



การเปรียบเทียบการใช้ฟลูออโรไลนอม อซซอโกลีนส์ ไฮดูร็อก
 สปีโรนอเอซีโกลีน อซซอโกลีนส์ในอวามส
 ในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ดิลิตา มณีรัตน์
 ศาสตราจารย์
 ภาควิชาเภสัชวิทยา
 คณะแพทยศาสตร์
 มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันวิจัยและพัฒนา
 มหาวิทยาลัยมหิดล

สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล

616.312
 061
 ศ2367

กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ

ศูนย์ส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ มหาวิทยาลัยมหิดล

กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ

กรุงเทพฯ ๒๕๖๑

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ทุนอุดหนุนการวิจัยจากเงินงบประมาณแผ่นดิน



รายงานผลการวิจัย
การเปรียบเทียบการใช้ฟลูออซิโนโลน อเซโทไทน์ โซลูชัน
กับโทรแอมซิโนโลน อเซโทไทน์ในออราเบส ในการรักษา
ไลเคน หลานส์ในช่องปาก

โดย

ลัคนา	เหลืองงามกร
กอบกาญจน์	ทองประสม
วณ	ทวทรัพย์

สถาบันวิจัยทางการแพทย์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิตติกรรมประกาศ :

คณะผู้ทำการวิจัยขอขอบคุณคณะฯ และผู้มีรายนามข้างต่อไปนี้เป็น

1. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะทันตแพทยศาสตร์ที่ได้จัดหาทุนอุดหนุน
2. ผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ทั้งด้านการปฏิบัติตนตามคำแนะนำ และการ

นัดหมายเพื่อติดตามผลการรักษา

3. ทันตแพทย์ที่ช่วยกรุณาส่งต่อผู้ป่วย ให้คณะผู้ทำการวิจัย
4. นายแพทย์วิวัฒน์ ก่อกิจ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ให้คำแนะนำ และข้อมูลทางด้าน immunofluorescence

5. คณาจารย์ภาควิชาทันตพยาธิที่ได้ช่วยเหลือ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทาง

พยาธิของผู้ป่วย

6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์ชูชีพิ ณะภูมิ ที่ได้ช่วยเหลือในด้านสถิติ
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภาพร กัดหัวานิช และบุคลากรฝ่ายวิจัย

คณะทันตแพทยศาสตร์ ที่ได้ช่วยด้านการพิมพ์รายงาน

และที่จะลืมเสียมิได้คือ บุคลากรภาควิชา เวชศาสตร์ช่องปากที่ได้ให้ความ

ร่วมมือ และช่วยเหลือ ถ้าขาดคณะและบุคคลดังกล่าวการศึกษาผลการใช้ยาครั้งนี้คงไม่สามารถ

ทำได้สำเร็จ

ลัคนา เหลืองจามิกร

กอบกาญจน์ ทองประสม

วุฒิ ทวีทรัพย์

การเปรียบเทียบการใช้ฟลูออซิโนโลน อเซโทไนด์ โซลูชันกับไตรแอมซิโนโลน อเซโทไนด์
ในออราเบสในการรักษาไลเคน พลาเนียในช่องปาก

ผู้วิจัย : ลักณา เหลืองจามกร

กอบภาณุจณี ทองประสม

วณิ ทวีทรัพย์

เมษายน 2531



บทคัดย่อ

การเปรียบเทียบการใช้ฟลูออซิโนโลน อเซโทไนด์ โซลูชัน (fluocinolone acetonide solution-FAS) กับไตรแอมซิโนโลน อเซโทไนด์ ในออราเบส (Triamcinolone acetonide in orabase-T.A.O.) ในการรักษาผู้ป่วยไลเคนพลาเนียในช่องปากครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นการศึกษาลักษณะของผู้ป่วยไลเคน พลาเนีย ทั้งหมดจำนวน 80 คน ในส่วนนี้พบว่า ผู้ป่วย 80 คนนั้นเป็นผู้หญิง 66 คน เป็นผู้ชาย 14 คน อายุเฉลี่ยของกลุ่ม 44.51 ปี ระยะเวลาการเกิดโรคอยู่ระหว่าง 1 - 120 เดือน มีเพียง 2.5 เปอร์เซ็นต์ หรือ 2 ราย ที่มีรอยโรคไลเคนที่ผิวหนังร่วมด้วย ผู้ป่วยเหล่านี้พบมีไลเคน พลาเนียในช่องปาก ชนิดเรติคิวลาร์ (reticular) อย่างเดียว 5 เปอร์เซ็นต์ ชนิดอโทรฟิก (atrophic) 33.75% และชนิดอีโรซีฟ (erosive) 61.25% ตำแหน่งในช่องปากที่พบรอยโรคมมากที่สุดได้แก่ บริเวณกระพุ้งแก้มด้านใน รองลงไปได้แก่ เหงือก ริมฝีปาก เพดานปาก และลิ้นตามลำดับ ลักษณะเด่นเฉพาะทางคลินิกของไลเคน พลาเนียในช่องปาก คือการมีเส้นลายขาวบางปะปนอยู่ในรอยโรคของผู้ป่วย ลักษณะเช่นนี้สามารถใช้เป็นข้อพิจารณาให้การวินิจฉัยโรคได้ถึง 96% แต่เพื่อเป็นการยืนยันการวินิจฉัยโรคทางคลินิก และตรวจหาเซลล์มะเร็งที่อาจเกิดร่วมด้วยจึงควรตัดชิ้นเนื้อจากรอยโรคไปดูลักษณะทางพยาธิ และการติดสีของสารอิมมูโนฟลูออเรสเซนต์ (immunofluorescent staining)

การพบเชื้อรา 21 ใน 23 รายของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจหาเชื้อรา ไม่ได้เพิ่มปัญหาในการรักษารอยโรคไลเคน พลาเนีย นอกจากนี้ทำให้มีการติดเชื้อราเฉียบพลันขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยกำลังได้รับยาสเตียรอยด์และการติดเชื้อรานั้นก็สามารถรักษาให้หายได้ในระยะเวลาสั้น ๆ โรคทางระบบอื่นที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ โรคเบาหวาน ไทรอยด์ โรคกระเพาะ ไชซ้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง Trait ของโรคทาลัสซีเมีย (Thalassemia) และกามโรค

ส่วนที่ 2 ของการศึกษา เป็นการศึกษาผลของยาในเวลา 1 เดือน ผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษามีจำนวน 46 ราย ซึ่งประกอบด้วย อีโรซีฟ 22 ราย อโทรบิก 20 ราย และเรติคูลาร์ 4 ราย ผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์นับว่าหายจากโรคไลเคน พลาเนีย หลังใช้ยา F.A.S. มีจำนวนทั้งหมด 19 ใน 25 ราย (76%) และ 10 รายใน 21 ราย (48%) ที่ใช้ T.A.O. ความแตกต่างของจำนวนผู้ป่วยที่หายหลังจากใช้ยาทั้งสองชนิดไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อแบ่งจำนวนผู้ป่วยออกตามความรุนแรงของรอยโรค ดังนั้น ผลการศึกษาส่วนนี้จึงเป็นเพียงแสดงให้ทราบว่า นอกจาก ไทรแอมซิโนโลน อเซทโทไนด์ ในออร่าเบส แล้วยังมีฟลูโอซิโนโลน อเซทโทไนด์ โชลูชัน 0.1% ที่สามารถนำมาใช้รักษานันเหาอาการของไลเคน พลาเนียในช่องปากโดยที่ยังไม่ปรากฏผลเสียข้างเคียงทางคลินิกที่รุนแรงให้เห็นในระยะเวลาที่ติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 1 ปี แต่อย่างไรก็ดี การพิจารณาเลือกใช้ยากับผู้ป่วยแต่ละรายย่อมขึ้นกับสาเหตุหลายอย่าง รวมทั้งความหนา, ความชื้นของเยื่อผิวหนังที่เกิดรอยโรคลักษณะและชนิดของรอยโรค ความพึงพอใจในรูปแบบ และความเข้าใจในวิธีการใช้ยาของผู้ป่วยและสิ่งที่จะต้องนึกอยู่เสมอคือ ไม่ว่าจะ เป็นสเตียรอยด์เฉพาะที่ชนิดใด ย่อมมีโอกาสทำให้เกิดผลเสียข้างเคียงกับผู้ใช้ได้ทั้งทางระบบและเฉพาะที่

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE COMPARISON OF USING FLUOCINOLONE ACETONIDE SOLUTION TO TRIAMCINOLONE ACETONIDE IN ORABASE IN THE TREATMENT OF ORAL LICHEN PLANUS.

LAKANA LUANGJARMKORN

KOBKAN THONGPRASOM

WANEE TAWESAP

April 1988



Abstract

The comparison of using fluocinolone acetonide solution (F.A.S.) to triamcinolone acetonide in orabase (T.A.O.) in the treatment of oral lichen planus was performed and the content was divided into 2 parts. The first part was a study on characteristics of the total 80 patients whose oral lesions were lichen planus. The total group composed of 66 women and 14 men, the group-mean age was 44.51 years old. Durations of the disease were 1-120 months. Only 2.5 percentages or 2 cases who had haven skin lichen planus beside their oral lesions. The most favorite intra-Oral lesion of the disease was buccal cheek mucosa. The rest sites were gingiva, lips, palatal mucosa and tongue, respectively. The clinical manifestations of Oral lichen planus among these patients were thin, white reticular lines associated within lesions. This unique feature could be used as the clinical criteria for oral-lichen-planus diagnosis at 96%. But to confirm such diagnosis and looking for the possibility of associated malignant cells, the tissue biopsies for routine microscopic examination as well as for immunofluorescent study should be done.

Fungal organisms in 21/23 patients, did not make any problem to the treatment except the acute fungal infection. The infection was seen in 2 cases who had been treating their oral lichen planus with the topical steroids, and it was cured in a short time by using antifungal nystatin 100,000 units. Other systemic conditions found among these 80 patients were diabetes mellitus, thyroidism, gastrointestinal disorders, arthritis, high blood pressure, trait of thalassemia and venereal diseases.

The second part of the study was the comparison on the efficacy of FAS and TAO. in one-month period of treatment, done in 46 oral lichen planus cases. These cases were classified as 22 erosive, 20 atrophic and 4 reticular types. The patients who were counted as cured patients were 19 out of 25 cases (76%) in FAS-group and were 10/21 (48%) in TAO group. The differences in numbers of cured patients were not statistically significance, regarding to their disease-severity. The result of this part, therefore, only showed that the FAS. could be an alternative topical steroid controlling the oral lichen planus. In the other hand, the TAO has been already used for such disease. There was no serious clinical side effects of FAS. has been remarked in this one-year-follow-up. However, to choose which medicine should be suitable for each lichen planus patient, was very complicate and very important. Many factors lead to be considered, including the thickness and hydration of the epithelium where the lesions were, characteristics of the lesions, the patients's preference in drug-preparation and their understanding in drug-using technics. The most importance should be the recognition of that possibility of topical steroids could be produce adverse side effects, both topically and systemically.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ii
รายการรูป	vii
รายการตาราง	viii
บทนำ	1 - 2
วิธีวิจัย	2 - 5
ผลการวิจัย	6 - 10
การอภิปรายผล	11 - 20
สรุปผลการศึกษา	20 - 21
ข้อเสนอแนะ	21 -
เอกสารอ้างอิง	22 - 26
รูป	27 - 35

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการรูป		หน้า
รูปที่ 1	อีโรซีฟ ไลเคน พลานัส (Erosive lichen planus)	27
รูปที่ 2	อโทรฟิก ไลเคน พลานัส (Atrophic lichen planus)	28
รูปที่ 3	เรติคิวลาร์ ไลเคน พลานัส (Reticular lichen planus)	29
รูปที่ 4	ลักษณะทางจุลภาพของไลเคน พลานัส Microscopic features of lichen planus	30
รูปที่ 5 - 6	ไลเคน พลานัส ในผู้ป่วยก่อนและหลังการรักษาด้วย ฟลูโอซินโณโลน อเซทโทไนค์ Oral lichen planus - before and after topically-fluocinolone acetonide treatments.	31, 32
รูปที่ 7	การติดเชื้อราเฉียบพลัน (Acute fungal infections)	33
รูปที่ 8	ไมซีเลีย และสปอร์ของเชื้อรา Mycelia and spores of fungal organisms.	34
รูปที่ 9	เส้นเลือดฝอยแดงที่เกิดขึ้นหลังการหยุดใช้ยาสเตียรอยด์เฉพาะที่ ทันทีทันใด Occasional telangectases occurring after immediatly stop the topically-steroidal applications.	35

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	เพศ อายุ ตำแหน่ง และชนิดของไลเคน พลาเน็ต ในช่องปาก Sexes, ages, sites and types of oral lichen planus.	6
ตารางที่ 2	จำนวน และลักษณะของผู้ป่วยที่อยู่ในการศึกษาผลการ ใช้ยารักษา Number and characteristics of patients who were studied for the drug-treatments.	8
ตารางที่ 3	การเปรียบเทียบการใช้ไตรแอมซีโนโลนกับฟลูโอซีโนโลน อะเซทโทไนด์ ในการรักษาไลเคน พลาเน็ต The comparision on using 0.1% concentration of triamcinolone to fluocinolone acetonide in the treatments for lichen planus.	9

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บทนำ

ไลเคน พลาแนส เป็นโรคที่อาจพบได้บนผิวหนังและเยื่อเมือกต่าง ๆ รวมทั้งเยื่อเมือกในช่องปากด้วย ไลเคน พลาแนสในช่องปาก (Oral lichen planus - OLP.) ที่เกิดเรื้อรังมักก่อให้เกิดอาการเจ็บปวดกับผู้ป่วย สุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยอ่อนแอลงเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารและดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ นอกจากนี้ยังเคยมีผู้พบการเปลี่ยนแปลงเป็นเนื้อร้าย หรือมะเร็ง^{1, 2} ในบริเวณที่มีแผล OLP. เรื้อรังอีกด้วย

ในการบำบัดรักษาอาการและรอยแผล OLP นั้นมีหลายรูปแบบ^{3, 4} สำหรับการใช้สเตียรอยด์ชนิดทาเฉพาะที่นั้น มีผู้นำตัวยาหลายชนิดมาใช้ เช่น เบตาเมธาโซน⁵ (betamethasone), ไทรแอมซิโนโลน อเซโทไนด์ ในออราเบส⁶ (triamcinolone acetonide in orabase-TAO), ฟลูโอซิโนโลนในออราเบส⁷ (fluocinonide in orabase) ซึ่งยาเหล่านี้ให้ผลในด้านการรักษามันเทาอาการของ OLP ได้ในบางกรณี ในประเทศไทยนั้น ฟลูโอซิโนโลนทาหยากและไม่มีจำหน่ายในรูปของออราเบสหรือ ointment แต่ฟลูโอซิโนโลน อเซโทไนด์ (fluocinolone acetonide) ที่เคยมีผู้นำมารักษาแผลในที่ต่าง ๆ^{8, 9} ได้ผลนั้น มีจำหน่ายและหาได้ง่ายกว่า จึงมีผู้นำมาใช้ทำเป็นสารละลาย เพื่อใช้รักษาแผลในช่องปาก¹⁰ คณะผู้ทำการวิจัยจึงเห็นสมควรศึกษาเปรียบเทียบการใช้ยาฟลูโอซิโนโลน อเซโทไนด์ ในรูปแบบของสารละลาย (fluocinolone acetonide solution-FAS) กับ TAO ซึ่งเป็นสเตียรอยด์เฉพาะที่ที่ใช้กันอยู่แพร่หลายในตลาควยาของเมืองไทยเพื่อทราบถึงผลและประสิทธิภาพของยาทั้งสองในการใช้รักษาผู้ป่วย OLP

วัตถุประสงค์ของโครงการ (Objective of the Study)

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลและประสิทธิภาพของการใช้ยา FAS และ TAO รวมทั้งศึกษาลักษณะต่าง ๆ ของผู้ป่วย OLP เพื่อใช้เป็นประโยชน์ในด้าน

1. การเรียนการสอนของนิสิตทันตแพทย์
2. การสามารถเลือกใช้สเตียรอยด์เฉพาะที่ในการรักษาแผล OLP ได้อย่างมี

ประสิทธิภาพสมบูรณยิ่งขึ้น



3. ถ้า FAS มีประสิทธิภาพในด้านการรักษา OLP ไม่ว่าจะเท่าหรือมากกว่า TAO ซึ่งมีจำหน่ายอยู่แล้วย่อมทำให้ยาที่ใช้รักษามากขึ้น อาจทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาผู้ป่วย OLP ลงได้บ้าง เนื่องจากการเตรียมยาในรูปแบบของสารละลายทำได้ง่ายและสิ้นเปลืองน้อยกว่าในรูปแบบของออราเบส

วิธีการวิจัย (Procedure)

1. กลุ่มผู้ป่วย : ผู้ป่วยที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยที่มีรอยโรคในช่องปาก เข้ารับการตรวจรักษาที่ภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นไลเคน พลาเนียสในช่องปากโดยอาศัยลักษณะทางคลินิกและ/หรือลักษณะทางพยาธิของรอยโรคนั้น ๆ ผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีโรคเรื้อรังทางระบบ (systemic diseases) หรือโรคซึ่งมีข้อห้ามต่อการใช้ยาประเภทสเตียรอยด์ และต้องไม่อยู่ในระหว่างการใช้ยาสเตียรอยด์เพื่อรักษาโรคทางระบบหรือรอยโรคอื่น ๆ อย่างน้อยเป็นเวลา 2 สัปดาห์ และพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพช่องปาก และการใช้ยารักษาโรคที่มีอยู่ รวมทั้งการขจัดสิ่งระคายเคืองซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการเกิดรอยโรคนั้น ๆ เมื่อเลือกผู้ป่วยได้ตามลักษณะดังกล่าวข้างต้นแล้ว พบว่า เป็นการยากที่จะจัดหาผู้ป่วยให้มีลักษณะสอดคล้องกันทุกอย่างในเรื่องของอายุ, เพศ, ระยะเวลาการเกิดโรค, ขนาด ชนิดของรอยโรค รวมทั้งสภาพของสุขภาพในช่องปากของผู้ป่วยด้วย จึงได้พิจารณาแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มใหญ่ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างตามชนิดของยาที่ใช้รักษา จากนั้นพยายามทำการพิจารณาที่การรอยโรคไลเคน พลาเนียสในช่องปากของผู้ป่วยทั้งหมด เพื่อแบ่งออกตามลักษณะและความรุนแรงของรอยโรคที่เห็นทางคลินิก พร้อมทั้งให้คะแนนไว้เพื่อเป็นการสะดวกกับการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาต่อไป ทั้งนี้คือ

คะแนน 5 = รอยโรคเป็นเส้นลายคล้ายลูกไม้สีขาว เช็ดถูไม่ออก (non-removable, lace white or reticular lines และมีรอยแผล (erosive lesion) ขนาดใหญ่ตั้งแต่ 1 ตร.ซม.ขึ้นไป ซึ่งแผลนั้นอาจมีเนื้อตาย (slough) ปกคลุมทับอยู่หรือไม่ก็ได้ (รูปที่ 1)

- คะแนน 4 = รอยโรคเป็นเส้นลายคล้ายลายลูกไม้สีขาว เชื้อถูกไม่ออก และมีแผลดลอกขนาดเล็กกว่า 1 ซม. ซึ่งอาจมีหรือไม่มีเนื้อตายคลุมทับก็ได้
- คะแนน 3 = รอยโรคเป็นเส้นลายคล้ายลายลูกไม้สีขาว เชื้อถูกไม่ออก และมีรอยแดง (erythematous lesion) ใหญ่กว่า 1 ซม. ขึ้นไป (รูปที่ 2)
- คะแนน 2 = รอยโรคเป็นเส้นลายคล้ายลายลูกไม้สีขาว เชื้อถูกไม่ออก และรอยแดงเล็กกว่า 1 ซม.
- คะแนน 1 = รอยโรคเป็นเส้นลายคล้ายลายลูกไม้สีขาว เชื้อถูกไม่ออก ไม่พบรอยแดงหรือแผลปะปนอยู่ (รูปที่ 3)
- คะแนน 0 = ลักษณะเนื้อเยื่อปกติ ไม่พบรอยโรคใด ๆ

เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษามีจำนวนไม่มากนัก การแบ่งกลุ่มย่อยเกินไปอาจเกิดปัญหาต่อการวิเคราะห์ผลการรักษา จึงได้จัดผู้ป่วยที่มีรอยโรคอยู่ในกลุ่มคะแนน 5 และ 4 ซึ่งเป็นชนิดโรซีฟ (erosive lichen planus) หรือ ELP เหมือนกันไว้กลุ่มหนึ่ง และรอยโรคในกลุ่มคะแนน 3 และ 2 ซึ่งเป็นอะโทรฟิก (atrophic lichen planus) หรือ ALP ไว้อีกกลุ่มหนึ่ง ส่วนพวกที่อยู่ในกลุ่มคะแนน 1 ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการตรวจรักษา เรียกว่า ไลเคน พลานัส ชนิดเรติคิวลาร์ (reticular lichen planus) หรือ RLP ได้แยกไว้กลุ่มหนึ่ง และไม่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ผลการรักษาเชิงสถิติ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยประเภท RLP ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้มีน้อยมาก (มีเพียง 4 คน)

การนับจำนวนผู้ป่วยที่หายจากโรคนั้น นับจากจำนวนผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาแล้วมีอาการดีขึ้น ไม่รู้สึกคันปกติ ไม่รู้สึกรำคาญ หรือสาก หรือเจ็บแสบที่บริเวณรอยโรค และไม่มีหรือมีเส้นลายสีขาวเหลืออยู่อย่างเดียว ไม่พบมีการอักเสบแดงหรือมีรอยโรคลักษณะอื่น สำหรับผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการของรอยโรคนอกเหนือจากลักษณะผู้ป่วยที่หายแล้วดังกล่าว นับว่าเป็นผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยยาที่ใช้ในช่วงระยะเวลา 1 เดือน แม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีอาการอย่างอื่นเกิดขึ้นก็ตาม

2. ยาที่ใช้ศึกษา : ยาที่ใช้ศึกษาผลการรักษาในครั้งนี้ เป็นยาประเภทสเตียรอยด์
ทั้ง 2 ชนิด คือ

2.1 ไทรแอมซิโนโลน อเซโทไนด์ (Triamcinolone acetone)
ความเข้มข้น 0.1% ผสมในออราเบส (Orabase) หรือที่เรียกต่อไปว่า TAO ผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้ยา
ชนิดนี้ต้องใช้ยาป้ายลงบนรอยโรค วันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์

2.2 สารละลายฟลูโอซิโนโลน อเซโทไนด์ (Fluocinolone acetone)
ที่มีความเข้มข้น 0.1% หรือ FAS ผู้ป่วยที่ใช้ยาให้ใช้สำหรับป้ายยาแล้วปิดกับข้างขวดพอสมควรแล้ว
ปิดทับรอยโรคนาน 1 นาที วันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เท่ากัน สารละลายนี้เตรียมขึ้นโดย
ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หลังจากทายาได้แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารหรือบ้วนน้ำอย่างน้อย
30 นาที และเนื่องจากการศึกษาผลการใช้ยาทั้งสองชนิดนี้ใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการ จึงไม่สามารถ
นำยาปลอม (placebo) มาใช้เป็นเครื่องควบคุม (control) กับผู้ป่วยเหล่านี้ได้ เมื่อผู้ป่วย
ใช้ยาชนิดหนึ่งชนิดใด (TAO หรือ FAS) ไม่ได้ผลหรือมีอาการข้างเคียงซึ่งอาจเป็นอันตรายกับ
ผู้ป่วย หรือผู้ป่วยไม่พึงประสงค์ใช้ยาชนิดนั้น ๆ ต่อไป ถือว่าผู้ป่วยนั้นพ้นจากการศึกษาครั้งนี้ และ
รับการพิจารณาให้การรักษาคด้วยยาหรือวิธีอื่นที่เหมาะสมต่อไป

3. ขั้นตอนในการศึกษา

3.1 ทันตแพทย์ผู้รักษาทำการซักประวัติผู้ป่วย ทั้งประวัติการเจ็บป่วยทั่วไปของ
ร่างกาย และในช่องปาก บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค การรักษาโรคทั่วไปและ
โรคในช่องปากระยะเวลาที่เกิดรอยโรคไลเคน พลาเนียส ในช่องปาก (Duration of Oral
Lichen planus) ลักษณะและตำแหน่งของรอยโรคไลเคน พลาเนียส ก่อนทำการศึกษา พิจารณา
สาเหตุและแก้ไขสิ่งระคายเคืองซึ่งอาจเป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับรอยโรคที่ผู้ป่วยมีอยู่ อธิบายให้
ทราบถึงลักษณะธรรมชาติของไลเคน พลาเนียส การรักษาและการหาย ตลอดจนการกลับเป็นได้ใหม่
ของรอยโรคเพื่อให้ผู้ป่วยใช้เป็นข้อพิจารณารับเข้าอยู่ในโครงการศึกษาประสิทธิภาพของยาใน
ครั้งนี้

3.2 จัดผู้ป่วยให้เข้ากลุ่มการใช้ยา TAO หรือ FAS ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่าง และ
ใช้หลักเกณฑ์การใช้ยาแต่ละชนิดดังกล่าวไว้ในข้อ 2.1 หรือ 2.2 ตรวจสอบที่ลักษณะอาการและ

การให้คะแนนรอยโรคที่รักษาเป็นระยะ 2 และ 4 สัปดาห์ ตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ในการกำหนดผู้ป่วย
สังเกตและบันทึกผลของการใช้ยาแต่ละชนิด ทำการถ่ายภาพรอยโรคไว้เป็นข้อสนับสนุนการแปล
ข้อมูลในภายหลัง

3.3 การตัดชิ้นเนื้อจากรอยโรคไปตรวจ (biopsy) ทำในรายที่ผู้ป่วยยินยอม
เพื่อใช้เป็นข้อพิจารณาจัดความสงสัยในการเปลี่ยนเป็นเนื้อร้าย (malignancy) ของรอยโรค
และเพิ่มข้อมูลในการวินิจฉัยรอยโรคซึ่งได้จากลักษณะทางคลินิกเพียงอย่างเดียว

การตัดชิ้นเนื้อ ตัดจากบริเวณที่เป็นเส้นลายสีขาวและบริเวณที่สงสัยว่าจะมีการ
เปลี่ยนแปลงเป็นเนื้อร้าย ชิ้นเนื้อที่ตัดแล้วแช่ลงในขวดบรรจุฟอร์มาลิน (Formalin) 10%
ส่งไปยังภาควิชาทันตพยาธิ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำการตัดและย้อมสี
ฮีมาทอกซิลิน (Hematoxylin) และอีโอซิน (Eosin) และ/หรือบรรจุชิ้นเนื้ออีกส่วนหนึ่ง
ลงในภาชนะที่บรรจุน้ำแข็งแห้ง (dry ice) เพื่อส่งต่อไปยังภาควิชาพยาธิ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทั้งนี้ เพื่อทำการศึกษาการติดสีของสารอิมมูโนฟลูออเรสเซนต์
(immunofluorescent staining)

3.4 ผู้ป่วยแต่ละรายเมื่อได้รับการรักษาจนครบ 4 สัปดาห์แล้ว นำข้อมูลต่าง ๆ
ที่ได้มาพิจารณาเปรียบเทียบผลการรักษารอยโรคไลเคน พลาเนียส ในช่องปากด้วยยา TAO และยา
FAS ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร สำหรับผู้ป่วยที่ยังมีอาการเหลืออยู่หลังจากได้รับยา
รักษานาน 1 เดือนแล้ว ได้ให้การดูแลรักษาต่อไปตามขั้นตอนที่เหมาะสม และบันทึกข้อมูลซึ่ง
เกี่ยวข้องกับการหายของรอยโรค หรือการกลับเป็นใหม่ (recurrence) ของรอยโรคหลังจาก
หยุดยา รวมทั้งผลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาทั้ง 2 ชนิดนี้ด้วย

3.5 วิธีการวิเคราะห์เชิงสถิติ : นำข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับลักษณะและจำนวน
ผู้ป่วยทั้งหมดที่อยู่ในการศึกษาครั้งนี้ ผลการรักษาของยา ลักษณะอาการและอาการแสดงทั้งก่อน
และหลังการใช้ยารักษา รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาเป็นระยะเวลา 1 เดือน แล้วหายหรือไม่หาย
มาใช้วิเคราะห์หาความแตกต่างของผลการใช้ยาทั้ง 2 ชนิดในเชิงสถิติ โดยใช้วิธีของ Kolmogorov-
smirnov two-groups test



ผลการวิจัย (Results)

ตารางที่ 1 เพศ อายุ ตำแหน่งและชนิดของไลเคน พลาเนียในช่องปากของผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน 80 คน

Table 1 sexes, ages, sites and types of oral lichen planus in 80 patients.

Sexes	Number of Patients Cases(%)	Age in Years-old mean (range)	Types of Oral lichen Planus-Cases(%)					Sites of Oral lichen planus cases				
			E	A	R	B	G	L	P	T		
Male	14 (17.5)	51.86 (25 - 74)	11	2	1	14	4	2	1	2		
Female	66 (82.5)	42.92 (20 - 72)	38	25	3	63	26	15	9	6		
Total	80 (100)	44.51 (20 - 74)	49	27	4	77	30	17	10	8		
			(61.25)	(33.75)	(5)							

Notes : E = erosive lichen planus B = buccal mucosa P = palate
 A = atrophic lichen planus G = gingiva T = tougue
 R = reticular lichen planus L = lips

ตารางที่ 1 แสดง เพศ อายุ ของผู้ป่วย 80 คนที่มีโรคโลหิตจาง พลาเน็ตในช่องปาก พร้อมทั้งตำแหน่งและชนิดของรอยโรคโดยพิจารณาจากลักษณะทางคลินิก รอยโรคทั้งหมดพบมีเส้นลายสีเขียวอยู่บนเยื่อเมือก ลักษณะเป็นเส้นขาวนูนเล็กน้อย เรียงประสานไปมาคล้ายลายลูกไม้ หรือใยตาข่าย (reticular or net-work) บางรายมีรอยถลอกแดง (atrophic or erythematous area) หรือรอยแผล (erosive lesion) ประปรายอยู่ด้วย ผู้ป่วยสองกลุ่มหลังมีอาการปวดแสบปวดร้อนที่รอยโรค, มีอาการเจ็บขณะพูดหรือรับประทานอาหาร โดยเฉพาะอาหารจำพวกรสจัด ๆ หรือของที่หยาบกร้าน สำหรับผู้ป่วยที่มีแต่เฉพาะเส้นลายขาว มักไม่ค่อยมีอาการเจ็บ แต่รู้สึกรำคาญ และสาก ๆ บริเวณรอยโรค ประกอบกับกลัวว่าจะเป็นมะเร็ง จึงได้มาขอรับการตรวจวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วย 80 รายนี้มีเพียง 2 ราย (2.5%) เป็นหญิงอายุ 38 ปี และชายอายุ 35 ปี ที่ยืนยันได้ว่ามีรอยโรคโลหิตจาง พลาเน็ต ที่บริเวณผิวหนังก่อนมารับการตรวจรอยโรคในช่องปาก ครั้งนี้ประมาณ 5 - 6 ปีมาแล้ว นอกนั้นไม่พบว่ามียาหรือโรคชนิดอื่นที่บริเวณอื่น 25 ใน 80 ราย ไม่สามารถบอกได้ว่ารอยโรคที่มีในช่องปากนั้นมีมานานเท่าใด เพราะไม่เคยสังเกตจนมีอาการเจ็บหรือรู้สึกสาก ๆ หรือได้รับการบอกเล่าจากทันตแพทย์ผู้ทำการรักษาทางด้านทันตกรรมว่ามีความผิดปกติจึงมาขอรับการตรวจรักษาโรคเหล่านี้ ที่เหลืออีก 55 รายสามารถบอกได้ว่ารอยโรคในช่องปากของคณนี้มีระยะเวลาการเกิดอยู่ในระหว่าง 1 ถึง 120 เดือน จากการซักประวัติการใช้ยาและการเป็นโรคทางระบบ พบว่า โรคที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีได้แก่ โรคเบาหวาน โรคของไต โรคของหัวใจ โรคกระเพาะ โรคไขข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง trait ของ Thalassemia และกามโรค ผู้ป่วยยินยอมให้ทำการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจจำนวน 27 ราย ซึ่งจากรายงานทางพยาธิสภาพ สอดคล้องกับลักษณะของรอยโรคโลหิตจาง พลาเน็ต และ/หรือปฏิกิริยาของโลหิตจาง (lichenoid reaction) เกือบทั้งหมด ยกเว้นเพียง 1 รายที่ไม่พบแถบของลิมโฟไซต์ (lymphocytes) ในชั้นเนื้อที่ย้อมด้วยฮีมาทอกซิดินและอีโอซิน และผู้ป่วยรายนี้เมื่อทำการตัดชิ้นเนื้อของอิมมูโนฟลูออเรสเซน ก็ไม่พบการสะสมของไฟบริน (fibrin) ที่บริเวณรอยต่อของเยื่อผิวหนังกับเนื้อเยื่อข้างใต้ (Dermal-epithelial junction)

อันเนื่องมาจากรอยโรคไลเคน-พลาเน็ตที่พบในช่องปากแล้ว ผู้ป่วยบางราย (23 ราย) ได้รับการตรวจหาเชื้อราในช่องปากโดยวิธีชุดผิวเมือกบริเวณที่เป็นรอยโรคไปย้อมสี PAS และดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ ซึ่งปรากฏว่าเยื่อหุ้มของผู้ที่รับการตรวจมีไฮฟี (hyphae) ของเชื้อราปะปนอยู่ด้วย 21 ราย (90%)

ตารางที่ 2 จำนวน และลักษณะของผู้ป่วยไลเคน พลาเน็ต ที่อยู่ในการศึกษาผลของการใช้ยารักษา

Table 2 Number and characteristics of the lichen planus patients who were studied for the drug-treatments.

Drug-treatments	Number of cases (Females:Males)	Age-means in years (range)	Types of Oral lichen planus in cases		
			Erosive	Atrophic	Reticular
Triamcinolone acetonide in orabase	21 (18 : 3)	45.01 (20 - 72)	9	11	1
Fluocinolone acetonide solution	25 (20 : 5)	48.84 (23 - 74)	13	9	3
Total	46 (38 : 8)	47.11 (20 - 74)	22	20	4



ตารางที่ 3 เป็นการเปรียบเทียบการใช้โทรแอมซิโนโลนกับฟลูออซิโนโลน อะเซทไอดีน 0.1% ในการรักษาโรคเอน พิลาณีสชนิดต่าง ๆ

Table 3 The comparison on using 0.1% concentration of triamcinolone acetonide in orabase (TAO) to 0.1% fluocinolone acetonide solution (FAS) in the treatments for various types of oral lichen planus (OLP)

3.A. Treatments for erosive-OLP

Erosive OLP treating at 4 th wk	Drug Treatments - Cases		Statistic Test*
	TAO(%)	FAS(%)	
Cured	2 (22.22)	8 (61.54)	P > 0.05
Uncured	7 (77.78)	5 (38.46)	(exactly P = 0.1932)
Total	9 (100)	13 (100)	

3.B. Treatments for atrophic OLP

Atrophic OLP treating at 4 th wk	Drug Treatment (Cases)		Statistic Test*
	TAO(%)	FAS(%)	
Cured	7 (63.64)	8 (88.89)	
Uncured	4 (36.36)	1 (11.11)	P > 0.05
Total	11 (100)	9 (100)	(exactly P = 0.5319)

*Statistic Test = Kolmogorov - Smirnov two group test. P = probability

TAO = triamcinolone acetonide 0.1% in orabase

FAS = Fluocinolone acetonide 0.1% solution.

OLP = Oral lichen planus

สำหรับผู้ป่วยที่มีเรติคิวลา โลเคน หลานส์จำนวน 4 คนนั้น เมื่อแรกเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโรค มีอาการปวดแสบปวดร้อน รู้สึกสากรำคาญบริเวณรอยโรคมีความกลัวว่าจะเป็นมะเร็ง เมื่อได้รับยาไปทา 2 สัปดาห์ (1 คนใช้ Triamcinolone acetonide 3 คนใช้ fluocinolone acetonide) อาการปวดแสบปวดร้อนหายไป สามารถรับประทานอาหารรสจัดได้ ความสากระคายเคืองบริเวณกระพุ้งแก้มด้านในที่มัยรอยโรคลดลงมากจนเกือบไม่รู้สึก แต่ยังคงเห็นรอยเส้นสีขาวจาง ๆ อยู่ทั้ง 4 รายแม้ว่าผู้ป่วยยังคงใช้ยาเหล่านั้นต่อไปจนครบ 4 สัปดาห์

อนึ่งเมื่อนำผลการรักษาในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 มาคำนวณเปรียบเทียบกับวิธีเดียวกัน (Kolmogorov Smirnov) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม แต่เนื่องจากผลทางคลินิกในสัปดาห์ที่ 4 เห็นเด่นชัดกว่า จึงใช้ผลการรักษาในสัปดาห์ที่ 4 มาคำนวณเปรียบเทียบแต่เพียงระยะเดียว

ในจำนวนผู้ป่วย 46 คนที่อยู่ในกลุ่มศึกษาผลของยาที่ใช้รักษาโลเคน หลานส์ในช่องปาก ภายในเวลา 4 สัปดาห์นั้น 2 รายเกิดมีการติดเชื้อราฉับพลัน (acute candidiasis) ขึ้นหลังจากใช้ยาได้ประมาณ 4 สัปดาห์ (1 รายใช้ TAO; 1 รายใช้ FAS) และอาการเหล่านี้รักษาให้หายได้โดยให้ผู้ป่วย 8 ม Nystatin Tablet 100,000 ยูนิตเป็นเวลา 2 สัปดาห์ อีก 1 รายใช้ TAO พบมีการหลุดลอกของเยื่อเมือกช่องปากที่ปกคลุมบริเวณรอยโรคอย่างเห็นได้ชัด ในขณะที่ใช้ยาทาที่รอยโรค และเมื่อผู้ป่วยใช้น้ำยาล้างช่องปากจนถึงสัปดาห์ที่ 7 จึงเกิดลักษณะอาการแสดงของการติดเชื้อราฉับพลัน

ผู้ป่วยที่ใช้ยา TAO 2 คน เมื่อใช้ยาทาต่อได้ 3 และ 12 เดือน รอยโรคโลเคน หลานส์ที่มีอยู่หายหมดเกลี้ยง แต่ก็มีหลายคนที่รอยโรคมีอาการเจ็บ, ปวดแสบปวดร้อน และ/หรือ อักเสบแดงเกิดขึ้นใหม่หลังจากหยุดใช้ยาเป็นระยะเวลา 1, 3 และ 5 เดือน ส่วนในกลุ่มที่ใช้ยา FAS ผู้ป่วย 1 รายรอยโรคหายหมดเมื่อใช้ยาไปได้ 5 เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อหยุดการใช้ยาไประยะหนึ่ง (3 - 8 เดือน) เกิดมีอาการเจ็บแสบเมื่อรับประทานอาหารรสจัด มีเส้นลายสีขาวเห็นได้ชัดขึ้นกว่าในระยะที่กำลังใช้ยาทาอยู่ และเมื่อผู้ป่วยเหล่านั้นกลับไปใช้ยา FAS ชนิดเดิมทาใหม่ อาการเจ็บและเส้นลายสีขาวจางลง และอาการระคายเคืองหมดไป

การอภิปรายผล (Discussion) :

ไลเคน พลานัส เป็นโรคเรื้อรังของผิวหนัง และเยื่อเมือก รวมทั้งเยื่อช่องปากด้วย ตั้งเห็นได้จากระยะเวลาการเกิดรอยโรคของผู้ป่วยจำนวน 80 คนอยู่ในระหว่าง 1 - 120 เดือน รอยโรคในช่องปากมีเบอร์เซนต์สูงกว่าที่ผิวหนังแต่ข้อมูลนี้ยังไม่อาจยืนยันได้แน่นอน เพราะสถานที่ตรวจรักษารอยโรคครั้งนี้เป็นโรงเรียนทันตแพทย์ซึ่งผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาย่อมต้องมีอาการในช่องปาก ผู้ที่มีอาการเฉพาะที่ผิวหนังอย่างเดียวมักไปขอรับการดูแลรักษาที่อื่น แต่อย่างไรก็ตามเพียง 2 รายเท่านั้นที่มีอาการทั้งในปากและที่ผิวหนัง โรคนี้มักพบในผู้ป่วยวัยกลางคน (อายุเฉลี่ยของกลุ่ม 44.5 ปี) รอยโรคอาจเป็นแห่งเดียวหรือหลายแห่ง สาเหตุที่แท้จริงของไลเคน พลานัสยังไม่มีการยืนยันได้แน่ แม้ผู้อ้างว่าอารมณ์เครียด¹¹ โลหะหนัก^{12, 13} พันธุกรรม¹⁴ และ/หรือยาบางชนิด¹⁵ อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดรอยโรคที่น่าเป็นได้มากที่สุด คือ ความผิดปกติในระบบภูมิคุ้มกัน¹⁶ ของตัวผู้ป่วย ถึงกระนั้นก็ยังไม่มีข้อพิสูจน์ว่า ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเกิดก่อนแล้วทำให้เกิดรอยโรค หรือการเกิดรอยโรคบนเซลล์ผิวหนัง มีผลทำให้ภูมิคุ้มกันผิดปกติ ไลเคน พลานัสพบในผู้ป่วยหญิงมากกว่าผู้ป่วยชายข้อเท็จจริงสอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา เพราะพบว่าผู้ป่วยไลเคน พลานัสกลุ่มนี้เป็นผู้ชายเพียง 14 ราย ในขณะที่เหลือ 66 รายเป็นผู้ป่วยหญิง

ลักษณะรอยโรคไลเคน พลานัส ในช่องปากที่พบทางคลินิกในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกได้หลายรูปแบบ คือ

ชนิดเรติคิวลาร์ : เป็นเส้นสีขาว หนาตัวขึ้นจากเยื่อช่องปากเล็กน้อย เส้นนี้ ผู้ให้ชื่อว่า Wickham's striae หอกระสานกันเกิดเป็นลายคล้ายลูกไม้ บางครั้งเรียงตัวเป็นวง (anular) ตามรายงาน พบว่า ไลเคน พลานัส ชนิดเรติคิวลาร์นี้พบมากที่สุดในช่องปาก¹⁹ การพบเช่นนี้ต่างจากการพบในผู้ป่วย 80 รายนี้เพราะผู้ป่วยที่เป็นเรติคิวลาร์อย่างเดียวมีเพียง 4 ราย หรือ 5% แต่ไลเคน พลานัส ชนิดที่พบมากที่สุดของกลุ่มกลับเป็นชนิดโรซีฟ ซึ่งมีถึง 61% เมื่อพิจารณาเหตุผลที่แตกต่าง อาจเป็นได้ทั้งผู้ป่วยที่มีเรติคิวลาร์ ไลเคน พลานัส นั้นมักไม่มีอาการเจ็บจึงไม่มาหาทันตแพทย์หรือแพทย์ ยิ่งผู้ป่วยไม่สนใจในสภาพช่องปากของตน หรือไม่มีเวลาฐานะเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวยให้มาตรวจสุขภาพในช่องปากได้ แต่เมื่อผู้ป่วยมีไลเคน พลานัส



ชนิดนี้โรซีสส่วนมากมีอาการเจ็บ เพราะเกิดแผลในปาก จำเป็นต้องมาขอรับการตรวจรักษาจึงมีจำนวนมากว่าผู้ป่วยประเภทแรก บริเวณที่พบรอยโรคมากที่สุดได้แก่ กระพุ้งแก้มด้านใน เช่นเดียวกับที่มีรายงานในผู้ป่วยไลเคน พลานัส กลุ่มอื่น ๆ 17, 18

ชนิดแผ่นคราบขาว (plaque like) : ลักษณะแผ่นขาวนูนแยกจาก leukoplakia ที่เป็น premalignancy ได้ยาก ไลเคน พลานัสชนิดนี้ประกอบด้วยตุ่มตัน (papules) เล็ก ๆ จำนวนมากเบียดกันอยู่แน่น

ชนิดอโทรฟิก (atrophic type) : รอยโรคอักเสบแดง แต่ยังคงมีเยื่อเมือกนูนช่องปากบาง ๆ กลุ่มอยู่ เมื่อเชือนั้นหลุดกลายเป็นชนิดโรซีส

ชนิดโรซีส (erosive) : รอยโรคมืดแดงจัด เยื่อเมือกผิวฉีกขาดเป็นแผลสด ๆ ถ้าทิ้งไว้นานแผลจะลึก บางครั้งอาจพบมีเยื่อเทียมหรือเนือตาย (psuedomembrane or slough) ปกคลุมแผล ผู้ป่วยประเภทนี้มีอาการเจ็บปวดมากรับประทานอาหารหรือพูดจาได้ไม่เหมือนคนปกติจึงเป็นเหตุให้ต้องเข้ามาขอรับการรักษา

ผู้ป่วยทั้ง 80 คนเห็นเส้นลายขาว ๆ ของเรติคิวลาร์รวมอยู่กับไลเคน พลานัสทุกแบบ บางครั้งทำให้เข้าใจผิดคิดเป็นรอยโรคแบบหนึ่งที่เกิดจากการติดเชื้อรา (candidiasis) ซึ่งแยกจากกันได้โดยการตัดชิ้นเนื้อตรวจดูลักษณะเฉพาะทางพยาธิของไลเคน พลานัสหรือตรวจหาไมซีเลีย (mycelia) ของเชื้อราในบริเวณที่สงสัย แต่การพบเชื้อราทั้งรูปสปอร์ (spores) หรือไมซีเลียไม่อาจสรุปได้ว่ามีการติดเชื้อราเสมอไป เชื้อราเป็นเชื้อที่พบว่ามีอาศัยอยู่ในปากคนปกติ (normal flora) ในอัตรา 4 - 88%^{19, 20} ปรากฏการณ์เช่นนี้จึงไม่เป็นการแปลกที่เราตรวจพบเชื้อราในปากผู้ป่วยของเราถึง 91% (21 ใน 23 รายที่ตรวจหา) ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้เกิดการติดเชื้อแต่อย่างใด โดยทราบจากผลการรักษา เพราะไม่มีผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเชื้อราก่อนรับการรักษาไลเคน พลานัส แต่เขาเหล่านั้นมีอาการคัน และหมดไปเมื่อใช้ยาสเตรอยด์รักษาไลเคน พลานัส ความเป็นจริงข้อนี้จึงเป็นข้อสนับสนุนข้อคิดของ Epstein และผู้ร่วมงาน²¹ ที่เสนอว่าไม่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยใช้ยาด้านเชื้อราทันทีที่ตรวจพบเชื้อรา ยกเว้นในรายที่พิสูจน์ได้ว่ามีการติดเชื้อราเฉียบพลัน หลังจากการใช้สเตรอยด์รักษารอยโรคที่มีอยู่และการใช้ยาด้านเชื้อรานั้นอาจใช้ควบคู่ไปกับการใช้สเตรอยด์เฉพาะที่ทันทีที่ทราบว่ามีอาการติดเชื้อแล้ว เพราะการติดเชื้อเช่นนั้นถ้าปล่อยไว้จะทำให้เกิดปัญหายุ่งยากในการรักษาไลเคน พลานัส

สำหรับการหายของไลเคน พลาแนสในช่องปากนั้น ชนิดเรติคิวลาร์อย่างเดียว
 อาการอาจหมดไปเอง 41% ถ้าเป็นชนิดโทรปีอาการหมดได้ 12% แต่ถ้าเป็นชนิดโรเซอัม
 แผลเกิดแล้วไม่มีโอกาสหายได้เองถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง²² ที่ร้ายแรงซึ่งได้กล่าวมาแล้ว
 ในบทนำคือมีผู้พบมะเร็งในตำแหน่งที่เกิดไลเคน พลาแนสชนิดที่มีแผลร่วมด้วย เหตุนี้จึงมีความจำเป็น
 ต้องแยกให้ได้ว่าแผลที่มีอยู่นั้นเกิดจากอะไร

ลักษณะสำคัญที่ใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคไลเคน พลาแนส ได้แก่การตรวจพบการหนาตัว
 ของเซลล์ในชั้น granular มีการสร้างตัวของสารเคราติน (keratinization) พบการละลายตัว
 ในชั้น basal cell บางครั้งมีการหลุดลอกของ lamina propria ออกจากชั้น basal cell
 อาจพบลักษณะการยื่นของกลุ่มเซลล์ในชั้นเยื่อบุผิวลงไปชั้นเนื้อเยื่อข้างใต้ดูคล้ายฟันเลื่อย
 (retepeg) กลุ่มลิมโฟไซท์ (lymphocytes) อยู่กันเป็นแถบหนาในชั้นเนื้อเยื่อติดกับชั้น
 basal cell ของเยื่อบุผิว²³ นอกจากนั้นถ้าย้อมสีอิมมูโนฟลูออเรสเซน (immunofluorescent
 staining) จะพบการติดสีที่สารไฟบริโนเจน (fibrinogen) กระจายทั่วไปในชั้นบนของเนื้อเยื่อ
 และชั้นล่างของเยื่อบุผิว²⁴ ลักษณะทางคลินิกของไลเคน พลาแนสนั้นค่อนข้างบ่งชี้เฉพาะ เห็นได้จาก
 การรายงานทางพยาธิสภาพของผู้ป่วยจำนวน 27 คนที่ได้ตัดชิ้นเนื้อไปตรวจมีผลสอดคล้องกับ
 การวินิจฉัยโรคทางคลินิกเกือบทุกราย (96%) ยกเว้นเพียง 1 รายที่ลักษณะทางคลินิกบ่งชี้ว่าน่าจะ
 เป็นไลเคน พลาแนส แต่เมื่อตรวจดูชิ้นเนื้อที่ย้อมด้วยฮีมาทอกซิลิน และอีโอซิน (Hematoxylin &
 eosin) ไม่พบแถบของลิมโฟไซท์ และไม่พบการสะสมของไฟบริน (fibrin) ที่รอยต่อของเยื่อ
 บผิวกับเนื้อเยื่อข้างใต้ (Dermal-epithelial junction) ดังนั้น การวินิจฉัยโรคไลเคน
 พลาแนสในช่องปากถ้าพิจารณาจากลักษณะทางคลินิกแต่เพียงอย่างเดียวก็อาจทำได้ แต่ถ้าจะให้
 ผลแน่นอนควรอาศัยการตัดชิ้นเนื้อตรวจดูสภาพทางพยาธิประกอบกับการศึกษาการติดสีของสาร
 อิมมูโนฟลูออเรสเซน นอกจากนั้นการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจยังช่วยในการตรวจหาเซลล์มะเร็งที่
 อาจเกิดร่วมในบริเวณรอยโรคอีกด้วย

เมื่อศึกษาลักษณะธรรมชาติของรอยโรคไลเคน พลาแนส ทั้งในกลุ่มศึกษาครั้ง²⁵ และ
 จากหนังสือที่มีผู้เขียนไว้ จะเห็นได้ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีโรคนี้นี้ให้หายขาดทำได้ยาก ส่วนใหญ่
 เป็นเพียงควบคุมอาการของรอยโรคไม่ให้รุนแรง หรือมีบาดแผลที่จะเป็นสาเหตุของการเจ็บปวด

การดูแลรักษาด้วยยาที่มีการนำยามากต่าง ๆ มาใช้ในการรักษา^{25, 26, 27} ที่ได้ผลดีและใช้กันอยู่ได้แก่ การใช้ยาประเภทสเตียรอยด์ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น การใช้ยาสเตียรอยด์รักษาไลเคน พลาแนสในช่องปากนั้นสามารถทำได้ทั้งยาทางระบบ²⁸ (systemic steroid) และยาเฉพาะที่^{29, 30} (topical steroid) ซึ่งผลที่ได้แตกต่างกันออกไปแล้วแต่ตัวยาที่ใช้ รวมทั้งวิธีการ, การแพร่กระจาย และย่อยใช้ (metabolism) ของยา โดยทั่วไปแล้วการใช้สเตียรอยด์ทางระบบนั้นให้ประโยชน์ที่เชื่อมกับผู้ป่วยเมื่อเทียบกับการใช้เฉพาะที่ แต่ก็มีผลเสียเกิดได้มากและรุนแรง ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะเมื่อใช้ยาทางระบบกับร่างกายนั้น เซลล์หลายชนิดได้รับผลจากยา ส่วนผลดีของยาเฉพาะที่ที่มีมากกว่ายาทางระบบอยู่ที่ผลเสียข้างเคียงเกิดได้น้อยและไม่รุนแรงเท่า แต่การใช้ยาเฉพาะที่นั้นให้ผลไม่แน่นอน ไม่มีหลักตายตัวขึ้นกับสภาพผู้ป่วยแต่ละคน และเหมาะสำหรับโรคที่มีอาการเฉพาะที่มากกว่าเป็นทั่วทั้งตัว ไลเคน พลาแนสเป็นโรคเรื้อรังจำเป็นต้องใช้ยากันเป็นเวลานาน ถ้าใช้ยาทางระบบโอกาสที่เกิดผลเสียย่อมมีมาก ส่วนยาสเตียรอยด์ชนิดทาเฉพาะที่นั้นแม้ว่าบางชนิดอาจมีผลข้างเคียง แต่ถ้าผู้ใช้ศึกษาถึงคุณสมบัติและลักษณะการใช้ให้ละเอียด อาการที่เกิดขึ้น ไม่รุนแรงเท่าการใช้ยาทางระบบและสามารถรักษาให้กลับคืนสู่สภาพปกติได้ในระยะเวลาอันสั้น

ในประเทศไทย ไทรแอมซิโนโลน อเซโทไนด์ 0.1% ผสมในออรัลเบสเป็นสเตียรอยด์ที่ใช้ทาเฉพาะที่ชนิดหนึ่งที่ใช้กันแพร่หลาย เพราะสามารถยัดติดกับแผลในปากได้ดี แต่ก็มีผู้ป่วยในกลุ่มที่ศึกษาครั้งหนึ่งหลายคนที่เคยใช้ยาชนิดนี้แล้วไม่ได้ผล ยังมีอาการเจ็บที่รอยโรคอยู่จำเป็นต้องหาสเตียรอยด์เฉพาะที่ชนิดอื่นมาใช้แทน ในต่างประเทศมีผู้นำฟลูโอซิโนไนด์ซึ่งเป็นเอสเทอร์ (ester) ของฟลูโอซิโนโลน อเซโทไนด์ (fluocinolone acetonide) มาผสมในออรัลเบสใช้รักษาแผลเรื้อรังในช่องปาก และรายงานว่าได้ผลดี มีผลข้างเคียงน้อยและไม่รุนแรง⁷ ฟลูโอซิโนไนด์นั้นหาได้ยากในประเทศไทย ไม่มีจำหน่ายในรูปของ ointment หรือออรัลเบส แต่ฟลูโอซิโนโลน อเซโทไนด์ซึ่งเคยมีผู้นำมาใช้รักษาแผลที่ผิวหนังและใบหน้าจนได้ผลมาแล้วนั้น มีจำหน่ายและหาได้ง่ายกว่า จึงมีผู้นำมาใช้ทำเป็นสสารละลาย และใช้รักษาแผลในปากและเมื่อคณะผู้ดำเนินการวิจัยได้นำมาใช้รักษาไลเคน พลาแนสในช่องปากโดยเปรียบเทียบกับไทรแอมซิโนโลน อเซโทไนด์ในครั้งนั้นเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาชนิดดังกล่าว (ฟลูโอซิโนโลน) แล้ว

อาการอยู่ในเกณฑ์ที่น่าหวาดหวั่นจากโรคมีอยู่ 72.7% ในขณะที่ผู้ป่วยที่ใช้ไทรแอมซิโนโลนทั้งหมดจำนวน 20 คน หวาดหวั่นจากโรค 9 คนหรือ 45% แต่เมื่อนำผลแตกต่างของผู้ป่วยในเกณฑ์ที่น่าหวาดหวั่นจากโรกระหว่างการใช้ยา 2 ชนิด วิเคราะห์โดยอาศัยวิธีของ Kolmogorov-smirnov กลับพบว่า ความแตกต่างของจำนวนผู้ป่วยที่หวาดหวั่นไม่ออกถึงนัยสำคัญ ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มศึกษาครั้งนี้มีน้อยเกินไป ไม่เหมาะกับการแบ่งกลุ่มตามความรุนแรงของโรค หรืออาจเป็นเพราะไม่มีความแตกต่างในจำนวนผู้ป่วยที่หวาดหวั่นจริง ๆ ก็ได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาผลการใช้ยาครั้งนี้ ทำให้ทราบว่านอกจากไทรแอมซิโนโลน อเซทโทไนด์ในออร์ลเบสที่ใช้กันแพร่หลายยังมีสารละลายฟลูโอซิโนโลน อเซทโทไนด์ 0.1% ที่ให้ผลในด้านบรรเทาอาการของโรค เช่น ฟลวนส์ในช่องปาก โดยที่ยานี้สามารถควบคุมอาการระคายเคือง และลดหรือขจัดความเจ็บปวด เช่นเดียวกับที่กอบกาจูจันทองประสม¹⁰ ได้นำไปใช้รักษาแผลแอฟท์ (aphthous ulcer) มาแล้วปัจจุบันยังไม่มีผลข้างเคียงที่รุนแรงทางคลินิกให้เห็น เมื่อเทียบกับอาการต่าง ๆ ที่อาจเกิดกับผู้ป่วยที่ใช้สเตียรอยด์ทางระบบ³¹ เพียงแต่ผู้ป่วยบางคนมีอาการหลุดลอกของเยื่อผิวหนังและเกิดการติดเชื้อราเฉียบพลันขึ้น แต่การเกิดการติดเชื้อราเฉียบพลันนั้นพบได้ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ไทรแอมซิโนโลน และใช้ฟลูโอซิโนโลน จึงไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นอาการข้างเคียงเฉพาะอย่างของฟลูโอซิโนโลน อเซทโทไนด์ 0.1% และอาการติดเชื้อราสามารถรักษาให้หายในระยะเวลาสั้น ๆ ด้วยยาต้านเชื้อราชนิดเตติน

ไทรแอมซิโนโลน และฟลูโอซิโนโลน อเซทโทไนด์นั้นเป็นสเตียรอยด์ในกลุ่ม fluorinated compounds ซึ่งมีประสิทธิภาพในด้านการรักษาเฉพาะที่มี sodium retention น้อย แต่ 0.1% ไทรแอมซิโนโลน จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความรุนแรงในชั้น Intermediate potency ในขณะที่ฟลูโอซิโนโลน 0.1% นั้นอยู่ในระหว่างกลุ่ม Intermediate กับ high potency³² ยาททั้งสองชนิดเมื่อดูจาก RAT EAR ESSAY พบว่ามีความแรงกว่าไฮโดรคอร์ติโซน (hydrocortisone) เท่ากันถึง 150 เท่า³³ ประสิทธิภาพด้านลดการอักเสบของสเตียรอยด์เฉพาะที่นั้น ไม่ได้ขึ้นกับการเพิ่มจำนวนโมเลกุล แต่ขึ้นกับจำนวนยาที่ถูกดูดซึมเข้าไป การให้ยาเฉพาะที่นั้นจะไม่มีประโยชน์ถ้าไม่สามารถซึมผ่านผิวหนังที่ปกคลุมลงไปได้ ยาที่สามารถแยกตัวออกจากตัวทำละลายของมันแล้วซึมผ่าน เข้าถึงตำแหน่งที่ต้องการให้ยาออกฤทธิ์ในเวลาและจำนวนที่เพียงพอ

ให้เกิดผลด้านการรักษาจึงจะนับได้ว่ามีประโยชน์ดี ในการซึมผ่านผิว เยื่อที่ปกคลุมอยู่จำเป็นต้อง แทรกผ่านชั้น stratum corneum ดังนั้น ตำแหน่งทางกายวิภาค (anatomical site) ก็ย่อมมีความสำคัญให้ผลแตกต่างกันได้มากในเรื่องเกี่ยวกับการดูดซึมของยา Maibach (1976)³⁴ พบว่า เกือบ 99% ของยาเมื่อทาตรงบริเวณแขนท่อนล่างไม่สามารถซึมผ่านเข้าไปได้ แต่ถ้าเป็นที่ บริเวณรักแร้หรือที่ใบหน้าการแทรกซึมของยาจะมีได้มากกว่า แต่ก็สามารถทำให้เกิดผลข้างเคียง เฉพาะที่ได้ง่ายกว่าด้วย เยื่อหุ้มเคราติโนไซต์ (Keratinocyte membrane) น่าจะมีส่วนช่วย ชัดขวางการดูดซึมของยาเพราะในรายที่มี atrophic dermatitis และ exfoliative psoriasis นั้นการแทรกซึมของยาเป็นไปได้มากกว่ารายที่เป็น plaque psoriasis ซึ่งก็ สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยของเราที่มีโอโรบิกหรือโอโรซีฟ โลเคน ผลานัสนั้น การตอบสนองต่อยาที่ใช้ดีกว่ารายที่เป็นเรติคิวลาร์ โลเคน ผลานัส ในช่องปากการดูดซึมของยามากน้อยต่างกันไปแล้ว แต่ตำแหน่งที่ทา โดยมีอัตราเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 10 - 65%³⁵

เมื่อเกิดรอยโรคโลเคน ผลานัสในช่องปาก ลักษณะที่เห็นคือมีการเปลี่ยนแปลงของ เยื่อช่องปากบริเวณที่มีรอยโรค เกิดมีการสร้างเคราตินขึ้น (Keratinization) ซึ่งตามปกติแล้ว เยื่อช่องปากเห็นเป็นชั้นๆ ไม่มีสารเคราติน (stratified non-keratinized squamous epithelium) แม้ว่าเซลล์ชั้นบน ๆ จะมีนิวเคลียสและสารเคราตินกระจายอยู่ทั่วไปก็ตาม เซลล์ชั้นบนของรอยโรคมีการหลุดลอก (desquamation) ในรายที่เป็นโอโรซีฟ โลเคน ผลานัส เซลล์มีการรวมพองตัวของเซลล์โลเคน ผลานัส มีขอบบูนเล็ก ๆ (microridge) ขรุขระไม่เป็น ระเบียบ (irregular) เรียงตัวเห็นเป็นเส้นใย³⁶ (network) เซลล์เหล่านี้อยู่ในระยะต่าง ๆ ทั้งมีเคราตินและไม่มีเคราตินบริเวณ เซลล์ชั้นล่างของเยื่อผิว (basal region) มีการขาดหายไป เป็นช่วง ๆ (discontinuity) ช่องว่างระหว่างเซลล์ (intercellular space) ถูกทำลาย ไปเห็นเป็นช่องกว้างมากกว่าปกติมีเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ (inflammatory cells) แทรกเข้าไปอยู่ในชั้นล่างของเยื่อผิวชั้น (epithelium) เซลล์ที่พบเป็นพวกลิมโฟไซต์ (lymphocytes) ขนาดต่าง ๆ ซึ่งมีผู้พบว่าส่วนใหญ่เป็นที่-ลิมโฟไซต์ (T-lymphocytes) นอกจากนั้นยังพบพลาสมาเซลล์ (plasma cells) แมโครฟาจส์ (macrophages) แมสต์ เซลล์ (mast cells) และเซลล์นิวเคลียสเดี่ยว (mono-nuclear cells) อีกจำนวนหนึ่ง³⁷ สันนิษฐาน กันว่า เซลล์ที่พบเหล่านี้เป็นตัวที่เข้าไปทำอันตรายและรบกวนเนื้อเยื่อบริเวณนี้ทำให้เกิดอาการของ โรคขึ้นมาให้เห็น

ยาสเตียรอยด์ที่นำมาใช้ทาเฉพาะที่นั้น เพื่อประโยชน์ในด้านต่อต้านการอักเสบที่เกิดขึ้น ทั้งในระยะเฉียบพลัน (acute) และเรื้อรัง (chronic) โดยไม่จำกัดสาเหตุ ช่วยลดสารที่เกิด ในขบวนการอักเสบ เช่น ไลโซโซม เอนไซม์ (lysosomal enzyme) โปรสตาแกลนดินส์ (prostaglandins) ไคนิน (Kinins) และฮิสตามีน (histamine) เป็นต้น นอกจากนี้ สเตียรอยด์ทำให้เกิด cutaneous vasoconstriction อีกด้วย³⁸ อาการโรคในผู้ป่วย OLP แต่ละคนแตกต่างกันได้หลายรูปแบบดังที่ตรวจพบ จึงเป็นการยากที่จะใช้ยาชนิดใดชนิดหนึ่งให้เหมือนกัน และการใช้ยาทาเฉพาะที่นั้นไม่สามารถประเมินผลได้แน่นอนว่าหายหรือไม่ นอกจากไม่มีผล ให้เห็นหรือไม่มีอาการแล้ว นอกจากนี้ยังไม่สามารถตรวจดูได้ด้วยการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ ดังนั้น การรู้ตัวด้วยตาเปล่าเท่านั้นจึงเป็นเครื่องตัดสินผลการรักษาอย่างเต็มที่ที่เราใช้กันเสมอ และเป็น ชนิดเดียวกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สเตียรอยด์ที่ใช้ทาเฉพาะที่อาจทำให้เกิดเส้นลายและการถลอก (striae&atrophy) ขึ้นตรงบริเวณที่ทายา การเกิดการถลอกถลอกของผิวหนังในรายที่มีผิวหนัง ผิดปกติของผู้ป่วยไลเคน พลานัสนั้น ควรนับเป็นประโยชน์ได้มากกว่าเป็นโทษ แต่ผู้ป่วยบางคนเมื่อ ใช้ยาชนิดเดียวกันไม่ได้ผลหรือได้ผลในระยะแรก ๆ เท่านั้น ก็อาจเป็นจากสาเหตุหลายอย่าง เช่น การเปลี่ยนแปลงฤทธิ์ของยาโดยเอนไซม์ที่มีอยู่ในผิวหนัง หรือเซลล์ที่เป็นตัวรับยาสเตียรอยด์ (receptor) มีการเปลี่ยนแปลงไปหรือการคัดต่อยา เป็นต้น ดังนั้น ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งผู้ที่ใช้ ไทรแอมซิโนโลน และฟลูโอซิโนโลนเมื่อเข้าไประยะหนึ่งการตอบสนองต่อยาก็เริ่มช้าลงที่ เป็นเช่นนั้นอาจเป็นเพราะยาที่ใช้ทำให้เกิดผลกับเอนไซม์ที่ทำหน้าที่ย่อยยาบริเวณเยื่อช่องปาก สามารถทำงานได้มากขึ้น นอกจากนี้ ปฏิกิริยาของสเตียรอยด์นี้ยังเกิดจากตัวรับยาชนิดนี้ (receptor) สามารถนำยาเข้าไปที่นิวเคลียร์ของเซลล์ซึ่งเป็นที่ยาออกฤทธิ์คือสาร D.N.A. อีกด้วย นอกจากต้านต่อต้านการอักเสบแล้ว สเตียรอยด์เฉพาะที่ยังมีผลเป็นตัวยับยั้งการก่อตัวของภูมิคุ้มกัน (immunosuppressor) และต้านต่อการแบ่งตัวของเซลล์ (anti-mitotic) ในบริเวณ ที่สัมผัสมาเลี้ยง ยานี้จะทำให้เส้นเลือดบีบตัวอย่างทันที (immediate vasoconstriction) เป็นการป้องกันการเคลื่อนที่ (mobilization) ของเซลล์พวก polymorphic nucleocytes และ monocytes รวมทั้ง lymphocytes ที่พบอยู่จำนวนมากตรงบริเวณรอยโรค OLP ไม่ให้ เข้ามาสะสมเพิ่มขึ้น

สำหรับฤทธิ์ของยาที่ทาเฉพาะที่ลดน้อยลงถ้าพิจารณาแล้วอาจเป็นไปได้จาก

1. ลักษณะของผิวหนังที่ใช้ยา : ความหนาของผิวหนังทำให้เกิดผลรักษาได้น้อยกว่ายาที่ผิวหนังบางหรือดลอกแดง ดังเห็นได้จากผลการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มของเราในการศึกษาครั้งนี้อย่างที่เห็นแต่เรตคิวลาร์ โลเคน ฟลานีส เมื่อทายาไม่ว่าจะเป็นยาชนิด ไทรแอมซิโนโลน หรือฟลูโอซิโนโลน ลักษณะของเรตคิวลาร์ในที่มีอยู่คงเหมือนเดิม แม้ว่าจะจางลงบ้างก็ตาม แต่อาการเจ็บแสบเท่านั้นที่หมดไป ดังนั้น การพิจารณาใช้ยาในผู้ป่วยที่มีผิวหนังบางอาจใช้ยาที่มีความแรงน้อยกว่า (lower potency) ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีผิวหนังหนาอาจจำเป็นต้องใช้ยาที่มีความแรงสูงขึ้น เพื่อที่จะให้ได้ผลประโยชน์เท่าเทียมกัน

2. ความเปียกชื้น (hydration) ของผิวหนังที่ทายา : ความชื้นอาจมีผลต่อการดูดซึมของยา จากการที่มีรายงานว่าการใช้วิธีปิดทับตัวยาที่ทา³⁹ (occlusion) ไม่ว่าจะเป็นไปโดยวิธีใช้แผ่นพลาสติก หรือขี้ผึ้ง (ointment) ทำให้มีการซึมของยาได้ดีกว่ายาที่ทาเฉย ๆ เพราะทำให้ผิวหนังบริเวณที่มีการปิดทับมีความชื้นคงอยู่มากกว่านั่นเอง ด้วยเหตุนี้ polyethylene glycol ในออร์ลเบสที่ผสมในไทรแอมซิโนโลนอาจสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการซึมผ่านของไทรแอมซิโนโลน ทำให้ผลการใช้ยาไม่แตกต่างกับการใช้สารละลายฟลูโอซิโนโลนทั้ง ๆ ที่ไทรแอมซิโนโลน 0.1% นั้นจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความแรงของยาน้อยกว่า

3. จำนวนครั้งและบริเวณที่ทายา : การทายาน้อย ๆ ถ้าไม่ถูกวิธีอาจไม่ได้ผล ควรบอกผู้ป่วยให้ทราบถึงจุดประสงค์ของการใช้ยาตามบ่อยครั้ง ไม่ใช่ว่าต้องการให้ใช้เป็นตัวป้องกัน การระคายเคือง ควรให้ผู้ป่วยทายาให้ถูกจนแน่ใจว่าใช้วิธีที่ถูกต้อง

4. รูปแบบของยาที่ให้ผู้ป่วยใช้มีส่วนในการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา เพราะถ้าผู้ป่วยไม่ยอมใช้ก็ละเลยที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำทำให้ไม่ได้ผล ไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวในการเลือกรูปแบบของยา แต่ควรคำนึงถึงการละลายของยาให้เข้าได้ดีเป็นเนื้อเดียวกัน และการหลุดของยาจากตัวทาละลายได้ง่ายพอสมควร เมื่อถึงตำแหน่งที่ตัวยาจำเป็นต้องถูกนำไปใช้ นอกจากนั้นถ้ารูปแบบของยาสามารถให้ผิวหนังบริเวณที่ทายาชุ่มชื้นเพียงพอที่จะสามารถแทรกซึมผ่านไปก็ย่อมดีกว่าในรูปแบบที่แห้ง ๆ ดังจะเห็นได้จากการค้นพบของ Sarkany และเพื่อนที่ว่า ointment ที่มี FAS ใน propylene glycol มีประสิทธิภาพในด้านการรักษาดีกว่า ointment ที่มียาชนิดเดียวกันแต่อยู่ในรูปของผลึก (crystalline dispersion)⁴⁰



อย่างไรก็ตาม จะต้องไม่ลืมว่ายาสเตียรอยด์ที่ใช้ทาเฉพาะที่นั้น เมื่อมีผลดั่งย่อมมี โอกาสเกิดผลเสียข้างเคียงได้รุนแรงเช่นกัน และผลเสียที่เกิดขึ้นอาจเกิดในลักษณะคล้ายคลึงกับ สเตียรอยด์ทางระบบ⁴¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกดการทำงานของต่อมหมวกไต⁴² ที่มีผลต่อการ หลั่งฮอร์โมนของร่างกาย ในรายที่มีแผลกว้าง ๆ มีการอักเสบของผิวหนัง ๆ การใช้สเตียรอยด์ ที่มีความเข้มข้นสูงและใช้วิธีการปิดทับยาที่ทาอาจทำให้เกิด severely impaired stress response ซึ่งได้ ยิ่งกว่านั้นการใช้สเตียรอยด์ในเด็กทำให้เกิดการเจริญเติบโตได้ช้า ผู้ป่วยที่ ใช้สเตียรอยด์เฉพาะที่จำนวนมาก ๆ เป็นเวลานานอาจเกิดอาการที่เรียกว่า Cushing's syndrome⁴³ โดยเฉพาะในรายที่มีความล้มเหลวของตับ (hepatic failure) อาจมีโอกาส เกิดผลเสียอื่น ๆ อีกมาก แต่โดยทั่วไปแล้วการใช้สเตียรอยด์เฉพาะที่มักไม่ค่อยทำให้เกิดผลเสีย ทางระบบ ผลเสียที่พบบ่อย คือ ผลเสียข้างเคียงเฉพาะที่ เช่น การเกิดรอยถลอกแดงบนหลัง การใช้ยา และเลิกใช้ทันที หรือรอยแดงขณะใช้ยาอยู่ ลักษณะทางคลินิกเห็นเป็นผื่นนูนมีคล้าย กระดาษห่อบุหรี่ มีเส้นเลือดฝอยแดง (telangiectasis) อาจพบว่าจุดเลือดเล็ก ๆ หรือใหญ่ แต่ก็มีหลายตัวอย่าง Sneddon⁴⁴ รายงานการใช้ potent fluorinated steroid เป็นเวลานาน ทำให้เกิด rosaces like eruption โดยมีรอยแดงเกิดขึ้น มีตุ่มหนองปนอยู่แต่เมื่อเลิกใช้ยา อาการเหล่านี้ก็หายหมดไปใน 1 - 3 เดือน นอกจากนี้สเตียรอยด์ยังมีฤทธิ์กดขบวนการป้องกัน การติดเชื้อราจากกระตุ้นให้เกิดการติดเชื้อเฉพาะที่ตรงบริเวณที่ทายา โดยเฉพาะในรายที่มีเชื้อนั้น ๆ อยู่แล้ว คงจะเห็นได้จากการศึกษาของผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาซึ่งมีเชื้อราในสภาพที่เป็น normal flora เมื่อได้ใช้ยาสเตียรอยด์ทากรักษาไลเคน พลานัส ไม่ได้ระยะหนึ่งเกิดอาการการติดเชื้อรา เฉียบพลันขึ้น ซึ่งการติดเชื้อราขึ้นรักษาให้หายได้ในระยะเวลาต่อมา ตามที่เคยได้รายงาน⁴⁵ ไว้แล้ว

ผู้ป่วยส่วนมากในระยะแรกที่เริ่มใช้สเตียรอยด์รักษาโรค อาจเริ่มใช้ชนิดที่มีความ รุนแรงต่ำซึ่งก็มักได้ผลดี แต่เมื่อใช้ไปนาน ๆ ผู้ป่วยเหล่านี้มักไม่มีการตอบสนองต่อยา จึง จำเป็นต้องใช้ยาที่มีความแรงมากขึ้น หรือเพิ่มความเข้มข้นของยาที่ใช้หรือเปลี่ยนวิธีการใช้ ซึ่ง มักก่อให้เกิดอาการดีขึ้นเป็นบางส่วน (partial remission) เมื่ออาการดีขึ้นบ้างแล้ว ก็ควร

ลดความเข้มข้นของยาลง ดังนั้น ในทางทฤษฎี ควรมียาชนิดเดียวกันหลาย ๆ ความเข้มข้นให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาวนาน ๆ ใช้เพราะเป็นการช่วยลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้น แต่ในทางปฏิบัติจริงแล้วเป็นการยากที่จะเตรียมยาชนิดเดียวกันไว้หลาย ๆ ความเข้มข้น และไม่สะดวกในการจ่ายให้ผู้ป่วยไปใช้ ดังนั้น ในการรักษาผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาสเตรอยด์เฉพาะที่นั้น ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยลดการใช้ยาลงและพยายามใช้ยาประเภทที่มีความแรงน้อย (low potency) ก่อน ต่อเมื่อไม่ได้ผล จึงค่อยเลือกใช้ยาชนิดที่มีความแรงหรือมีความเข้มข้นมากขึ้น แต่ก็ควรคำนึงถึงผลเสียข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้เสมอทั้งทางเฉพาะที่และทางระบบ

สรุปผลการศึกษา (Conclusion)

จากการศึกษาผลการใช้ยาไทรแอมซิโนโลน และฟลูโอซิโนโลน อเซทโทไนด์ ในผู้ป่วยไลมเนื้อ หลานส์ จำนวน 80 คน ครั้งพบว่า ไลมเนื้อ หลานส์เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดได้ทั้งบนผิวหนังและ/หรือเยื่อเมือกในช่องปาก โอกาสที่ผู้ป่วยมีรอยโรคในช่องปากสูงกว่าการมีรอยโรคบนผิวหนัง อาการของโรคพบได้ ในผู้ที่มีอายุเฉลี่ย 40 ปีขึ้นไป ลักษณะของไลมเนื้อ หลานส์ในช่องปากมีหลายแบบ คือเส้นลายขาวบางประปรายเป็นตาข่าย, แผ่นคราบขาวหนา, รอยอักเสบแดง และ/หรือมีแผลร่วมกับเส้นลายสีขาวบางปะปนอยู่ ตำแหน่งที่พบบ่อยได้แก่บนกระพุ้งแก้มด้านใน เหงือก ริมฝีปาก เพดานปาก และลิ้น ตามลำดับ การวินิจฉัยโรคไลมเนื้อ หลานส์ในช่องปากอาจทำได้โดยพิจารณาจากลักษณะทางคลินิกเพียงอย่างเดียว แต่ก็ควรตัดชิ้นเนื้อจากรอยโรคไปตรวจด้วยวิธีฮิสโตพยาธิวิทยา และอีไอเอ็ม และดูการคิดชื่อของสารภูมิโพลีโอเรสเซน เพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัยโรคทางคลินิก และเพื่อตรวจหาเซลล์มะเร็งที่อาจเกิดรวมอยู่ด้วย การตรวจพบเชื้อราในผู้ป่วยไลมเนื้อ หลานส์ ไม่ทำให้การรักษาอาการของโรคไลมเนื้อ หลานส์ยุ่งยากขึ้นนอกจากจะพบว่ามีการติดเชื้อ แต่ก็สามารถให้การรักษารักษาการติดเชื้อนั้นร่วมไปกับการรักษาโรคไลมเนื้อ หลานส์ ส่วนโรคต่าง ๆ ที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนั้น ยังไม่สามารถนำมาใช้เป็นข้อเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไลมเนื้อ หลานส์ได้

ไลเคน พลาแนสเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้ยาก การใช้สเตรอยด์เฉพาะที่ชนิด
ไฮดรอกซีโคโลนิโนออร์ลเบส และชนิดสารละลายพลูโอซิโนโลน อเซโทโทไนด์ในครั้งนี้เป็นเพียงแต่
การรักษาอาการและรอยแผลที่มีอยู่ ไม่สามารถที่จะรักษาเส้นลายสีขาว และป้องกันการเกิดใหม่
ของรอยโรคได้ ผลการรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าเปอร์เซ็นต์ของจำนวน
ผู้ป่วยที่หมดอาการ หลังจากการใช้ยาพลูโอซิโนโลน อเซโทโทไนด์ ในระยะ 1 เดือนสูงถึง 76.0%
ในขณะที่ใช้ไฮดรอกซีโคโลนิโนออร์ลเบสมีแค่ 48% นอกจากนี้ การหายจากอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยในกลุ่ม
อีโรซิฟ และอโรบิก เป็นไปได้เร็วและเห็นชัดกว่าผู้ป่วยที่มีรอยโรคชนิดเดียวกัน ที่ใช้ไฮดรอกซี
ซิโนโลน ในออร์ลเบสรักษา ที่น่าสังเกตคือผู้ป่วยที่มีรอยโรคชนิดเส้นลายขาวหรือเรติคิวลาร์อย่าง
เดียวนั้น ไม่ว่าจะได้ใช้ยาชนิดใด ลักษณะรอยโรคที่เห็นก็ยังคงอยู่ คงมีแต่อาการเจ็บระคายเคือง
เท่านั้นที่หมดไป ดังนั้น การพิจารณาเลือกใช้ยาในผู้ป่วยไลเคน พลาแนส แต่ละรายย่อมมี
ความสำคัญและขึ้นกับเหตุผลต่าง ๆ หลายประการ รวมทั้งลักษณะความหนา ความเปื่อยขึ้นของผิว
ตรงที่รอยโรคเกิดขึ้น ลักษณะอาการและชนิดของรอยโรค ความพึงพอใจในรูปแบบ และความ
เข้าใจในวิธีการใช้ยาของผู้ป่วย แต่สิ่งสำคัญที่จะลืมไม่ได้ก็คือโอกาสและความเป็นไปได้ของการ
เกิดผลเสียข้างเคียงของยาทั้งตรงบริเวณที่ทายาและทางระบบทั่วไปของร่างกายผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ (Suggestion for further work)

เนื่องจากไลเคน พลาแนส เป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยบางคนจำเป็นต้องใช้ยาติดต่อกัน
เป็นเวลานานและแม้ว่าในการศึกษารั้งนี้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาชนิดสารละลายพลูโอซิโนโลน
อเซโทโทไนด์ รักษาโรคไม่มีอาการผิดปกติรุนแรงทางคลินิกแต่อย่างไร หลังจากได้ติดตามดูผล
ในบางรายนานถึง 12 เดือน แต่ก็ควรศึกษาผลเสียที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลเสีย
ที่เกิดกับการทำงานของต่อมหมวกไต ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการสร้างฮอร์โมนของร่างกาย
ต่อไป นอกจากนี้ ถ้าเป็นไปได้ก็ควรศึกษาดังกล่าวใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยชนิดนี้ด้วยสเตรอยด์
ในรูปแบบต่าง ๆ อีกด้วย





เอกสารอ้างอิง (References)

1. Fowler, C.B.; Rees, T.D.; Smith, B.R. : Squamous cell carcinoma on the dorsum of the tongue arising in a long-standing lesion of erosive lichen planus. JADA 115 : 707 - 710, 1987.
2. Kaugars, G.E.; Svirsky, J.A. : A update on the dysplastic/ carcinomatous transformation of oral lichen planus. J. Oral. Med. 37 : 75 - 79, 1982.
3. Zegarelli, D. : Treatment of oral lichen planus with topical vitamin A acid. J. Oral Med. 39 : 186 - 191, 1984.
4. Tal, H.; Rifkin, B. : Cryosurgical treatment of a gingival lichen planus : report of case. JADA 113, 629 - 631, 1986.
5. Cawson, R. : Treatment of oral lichen planus with betamethasone. Brit. Med. J. 1 : 86 - 89, 1968.
6. Zegarelli, D.J. : Multimodality steroid therapy of erosive and ulcerative oral lichen planus. J. Oral. Med. 38 : 127 - 130, 1983.
7. Lozada, F; Silverman S. : Topically applied fluocinonide in an adhesive base in the treatment of oral vesiculoerosive diseases. Arch. Dermatol. 116 : 898 - 901, 1980.
8. Shore, R.N.; Mirkin, G.; Spring, S. : Use of fluorinated steroid on the face. Arch. Dermatol. 114 : 1403, 1978.
9. Fry, L.; Wight, D.G.D. : Plasma cortisol levels after topical use of fluocinolone acetonide. Br. J. Dermatol. 77 : 582 - 585, 1965.
10. Thongprasom, K. : Fluocinolone acetonide in a treatment of aphthous ulcers : report of 3 cases. J. Dent. Assoc. Thai 36 : 71 - 78, 1986.

11. Lowental, U.; Pisanti, S. : Oral lichen planus according to the modern medical model. J. Oral Med. 39 : 224 - 225, 1984.
12. Pennys, N.S.; Ackerman, A.B.; Gottlieb, N.L. : Gold dermatitis : a clinical and histopathological study. Arch. Dermatol. 109 : 372, 1974.
13. Finne, K.A.J.; Goransson, K.; Winckler, L. : Oral lichen planus and contact allergy to mercury, Intern. J. Oral Surg. 11 : 236, 1982.
14. Copeman, P.W.M.; Tan, R.S.H.; Timlin, D.; Samman, P.D. : Familial lichen planus. Br. J. Dermatol. 98 : 573, 1978.
15. Burry, J.M.; Kirk, J. : Lichenoid drug reaction from methyldopa Br. J. Dermatol 91 : 475, 1974.
16. Bhan, A.K.; Haxrist, T.J.; Murphy, G.F.; Mihm, M.C. Jr. : T cell subsets and Langerhans cells in lichen planus : in situ characterization using monoclonal antibodies. Br. J. Dermatol. 105 : 617 - 622, 1981.
17. Scully, C.; El-Kom, M. : Lichen planus : review and update on pathogenesis. J. Oral pathol. 14 : 431 - 458, 1985.
18. Silverman, S. Jr.; Griffith, M. : Study on oral lichen planus II. Follow-up on 200 patients, clinical characteristics and associated malignancy. Oral Surg. 37 : 705 - 710, 1974.
19. Johnston, R.D.; Chick, E.W.; Jahnston, N.S.; Jarvis, M.A. : Asymptomatic quantitative increase of Candida albicans in the oral cavity. Southern Med. J. 60 : 1244 - 1247, 1967.
20. Berdicevsky, I.; Ben-Aryeh, H.; Szargel, R.; Gutman, D. : Oral Candida in asymptomatic denturer wearers. Int. J. Oral Surg. 9 : 113 - 115, 1980.

21. Epstein, J.B.; Komiyama, K.; Duncan, D. : Oral topical steroids and secondary oral candidiasis. *J. Oral Med.* 41 : 223 - 227, 1986.
22. Andreasen, J.O. : Oral lichen planus, A clinical evaluation of 115 cases. *Oral Surg.* 25 : 31 - 42, 1968.
23. Shklar, G. : Lichen planus as an oral ulcerative disease. *Oral Surg.* 33 : 376 - 388, 1972.
24. Laskaris, G; Sklavounou, A.; Angelopoulos, A : Direct immunofluorescence in oral lichen planus. *Oral. Surg.* 53 : 483 - 487, 1982.
25. Sharps, R.S. : Lichen planus treated with levamisole. *J. Cont. Educ. Dermatol.* 17 : 32, 1978.
26. Slobery, K; Hersle, K.; Mobacken, H.; Thilander, H. : Several oral lichen planus : remission and maintenance with vitamin A analogues. *J. Oral Pathol.* 12 : 437 - 477, 1983.
27. Aufdemorte, J.B., of Villez, R.L.; Giesecker, D.R. : Griseofulvin in treatment of three cases of oral erosive lichen planus. *Oral Surg.* 55 : 459 - 462, 1983.
28. Silverman, S. Jr.; Lozada-Nur, F; Migliorati, C. : Clinical efficacy of prednisone in the treatment of patients with oral inflammatory ulcerative diseases : A study of fifty-five patients. *Oral. Surg.* 59 : 360 - 363, 1985.
29. Stoy, P.J. : The use of topical applications in the treatment of inflammatory condition of the oral mucosa. *Dent. Practit.* 16 : 444 - 447, 1966.

30. Randell, S.; Cohen, L. : Erosive lichen planus. Management of oral lesions with intra-lesional corticosteroid injections. *J. Oral Med.* 29 : 88 - 91, 1974.
31. Trummel, C.L. : Antiinflammatory drugs. In Neidle, E.A.; Krocger, D.C., Yagiola : eds. *Pharmacology and therapeutics for Dentistry.* 2nd Ed. 1985 St. Louise, C.V. Mosby # 22 p. 331 - 361.
32. Rosertson, D.R.; Maibach, H.I. : Topical corticosteroids. *Intern. J. Dermatol.* 21 : 59 - 67, 1982.
33. Fluocinonide : A Syntex product monograph.
34. Maibach, H.I. : In vivo percutaneous penetration of corticoids in man and unresolved problems in their efficacy. *Dermatologica* 152 (Suppl. 1) : 11 - 25, 1976.
35. Pimlott, S.J.; Addy, M. : Evaluation of a method to study the uptake of prednisalone sodium phosphate from different oral mucosal sites. *Oral. Surg.* 60 : 35 - 37, 1985.
36. Thongprasom, K.; Luangjarmekorn, L.; Bouranasin, P. : Scanning electron microscopy observations of the oral lichen planus. *J. Dent. Assoc. Thai* 37 : 233 - 238, 1987.
37. Jungell, P.; Malmstrom, M.; Wartivaara, J.; et al. : Ultrastructure of oral leukoplakia and lichen planus. I. Basal region and inflammatory cells. *J. Oral Pathol.* 16 : 170 - 178, 1987.
38. Miller, J.A; Munro, D.D. : Topical corticosteroids : clinical pharmacology and therapeutic use. *Drugs.* 19 : 119 - 134, 1980.
39. Feldmann, R.J.; Maibach, H.I. : Penetration of ¹⁴C-hydrocortisone through normal skin : The effect of stripping and occlusion. *Archl. Dermatol.* 91 : 661, 1965.

40. Sarkany, I.; Madgraft, J.W.; Caron, G.A.; Barrett, C.W. : The role of vehicles in the percutaneous absorption of corticosteroids. *Br. J. Derm.* 77 : 569, 1965.
41. Scoggins, R.B.; Kilman, B. : Percutaneous absorption of corticosteroids. systemic effects. *N. Engl. J. Med.* 273 : 831 - 840, 1965.
42. Lehner, T.; Lyne, C. : Adrenal function during topical oral treatment with triamcinolone acetonide. *Brit. Dent. J.* 129 : 164 - 167, 1970.
43. May, P.; Stein, E.J.; Ryter, R.J.; et al. : Cushing Syndrome from percutaneous absorption of triamcinolone cream. *Arch. Intern. Med.* 136 : 612 - 613, 1976.
44. Sneddon, I. : Adverse effect of topical fluorinated corticosteroids in rosacea. *Brit. Med. J.* 1 : 671 - 673, 1969.
45. Luangjarmekorn, L.; Sererat, T. : Candidiasis : A complication in the topical-steroid application. *C.U. Dent. J.* 9 : 115 - 124, 1986.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รูปที่ 1



อีโรซีฟ ไลเคิน พลาเนีย ; ลักษณะทางคลินิกเห็น
 เห็นลายก้นตุ๊กไม้สีขาว (R) (เป็นรูปไม้ตาข่าย)
 มีรอยแดง (A) และแผล (E) ซึ่งมียาเคลือบ
 หนอง (slough) ครอบทับ

Erosive lichen planus : Clinical appearances
 show non-removable white reticular striae
 (R), erythema (A) and ulceration with slough
 covering (E).

รูปที่ 2



รูปที่ 2 ไลเคน ไทเทอ ชนิด อτροφิกที่ภายใน ช่องปาก (R)
แสดงริ้วลายตาข่าย (A)

Atrophic lichen planus composed of white
reticular striae (R) and atrophic changes (A).



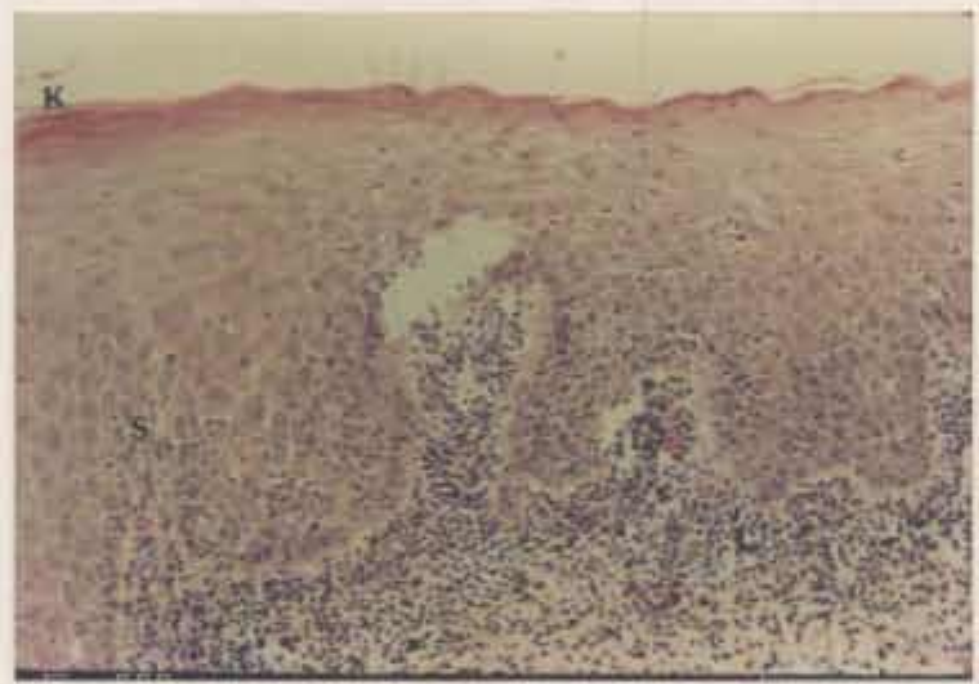
รูปที่ 3



เห็นสีขาวขจรกระจายทั่วด้านตามซอกไม้ (X) หรือเป็นขดกันแน่น
จนเห็นเป็นแผ่นสีขาว (P) ขาวใน โลเทม หลานโซ่ หนัก
เรติคิวลาร์

white, thin, lacy - like striae (R) or plaque
(P) were found in reticular lichen planus.

รูปที่ 4



เติวพาราเคอราโทซิส (K). การงอกริมที่คล้ายฟันเลื่อย (S) ของเรติคูลิว
 ที่ด้านล่าง ๆ แถบหนาของ mononuclear cells ที่อยู่ใต้ชั้นเยื่อ
 ผิว (L) ร่วมกับการวินิจฉัยโรคไลเคน พลาเนีย ทางคลินิก
 Hyperparakeratosis (K), saw-tooth rete ridges (S),
 and dense subepithelial band of mononuclear cells
 (L) confirm the clinical diagnosis of lichen planus.



รูปที่ 3



โรคนี้ พบที่โพรงปากส่วนบนและส่วนล่าง (ภาพบน) และ
หนัง (ภาพล่าง) การรักษาคือด้วยยาฟลูออซิโกลอน อะเซโตนิก 1 มิลลิกรัม
Oral lichen planus (upper) in a male patient who was
treating with fluciclonolone acetone solution for
1 week (lower).



รูปที่ 6



อโทรฟิก ลิกเชิน พลาเนีย ในผู้ป่วยอีกราย (บน) มีอาการดีขึ้น และ
 เส้นขาวริ้วจาง (R) ภายใต้อผลของยาฟลูซิโนโลน อะซิโตนไอด์ (ล่าง)
 Atrophic lichen planus in another patient (upper) the
 lesion was very much improved and its white striae
 (R) disappeared after flucinolone acetonide application
 (lower).





รูปที่ 7

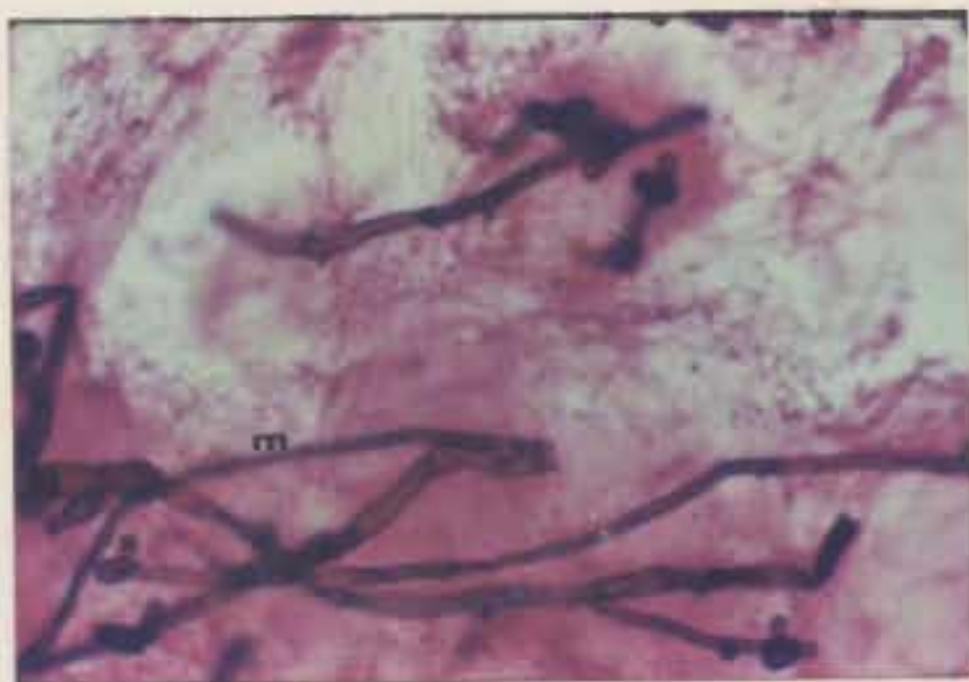


การติดเชื้อราเฉียบพลัน (ลูกศร-ภาพบน) ในผู้ป่วยบางคนที่ใช้
สเตียรอยด์ เพื่อรักษาไลเคนพลาเนีย รวมถึงใช้ยาฆ่าเชื้อ และรักษา
หายได้ด้วยยาต้านเชื้อรา (ภาพล่าง)

Acute fungal infection (arrow-upper) in some patients
who were treating their lichen planus with topical
steroids and the infection was cured by anti-fungal
medicine (lower)



รูปที่ ๘



ไมซีเลีย (m) และสปอร์ (s) ของเชื้อราที่ขูดได้จากเยื่อเมือก
 ในช่องปากที่ผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (ย้อมสี PAS)

Mycelia (m) and spores (s) of fungal organisms
 were scraped out of oral mucosa where the acute
 infection developed. (PAS, staining)

รูปที่ 9



บริเวณที่อักเสบเกิดขึ้นหลังจากใช้ยาสเตียรอยด์เฉพาะที่ลงบนที่หน้า
(รูปที่ 9)

Erythematous changes or telangiectases (arrows)
which were remarkable after immediately stop to
use topically steroid applications.