

บทที่ 1

บทนำ

ไลเคน แพลนัส เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังที่สามารถพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม สำหรับสาเหตุการเกิดโรคนี้อย่างไม่ทราบแน่ชัดแต่เชื่อว่าความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันซึ่งกระตุ้นให้เกิดการทำลายของเซลล์เยื่อผิวช่องปากมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไลเคน แพลนัสช่องปาก ลักษณะเฉพาะของรอยโรคนี้ในช่องปากจะพบเป็นลายเส้นสีขาว (white striae) ผื่นนูน (papule) หรือแผ่นฝ้าขาว (plaque) ที่บริเวณเยื่อเมือกแก้ม ลิ้น และเหงือก ซึ่งมักพบทั้งสองข้าง และอาจพบรอยถลอกแดง (atrophy) หรือแผล (ulcer) ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ (สุรวุฒน์และจตุพร, 2546; Scully and Carrozzo, 2008; กอบกาญจน์, 2552)

สำหรับสาเหตุการเกิดไลเคน แพลนัสยังไม่ทราบแน่ชัด ซึ่งในปัจจุบันเชื่อว่าความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคนี้ โดยเชื่อว่าโรคนี้เป็นโรคภูมิคุ้มกันต่อต้านเนื้อเยื่อตนเองผ่านทางทีเซลล์ (T-cell-mediated autoimmune disease) ซึ่งซีดีแปดทีเซลล์ชนิดเป็นพิษ (autocytotoxic CD8+ T cells) จะกระตุ้นให้เกิดอะพอพโทซิส (apoptosis) ของเซลล์เยื่อผิว (Sugerman and Savage, 2002; Sugerman *et al.*, 2002; สุรวุฒน์และจตุพร, 2546; DeRossi and Ciarrocca, 2005; Scully and Carrozzo, 2008; กอบกาญจน์, 2552)

Sugerman *et al.* (2002) ได้เสนอสมมติฐานของกลไกการเกิดโรคไลเคน แพลนัสไว้ 2 ประการ ได้แก่

1) เกิดจากแอนติเจน (antigen) ที่เฉพาะเจาะจงในการกระตุ้นซีดีแปด ที-ลิมโฟไซต์ (CD8 T-lymphocyte) ให้ทำลายเซลล์เยื่อผิวช่องปากทำให้เกิดการตายแบบอะพอพโทซิส (apoptosis) ซึ่งในปัจจุบันยังไม่ทราบถึงชนิดของแอนติเจน อาจจะเป็นแอนติเจนที่เกิดจากโปรตีนของร่างกายที่ถูกตัดแปลงไป ถ้าเป็นเช่นนี้จริงอาจจัดโรคไลเคน แพลนัสว่าเป็นโรคออโตอิมมูน

2) กลไกการเกิดโรคไม่เฉพาะเจาะจงและไม่เกี่ยวข้องกับแอนติเจน ซึ่งเป็นไปได้ว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ชั้นเยื่อผิวในช่องปากเอง โดยถูกกระตุ้นจากปัจจัยต่างๆ เช่น การติดเชื้อ การสัมผัสกับสารที่ก่อให้เกิดการแพ้ (allergen) เป็นต้น ทำให้เกิดการสร้างอนุมูลอิสระ (free radicals) ในปริมาณที่แตกต่างกันซึ่งมีผลต่อเซลล์เยื่อผิว ไม่ว่าจะกระตุ้นให้มีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้นหรือกระตุ้นกระบวนการตายแบบอะพอพโทซิสของเซลล์โดยทำให้ระดับของแคลเซียมไอออนอิสระ (free calcium ion) ภายในเซลล์เพิ่มขึ้น ซึ่งระดับแคลเซียมที่เพิ่มขึ้นจะเป็นตัวนำสัญญาณ (messenger) ภายในเซลล์และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับเซลล์ดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น

มีรายงานถึงความสัมพันธ์ของไลเคน แพลนัสช่องปากกับโรคทางระบบต่าง ๆ ได้แก่ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง แต่ความสัมพันธ์นี้อาจเป็นความบังเอิญ เนื่องจากไลเคน แพลนัสเป็นรอยโรคที่พบ

ได้บ่อย และมักพบในผู้ป่วยสูงอายุ รวมทั้งยาที่ใช้ในการรักษาโรคทางระบบทั้งสองนี้สามารถกระตุ้นให้เกิดรอยโรคไลเคนอยด์ (lichenoid lesions) ได้ (DeRossi and Ciarrocca, 2005; Scully and Carrozzo, 2008; กอบกาญจน์, 2552)

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคทางระบบหลาย ๆ กลุ่มสามารถกระตุ้นให้เกิดรอยโรคไลเคนอยด์ได้ ซึ่งรอยโรคนี้จะมีลักษณะทางคลินิกและลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาคล้ายกับไลเคน แพลนัส โดยกลุ่มยาที่มีรายงานบ่อยได้แก่ ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ยาระงับการอักเสบที่ไม่มีสเตียรอยด์ (NSAIDs) ยารักษาโรคเบาหวาน และยาต้านมาลาเรีย (antimalarials) นอกจากนี้รอยโรคไลเคนอยด์อาจมีสาเหตุจากการแพ้จากการสัมผัสวัสดุที่ใช้ทางทันตกรรม เช่น อะมัลกัม (amalgam) วัสดุอุดฟันชนิดคอมโพสิต (composit resin) รวมทั้งสารแต่งรสจินนาเมทในยาสีฟัน (cinnamate) รอยโรคไลเคนอยด์อาจพบได้ในผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องมากเป็นประจำ และอาจพบเป็นส่วนหนึ่งของโรคกราฟเวอร์ซัสโฮสต์แบบเรื้อรัง (chronic graft-versus-host disease) ในผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูก (bone marrow transplantation) (DeRossi and Ciarrocca, 2005; Scully and Carrozzo, 2008; กอบกาญจน์, 2552)

มีรายงานถึงความสัมพันธ์ของไลเคน แพลนัสช่องปากกับโรคตับอักเสบเรื้อรัง (chronic hepatic diseases) ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนชนิดซี (hepatitis C virus: HCV) โรคตับอักเสบเรื้อรังจากภูมิคุ้มกันต่อต้านเนื้อเยื่อตนเอง (autoimmune chronic hepatitis) และ โรคตับแข็งจากท่อน้ำดีอุดตัน (primary biliary cirrhosis) แต่ยังเป็นที่ยังกันอยู่สำหรับความสัมพันธ์ของไลเคน แพลนัสช่องปากกับโรคตับอักเสบเรื้อรัง (DeRossi and Ciarrocca, 2005; Scully and Carrozzo, 2008; กอบกาญจน์, 2552)

นอกจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นแล้วยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของโรคนี้กับการติดเชื้อ ได้แก่ เชื้อราแคนดิดา (Candida) เชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา (human papillomavirus) และฮิวแมนเฮอร์ปีส์ไวรัส 6 (human herpesvirus 6) แต่ยังไม่สามารถอธิบายกลไกที่เชื้อโรคนี้ก่อให้เกิดไลเคน แพลนัส (Scully and Carrozzo, 2008; กอบกาญจน์, 2552)

สำหรับปัจจัยทางด้านจิตใจและอารมณ์ เชื่อว่าโรคนี้มีความสัมพันธ์กับความเครียด ภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้า และพบว่าผู้ป่วยที่เป็นไลเคน แพลนัสอาจจะมีอาการของโรครุนแรงขึ้นหรือพบการกลับมาเป็นใหม่ของโรคในช่วงที่ผู้ป่วยมีภาวะเครียดและวิตกกังวล (Scully and Carrozzo, 2008; กอบกาญจน์, 2552)

ไลเคน แพลนัสเป็นรอยโรคที่พบได้บ่อย โดยพบได้ประมาณร้อยละ 0.5-2 ของประชากรทั่วไป ยังไม่มีการรายงานถึงความชุกของโรคนี้ในหลายๆประเทศรวมทั้งในประเทศไทย รอยโรคนี้จะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 3:2 โดยจะพบได้บ่อยในผู้ป่วยวัยกลางคน ช่วงอายุ 40-70 ปี แต่สามารถพบรอยโรคนี้ในวัยรุ่นและเด็กได้ (Scully *et al.*, 1998; Sugerman and Savage, 2002; สุวรรณและจุฑพร, 2546; Eisen *et al.*, 2005; กอบกาญจน์, 2552)

ลักษณะทางคลินิกของไลเคน แพลนัส อาจจะมีเฉพาะรอยโรคที่เยื่อเมือกต่างๆ หรืออาจมีรอยโรคที่ผิวหนังร่วมด้วย เยื่อเมือกช่องปากเป็นบริเวณที่พบรอยโรคบ่อยที่สุด นอกจากนี้ยังอาจพบรอยโรคที่เยื่อ

เมื่ออื่นๆ ได้แก่ เยื่อเมือกตา (conjunctiva) กล่องเสียง (larynx) หลอดอาหาร (esophagus) และอวัยวะเพศ (genitalia) ลักษณะของรอยโรคที่ผิวหนังจะพบเป็นผื่นนูนขนาดเล็ก มีสีขาวถึงสีเทา ขนาดประมาณ 2 มิลลิเมตร เรียงตัวหลายรูปแบบ มักพบลายเส้นสีขาวที่พื้นผิวของรอยโรค รอยโรคสามารถขยายขนาดจนถึง 3 เซนติเมตร ตำแหน่งที่พบบ่อยได้แก่ด้านหน้า (flexor surface) ของแขน ขา และข้อมือ อาจพบการเปลี่ยนแปลงที่เล็บโดยพบการบางลงของเล็บหรือพบเป็นสัน และพบภาวะเยื่อหนาคือเล็บ (subungual hyperkeratosis) รอยโรคถ้าพบที่หนังศีรษะแล้วไม่รักษาอาจทำให้เกิดแผลเป็นและการหายไปของผมแบบถาวรได้ (Scully and Carrozzo, 2008; กอบกาญจน์, 2552)

ลักษณะรอยโรคในช่องปากจะพบเป็นลายเส้นสีขาว (white striation) โดยอาจพบรอยถลอกแดงร่วมหรือไม่ก็ได้ รอยโรคมักพบบริเวณ กระพุ้งแก้ม ลิ้น และเหงือก แต่ก็สามารถพบที่ตำแหน่งอื่นได้ รอยโรคที่เหงือกจะพบเป็นรอยแดงจัดที่เหงือกยึด (attached gingiva) เรียกเหงือกอักเสบหลุดลอก (desquamative gingivitis) ลักษณะทางคลินิกของรอยโรคในช่องปากอาจแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 2 กลุ่มคือ ชนิดร่างแห (reticular) และชนิดถลอก (erosive) (Eisen *et al.*, 2005; Scully and Carrozzo, 2008; กอบกาญจน์, 2552))

การให้การวินิจฉัยโรคอาศัยประวัติของรอยโรค ลักษณะทางคลินิก ลักษณะของรอยโรคในช่องปากและที่ผิวหนัง การตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา และอิมมูโนฟลูออเรสเซนซ์ นอกจากนี้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ที่แนะนำ ได้แก่ การทำการสเมียร์ (smear) หรือการเพาะเชื้อราเพื่อตรวจหาการติดเชื้อราแคนดิดาที่อาจพบร่วมกับรอยโรคไลเคน แพลนัส รวมทั้งการทำการทดสอบการแพ้ที่ผิวหนัง ด้วยแผ่นแปะ (skin patch test) เพื่อแยกโรคนี้กับการแพ้ที่ทำให้เกิดรอยโรคไลเคนอยด์ (Regezi and Sciubba, 1999; Eisen *et al.*, 2005; Scully and Carrozzo, 2008; กอบกาญจน์, 2552)

สำหรับการรักษา เนื่องจากไลเคน แพลนัสเป็นโรคเรื้อรังซึ่งยังไม่มี การรักษาที่ทำให้โรคหายขาด การรักษาทำเพื่อลดระยะเวลาและความรุนแรงของอาการ และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปากในผู้ป่วยที่มีรอยโรคชนิดร่างแห หรือไม่มีอาการไม่มีความจำเป็นต้องให้การรักษาด้วยยา ควรแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมทั้งกำจัดหินน้ำลาย รักษาโรคเหงือก และกำจัดสิ่งระคายเคือง แต่เนื่องจากมีรายงานการเปลี่ยนเป็นมะเร็งของไลเคน แพลนัสในช่องปากจึงจำเป็นต้องแนะนำให้ผู้ป่วยกลับมาตรวจสุขภาพช่องปากเป็นระยะ (Eisen *et al.*, 2005; Scully and Carrozzo, 2008; กอบกาญจน์, 2552)

ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจและวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องก่อนให้การรักษาโดยการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา และควรตรวจหาเชื้อราแคนดิดาที่อาจพบร่วมกับรอยโรคไลเคน แพลนัสด้วยซึ่งถ้าตรวจพบให้รักษาการติดเชื้อราแคนดิดาโดยใช้ยาด้านเชื้อราเฉพาะที่ (Eisen *et al.*, 2005; Scully and Carrozzo, 2008; กอบกาญจน์, 2552)

สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบและใช้ยาที่สามารถกระตุ้นให้เกิดรอยโรคไลเคนอยด์ รวมทั้งรอยโรคที่เป็นรุนแรงไม่ตอบสนองดีต่อการรักษา และมีรอยโรคที่ผิวหนังร่วมด้วย ควรปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยต่อไป (Eisen *et al.*, 2005; Scully and Carrozzo, 2008; กอบกาญจน์, 2552)

คอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids) เป็นยาที่ใช้บ่อยในการรักษาโรคเอนเพลนีสในช่องปาก สเตียรอยด์แบบทาเฉพาะที่ (topical steroids) จะใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง หรือในผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้สเตียรอยด์ทางระบบ (systemic steroids) หรือแบบฉีดที่รอยโรค (intralesional steroids) ได้ การใช้สเตียรอยด์แบบทาเฉพาะที่เป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการรักษาโรคเอนเพลนีสในช่องปากเนื่องจากใช้ง่ายปลอดภัย และไม่ค่อยพบอาการข้างเคียงของการใช้ยาเมื่อเทียบกับการใช้สเตียรอยด์ทางระบบ (Eisen *et al.*, 2005; Scully and Carrozzo, 2008; กอบกาญจน์, 2552)

สเตียรอยด์แบบใช้เฉพาะที่ที่ใช้จะมีหลายชนิด และหลายรูปแบบได้แก่

1. ไทรแอมซิโนโลน อะเซตโตไนด์ (Triamcinolone acetonide) 0.1% แบบขี้ผึ้ง (orabase) และแบบครีม
2. เบต้าเมทาโซน วาเลอเรต (Betamethasone valerate) 0.05%, 0.1% แบบครีม หรือเจล
3. ฟลูโอซิโนไนด์ (Fluocinonide) 0.05% แบบเจล
4. ฟลูโอซิโนโลน อะเซตโตไนด์ (Fluocinolone acetonide) 0.1% แบบขี้ผึ้ง
5. กลอเบทาโซล โพรพิโอนेट (Clobetasol propionate) 0.05% แบบเจล และแบบน้ำยาขี้ผึ้งปาก
6. ไฮโดรคอร์ติโซน (Hydrocortisone) 2.5 มิลลิกรัม แบบเม็ดอม และ 0.5 % แบบครีม
7. เดกซามาธาโซน อีลิคเซอร์ (Dexamethasone elixir) 0.1 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร

สำหรับการใช้ยาจะแนะนำให้ผู้ป่วยทาบริเวณรอยโรค หรืออมกลั้วปากวันละ 4 ครั้ง หลังรับประทานอาหาร และก่อนนอน

สำหรับรอยโรคที่เป็นรุนแรงและเจ็บปวดมาก รวมทั้งในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยสเตียรอยด์แบบทาเฉพาะที่สามารถให้การรักษาด้วยสเตียรอยด์ทางระบบแบบรับประทาน ได้แก่ เพรดนิโซน (prednisone) หรือเพรดนิโซโลน (prednisolone) โดยให้วันละ 20 มิลลิกรัม ในรายที่รุนแรงปานกลาง และ 35 มิลลิกรัม ในรายที่รุนแรงมาก และค่อยๆลดขนาดของยาลง โดยแนะนำให้ค่อยๆลดภายในปริมาณ 5 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์อาการข้างเคียงที่อาจพบในการให้สเตียรอยด์ทางระบบได้แก่ การคั่งของสารน้ำในร่างกาย ภาวะความดันโลหิตสูง น้ำหนักตัวเพิ่ม ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูง อารมณ์แปรปรวน นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ระคายเคืองต่อระบบทางเดินอาหาร ภาวะกระดูกพรุน และภาวะการกดต่อมหมวกไต (Eisen *et al.*, 2005; Scully and Carrozzo, 2008; กอบกาญจน์, 2552)

สเตียรอยด์อีกรูปแบบที่มีการนำมาใช้ในการรักษาโรคเอนเพลนีสช่องปาก ได้แก่ สเตียรอยด์แบบฉีดที่รอยโรค ซึ่งแนะนำให้ใช้ร่วมกับสเตียรอยด์แบบทาเฉพาะที่ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการให้สเตียรอยด์แบบทาเฉพาะที่อย่างเดียว อาการข้างเคียงที่อาจพบจากการใช้สเตียรอยด์แบบฉีดที่รอยโรค ได้แก่ การฟกช้ำของเนื้อเยื่อ และการติดเชื้อแคนดิดาในช่องปาก สเตียรอยด์ที่ใช้ฉีดได้แก่ ไทรแอมซิโนโลน อะเซตโตไนด์ 10 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร ฉีดที่รอยโรคปริมาณ 0.2-1 มิลลิลิตร (Zegarelli, 1983)

สำหรับแนวทางการรักษาโรคแผลในช่องปากในคลินิกพิเศษโรคช่องปากและเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นั้นมีแนวทางดังนี้คือ

ก่อนให้การรักษาคือการให้ประวัติการเกิดแผล (imprint) ก่อน และถ้าพบการติดเชื้อร่วมให้การรักษาด้านเชื้อราเฉพาะที่ 2 สัปดาห์ก่อนให้ยาสเตียรอยด์ สำหรับการให้การวินิจฉัยโรคต้องทำการตัดชิ้นเนื้อเพื่อตรวจทางจุลพยาธิวิทยา

ในกรณีที่รอยโรคไม่รุนแรง และเป็นเฉพาะที่ให้การรักษาด้านสเตียรอยด์เฉพาะที่ ได้แก่

1. ฟลูโอซิโนโลน อะเซตไดโนล 0.1% แบบขี้ผึ้งป้ายปาก
2. เบต้าเมทาโซน วาเลอเรต 0.1% แบบครีม
3. ฟลูโอซิโนโลน อะเซตไดโนล 0.25 มิลลิกรัม/กรัม แบบครีม

สำหรับการใช้ยาจะแนะนำให้ผู้ป่วยทาบริเวณรอยโรควันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน

ในกรณีที่รอยโรคขนาดใหญ่ และเป็นหลายๆ ตำแหน่งในช่องปากซึ่งไม่สะดวกในการทายา แนะนำให้ใช้ยาในรูปแบบยาอมบ้วนปาก ได้แก่ น้ำยาบ้วนปากเด็กชาเมทาโซน (0.05 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร) หรือให้ด้วย สเตียรอยด์ทางระบบแบบรับประทาน ได้แก่ เพรดนิโซโลน (prednisolone) โดยให้วันละ 20 มิลลิกรัม ในรายที่รุนแรงปานกลาง และ 30 มิลลิกรัม ในรายที่รุนแรงมาก และค่อย ๆ ลดขนาดของยาลง โดยแนะนำให้ค่อย ๆ ลดยาในปริมาณ 5 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์

การศึกษาประสิทธิภาพของกลอเบทาโซลในการรักษารอยโรคที่เป็นแผลถลอกรุนแรง (severe erosive lesions) พบว่ากลอเบทาโซลแบบน้ำยาบ้วนปาก (mouthwash) 0.05% และแบบขี้ผึ้งป้ายปาก 0.05% มีประสิทธิภาพดีในการลดอาการเจ็บ และลักษณะของแผลหายดีขึ้น และมีความปลอดภัยในการรักษาสูง (Gonzalez-Moles *et al.*, 2002; Gonzalez-Moles *et al.*, 2003) นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้กลอเบทาโซล 0.05% แบบขี้ผึ้งป้ายปาก โดยใช้ร่วมกับสิ่งแต่งแผลปิด (occlusive dressing) มีประสิทธิภาพดีในการรักษาโรคแผลในช่องปาก แผลชนิดผื่นแพ้และชนิดถลอก โดยผู้ป่วยอาการดีขึ้นแต่รอยโรคยังคงอยู่ (Roed-Petersen *et al.*, 1992)

จากรายงานการวิจัยที่มีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของสเตียรอยด์แบบเฉพาะที่ ในการรักษาโรคแผลในช่องปาก พบว่า ฟลูโอซิโนโลน อะเซตไดโนล 0.1% แบบขี้ผึ้งป้ายปาก มีประสิทธิภาพดีกว่าไตรแอมซิโนโลน อะเซตไดโนล 0.1% แบบขี้ผึ้งป้ายปาก (Thongprasom *et al.*, 1992) และกลอเบทาโซล 0.05% แบบขี้ผึ้งป้ายปาก มีประสิทธิภาพดีกว่าฟลูโอซิโนโลน 0.05% แบบขี้ผึ้งป้ายปาก (Lozada-Nur *et al.*, 1994; Carbone *et al.*, 1999) และ ฟลูติคาโซน โพรพionate 50 ไมโครกรัม แบบพ่น (fluticasone propionate spray) มีประสิทธิภาพดีกว่า เบต้าเมทาโซน โซเดียมฟอสเฟต 500 ไมโครกรัม แบบอมกลั้วปาก (Hegarty *et al.*, 2002) โดยจะพบว่าการใช้สเตียรอยด์แบบเฉพาะที่จะไม่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่เป็นอันตรายร้ายแรงนอกจากการติดเชื้อแคนดิดาซึ่งสามารถรักษาให้หายได้โดยใช้ยาด้านเชื้อรา (Thongprasom *et al.*, 1992; Lozada-Nur *et al.*, 1994; Carbone *et al.*, 1999; Hegarty *et al.*, 2002)

จากการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการใช้สแต็ครอยด์เฉพาะที่ ได้แก่ เบต้าเมทาโซน วาเลอเรต 0.1% แบบครีม และฟลูโอซิโนโลน อะเซตโตไนด์ 0.25 มิลลิกรัม/กรัม แบบครีม ในการรักษาไลเคน แพลนัสช่องปากชนิดฝ่อลีบ และชนิดแผลถลอก พบว่ายาทั้งสองรูปแบบมีประสิทธิภาพดีในการลดอาการเจ็บ และอาการแสดงทางคลินิก และพบว่ายาทั้งสองมีประสิทธิภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (Pongsiriwet *et al.*, 2004)

ได้มีการนำสแต็ครอยด์รูปแบบขาน้ำอมบ้วนปาก ได้แก่ ไฮโดรคอร์ติโซนแบบน้ำยาบ้วนปากความเข้มข้น 0.3% และเด็กซามาโซน อิลิกเซอร์ 0.1 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร มาใช้รักษาไลเคน แพลนัสช่องปาก พบว่าเป็นรูปแบบการให้ยาเฉพาะที่มีประสิทธิภาพดีในการรักษาอาการของโรค (Little *et al.*, 1997; Holbrook *et al.*, 1998)

การศึกษาเปรียบเทียบยาในรูปแบบที่ต่างกัน ในการรักษาไลเคน แพลนัสช่องปาก พบว่าฟลูโอซิโนโลน อะเซตโตไนด์ 0.1% แบบเจลมีประสิทธิภาพไม่แตกต่างจาก ฟลูโอซิโนโลน อะเซตโตไนด์ 0.1% แบบขี้ผึ้งป้ายปาก (Buajeeb *et al.*, 2000)

การศึกษาการใช้สแต็ครอยด์แบบเม็ดที่มีสารยึดปิดทางชีวภาพ (bioadhesive tablet) ได้แก่ ไทรแอมซิโนโลน อะเซตโตไนด์ และเบต้าเมทาโซน วาเลอเรต มีประสิทธิภาพดีในการรักษารอยโรคในช่องปาก เนื่องจากยาแบบเม็ดจะมีเวลาสัมผัสกับรอยโรคได้นาน (Tucker *et al.*, 1989; Ali *et al.*, 1998)

ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการใช้สแต็ครอยด์ทางระบบร่วมกับแบบทาเฉพาะที่กับการใช้สแต็ครอยด์แบบทาเฉพาะที่อย่างเดียวยพบว่าประสิทธิภาพในการรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (Vincent *et al.*, 1990; Carbone *et al.*, 2003) และอีกหนึ่งการศึกษาพบว่าการใช้สแต็ครอยด์แบบทาเฉพาะที่อย่างเดียวยผู้ป่วยจะมีระยะเวลาที่ปลอดอาการนานกว่าการใช้สแต็ครอยด์ทางระบบ หรือการใช้สแต็ครอยด์ทางระบบร่วมกับแบบทาเฉพาะที่ (Silverman *et al.*, 1985)

ยาสแต็ครอยด์ในรูปแบบที่ใช้ในช่องปาก ได้แก่แบบขี้ผึ้งป้ายปาก ที่มีขายในท้องตลาดประเทศไทย ได้แก่ 0.1 % ฟลูโอซิโนโลน อะเซตโตไนด์ และเด็กซามาโซน จึงเป็นที่น่าสนใจที่จะเปรียบเทียบประสิทธิภาพของยาสแต็ครอยด์ทั้งสองชนิดนี้ในการรักษาไลเคน แพลนัสช่องปาก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของฟลูโอรีโนโลน อะเซตโตไนด์ แบบจีฟ้งป้ายปากกับเด็กชาเมทาโซนแบบจีฟ้งป้ายปาก ในการรักษาไลเคน แพลนัสช่องปาก
2. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของฟลูโอรีโนโลน อะเซตโตไนด์ แบบจีฟ้งป้ายปากกับเด็กชาเมทาโซนแบบจีฟ้งป้ายปาก ในการรักษาไลเคน แพลนัสช่องปาก
3. เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยไลเคน แพลนัสช่องปากในการใช้สเตรอยด์แบบทาเฉพาะที่ ทั้ง 2 ชนิด