



รายการอ้างอิง

- [1] Lodi, G., Scully, C., Carozzo, M., Griffiths, M., Sugerman, P.B., and Thongprasom, K. Current controversies in oral lichen planus: Report on an international consensus meeting. Part 1. Viral infections and etiopathogenesis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 100 (2005): 40–51.
- [2] Thornhill, M.H. Immune mechanisms in oral lichen planus. *Acta Odont Scand* 59 (2001): 174-7.
- [3] Al-Hashimi, I., Schifter, M., Lockhart, P., Wray, D., Brennan, M., and Migliorati, C.A., et al. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions: diagnostic and therapeutic considerations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 103 (2007): S25.e1-12.
- [4] Thongprasom, K., Youngnak-Piboonratanakit, P., Pongsiriwet, S., Laothumthut, T., Kanjanabud, P., and Rutchakitprakarn, L. A multicenter study of oral lichen planus in Thai patients. *J Invest Clin Dent* 1 (2010): 29-36.
- [5] Serrano-Sanchez, P., Bagan, J.V., Jimenez-Soriano, and Sarrion, G. Drug induced oral lichenoid reactions: a literature review. *J Clin Exp Dent* 2 (2010): e71-5.
- [6] Seymour, R.A., and Rudralingham, M. Oral and dental adverse drug reactions. *Periodontology* 2000, 46 (2008): 9-26.
- [7] Bagan, J.V., Eisen, D., and Scully, C. The diagnosis and management of oral lichen planus: a consensus approach. *Oral Biosci Med* 1 (2004): 21–7.
- [8] Lamey, P.J., McCartan, B.E., MacDonald, D.G., and MacKie, R.M. Basal cell cytoplasmic autoantibodies in oral lichenoid reactions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 79 (1995): 44–9.
- [9] Chang, J.Y., Chiang, C.P., Hsiao, C.K., and Sun, A. Significantly higher frequencies of presence of serum autoantibodies in Chinese patients with oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 38 (2009): 48-54.
- [10] Chainani-Wu, N., Silverman, S. Jr., Lozada-Nur, F., Mayer, P., and Watson, J.J. Oral lichen planus: patient profile, disease progression and treatment responses. *J Am Dent Assoc* 132 (2001): 901-9.
- [11] Eisen, D. The clinical features, malignant potential and systemic associations of oral lichen planus: a study of 723 patients. *J Am Acad Dermatol* 46 (2002): 207-14.
- [12] Thongprasom, K., Carozzo, M., Furness, S., and Lodi, G. Interventions for treating oral lichen planus. *Cochrane Database Syst Rev* Issue 7 (2011): CD001168.
- [13] Thongprasom, K., Prapinjumrune, C., and Carozzo, M. Novel therapies for oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 42 (2013): 721-7.



- [14] Van der Waal, I. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions; a critical appraisal with emphasis on the diagnostic aspects. *Med Oral Pathol Oral Cir Bucal* 14 (2009): E310-4.
- [15] Bagby, J.W. A tropical lichen planus-like disease. *Arch Dermatol Syphilol* 52 (1945): 1-5.
- [16] Bazemore, J., Johnson, H.H., Swanson, F.R., and Hayman, J.M. Relation of quinacrine hydrochloride to lichenoid dermatitis (atypical lichen planus). *Arch Dermatol Syphilol* 54 (1946): 308-24.
- [17] Nisbet, M.T.W. New cutaneous syndrome occurring in New Guinea and adjacent islands: preliminary report. *Arch Dermatol Syphilol* 52 (1945): 221-5.
- [18] Rosenthal, J. Atypical lichen planus. *Am J Pathol* 22 (1946): 473-5.
- [19] Schmitt, C.L., Alpins, O., and Chambers, G. Clinical investigations of a new cutaneous entity. *Arch Dermatol Syphilol* 52 (1945): 226-38.
- [20] Lamey, P.J., Gibson, J., Barclay, S.C., and Miller, S. Grinspan's syndrome: a drug-induced phenomenon? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 70 (1990): 184-5.
- [21] Aljabre, S.H., *Grinspan's syndrome*. *J Am Acad Dermatol*, 30 (1994): 671.
- [22] Lodi, G., Giuliani, M., Majorana, A., Sardella, A., Bez, C., Demarosi, F., et al. Lichen planus and hepatitis C virus: a multicentre study of patients with oral lesions and a systematic review. *Br J Dermatol* 151 (2004): 1172-81.
- [23] Greenberg, M.S. Ulcerative, vesicular and bullous lesions. In: Greenberg, M.S. and Glick, M., editors. *Burket's Oral Medicine*. 10th ed. Hamilton: BC Decker Inc., 2003: 89-95.
- [24] Scully, C., Beyli, M., Ferreiro, M.C., Ficarra, G., Gill, Y., Griffiths, M., et al. Update on oral lichen planus: etiopathogenesis and management. *Crit Rev Oral Biol Med* 9 (1998): 86-122.
- [25] DeRossi, S.S., and Ciarrocca, K.N. Lichen planus, lichenoid drug reactions, and lichenoid mucositis. *Dent Clin N Am* 49 (2005): 77-89.
- [26] Salem, G. Oral lichen planus among 4277 patients from Ginzan, Saudi Arabia. *Community Dent Oral Epidermol* 17 (1989): 322-4.
- [27] Scully, C., de Almeida, O.P., and Welbury, R. Oral lichen planus in childhood. *Br J Dermatol* 130 (1994): 131-3.
- [28] Sharma, R., and Maheshwari, V. Childhood lichen planus: a report of fifty cases. *Pediatr Dermatol* 16 (1999): 345-8.
- [29] Myers, S.L., Rhodus, N.L., Parsons, H.M., Hodges, J.S., and Kaimal, S. A retrospective survey of oral lichenoid lesions: revisiting the diagnostic process for oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 93 (2002): 676-81.

- [30] Gunes, A.T., Fetil, E., Ilknur, T., Birgin, B., and Ozkan, S. Naproxen-induced lichen planus: report of 55 cases. *Int J Dermatol* 45 (2006): 709-12.
- [31] Korstanje, M.J. Drug-induced mouth disorders. *Clin Exp Dermatol* 20 (1995): 10-8.
- [32] McCartan, B.E., and McCreary, C.E. Oral lichenoid drug eruptions. *Oral Dis* 3 (1997): 58-63.
- [33] Woo, V., Bonks, J., Borukhova, L., and Zegarelli, D. Oral lichenoid drug eruption: a report of a pediatric case and review of the literature. *Pediatr Dermatol* 26 (2009): 458-64.
- [34] Van der Meij, E.H., Mast, H., and Van der Waal, I. The possible premalignant character of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a prospective five-year follow-up study of 192 patients. *Oral Oncol* 43 (2007): 742-8.
- [35] Agarwal, R., and Saraswat, A. Oral lichen planus: an update. *Drugs today (Barc)* 38 (2002): 533-47.
- [36] Wilson, D.J. Eczematous and pigmentary lichen dermatitis; atypical lichen planus; preliminary report. *Arch Dermatol Syphilol* 54 (1946): 337-96.
- [37] Neville, B.W., Damm, D.D., Allen, C.M., and Bouquot, J.E., editors. *Oral Maxillofac Pathology*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2012: 782-92.
- [38] Katta, R. Lichen planus. *Am Fam Physician* 61 (2000): 3319-28.
- [39] Van den Akker, T.W. Lichen planus, a T-lymphocyte mediated reaction involving the skin and mucous membranes. *Ned Tijdschr Geneesk* 145 (2001): 1921-8.
- [40] วิไลรัตน์ สถฤทธิชัยกุล และ กอบกาญจน์ ทองประสม. ไลเคน แพลนัส (Lichen planus). ใน กอบกาญจน์ ทองประสม บรรณาธิการ. *เวชศาสตร์ช่องปากขั้นสูง*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553. หน้า 85-114.
- [41] Eisen, D., Carrozzo, M., Bagan Sebastian, J.V., and Thongprasom, K. Number V Oral lichen planus: clinical features and management. *Oral Dis* 11 (2005): 338-49.
- [42] Madalli, V., and Basavaraddi, S.M. Lichen planus - A review. *IOSR J Dent Med Sci* 12 (2013): 61-9.
- [43] Andreasen, J.O. Oral lichen planus. 1. A clinical evaluation of 115 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 25 (1968): 31-42.
- [44] Silverman, S.J., Gorsky, M., and Lozada-Nur, F. A prospective follow-up study of 570 patients with oral lichen planus: persistence, remission, and malignant association. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 60 (1985): 30-4.
- [45] Axell, T., and Rundquist, L. Oral lichen planus- a demographic study. *Community Dent Oral Epidemiol* 15 (1987): 52-6.

- [46] Silverman, S.J., Gorsky, M., Lozada-Nur, F., and Giannotti, K. A prospective study of findings and management in 214 patients with oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 72 (1991): 665-70.
- [47] Bagan-Sebastian, J.V., Milian-Masanet, M.A., Penarrocha-Diago, M., and Jimenez, Y. A clinical study of 205 patients with oral lichen planus. *J Oral Maxillofac Surg* 50 (1992): 116-8.
- [48] Scully, C., and El-Kom, M. Lichen planus: review and update on pathogenesis. *J Oral Pathol* 14 (1985): 431-58.
- [49] Shklar, G., and McCarthy, P.L. The oral lesions of lichen planus: observations on 100 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 14 (1961): 164-81.
- [50] Boyed, A.S., and Neldner, K.H. Lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 25 (1991): 593-619.
- [51] Silverman, S.J. Oral cancer: complications of therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 88 (1999): 122-6.
- [52] Warnakulasuriya, S., Johnson, N.W., and Van der Waal, I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 36 (2007): 575-80.
- [53] Rice, P.J., and Hamburger, J. Oral lichenoid drug eruptions: their recognition and management. *Dental Update* 29 (2002): 442-7.
- [54] Lavanya, N., Janyathi, P., RaoUmadevi, K., and Ranganathan, K. Oral lichen planus: An update on pathogenesis and treatment. *J Oral Maxillofac Pathol* 15 (2011): 127-32.
- [55] Walsh, L.J., Savage, N.W., Ishii, T., and Seymour, G.L. Immunopathogenesis of oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 19 (1990): 389-96.
- [56] จงกลณี วงศ์ปิยะบวร. โรคผิวหนังที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกัน (Immune-mediated skin diseases). ใน อรวดี หาญวิวัฒน์วงศ์ บรรณาธิการ. *วิทยาภูมิคุ้มกันพื้นฐานและคลินิก*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์, 2553. หน้า 297-305.
- [57] ทวีศักดิ์ ตีรวัดนพงษ์. กลไกของการเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน (Generation of B and T cell response). ใน อรวดี หาญวิวัฒน์วงศ์ บรรณาธิการ. *วิทยาภูมิคุ้มกันพื้นฐานและคลินิก*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์, 2553. หน้า 66-7.
- [58] Sugerma, P.B., Savage, N.W., Walsh, L.J., Zhao, Z.Z., Zhou, X.J., Khan, A., et al. The pathogenesis of oral lichen planus. *Crit Rev Oral Biol Med* 13 (2002): 350-65.
- [59] ฐิติกานต์ เหล่าธรรมทัศน์. มิวคัส เมมเบรน เพมฟิกอยด์ (Mucous membrane pemphigoid). ใน กอบกาญจน์ ทองประสม บรรณาธิการ. *เวชศาสตร์ช่องปากขั้นสูง*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553. หน้า 205-22.

- [60] อะนันท์ เอี่ยมอรุณ. เพมฟิกัส (Pemphigus). ใน กอบกาญจน์ ทองประสม บรรณาธิการ. *เวชศาสตร์ช่องปากขั้นสูง*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553. หน้า 187-204.
- [61] Nico, M.M., Vilela, M.A., Rivitti, E.A., and Lourenco, S.V. Oral lesions in lupus erythematosus: correlation with cutaneous lesions. *Eur J Dermatol* 18 (2008): 376-81.
- [62] พิมพ์พร รักพรหม และ กอบกาญจน์ ทองประสม. ลูปัส อีริทีมาโตซัส (Lupus erythematosus). ใน กอบกาญจน์ ทองประสม บรรณาธิการ. *เวชศาสตร์ช่องปากขั้นสูง*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553. หน้า 115-42.
- [63] Jacyk, W.K., Fourie, J., and van Heerden, W.F. Chronic ulcerative stomatitis and lichen planus: just a coincidence or direct link between the two diseases? *Dermatol Klin* 14 (2012): 127-9.
- [64] Do Prado, R.F., Marocchio, L.S., and Felipini, R.C. Oral lichen planus versus oral lichenoid reaction: Difficulties in the diagnosis. *Indian J Dent Res* 20 (2009): 361-4.
- [65] WHO. World health organization collaborating centre for oral precancerous lesions, Definition of leukoplakia and related lesions: an aid to study precancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 46 (1978): 518-39.
- [66] Mollaoglu, N. Oral lichen planus: a review. *Br J Oral Maxillofac Surg* 38 (2000): 370-7.
- [67] Thongprasom, K., Luangjarmekorn, L., Sererat, T., and Taweessap, W. Relative efficacy of fluocinolone acetonide compared with triamcinolone acetonide in treatment of oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 21 (1992): 456-8.
- [68] Thongprasom, K., Luengvisut, P., Wongwatanakij, A., and Boonjatturus, C. Clinical evaluation in treatment of oral lichen planus with topical fluocinolone acetonide: a 2-year follow-up. *J Oral Pathol Med* 32 (2003): 315-22.
- [69] Holmstrump, P., Schiotz, A.W., Hyug, D., and Westergaad, W. Effect of dental plaque control on gingival lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 69 (1990): 585-90.
- [70] Bekke, J.P., and Baart, J.A. Six years' experience with cryosurgery in the oral cavity. *Int J Oral Surg* 8 (1979): 251-70.
- [71] Issa, Y., Brunton, P.A., Glenny, A.M., and Duxbury, A.J. Healing of oral lichenoid lesions after replacing amalgam restorations: a systemic review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 98 (2004): 553-65.
- [72] ภาวรัตน์ แสงอร่าม และ สมชาย อรรถศิลป์. Clinical aspects of autoantibodies in SLE. *วารสารโรคข้อและรูมาติสซั่ม* 56 (2547): 5-24.
- [73] Kavanaugh, A., Tomar, R., Reveille, J., Solomon, D.H., and Homburger, H.A. Guidelines for clinical use of the antinuclear antibody test and tests for specific autoantibodies to nuclear antigens. *Arch Pathol Lab Med* 124 (2000): 71-81.



- [74] สมคิด ธิจักร์, จารุริน วณีสอน, และ สลักจิต ชูติพงษ์วิเวท. แอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีในสิ่งจังหวัดภาคเหนือตอนบน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 19 (2553): 527-32.
- [75] Solomon, D.H., Kavanaugh, A.J., and Schur, P.H. Evidence-based guidelines for the use of immunologic tests: antinuclear antibody testing. *Arthritis Rheum* 47 (2002): 434-44.
- [76] Holborow, E.J., Weir, D.M., and Johnson, G.D. A serum factor in lupus erythematosus with affinity for tissue nuclei. *Br Med J* 2 (1957): 732-4.
- [77] Tan, E.M., Feltkamp, T.E., Smolen, J.S., Butcher, B., Dawkins, R., Fritzler, M.J., et al. Range of antinuclear antibodies in healthy individuals. *Arthritis Rheum* 40 (1997): 1601-11.
- [78] Rahman, A., and Hiepe, F. Anti-DNA antibodies: over view of assays and clinical correlations. *Lupus* 11 (2002): 770-3.
- [79] Arbuckle, M.R., McClain, M.T., Rubertone, M.V., Scofield, R.H., Dennis, G.J., James, J.A., et al. Development of autoantibodies before the clinical onset of systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med* 349 (2003): 1526-33.
- [80] Evans, J. Antinuclear antibody testing in systemic autoimmune disease. *Clin Chest Med* 19 (1998): 613-5.
- [81] ไพจิตต์ อัครนบตี. การวินิจฉัยแยกโรคของปัญหาที่พบบ่อยในโรคลูปัส (Differential diagnosis of common problems in SLE). *วารสารโรคข้อและรูมาติสซั่ม* 55 (2546): 1-23.
- [82] Carrizosa, A.M., Elorza, F.L., and Camacho, F.M. Antinuclear antibodies in patients with lichen planus. *Exp Dermatol* 6 (1997): 54-6.
- [83] Lin, H.P., Wang, Y.P., Chia, J.S., and Sun, A. Modulation of serum antinuclear antibody levels by levamisole treatment in patients with oral lichen planus. *J Formos Med Assoc* 110 (2011): 316-21.
- [84] Van der Meij, E.H., Schepman, K.P., and Van der Waal, I. The possible premalignant character of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a prospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 96 (2003): 164-71.
- [85] Chou, I.J., Kuo, C.F., See, L.C., Hsia, S.H., Yu, K.H., Luo, S.F., et al. Antinuclear antibody status and risk of death in children and adolescents. *Scand J Rheumatol* 40 (2011): 472-7.
- [86] Tan, E.M., Cohen, A.S., Fries, J.F., Masi, A.T., McShane, D.J., Rothfield, N.F., et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 25 (1982): 1271-7.
- [87] Wijeyesinghe, U., and Russell, A.S. Outcome of high titer antinuclear antibody positivity in individuals without connective tissue disease: a 10-year follow-up. *Clin Rheumatol* 27 (2008): 1399-402.

- [88] Myckatyn, S.O., and Russell, A.S. Outcome of positive antinuclear antibodies in individuals without connective tissue disease. *J Rheumatol* 30 (2003): 4.
- [89] Edworthy, S.M., Zatarain, E., McShane, D.J., and Bloch, D.A. Analysis of the 1982 ARA lupus criteria data set by recursive partitioning methodology: new insights into the relative merit of individual criteria. *J Rheumatol* 15 (1988): 1493-8.
- [90] Wang, J., Satoh, M., Kabir, F., Shaw, M., Domingo, M.A., Mansoor, R., et al. Increased prevalence of autoantibodies to Ku antigen in African-Americans versus Caucasians with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 44 (2001): 2367-70.
- [91] Kurata, N., and Tan, E.M. Identification of autoantibodies to nuclear acidic antigens by counterimmunoelectrophoresis. *Arthritis Rheum* 19 (1976): 574-80.
- [92] Elkon, K.B., Bonfa, E., and Brot, N. Antiribosomal antibodies in systemic lupus erythematosus. *Rheum Dis Clin North Am* 18 (1992): 377-90.
- [93] Takasaki, Y., Fishwild, D., and Tan, E.M. Characterization of proliferating cell nuclear antigen recognized by autoantibodies in lupus sera. *J Exp Med* 195 (1984): 981-92.
- [94] Yamasaki, Y., Narain, S., Yoshida, H., Hernandez, L., Barker, T., Hahn, P.C., et al. Autoantibodies to RNA helicase A: a new serologic marker of early lupus. *Arthritis Rheum* 56 (2007): 596-604.
- [95] Kawai, T., and Akira, S. Innate immune recognition of viral infection. *Nat Immunol* 7 (2006): 131-7.
- [96] Allen, C.D., Okada, T., and Cyster, J.G. Germinal-center organization and cellular dynamics. *Immunity* 27 (2007): 190-202.
- [97] Smeenk, R.J.T. Antinuclear antibodies: cause of disease or caused by disease? *Rheumatology* 39 (2000): 581-4.
- [98] Singer, G.G., Carrera, A.C., Marshak-Rothstein, A., Martinez, C., and Abbas, A.K. Apoptosis, Fas and systemic autoimmunity: The MRL-*lpr/lpr* model. *Curr Opin Immunol* 6 (1994): 913-20.
- [99] van Lopik, T., Bijl, M., Hart, M., Boeije, L., Gesner, T., Creasy, A.A., et al. Patients with systemic lupus erythematosus with high plasma level of sFas risk relapse. *J Rheumatol* 26 (1999): 60-7.
- [100] Walport, M.J., Davies, K.A., and Botto, M. C1q and systemic lupus erythematosus. *Immunobiology* 199 (1998): 265-85.
- [101] Utz, P.J., and Anderson, P. Posttranslational protein modifications, apoptosis, and the bypass of tolerance to autoantigens. *Arthritis Rheum* 41 (1998): 1152-60.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้ป่วย และอาสาสมัครที่เข้าร่วมในการวิจัย (Patient/Participant Information Sheet)

1. โครงการเรื่อง รอยโรคไลเคนอยดีในช่องปากและซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีในผู้ป่วยไทย
2. ชื่อผู้วิจัยหลัก นายชลากร พฤกษ์ตรากุล
สถาบันที่สังกัด โรงพยาบาลไทรน้อย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งทุนวิจัย อยู่ในระหว่างดำเนินการขอทุนวิจัย
3. วัตถุประสงค์ของโครงการ
 - 1) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีกับโรคไลเคน แพลนัสและรอยโรคไลเคนอยดีในช่องปากสาเหตุจากยาในคนไทย
 - 2) เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องระหว่างยาและโรคทางระบบที่มีผลต่อโรคไลเคนอยดีในช่องปากสาเหตุจากยา และระดับของซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีในผู้ป่วยไทย
4. สถานที่ดำเนินการวิจัย
คลินิกบัณฑิตศึกษาเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
การวิจัยนี้ทำการศึกษาระดับของซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีในผู้ป่วยไลเคน แพลนัสในช่องปาก ผู้ป่วยไลเคนอยดีในช่องปาก ซึ่งมารับการรักษาที่คลินิกบัณฑิตศึกษา ภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาสาสมัครที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคในช่องปาก ผู้ทำวิจัยจะทำการซักประวัติผู้ป่วย ตรวจในช่องปาก ตัดชิ้นเนื้อบริเวณรอยโรคส่งไปยืนยันการวินิจฉัยทางจุลพยาธิวิทยาจากนั้นทำการส่งเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำ ในกลุ่มผู้ป่วยและอาสาสมัคร จำนวนรายละ 5 มิลลิลิตร เพื่อหาระดับซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีโดยวิธีอิมมูโนฟลูออเรสเซนซ์ทางอ้อม
6. เหตุผลที่เชิญเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการ
เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยโรคไลเคน แพลนัสในช่องปากหรือไลเคนอยดีในช่องปากที่ได้รับการรักษาที่คลินิกบัณฑิตศึกษา ภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย หรือท่านที่เป็นผู้มีสุขภาพดี ทางคณะผู้วิจัยจึงขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการนี้ด้วยเหตุผล ดังนี้

- 1) ท่านจะได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยการเจาะตรวจเลือด เพื่อหาระดับซีรัมแอนติ นิวเคลียร์แอนติบอดี โดยไม่มีค่าใช้จ่าย
- 2) ข้อมูลที่ได้รับเป็นประโยชน์ในการรักษาและการเฝ้าระวังในการเกิดโรคอื่นๆ แก่ตัวท่าน ได้แก่ ความเสี่ยงของโรคมุ้มน้ำตาตนเอง เช่น โรคลูปัส อีริทีมาโตซัสของระบบ เป็นต้น

7. ความรับผิดชอบของอาสาสมัคร และ ระยะเวลาที่อาสาสมัครจะอยู่ในโครงการ
ขอให้ท่านปฏิบัติตามที่ผู้วิจัยแนะนำ

8. ประโยชน์ของการวิจัยที่อาสาสมัครและ/หรือผู้อื่นที่อาจได้รับ
เป็นประโยชน์ในการรักษาโรคในช่องปากและเป็นการเฝ้าระวังการเกิดโรคอื่นๆ แก่ตัวท่าน เช่น โรคลูปัส อีริทีมาโตซัสของระบบ

9. ความเสี่ยงหรือความไม่สะดวกที่อาจเกิดขึ้นแก่อาสาสมัคร และในบางกรณีแก่ทารกในครรภ์ หรือทารกที่ติ่มนมมารดา
ไม่มี

10. ค่าใช้จ่ายที่อาสาสมัครจะต้องจ่าย หรืออาจจะต้องจ่าย
ไม่มี

11. การชดเชยใดๆ และการรักษาที่จะจัดให้แก่อาสาสมัครในกรณีที่ได้รับอันตรายซึ่งเกี่ยวข้องกับ การวิจัย
ผู้วิจัยจะดำเนินการให้ท่านได้รับการรักษา โดยผู้วิจัยและผู้สนับสนุนการวิจัยจะเป็น ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายของการรักษา

12. การจ่ายค่าเดินทาง ค่าเสียเวลา (ถ้ามี)
ค่าตอบแทนอาสาสมัคร รายละเอียด 500 บาท ในการเจาะตรวจเลือด 1 ครั้ง/คน

13. เหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น หรือเหตุผลซึ่งผู้วิจัยจะต้องยกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยของอาสาสมัคร

มีการตรวจพบในภายหลังว่าคุณสมบัติของอาสาสมัครไม่ตรงตามเงื่อนไขของการวิจัยที่กำหนดไว้

14. มีการเก็บชิ้นตัวอย่างที่ได้มาจากอาสาสมัครเอาไว้ใช้ในโครงการวิจัยในอนาคตหรือไม่ เก็บจำนวนเท่าไร อย่างไร และที่ไหน

ไม่มี

15. การกำกับดูแลและควบคุมการดำเนินโครงการ

ผู้กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง สามารถเข้าไปตรวจสอบการดำเนินโครงการรวมทั้ง ตรวจสอบบันทึกข้อมูลของอาสาสมัคร เพื่อเป็นการยืนยันถึงขั้นตอนในการวิจัยทางคลินิกและข้อมูลอื่นๆ โดยไม่ล่วงละเมิดเอกสิทธิ์ในการปิดบังข้อมูลของผู้ป่วยและอาสาสมัคร ตามกรอบที่กฎหมายและกฎระเบียบได้อนุญาตไว้ นอกจากนี้ โดยการลงนามให้ความยินยอม อาสาสมัครหรือ ผู้แทนตามกฎหมายจะมีสิทธิตรวจสอบและมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลด้วยเช่นกัน

16. จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัย ดังนี้

- 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) โดยการให้ข้อมูลจนอาสาสมัครเข้าใจเป็นอย่างดี และตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย รวมทั้งการรักษาความลับของอาสาสมัคร
- 2) หลักการให้ประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-Maleficence) ซึ่งได้ระบุในข้อ 8 และ 9 ว่าจะมีประโยชน์หรือความเสี่ยงกับอาสาสมัครหรือไม่
- 3) หลักความยุติธรรม (Justice) คือมีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกชัดเจน มีการกระจายความเสี่ยงและผลประโยชน์อย่างเท่าเทียมกัน โดยวิธีสุ่มเข้ากลุ่มศึกษา

17. ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวของอาสาสมัครจะได้รับการปกปิด ยกเว้นว่าได้รับคำยินยอมไว้ โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้น จึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้ ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของอาสาสมัครจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ และ

อาสาสมัครหรือผู้แทนตามกฎหมายจะได้รับแจ้งโดยทันท่วงทีในกรณีที่มีข้อมูลใหม่ซึ่งอาจใช้ประกอบการตัดสินใจของอาสาสมัครว่าจะยังคงเข้าร่วมในโครงการวิจัยต่อไปได้หรือไม่

18. หากท่านมีข้อสงสัยต้องการสอบถามเกี่ยวกับสิทธิของท่านหรือผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่เขียนไว้ในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถติดต่อหรือร้องเรียนได้ที่ ฝ่ายวิจัย คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกสมเด็จย่า 93 ชั้น 10 หรือที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-2218-8816 ในเวลาราชการ

19. หากท่านต้องการยกเลิกการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการนี้ ให้ท่านกรอกและส่งเอกสารขอยกเลิกมาที่

ชื่อ ทพ.ชลากร พฤกษ์ตรากุล

บ้านเลขที่ 66/197 ถนน สาธุประดิษฐ์ แขวง บางโพธิ์พวง

เขต ยานนาวา จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10120

20. อาสาสมัครสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง ที่

ผู้วิจัยหลัก

ทพ.ชลากร พฤกษ์ตรากุล

สถานที่ติดต่อ ภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เบอร์โทรศัพท์ 086-366-2997

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย

ศ.ทญ.กอบกาญจน์ ทองประสม

สถานที่ติดต่อ ภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เบอร์โทรศัพท์ 02-218-8936

.....
(ทพ.ชลากร พฤกษ์ตรากุล)

ผู้วิจัยหลัก

วันที่ 14 พฤษภาคม 2556

เอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

การวิจัยเรื่อง เรื่อง รอยโรคไลเคนอยติในช่องปากและซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีในผู้ป่วยไทย

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว, เด็กชาย, เด็กหญิง).....

อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้ป่วยและอาสาสมัครที่เข้าร่วมในการวิจัยแล้ว 1 ฉบับ รวมทั้งได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการทำวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการทำวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่ส่งผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็น ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า

ข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารและข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่ข้าพเจ้าลงนามและลงวันที่ และเอกสารยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยอย่างละ 1 ฉบับ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงนาม..... ผู้ยินยอม

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงนาม..... พยาน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงนาม..... ผู้วิจัยหลัก

(ทพ.ชลากร พฤกษ์ตรากุล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนาม หรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือขวาของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม..... ผู้ยินยอม

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงนาม..... พยาน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงนาม..... ผู้วิจัยหลัก

(ทพ.ชลากร พฤกษ์ตรากุล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม..... ผู้ปกครอง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงนาม..... พยาน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงนาม..... ผู้วิจัยหลัก

(ทพ.ชลากร พฤกษ์ตรากุล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



เอกสารยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย (Withdrawal Form)

การวิจัยเรื่อง รอยโรคไลเคนอยดีในช่องปากและซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีในผู้ป่วยไทย

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว, เด็กชาย, เด็กหญิง).....

อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ โดยมีเหตุผลในการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยคือ

- ย้ายภูมิลำเนา
- ไม่สะดวกในการเดินทาง
- เหตุผลอื่น.....

ลงนาม.....ผู้ยกเลิก
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงนาม.....พยาน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงนาม.....ผู้วิจัยหลัก
(ทพ.ชลากร พฤกษ์ตรากุล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ที่อยู่สำหรับส่งเอกสาร ชื่อ ทพ.ชลากร พฤกษ์ตรากุล
บ้านเลขที่ 66/197 ถนน สาธุประดิษฐ์ แขวง บางโพธิ์พวง
เขต ยานนาวา จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10120



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการวิจัยและพัฒนา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 02-2188867 โทรสาร 02-2188810
 ที่ จธ. 111/2556 วันที่ 4 มิถุนายน 2556
 เรื่อง ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย

ตามที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาในมนุษย์ ได้พิจารณาโครงการวิจัยเรื่อง “รอยโรคไลเคนอยด์ในช่องปากและซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีในผู้ป่วยไทย (Oral lichenoid lesions and serum antinuclear antibodies in Thai patients)” ของ ทันตแพทย์ ชลกร พฤษศรากล HREC-DCU 2013-028

คณะกรรมการฯ มีมติ อนุมัติโดยไม่มีเงื่อนไข และจะออกเอกสารรับรอง โดยมีระยะเวลาการรับรองการทำวิจัยตั้งแต่วันที่ 4 มิถุนายน 2556 ถึงวันที่ 3 มิถุนายน 2558 และให้ผู้วิจัยปฏิบัติตามนี้คือ

- ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนที่ปรากฏในเอกสารโครงการที่ได้รับการรับรองอย่างเคร่งครัด หากมีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มขั้นตอนของการวิจัยจะต้องส่งเอกสารขออนุมัติต่อคณะกรรมการฯ
- รายงานต่อคณะกรรมการฯ ทันที กรณีที่มีความผิดพลาดหรือเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในการวิจัย
- ส่งรายงานสรุปผลการดำเนินการ (จธ. 5) ภายใน 1 เดือน หลังสิ้นสุดโครงการ

ทั้งนี้ คณะกรรมการฯ จะออกเอกสารรับรองด้านจริยธรรม (Certificate of Exemption) ซึ่งลงนามกำกับโดยประธานคณะกรรมการฯ และ รองคณบดีฝ่ายวิจัยให้แก่ผู้วิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร. ปิยมาศ สำเร็จกาญจนกิจ)
 เลขานุการและกรรมการ

แจ้งผลให้ผู้วิจัยทราบ

(ผศ.ทญ.ดร. กนกพร พะลัง)
 รองคณบดีฝ่ายวิจัย

ภาคผนวก ข

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

แสดงจำนวนและเพศ ของผู้ป่วยในกลุ่มโรคเอนไซม์ในช่องปากสาเหตุจากยา (OLDR) กลุ่มโรคเอนไซม์ในช่องปาก (OLP) และกลุ่มอาสาสมัครปกติ (Control) ที่เข้าร่วมการศึกษา และค่าสถิติเปรียบเทียบสัดส่วนของเพศหญิงต่อชายระหว่างกลุ่มที่ศึกษาทั้งสามกลุ่ม

Crosstabs

Sex * Group Crosstabulation

Count		Group			Total
		OLDR	OLP	Control	
Sex	Female	18	20	20	58
	Male	2	2	4	8
Total		20	22	24	66

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.740 ^a	2	.691	.720		
Likelihood Ratio	.718	2	.698	.720		
Fisher's Exact Test	.750			.720		
Linear-by-Linear Association	.485 ^b	1	.486	.506	.324	.145
N of Valid Cases	66					

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.42.

b. The standardized statistic is .696.

แสดงจำนวนอายุ และระยะเวลาของการเกิดโรคของผู้ป่วยในกลุ่มไลเคนอยดีในช่องปากสาเหตุจากยา (OLDR) ไลเคน แพลนัสในช่องปาก (OLP) และกลุ่มอาสาสมัครปกติ (Control) ที่เข้าร่วมการศึกษา

Descriptives

Age

OLDR group	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Age	20	23.00	70.00	50.8000	11.01004
Durations	20	1.00	228.00	32.8500	56.53436
Valid N (listwise)	20				

OLP group	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Age	22	26.00	66.00	49.0455	12.32295
Durations	22	.25	351.00	41.8636	85.92022
Valid N (listwise)	22				

Control group	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Age	24	35.00	59.00	47.1667	7.87217
Durations	0				
Valid N (listwise)	0				

แสดงจำนวนและอายุของผู้ป่วยและอาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษา และแสดงค่าสถิติเปรียบเทียบอายุ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ในช่องปากสาเหตุจากยา (OLDR) กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ แพลนัสในช่องปาก (OLP) และกลุ่มอาสาสมัครปกติ (Control)

Descriptives

Age

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
OLDR	20	50.8000	11.01004	2.46192	45.6471	55.9529	23.00	70.00
OLP	22	49.0455	12.32295	2.62726	43.5818	54.5091	26.00	66.00
Control	24	47.1667	7.87217	1.60690	43.8425	50.4908	35.00	59.00
Total	66	48.8939	10.42354	1.28305	46.3315	51.4564	23.00	70.00

ANOVA

Age

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	144.770	2	72.385	.659	.521
Within Groups	6917.488	63	109.801		
Total	7062.258	65			

แสดงจำนวนและระยะเวลาของการเกิดโรคของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา และค่าสถิติเปรียบเทียบระยะเวลาของการเกิดโรกระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ในช่องปากสาเหตุจากยา (OLDR) และกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ แพลนีสในช่องปาก (OLP)

Descriptives

Durations

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
OLDR	20	32.8500	56.53436	12.64147	6.3911	59.3089	1.00	228.00
OLP	22	41.8636	85.92022	18.31825	3.7687	79.9585	.25	351.00
Total	42	37.5714	72.68470	11.21549	14.9213	60.2216	.25	351.00

Mann-Whitney Test

Ranks

Group		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Durations	OLDR	20	24.48	489.50
	OLP	22	18.80	413.50
	Total	42		

Test Statistics^a

	Durations
Mann-Whitney U	160.500
Wilcoxon W	413.500
Z	-1.502
Asymp. Sig. (2-tailed)	.133

a. Grouping Variable: Group

แสดงจำนวนผู้ที่ตรวจพบผลบวก (Positive) และผลลบ (Negative) ของซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี (ANA) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในช่องปากสาเหตุจากยา (OLDR) กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในช่องปาก (OLP) และกลุ่มอาสาสมัครปกติ (Control) ที่เข้าร่วมการศึกษา และแสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบผลบวกต่อแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีระหว่างกลุ่มที่ศึกษาทั้งสามกลุ่ม

Crosstabs

Group * ANA Crosstabulation

Count

		ANA		Total
		Negative	Positive	
Group	OLDR	6	14	20
	OLP	6	16	22
	Control	18	6	24
Total		30	36	66

Frequencies

ANA

OLDR group		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Negative	6	30.0	30.0	30.0
	Positive	14	70.0	70.0	100.0
Total		20	100.0	100.0	

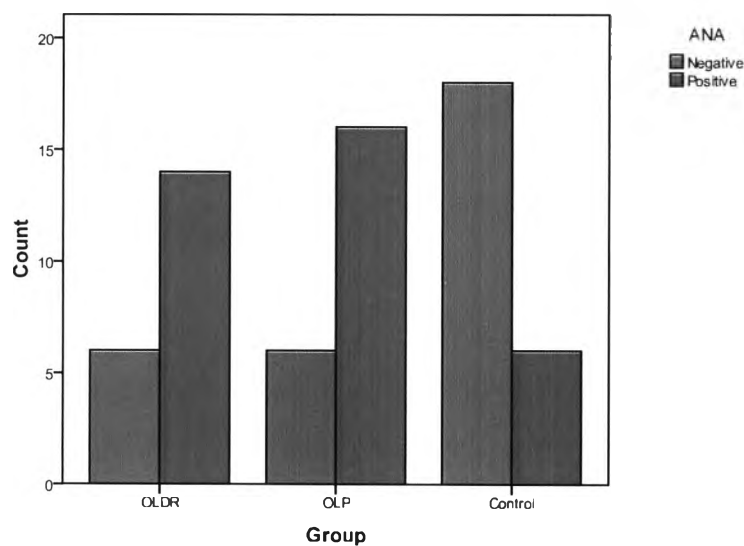
OLP group		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Negative	6	27.3	27.3	27.3
	Positive	16	72.7	72.7	100.0
Total		22	100.0	100.0	

Frequencies

ANA

Control group		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Negative	18	75.0	75.0	75.0
	Positive	6	25.0	25.0	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Bar Chart



Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	13.310 ^a	2	.001	.001		
Likelihood Ratio	13.741	2	.001	.001		
Fisher's Exact Test	13.156			.001		
Linear-by-Linear Association	9.411 ^b	1	.002	.002	.002	.001
N of Valid Cases	66					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.09.

b. The standardized statistic is -3.068.

แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบผลบวกต่อแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีระหว่างกลุ่มผู้ป่วย
ไลเคนอยต์ในช่องปากสาเหตุจากยา และกลุ่มผู้ป่วยไลเคน แพลนัสในช่องปาก

Crosstabs

Group * ANA Crosstabulation

Count

		ANA		Total
		Negative	Positive	
Group	OLDR	6	14	20
	OLP	6	16	22
Total		12	30	42

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.038 ^a	1	.845	1.000	.557	
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000			
Likelihood Ratio	.038	1	.845	1.000	.557	
Fisher's Exact Test				1.000	.557	
Linear-by-Linear Association	.037 ^c	1	.847	1.000	.557	.262
N of Valid Cases	42					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.71.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is .193.

แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบผลบวกต่อแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีระหว่างกลุ่มผู้ป่วย
โรคเอนอยด์ในช่องปากสาเหตุจากยา และกลุ่มควบคุม

Crosstabs

Group * ANA Crosstabulation

		ANA		Total
		Negative	Positive	
Group	OLDR	6	14	20
	Control	18	6	24
Total		24	20	44

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	8.910 ^a	1	.003	.006	.003	
Continuity Correction ^b	7.187	1	.007			
Likelihood Ratio	9.206	1	.002	.006	.003	
Fisher's Exact Test				.006	.003	
Linear-by-Linear Association	8.708 ^c	1	.003	.006	.003	.003
N of Valid Cases	44					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.09.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -2.951.

แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบผลบวกต่อแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีระหว่างกลุ่มผู้ป่วย
ไลเคน แพลนัสในช่องปาก และกลุ่มควบคุม

Crosstabs

Group * ANA Crosstabulation

Count

		ANA		Total
		Negative	Positive	
Group	OLP	6	16	22
	Control	18	6	24
Total		24	22	46

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	10.478 ^a	1	.001	.003	.001	
Continuity Correction ^b	8.653	1	.003			
Likelihood Ratio	10.909	1	.001	.003	.001	
Fisher's Exact Test				.003	.001	
Linear-by-Linear Association	10.251 ^c	1	.001	.003	.001	.001
N of Valid Cases	46					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.52.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -3.202.

แสดงจำนวนผู้ที่ตรวจพบผลบวก (Positive) และผลลบ (Negative) ต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี (ANA) ในไตเตอร์ระดับต่ำ (Low titer) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตในช่องปากสาเหตุจากยา (OLDR) กลุ่มผู้ป่วยโรคไต แพลนัสในช่องปาก (OLP) และกลุ่มอาสาสมัครปกติ (Control) ที่เข้าร่วมการศึกษา และแสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบผลบวกต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี ในไตเตอร์ระดับต่ำ ระหว่างกลุ่มที่ศึกษาทั้งสามกลุ่ม

Crosstabs

Group * Low titer Crosstabulation

		Low titer		Total
		absent	present	
Group	OLDR	9	11	20
	OLP	7	15	22
	Control	19	5	24
Total		35	31	66

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	11.074 ^a	2	.004	.004		
Likelihood Ratio	11.642	2	.003	.004		
Fisher's Exact Test	11.166			.004		
Linear-by-Linear Association	5.609 ^b	1	.018	.023	.013	.007
N of Valid Cases	66					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.39.

b. The standardized statistic is -2.368.

แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบผลบวกต่อแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี ในไตเตอร์ระดับต่ำ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ในช่องปากสาเหตุจากยา และกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ แพลนส์ในช่องปาก

Crosstabs

Group * Low titer Crosstabulation

		Low titer		Total
		negative	positive	
Group	OLDR	9	11	20
	OLP	7	15	22
Total		16	26	42

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.772 ^a	1	.380	.527	.288	
Continuity Correction ^b	.314	1	.575			
Likelihood Ratio	.773	1	.379	.527	.288	
Fisher's Exact Test				.527	.288	
Linear-by-Linear Association	.754 ^c	1	.385	.527	.288	.172
N of Valid Cases	42					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.62.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is .868.

แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบผลบวกต่อแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี ในไตเตอร์ระดับต่ำ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยไลเคนอยต์ในช่องปากสาเหตุจากยา และกลุ่มควบคุม

Crosstabs

Group * Low titer Crosstabulation

		Low titer		Total
		negative	positive	
Group	OLDR	9	11	20
	Control	19	5	24
Total		28	16	44

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	5.503 ^a	1	.019	.029	.021	
Continuity Correction ^b	4.126	1	.042			
Likelihood Ratio	5.593	1	.018	.029	.021	
Fisher's Exact Test				.029	.021	
Linear-by-Linear Association	5.378 ^c	1	.020	.029	.021	.017
N of Valid Cases	44					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.27.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -2.319.

แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบผลบวกต่อแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี ในไตเตอร์ระดับต่ำ
ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยไลเคน แพลนัสในช่องปาก และกลุ่มควบคุม

Crosstabs

Group * Low titer Crosstabulation

		Low titer		Total
		absent	present	
Group	OLP	7	15	22
	Control	19	5	24
Total		26	20	46

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	10.471 ^a	1	.001	.003	.001	
Continuity Correction ^b	8.633	1	.003			
Likelihood Ratio	10.900	1	.001	.003	.001	
Fisher's Exact Test				.003	.001	
Linear-by-Linear Association	10.244 ^c	1	.001	.003	.001	.001
N of Valid Cases	46					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.57.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -3.201.

แสดงจำนวนผู้ที่ตรวจพบผลบวก (Positive) และผลลบ (Negative) ต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี (ANA) ในไตเตอร์ระดับกลาง (Medium titer) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอนไซม์ในช่องปากสาเหตุจากยา (OLDR) กลุ่มผู้ป่วยโรคเอนไซม์ในช่องปาก แพลนส์ในช่องปาก (OLP) และกลุ่มอาสาสมัครปกติ (Control) ที่เข้าร่วมการศึกษา และแสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบผลบวกต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี ในไตเตอร์ระดับกลาง ระหว่างกลุ่มที่ศึกษาทั้งสามกลุ่ม

Crosstabs

Group * Medium titer Crosstabulation

Count		Medium titer		Total
		negative	positive	
Group	OLDR	17	3	20
	OLP	21	1	22
	Control	23	1	24
Total		61	5	66

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2.261 ^a	2	.323	.428		
Likelihood Ratio	2.055	2	.358	.428		
Fisher's Exact Test	1.963			.428		
Linear-by-Linear Association	1.705 ^b	1	.192	.263	.156	.100
N of Valid Cases	66					

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.52.

b. The standardized statistic is -1.306.

แสดงจำนวนผู้ที่ตรวจพบผลบวก (Positive) และผลลบ (Negative) ต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี (ANA) ในไตเตอร์ระดับสูง (High titer) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอนไซม์ในช่องปากสาเหตุจากยา (OLDR) กลุ่มผู้ป่วยโรคเอนไซม์ในช่องปาก แพลนัส (OLP) และกลุ่มอาสาสมัครปกติ (Control) ที่เข้าร่วมการศึกษา

Crosstabs

Group * High titer Crosstabulation

Count

		High titer		Total
		negative	positive	
Group	OLDR	20	0	20
	OLP	22	0	22
	Control	24	0	24
Total		66	0	66

แสดงค่าสถิติของการเปรียบเทียบอายุเฉลี่ยระหว่างผู้ป่วยที่ตรวจซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี
ได้ผลเป็นบวก กับผู้ป่วยที่ตรวจซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีได้ผลเป็นลบ ในกลุ่มผู้ป่วย
ไลเคนอยต์ในช่องปากสาเหตุจากยา

Descriptives

Age

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Negative	6	50.3333	12.04436	4.91709	37.6936	62.9731	36.00	70.00
Positive	14	51.0000	11.01048	2.94268	44.6427	57.3573	23.00	63.00
Total	20	50.8000	11.01004	2.46192	45.6471	55.9529	23.00	70.00

ANOVA

Age

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1.867	1	1.867	.015	.905
Within Groups	2301.333	18	127.852		
Total	2303.200	19			

แสดงค่าสถิติของการเปรียบเทียบอายุเฉลี่ยระหว่างผู้ป่วยที่ตรวจซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี
ได้ผลเป็นบวก กับผู้ป่วยที่ตรวจซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีได้ผลเป็นลบ ในกลุ่มผู้ป่วยโรค
แผลน้สในช่องปาก

Descriptives

Age

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Negative	6	50.5000	14.25132	5.81808	35.5442	65.4558	26.00	66.00
Positive	16	48.5000	11.98888	2.99722	42.1116	54.8884	26.00	65.00
Total	22	49.0455	12.32295	2.62726	43.5818	54.5091	26.00	66.00

ANOVA

Age

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	17.455	1	17.455	.110	.744
Within Groups	3171.500	20	158.575		
Total	3188.955	21			

แสดงค่าสถิติของการเปรียบเทียบอายุเฉลี่ยระหว่างผู้ที่ตรวจซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีได้ผล
เป็นบวก กับผู้ที่ตรวจซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีได้ผลเป็นลบ ในกลุ่มควบคุม

Descriptives

Age

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Negative	18	46.0000	7.73837	1.82395	42.1518	49.8482	35.00	58.00
Positive	6	50.6667	7.86554	3.21109	42.4123	58.9210	40.00	59.00
Total	24	47.1667	7.87217	1.60690	43.8425	50.4908	35.00	59.00

ANOVA

Age

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	98.000	1	98.000	1.624	.216
Within Groups	1327.333	22	60.333		
Total	1425.333	23			

แสดงค่าสถิติของการเปรียบเทียบระยะเวลาของการเกิดโรคระหว่างผู้ป่วยที่ตรวจซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีได้ผลเป็นบวก กับผู้ป่วยที่ตรวจซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีได้ผลเป็นลบ ในกลุ่มผู้ป่วยไลเคนอยต์ในช่องปากสาเหตุจากยา

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Durations	20	32.8500	56.53436	1.00	228.00
ANA	20	.7000	.47016	.00	1.00

Mann-Whitney Test

Ranks

ANA		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Durations	Negative	6	8.33	50.00
	Positive	14	11.43	160.00
	Total	20		

Test Statistics^b

	Durations
Mann-Whitney U	29.000
Wilcoxon W	50.000
Z	-1.076
Asymp. Sig. (2-tailed)	.282
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.312 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: ANA

แสดงค่าสถิติของการเปรียบเทียบระยะเวลาของการเกิดโรคระหว่างผู้ป่วยที่ตรวจซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีได้ผลเป็นบวก กับผู้ป่วยที่ตรวจซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีได้ผลเป็นลบ ในกลุ่มผู้ป่วยไลเคน แพลนัสในช่องปาก

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Durations	22	41.8636	85.92022	.25	351.00
ANA	22	.7273	.45584	.00	1.00

Mann-Whitney Test

Ranks

ANA		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Durations	Negative	6	10.92	65.50
	Positive	16	11.72	187.50
	Total	22		

Test Statistics^b

	Durations
Mann-Whitney U	44.500
Wilcoxon W	65.500
Z	-.259
Asymp. Sig. (2-tailed)	.796
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.802 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: ANA

แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการพบผลบวกและผลลบต่อซีรั่มแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีระหว่างผู้ป่วยที่มีรอยโรคชนิดฝ่อลีบ กับผู้ป่วยที่มีรอยโรคชนิดแผลถลอกในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ในช่องปากสาเหตุจากยา

Crosstabs

Type * ANA Crosstabulation

Count

		ANA		Total
		Negative	Positive	
Type	Atrophic	4	6	10
	Ulcerative	2	8	10
Total		6	14	20

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.952 ^a	1	.329	.628	.314	
Continuity Correction ^b	.238	1	.626			
Likelihood Ratio	.966	1	.326	.628	.314	
Fisher's Exact Test				.628	.314	
Linear-by-Linear Association	.905 ^c	1	.342	.628	.314	.244
N of Valid Cases	20					

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.00.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is .951.

แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการพบผลบวกและผลลบต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีระหว่างผู้ป่วยที่มีรอยโรคชนิดฝ่อลีบ กับผู้ป่วยที่มีรอยโรคชนิดแผลถลอกในกลุ่มผู้ป่วยไลเคน แพลนัสในช่องปาก

Crosstabs

ANA * Type Crosstabulation

Count

		Type		Total
		Atrophic	Ulcerative	
ANA	Negative	6	0	6
	Positive	8	8	16
Total		14	8	22

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	4.714 ^a	1	.030	.051	.040	
Continuity Correction ^b	2.801	1	.094			
Likelihood Ratio	6.660	1	.010	.051	.040	
Fisher's Exact Test				.051	.040	
Linear-by-Linear Association	4.500 ^c	1	.034	.051	.040	.040
N of Valid Cases	22					

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.18.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 2.121.

แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการพบผลบวกและผลลบต่อซีรั่มแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีระหว่างผู้ป่วยที่มีรอยโรคชนิดฝ่อลีบ กับผู้ป่วยที่มีรอยโรคชนิดแผลถลอกในการศึกษาครั้งนี้

Crosstabs

ANA * Type Crosstabulation

Count

		Type		Total
		Atrophic	Ulcerative	
ANA	Negative	10	2	12
	Positive	14	16	30
Total		24	18	42

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	4.706 ^a	1	.030	.042	.031	
Continuity Correction ^b	3.327	1	.068			
Likelihood Ratio	5.095	1	.024	.042	.031	
Fisher's Exact Test				.042	.031	
Linear-by-Linear Association	4.594 ^c	1	.032	.042	.031	.027
N of Valid Cases	42					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.14.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 2.143.

แสดงจำนวนผู้ที่ตรวจพบผลบวก (Positive) และผลลบ (Negative) ต่อรูปแบบการติดเชื้อโรค
 แสงชนิดโฮโมจีเนียส (Homogeneous) ของซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี (ANA) ในกลุ่ม
 ผู้ป่วยโรคไตในช่องปากสาเหตุจากยา (OLDR) กลุ่มผู้ป่วยโรคไต แพลนัสในช่องปาก (OLP)
 และกลุ่มอาสาสมัครปกติ (Control) ที่เข้าร่วมการศึกษา และแสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจ
 พบรูปแบบการติดเชื้อโรคแสงชนิดโฮโมจีเนียส ระหว่างกลุ่มที่ศึกษาทั้งสามกลุ่ม

Crosstabs

Group * Homogeneous Crosstabulation

Count

		Homogeneous		Total
		Negative	Positive	
Group	OLDR	14	6	20
	OLP	20	2	22
	Control	24	0	24
Total		58	8	66

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	9.502 ^a	2	.009	.006		
Likelihood Ratio	10.913	2	.004	.006		
Fisher's Exact Test	8.655			.006		
Linear-by-Linear Association	8.886 ^b	1	.003	.004	.002	.002
N of Valid Cases	66					

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.42.

b. The standardized statistic is -2.981.

แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบรูปแบบการติดสีเรืองแสงชนิดโฮโมจีเนียส ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยไลเคนอยต์ในช่องปากสาเหตุจากยา และกลุ่มผู้ป่วยไลเคน แพลนัสในช่องปาก

Crosstabs

Group * Homogeneous Crosstabulation

Count

		Homogeneous		Total
		Negative	Positive	
Group	OLDR	14	6	20
	OLP	20	2	22
Total		34	8	42

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2.970 ^a	1	.085	.123	.091	
Continuity Correction ^b	1.769	1	.183			
Likelihood Ratio	3.062	1	.080	.123	.091	
Fisher's Exact Test				.123	.091	
Linear-by-Linear Association	2.900 ^c	1	.089	.123	.091	.076
N of Valid Cases	42					

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.81.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -1.703.

แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบรูปแบบการติดสีเรืองแสงชนิดโฮโมจีเนียส ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ในช่องปากสาเหตุจากยา และกลุ่มควบคุม

Crosstabs

Group * Homogeneous Crosstabulation

Count

		Homogeneous		Total
		Negative	Positive	
Group	OLDR	14	6	20
	Control	24	0	24
Total		38	6	44

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	8.337 ^a	1	.004	.005	.005	
Continuity Correction ^b	5.984	1	.014			
Likelihood Ratio	10.616	1	.001	.005	.005	
Fisher's Exact Test				.005	.005	
Linear-by-Linear Association	8.147 ^c	1	.004	.005	.005	.005
N of Valid Cases	44					

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.73.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -2.854.

แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบรูปแบบการติดสีเรืองแสงชนิดโฮโมจีเนียส ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยไลเคน แพลนัสในช่องปาก และกลุ่มควบคุม

Crosstabs

Group * Homogeneous Crosstabulation

Count

		Homogeneous		Total
		Negative	Positive	
Group	OLP	20	2	22
	Control	24	0	24
Total		44	2	46

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2.281 ^a	1	.131	.223	.223	
Continuity Correction ^b	.619	1	.432			
Likelihood Ratio	3.050	1	.081	.223	.223	
Fisher's Exact Test				.223	.223	
Linear-by-Linear Association	2.231 ^c	1	.135	.223	.223	.223
N of Valid Cases	46					

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .96.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -1.494.

แสดงจำนวนผู้ที่ตรวจพบผลบวก (Positive) และผลลบ (Negative) ต่อรูปแบบการติดสีเรื่องแสงชนิดสเป็กเคิล (Speckled) ของซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี (ANA) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตในช่องปากสาเหตุจากยา (OLDR) กลุ่มผู้ป่วยโรคไตในช่องปาก แพลนัสในช่องปาก (OLP) และกลุ่มอาสาสมัครปกติ (Control) ที่เข้าร่วมการศึกษา และแสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบรูปแบบการติดสีเรื่องแสงชนิดสเป็กเคิล ระหว่างกลุ่มที่ศึกษาทั้งสามกลุ่ม

Crosstabs

Group * Speckled Crosstabulation

		Speckled		Total
		Negative	Positive	
Group	OLDR	9	11	20
	OLP	9	13	22
	Control	19	5	24
Total		37	29	66

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	8.245 ^a	2	.016	.016		
Likelihood Ratio	8.667	2	.013	.014		
Fisher's Exact Test	8.328			.014		
Linear-by-Linear Association	5.499 ^b	1	.019	.023	.014	.008
N of Valid Cases	66					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.79.

b. The standardized statistic is -2.345.

แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบรูปแบบการติดสีเรืองแสงชนิดสเป็กเคิล ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยไลเคนอยดีในช่องปากสาเหตุจากยา และกลุ่มผู้ป่วยไลเคน แพลนัสในช่องปาก

Crosstabs

Group * Speckled Crosstabulation

Count

		Speckled		Total
		Negative	Positive	
Group	OLDR	9	11	20
	OLP	9	13	22
Total		18	24	42

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.072 ^a	1	.789	1.000	.517	
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000			
Likelihood Ratio	.072	1	.789	1.000	.517	
Fisher's Exact Test				1.000	.517	
Linear-by-Linear Association	.070 ^c	1	.792	1.000	.517	.236
N of Valid Cases	42					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.57.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is .264.

แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบรูปแบบการติดสีเรืองแสงชนิดสเป็กเคิล ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยไลเคนอยดีในช่องปากสาเหตุจากยา และกลุ่มควบคุม

Crosstabs

Group * Speckled Crosstabulation

Count

		Speckled		Total
		Negative	Positive	
Group	OLDR	9	11	20
	Control	19	5	24
Total		28	16	44

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	5.503 ^a	1	.019	.029	.021	
Continuity Correction ^b	4.126	1	.042			
Likelihood Ratio	5.593	1	.018	.029	.021	
Fisher's Exact Test				.029	.021	
Linear-by-Linear Association	5.378 ^c	1	.020	.029	.021	.017
N of Valid Cases	44					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.27.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -2.319.

แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบรูปแบบการติดเชื้อเรืองแสงชนิดสเป็กเคิล ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยไลเคน แพลนัสในช่องปาก และกลุ่มควบคุม

Crosstabs

Group * Speckled Crosstabulation

Count

		Speckled		Total
		Negative	Positive	
Group	OLP	9	13	22
	Control	19	5	24
Total		28	18	46

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	7.053 ^a	1	.008	.015	.009	
Continuity Correction ^b	5.539	1	.019			
Likelihood Ratio	7.248	1	.007	.015	.009	
Fisher's Exact Test				.015	.009	
Linear-by-Linear Association	6.900 ^c	1	.009	.015	.009	.008
N of Valid Cases	46					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.61.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -2.627.

แสดงจำนวนผู้ที่ตรวจพบผลบวก (Positive) และผลลบ (Negative) ต่อรูปแบบการติดสีเรืองแสงชนิดนิวเคลียสโอลาร์ (Nucleolar) ของซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี (ANA) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในช่องปากสาเหตุจากยา (OLDR) กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แพลนัสในช่องปาก (OLP) และกลุ่มอาสาสมัครปกติ (Control) ที่เข้าร่วมการศึกษา และแสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบรูปแบบการติดสีเรืองแสงชนิดนิวเคลียสโอลาร์ ระหว่างกลุ่มที่ศึกษาทั้งสามกลุ่ม

Crosstabs

Group * Nucleolar Crosstabulation

Count

		Nucleolar		Total
		Negative	Positive	
Group	OLDR	18	2	20
	OLP	18	4	22
	Control	23	1	24
Total		59	7	66

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2.389 ^a	2	.303	.318		
Likelihood Ratio	2.463	2	.292	.318		
Fisher's Exact Test	2.262			.318		
Linear-by-Linear Association	.482 ^b	1	.488	.631	.327	.151
N of Valid Cases	66					

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.12.

b. The standardized statistic is -.694.

แสดงจำนวนผู้ที่ตรวจพบผลบวก (Positive) และผลลบ (Negative) ต่อรูปแบบการติดสีเรืองแสงชนิดเพริเฟอร์ล (Peripheral) ของซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี (ANA) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในช่องปากสาเหตุจากยา (OLDR) กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แพลนัสในช่องปาก (OLP) และกลุ่มอาสาสมัครปกติ (Control) ที่เข้าร่วมการศึกษา และแสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบรูปแบบการติดสีเรืองแสงชนิดเพริเฟอร์ลระหว่างกลุ่มที่ศึกษาทั้งสามกลุ่ม

Crosstabs

Group * Peripheral Crosstabulation

Count

		Peripheral		Total
		Negative	Positive	
Group	OLDR	19	1	20
	OLP	21	1	22
	Control	24	0	24
Total		64	2	66

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1.186 ^a	2	.553	.530		
Likelihood Ratio	1.848	2	.397	.530		
Fisher's Exact Test	1.472			.530		
Linear-by-Linear Association	.963 ^b	1	.326	.422	.294	.205
N of Valid Cases	66					

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .61.

b. The standardized statistic is -.981.

แสดงจำนวนผู้ที่ตรวจพบผลบวก (Positive) และผลลบ (Negative) ต่อรูปแบบการติดสีเรืองแสงชนิดเซนโทรเมียร์ (Centromere) ของซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี (ANA) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในช่องปากสาเหตุจากยา (OLDR) กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แพลนัสในช่องปาก (OLP) และกลุ่มอาสาสมัครปกติ (Control) ที่เข้าร่วมการศึกษา และแสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบรูปแบบการติดสีเรืองแสงชนิดเซนโทรเมียร์ ระหว่างกลุ่มที่ศึกษาทั้งสามกลุ่ม

Crosstabs

Group * Centromere Crosstabulation

Count		Centromere		Total
		Negative	Positive	
Group	OLDR	19	1	20
	OLP	21	1	22
	Control	24	0	24
Total		64	2	66

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1.186 ^a	2	.553	.530		
Likelihood Ratio	1.848	2	.397	.530		
Fisher's Exact Test	1.472			.530		
Linear-by-Linear Association	.963 ^b	1	.326	.422	.294	.205
N of Valid Cases	66					

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .61.

b. The standardized statistic is -.981.

แสดงจำนวนผู้ที่ตรวจพบผลบวก (Positive) และผลลบ (Negative) ต่อรูปแบบการติดสีเรืองแสงชนิดแอนติไซโตพลาสซึม (Anticytoplasmic) ของซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี (ANA) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในช่องปากสาเหตุจากยา (OLDR) กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แพลนัสในช่องปาก (OLP) และกลุ่มอาสาสมัครปกติ (Control) ที่เข้าร่วมการศึกษา และแสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบรูปแบบการติดสีเรืองแสงชนิดแอนติไซโตพลาสซึม ระหว่างกลุ่มที่ศึกษาทั้งสามกลุ่ม

Crosstabs

Group * Anticytoplasmic Crosstabulation

Count		Anticytoplasmic		Total
		Negative	Positive	
Group	OLDR	19	1	20
	OLP	18	4	22
	Control	24	0	24
Total		61	5	66

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	5.691 ^a	2	.058	.051		
Likelihood Ratio	6.611	2	.037	.051		
Fisher's Exact Test	4.792			.051		
Linear-by-Linear Association	.546 ^b	1	.460	.580	.326	.169
N of Valid Cases	66					

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.52.

b. The standardized statistic is -.739.

แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบรูปแบบการติดเชื้อเรืองแสงของการตรวจซีรัมแอนตินิวเคลียร์
แอนติบอดีเพียง 1 ชนิด ระหว่างกลุ่มศึกษาทั้งสามกลุ่ม

Crosstabs

onpattern * Group Crosstabulation

Count

		Group			Total
		OLDR	OLP	Control	
onpattern	-ve or +ve more than one	14	14	18	46
	+ve one pattern	6	8	6	20
Total		20	22	24	66

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.703 ^a	2	.704	.708		
Likelihood Ratio	.702	2	.704	.708		
Fisher's Exact Test	.746			.708		
Linear-by-Linear Association	.157 ^b	1	.692	.746	.408	.120
N of Valid Cases	66					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.06.

b. The standardized statistic is -.396.

แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบรูปแบบการติดสีเรืองแสงของการตรวจซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีมากกว่า 1 ชนิด ระหว่างกลุ่มศึกษาทั้งสามกลุ่ม

Crosstabs

More than 1 pattern * Group Crosstabulation

Count

		Group			Total
		OLDR	OLP	Control	
More than 1 pattern	-ve or +ve 1 pattern	12	14	24	50
	+ve more than 1 pattern	8	8	0	16
Total		20	22	24	66

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	12.144 ^a	2	.002	.002		
Likelihood Ratio	17.348	2	.000	.000		
Fisher's Exact Test	14.565			.001		
Linear-by-Linear Association	9.860 ^b	1	.002	.002	.001	.001
N of Valid Cases	66					

a. 1 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.85.

b. The standardized statistic is -3.140.

แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบรูปแบบการติดสีเรืองแสงของการตรวจซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีมากกว่า 1 ชนิด ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ในช่องปากสาเหตุจากยา และกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ แพลนัสในช่องปาก

Crosstabs

More than 1 pattern * Group Crosstabulation

Count		Group		Total
		OLDR	OLP	
More than 1 pattern	-ve or +ve 1 pattern	12	14	26
	+ve more than 1 pattern	8	8	16
Total		20	22	42

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.059 ^a	1	.808	1.000	.530	
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000			
Likelihood Ratio	.059	1	.809	1.000	.530	
Fisher's Exact Test				1.000	.530	
Linear-by-Linear Association	.057 ^c	1	.811	1.000	.530	.242
N of Valid Cases	42					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.62.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -.239.

แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบรูปแบบการติดสีเรืองแสงของการตรวจซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีมากกว่า 1 ชนิด ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ในช่องปากสาเหตุจากยา และกลุ่มควบคุม

Crosstabs

More than 1 pattern * Group Crosstabulation

Count

		Group		Total
		OLDR	Control	
More than 1 pattern	-ve or +ve 1 pattern	12	24	36
	+ve more than 1 pattern	8	0	8
Total		20	24	44

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	11.733 ^a	1	.001	.001	.001	
Continuity Correction ^b	9.198	1	.002			
Likelihood Ratio	14.804	1	.000	.001	.001	
Fisher's Exact Test				.001	.001	
Linear-by-Linear Association	11.467 ^c	1	.001	.001	.001	.001
N of Valid Cases	44					

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.64.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -3.386.

แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบการตรวจพบรูปแบบการติดสีเรืองแสงของการตรวจซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีมากกว่า 1 ชนิด ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยไลเคน แพลนัสในช่องปาก และกลุ่มควบคุม

Crosstabs

More than 1 pattern * Group Crosstabulation

Count

		Group		Total
		OLP	Control	
More than 1 pattern	-ve or +ve 1 pattern	14	24	38
	+ve more than 1 pattern	8	0	8
Total		22	24	46

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	10.565 ^a	1	.001	.001	.001	
Continuity Correction ^b	8.185	1	.004			
Likelihood Ratio	13.666	1	.000	.001	.001	
Fisher's Exact Test				.001	.001	
Linear-by-Linear Association	10.335 ^c	1	.001	.001	.001	.001
N of Valid Cases	46					

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.83.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -3.215.

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นาย ชลากร พฤษทรัพย์กุล เกิดวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2525 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีทันตแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในปีการศึกษา 2549 และได้รับการบรรจุในตำแหน่งทันตแพทย์ปฏิบัติการ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันดำรงตำแหน่งทันตแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลไทรน้อย จ.นนทบุรี และในปีการศึกษา 2555 ได้รับความอนุเคราะห์ให้ลาศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

