

บทที่ 4

บทวิจารณ์



การศึกษาเปรียบเทียบยาฟลูโอซิโนโลน อะเซตไดโนลด์ 0.1% แบบจีฟิงป้ายปากกับเด็กชาเมทาโซน 0.1% แบบจีฟิงป้ายปากในการรักษาไคเคน แพลนต์ช่องปาก ผู้ป่วยในการศึกษานี้ประกอบไปด้วย เพศหญิง 20 คนและเพศชาย 6 คน และมีอายุเฉลี่ย 52.04 ปี ซึ่งจะตรงกับการศึกษาหลายการศึกษาทั้งในประเทศไทย และในต่างประเทศ (สุรวุฒน์และจตุพร, 2546; DeRossi and Ciarrocca, 2005; Scully and Carrozzo, 2008; Thongprasom *et al.*, 2009; กอบกาญจน์, 2552)

ไคเคน แพลนต์ช่องปากเป็นโรคเรื้อรังซึ่งยังไม่มีการรักษาที่ทำให้โรคหายขาด การรักษาทำเพื่อลดระยะเวลาและความรุนแรงของอาการ และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปาก ในผู้ป่วยที่มีรอยโรคชนิดร่าแห และไม่มีอาการไม่มีความจำเป็นต้องให้การรักษาด้วยยา ควรแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมทั้งกำจัดหินน้ำลาย รักษาโรคเหงือก และกำจัดสิ่งระคายเคือง และแนะนำให้ผู้ป่วยกลับมาตรวจสุขภาพช่องปากเป็นระยะ (Edwards and Kelsch, 2002; Scully and Carrozzo, 2008; กอบกาญจน์, 2552)

สเตียรอยด์เป็นยาที่ใช้บ่อยในการรักษาไคเคน แพลนต์ช่องปาก สเตียรอยด์แบบทาเฉพาะที่ จะใช้ ในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง หรือในผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้สเตียรอยด์ทางระบบ หรือ แบบฉีดที่รอยโรคได้

การใช้สเตียรอยด์แบบทาเฉพาะที่เป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการรักษาไคเคน แพลนต์ช่องปาก เนื่องจากใช้ง่าย ปลอดภัย และไม่ก่อพบอาการข้างเคียงของการใช้ยาเมื่อเทียบกับการใช้สเตียรอยด์ทางระบบ สำหรับการให้ยาจะแนะนำให้ผู้ป่วยทาบริเวณรอยโรควันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร และก่อนนอน การใช้สเตียรอยด์แบบทาเฉพาะที่จะไม่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่เป็นอันตรายร้ายแรงนอกจากการติดเชื้อรา แคนดิดาซึ่งสามารถรักษาให้หายได้โดยการให้ยาด้านเชื้อรา (Eisen *et al.*, 2005; Scully and Carrozzo, 2008; Thongprasom and Dhanuthai, 2008; กอบกาญจน์, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สเตียรอยด์แบบทาเฉพาะที่มีการศึกษาว่ามีประสิทธิภาพดีในการรักษาไคเคน แพลนต์ช่องปากได้แก่

- เบต้าเมทาโซนโซเดียมฟอสเฟต (Hegarty *et al.*, 2002)
- คลอเบทาโซล โปรพิอเนต (Carbone *et al.*, 1999; Lo Muzio *et al.*, 2001; Gonzalez-Moles *et al.*, 2002; Gonzalez-Moles *et al.*, 2003; Carbone *et al.*, 2003; Carbone *et al.*, 2009)
- ฟลูโอซิโนลด์ (Voute *et al.*, 1993; Carbone *et al.*, 1999)
- ฟลูโอซิโนโลน อะเซตไดโนลด์ (Thongprasom *et al.*, 1992; Buajeeb, *et al.* 2000; Pongsiriwet *et al.*, 2004)
- ฟลูติคาโซน โปรพิอเนต (Hegarty *et al.*, 2002)
- ไฮโดรคอร์ติโซน (Holbrook *et al.*, 1998)

- ไทรแอมซิโนโลน อะเซตโตไนด์ (Thongprasom *et al.*, 1992; Malhotra *et al.*, 2008)

การศึกษานี้พบว่าฟลูโอซิโนโลน อะเซตโตไนด์ 0.1% แบบจีฟี่งป้ายปาก มีประสิทธิภาพในการลดระดับความรุนแรงของโรคทางคลินิก (ลักษณะและขนาดของรอยโรค) อีกทั้งยังลดระดับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากรอยโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thongprasom และคณะ (1992) และ Pongsiriwet และ คณะ (2004)

ยังไม่มีรายงานการศึกษาของประสิทธิภาพของเด็กชาเมทาโซน 0.1% แบบจีฟี่งป้ายปาก ในการรักษาไลเคน แพลนัสช่องปาก ซึ่งการศึกษานี้พบว่าเด็กชาเมทาโซน 0.1% แบบจีฟี่งป้ายปาก มีประสิทธิภาพในการรักษาไลเคน แพลนัสช่องปาก มีแต่การนำ เด็กชาเมทาโซนในรูปแบบน้ำยาบ้วนปาก และอิลิกเซอร์ มาใช้ในการรักษาไลเคน แพลนัสช่องปาก (Little *et al.*, 1997; ประไพ, 2541)

สเตียรอยด์เฉพาะที่อีกชนิดที่มีประสิทธิภาพดีในการรักษาไลเคน แพลนัสช่องปาก ได้แก่ คลอเบทาโซล โปรพิออนเต จากการศึกษาศักยภาพของคลอเบทาโซลในการรักษาไลเคน แพลนัสชนิดแผลถลอกรุนแรง พบว่าคลอเบทาโซลแบบน้ำยาบ้วนปาก 0.05% และแบบจีฟี่งป้ายปาก 0.05% มีประสิทธิภาพดีในการลดอาการเจ็บ และลักษณะของแผลหายดีขึ้น และมีปลอดภัยในการรักษาสูง (Lo Muzio *et al.*, 2001; Gonzalez-Moles *et al.*, 2002; Gonzalez-Moles *et al.*, 2003) นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้คลอเบทาโซล 0.05% แบบจีฟี่ง โดยใช้ร่วมกับสิ่งแต่งแผลปกปิด (occlusive dressing) มีประสิทธิภาพดีในการรักษาไลเคน แพลนัสแบบผื่นคันและแผลถลอก โดยผู้ป่วยอาการดีขึ้นแต่รอยโรคยังคงอยู่ (Roed-Petersen *et al.*, 1992)

การศึกษานี้พบว่าฟลูโอซิโนโลน อะเซตโตไนด์ แบบจีฟี่งป้ายปากกับเด็กชาเมทาโซนแบบจีฟี่งป้ายปากมีประสิทธิภาพไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในการรักษาไลเคน แพลนัสช่องปาก ทั้งในการลดระดับอาการทางคลินิก และการลดระดับความเจ็บปวด

สำหรับการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของฟลูโอซิโนโลน อะเซตโตไนด์ แบบจีฟี่งป้ายปาก กับสเตียรอยด์เฉพาะที่ชนิดอื่นในการรักษาไลเคน แพลนัสช่องปาก ได้แก่ การศึกษาของ Thongprasom และคณะในปี ค.ศ. 1992 ซึ่งทำการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของยาฟลูโอซิโนโลน อะเซตโตไนด์แบบจีฟี่งป้ายปากกับยาไทรแอมซิโนโลน อะเซตโตไนด์แบบจีฟี่งป้ายปาก พบว่า ยาฟลูโอซิโนโลนอะเซตโตไนด์มีประสิทธิภาพดีกว่ายาไทรแอมซิโนโลนอะเซตโตไนด์ และการศึกษาของ Pongsiriwet และคณะในปี ค.ศ. 2004 ซึ่งเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างยาเบต้าเมทาโซนวาเลอเรตกับยาฟลูโอซิโนโลน อะเซตโตไนด์ในการรักษาโรคไลเคน แพลนัสช่องปาก พบว่า ยาเบต้าเมทาโซน วาเลอเรตและยาฟลูโอซิโนโลน อะเซตโตไนด์มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคไลเคน แพลนัสช่องปากได้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

จากรายงานการวิจัยที่มีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของสเตียรอยด์เฉพาะที่ในการรักษาไลเคน แพลนัสช่องปาก พบว่า ฟลูโอซิโนโลน อะเซตโตไนด์ 0.1% แบบจีฟี่งป้ายปาก และคลอเบทาโซล 0.05% แบบจีฟี่ง มีประสิทธิภาพดีกว่า ฟลูโอซิโนโลน 0.05% แบบจีฟี่ง (Lozada-Nur *et al.*, 1994; Carbone *et al.*, 1999) และ เบต้าเมทาโซน ออรัล มินิพัลส์ (oral mini-pulse) มีประสิทธิภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญกับไทรแอมซิโนโลน อะเซตโตไนด์ 0.1% แบบจีฟี่งป้ายปาก (Malhotra *et al.*, 2008) โดยทั้งสี่

การศึกษาพบว่าการใช้สเตียรอยด์เฉพาะที่จะไม่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่เป็นอันตรายร้ายแรง นอกจากโรคราแคนดิดาซึ่งสามารถรักษาให้หายได้โดยยาด้านเชื้อราเฉพาะที่

การศึกษาเปรียบเทียบยาในรูปแบบที่ต่างกัน 2 การศึกษาในการรักษาไลเคน แพลนัสช่องปากพบว่า ฟลูโอซิโนโลน อะเซตโตไนด์ 0.1% แบบเจลมีประสิทธิภาพไม่แตกต่างจากฟลูโอซิโนโลน อะเซตโตไนด์ 0.1% แบบขี้ผึ้งป้ายปาก (Buajeeb, *et al.* 2000) และ ฟลูติคาโซน โพรพิออนเนต 50 ไมโครกรัม แบบพ่น (fluticasone propionate spray) มีประสิทธิภาพดีกว่าเบต้าเมทาโซน โซเดียมฟอสเฟต 500 ไมโครกรัม แบบอมกั้วปาก (Hegarty *et al.*, 2002)

การศึกษาการใช้สเตียรอยด์แบบเม็ดที่มีสารยึดปิดทางชีวภาพ (bioadhesive tablet) ได้แก่ ไทรแอมซิโนโลน อะเซตโตไนด์ และเบต้าเมทาโซน วาเลอเรต มีประสิทธิภาพดีในการรักษารอยโรคในช่องปากเนื่องจากยาแบบเม็ดจะมีเวลาสัมผัสกับรอยโรคได้นาน (Tucker *et al.*, 1989; Ali *et al.*, 1998)

การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการใช้สเตียรอยด์ทางระบบร่วมกับสเตียรอยด์เฉพาะที่กับการใช้สเตียรอยด์เฉพาะที่อย่างเดียว ในการรักษาไลเคน แพลนัสช่องปากพบว่าประสิทธิภาพในการรักษาไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (Carbone *et al.*, 2003) และอีกหนึ่งการศึกษาพบว่าการใช้สเตียรอยด์เฉพาะที่อย่างเดียว ผู้ป่วยจะมีระยะที่ปลอดอาการนานกว่าการใช้สเตียรอยด์ทางระบบหรือการใช้สเตียรอยด์ทางระบบร่วมกับสเตียรอยด์เฉพาะที่ (Silverman *et al.*, 1985)

การใช้สเตียรอยด์เฉพาะที่อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงทางระบบ ได้แก่ ภาวะการกดต่อมหมวกไต และกลุ่มอาการคูซิงส์ ซึ่งอาจพบได้ในกรณีให้ยาที่มีฤทธิ์สูง ปริมาณมาก และให้เป็นเวลานาน ซึ่งอาการข้างเคียงนี้พบได้ไม่บ่อย และมักไม่รุนแรง ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการข้างเคียงทางระบบได้แก่ ฤทธิ์และความเข้มข้นของยา รอยโรคที่มีลักษณะเป็นแผลดลอก หรือฝ่อลีบเป็นบริเวณกว้าง และวิธีการใช้ยา (Vincent *et al.*, 1990; Lozada-Nur *et al.*, 1994)

อาการข้างเคียงเฉพาะที่ เช่น การเกิดการฝ่อลีบของเยื่อเมือก และการติดเชื้อราแคนดิดาในช่องปาก การติดเชื้อราแคนดิดาเป็นอาการข้างเคียงเฉพาะที่ที่พบบ่อยจากการใช้สเตียรอยด์เฉพาะที่ โดยพบได้ถึงร้อยละ 25-55 โดยมักจะพบเป็นโรคติดเชื้อราแคนดิดาชนิดผื่นแดง (erythematous candidiasis) ยาในรูปแบบยาน้ำอมบ้วนปาก มีโอกาสทำให้เกิดการติดเชื้อราแคนดิดามากกว่ายาในรูปแบบอื่น ยาที่มีฤทธิ์สูง เช่น คลอเบทาโซล โพรพิออนเนต และยาที่มีความเข้มข้นสูงมีรายงานการติดเชื้อราแคนดิดามากกว่ายาที่มีฤทธิ์ต่ำ และมีความเข้มข้นต่ำ การติดเชื้อราแคนดิดาซึ่งเป็นอาการข้างเคียงของสเตียรอยด์เฉพาะที่สามารถรักษาได้โดยใช้ยาด้านเชื้อราเฉพาะที่ (Vincent *et al.*, 1990; Lozada-Nur *et al.*, 1994; Thongprasom and Dhanuthai, 2008; กอบกาญจน์, 2552)