การสำรวจแนวความคิดและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ไลเคน พลาแนสในช่องปากเป็นโรคที่มีลักษณะเรื้อรังซึ่งพบได้บ่อย โดยมีพยาธิกำเนิด เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์เป็นสื่อ<sup>4, 5</sup> โรคนี้มักเกิดในเยื่อเมือก ช่องปากได้บ่อย แต่รอยโรคในช่องปากที่เกิดร่วมกับรอยโรคที่ผิวหนังพบได้น้อย จาก

การศึกษาทางระบาดวิทยา พบอัตราความชุกของโรคไลเคน พลานัสในช่องปากได้ตั้งแต่ร้อยละ 0.5 ถึง 2.2 ในกลุ่มประชากร<sup>6</sup> ลักษณะทางคลินิกของโรคนี้พบได้หลายลักษณะ เช่น ชนิด ร้างแห ชนิดตุ่มตัน ชนิดฝ้าขาว ชนิดฝ่อลีบ-รอยถลอก และชนิดแผลถลอก รอยโรคไลเคน พลานัสในช่องปากอาจพบเป็นลักษณะตุ่มน้ำได้เช่นกันแต่พบน้อย<sup>7</sup> ซึ่งรอยโรคชนิด ร้างแหจะเป็นลักษณะที่พบบ่อยที่สุด โดยจะเห็นเป็นลักษณะลายเส้นสีขาวเรียงตัวคล้ายร้างแห หรือลายลูกไม้ ลักษณะที่พบบรองลงมาคือ ชนิดแผลถลอก ชนิดฝ่อลีบ-รอยถลอก และชนิดฝ้าขาว ตามลำดับ<sup>8</sup> รอยโรคชนิดร้างแหมักไม่ก่อให้เกิดอาการ แต่ชนิดฝ่อลีบ-รอยถลอกและ ชนิดแผลถลอก มักทำให้เกิดอาการแสบร้อนในช่องปากไปจนถึงมีอาการเจ็บปวดมาก รบกวนการพูดคุย การรับประทานอาหาร และการกลืน<sup>9, 10</sup> โดยรอยโรคชนิดฝ่อลีบ-รอย ถลอก ชั้นเนื้อเยื่อผิวหนังจะมีลักษณะบางลง ในขณะที่รอยโรคชนิดแผลถลอกมีการทำลายชั้น เยื่อผิวหนังจึงทำให้รอยโรคมีความรุนแรงมากขึ้นและโอกาสในการหายของโรคลดลง ผู้ป่วยไลเคน พลานัสในช่องปากส่วนใหญ่พบมากในช่วงอายุ 40-60 ปี และพบในเพศหญิง มากกว่าเพศชาย ตำแหน่งรอยโรคไลเคน พลานัสในช่องปากมักพบบ่อยสุดที่เยื่อกระพุ้ง

แก้มทั้ง 2 ด้าน และยังพบที่ลิ้น เหงือก ส่วนทบเยื่อเมือกด้านแก้ม (mucobuccal fold) หรืออาจเกิดหลายตำแหน่งร่วมกัน

ลักษณะทางคลินิกของรอยโรคไลเคน พลาแนสในช่องปากอาจจะเด่นชัดเพียงพอสำหรับการวินิจฉัยที่ถูกต้องได้ ในรายที่มีอาการรุนแรงและมีลักษณะเรื้อรังควรตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยาพร้อมด้วยเพื่อยืนยันผลการวินิจฉัยทางคลินิกและเพื่อตรวจดูลักษณะของการเจริญผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก (dysplasia) และวินิจฉัยแยกโรคของมะเร็งในช่องปากออกไป<sup>1,11</sup> รอยโรคไลเคน พลาแนสและไลเคนอยด์ในช่องปากมีลักษณะทางคลินิกซึ่งแยกจากกันได้ยาก และไม่สามารถแยกได้จากลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาเพียงอย่างเดียวได้<sup>12</sup> และเมื่อใดที่รอยโรคไม่ได้มีลักษณะที่พบได้ตามปกติ ควรมีการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยาเพื่อยืนยันผลการวินิจฉัยโรค<sup>13</sup> ไลเคนอยด์คิสแพลเซียเป็นรอยโรคที่เกิดลักษณะผิดปกติของชั้นเยื่อเมือกพร้อมกับพบการเรียงตัวเป็นแถบของลิ้มโฟไซต์ในชั้นลามินา โพรเปรียที่ค่อนข้างลึก แต่ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของไลเคน พลาแนสในช่องปากจะพบแถบของลิ้มโฟไซต์ซึ่งเป็นชนิดที-ลิ้มโฟไซต์ในชั้นลามินา โพรเปรียบริเวณที่ตื้นกว่าและพบการสลายตัวของเบซัลเซลล์<sup>14</sup> มีการศึกษาที่ผ่านมาได้แสดงว่าไลเคน พลาแนสในช่องปากเป็นโรคภูมิ

ด้านทานเนื้อเยื่อตัวเองชนิดที่ที-ลิมโฟไซท์เป็นตัวกระตุ้น (T-cell-mediated autoimmune disease) ซึ่ง ที-ลิมโฟไซท์ชนิด CD8 T cell เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการสลายตัวของเซลล์ในชั้นเยื่อบุผิว (auto-cytotoxic CD8 T cells trigger apoptosis of oral epithelial cells) และเป็นที่น่าสนใจว่ามีไซโตไคน์หลายชนิด เช่น ทูเมอร์ เนโครซิส แฟกเตอร์ แอลฟา (Tumor necrosis factor –  $\alpha$ ) อินเตอร์ลิวคิน-1แอลฟา ( Interleukin-1  $\alpha$ ) อินเตอร์ลิวคิน-6 (Interleukin-6) และอินเตอร์ลิวคิน-8 (Interleukin-8) มีความเกี่ยวข้องในกระบวนการเกิดพยาธิสภาพของโรคของไลเคนพลาเน็ตในช่องปาก<sup>16,17</sup> ดังนั้นจากผลทางชีววิทยาของการหลั่งไซโตไคน์หลายชนิดในรอยโรคไลเคน พลาเน็ตจึงอาจส่งผลเกี่ยวข้องกับการที่ไลเคน พลาเน็ตในช่องปากเป็นโรคที่มีลักษณะเรื้อรัง

จากการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงไปเป็นรอยโรคมะเร็งของไลเคน พลาเน็ตในช่องปาก โดยดูผลระยะยาวในรอยโรคชนิดฝ่อลีบ-รอยถลอกและชนิดฝ้าขาว โดยเฉพาะรอยโรคที่บริเวณลิ้น พบว่ามีโอกาสในการเปลี่ยนเป็นมะเร็งได้สูงกว่ารอยโรคไลเคน พลาเน็ตลักษณะอื่นๆ แต่การเปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็งของไลเคน พลาเน็ตในช่องปากพบได้น้อยและยังคงเป็นหัวข้อที่มีการโต้แย้งกันอยู่ว่าเกิดจากการเปลี่ยนเป็นมะเร็งจากรอยโรคไลเคน พลาเน็ตเอง

หรืออาจจะเกิดจากการเจริญผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก (dysplasia) ในรอยโรคไล

เคนอยด์ดิสแพลเซีย (lichenoid dysplasia) ซึ่งลักษณะทางคลินิกแยกออกจากกันยาก <sup>18</sup>

โดยพบว่ารอยโรคไลเคนอยด์ดิสแพลเซียในช่องปากมีโอกาสเปลี่ยนเป็นมะเร็งในช่องปากได้

มากกว่าไลเคน พลานัส ดังนั้นจึงควรติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในระยะยาวและควรทำการ

ตัดชิ้นเนื้อเพื่อตรวจยืนยันการวินิจฉัยในรอยโรคที่มีลักษณะน่าสงสัย

ในปัจจุบันยังคงไม่สามารถระบุแอนติเจนที่จำเพาะต่อการตอบสนองในการพัฒนาของ

รอยโรคไลเคน พลานัสในช่องปากได้ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงรูปแบบและโครงสร้างของ

จีน (genetic polymorphism) อาจเป็นอีกหนึ่งปัจจัยซึ่งมีผลต่อกระบวนการเกิดพยาธิสภาพของ

ภูมิคุ้มกันของโรค (immunopathogenesis) ของไลเคน พลานัสในช่องปาก ดังนั้นการ

รักษาไลเคน พลานัสในผู้ป่วยแต่ละรายจึงอาจแตกต่างกันไปขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงของ

ลักษณะอาการของโรคในแต่ละบุคคล <sup>6</sup> ปัจจัยด้านอาชีพและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยซึ่งมี

อาการของโรคไลเคน พลานัสในช่องปากจึงควรนำมาพิจารณาร่วมด้วย การติดตามและ

ประเมินอาการเป็นระยะจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น พบว่า

การมีคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายมีส่วนสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของการเกิดลักษณะรอยแดง

และรอยถลอกของเหงือกในรอยโรคไลเคน พลาแนสในช่องปากสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ<sup>19</sup>

ดังนั้นการกำจัดปัจจัยกระตุ้นหรือปัจจัยส่งเสริม และควบคุมสุขภาพในช่องปากด้วยการกำจัด

คราบจุลินทรีย์ พบว่าเป็นจุดเริ่มต้นในการช่วยให้การรักษารอยโรคไลเคน พลาแนสในช่องปาก

ได้ผลดีขึ้นและสามารถเพิ่มอัตราการหายของโรคได้<sup>20</sup>

มีความพยายามใช้ยาและการรักษาที่หลากหลายวิธีเพื่อให้รอยโรคที่ติดต่อการรักษานั้นดี

ขึ้น แต่การหายอย่างสมบูรณ์ของไลเคน พลาแนสในช่องปากยังคงไม่ประสบความสำเร็จ

เนื่องจากรอยโรคมีลักษณะเรื้อรังและมักมีการติดต่อการรักษา<sup>21</sup> ดังนั้นสเตียรอยด์ในรูปแบบ

รับประทานและชนิดทาเฉพาะที่ จึงเป็นยาที่ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในการรักษารอย

โรคไลเคน พลาแนสในช่องปากเพื่อลดความเจ็บปวดและการอักเสบของผู้ป่วย

ในช่วงไม่นานที่ผ่านมาได้มีการตีพิมพ์ผลการศึกษาเกี่ยวกับไลเคน พลาแนสในช่องปาก ไม่

ว่าจะเป็นการศึกษาในผู้ป่วยไลเคน พลาแนสกลุ่มใหญ่ในสหราชอาณาจักรซึ่งรายงานลักษณะ

โดยทั่วไปและลักษณะทางคลินิก<sup>22</sup> มีการศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยไลเคน พลาแนส

ในช่องปากจากประเทศจีนและญี่ปุ่น<sup>23, 24</sup> รวมถึงการศึกษาร่วมกันของรอยโรคไลเคน

พลาแนสในช่องปากจากผู้ป่วยชาวสิงคโปร์ เกาหลีใต้ อินเดีย และไทย<sup>25</sup> แต่ยังไม่เคยมี