

9-1-2007

The diagnosis and management of oral lichen planus

T. Narongdej

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Narongdej, T. (2007) "The diagnosis and management of oral lichen planus," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 51: Iss. 9, Article 8.

DOI: 10.58837/CHULA.CMJ.51.9.8

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol51/iss9/8>

This Review Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

การวินิจฉัยและการรักษารอยโรคไลเคนพลาเนียสในช่องปาก

ธนิตา ณรงค์เดช*

Narongdej T. The diagnosis and management of oral lichen planus. Chula Med J 2007 Sep - Oct; 51(9): 433 - 47

Lichen planus is a chronic systemic disease of established immune-mediated pathogenesis. The disease commonly affects the oral mucosa with, skin lesions. There are many clinical features of the lesion which result in varieties of chief complains of the patients. A biopsy should be considered when the disease does not present with its typical manifestations. Several therapeutic approaches have been investigated for the treatment of oral lichen planus (OLP). Topical corticosteroids are often effective in the management of symptomatic OLP. Systemic corticosteroids should be considered in cases of widespread OLP. Because of the possible pre-malignant character of OLP, early detection, correct treatment, and periodic follow-ups are recommended.

This article mainly delineates the characteristics of OLP, diagnostic and therapeutic considerations.

Keywords: Lichen planus, Corticosteroids, Pre-malignant, Immune-mediated.

Reprint request: Narongdej T. Department of Dentistry, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. August 8, 2007.

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้เข้าใจในลักษณะของโรค สามารถให้การวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีรอยโรคไลเคนพลาเนียสในช่องปาก

**ธนิตา ณรงค์เดช. การวินิจฉัยและการรักษารอยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปาก. จุฬาลงกรณ์-
เวชสาร 2550 ก.ย. - ต.ค; 51(9): 433 - 47**

ไลเคนพลาเนียเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ซึ่งเกิดจากการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์ เป็นสื่อ ส่งผลให้เกิดการอักเสบของเยื่อเมือกในบริเวณช่องปากและ/หรือบริเวณผิวหนัง ลักษณะทางคลินิกของรอยโรคในช่องปากมีหลายรูปแบบแตกต่างกันไป ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงแตกต่างกัน การตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาจะมีส่วนช่วยในการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะเมื่อรอยโรคไม่แสดงลักษณะทางคลินิกที่เด่นชัด ในปัจจุบันมีวิธีการรักษาและยาหลายชนิด แต่พบว่าการใช้ยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดทาเป็นวิธีที่นิยม และใช้ได้ผลมากที่สุด chez ผู้ป่วยที่มีรอยโรคเฉพาะในช่องปาก ส่วนผู้ป่วยที่มีรอยโรคทั้งที่ผิวหนัง และในช่องปากควรพิจารณาเลือกให้ยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน และเนื่องจากรอยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากนี้มีโอกาสที่จะเปลี่ยนเป็นมะเร็งในช่องปากได้ ดังนั้นการสามารถตรวจพบได้เร็ว ให้การวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง รวมทั้งการติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ในบทความนี้จะกล่าวถึงลักษณะของรอยโรคไลเคนพลาเนียเฉพาะในช่องปาก สาเหตุการเกิด การวินิจฉัย และแนวทางการรักษาเป็นสำคัญ

คำสำคัญ: ไลเคนพลาเนีย, คอร์ติโคสเตียรอยด์, มะเร็ง, ระบบภูมิคุ้มกัน

ไลเคนพลาเนียเป็นโรคที่มีการอักเสบของเยื่อเมือกที่พบได้บ่อย สามารถพบได้ทั้งที่เยื่อเมือกในช่องปาก ผิวหนัง และเยื่อเมือกบริเวณอื่นที่ต้นกำเนิดมาจากเซลล์สความัส (Squamous cell origin) การตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์เป็นสื่อ (cell-mediated immunity) ส่งผลให้เกิดการเสื่อมสลายของเบซิลเซลล์ ทำให้เกิดรอยโรคขึ้นบริเวณเยื่อเมือกช่องปากในลักษณะต่าง ๆ กัน ในปัจจุบันสาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด รอยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากมักจะพบเป็นรอยโรคสีขาวเขตต์ไม่ออก ส่วนใหญ่พบทั้งสองข้างของเยื่อเมือกในช่องปาก บางครั้งอาจมีรอยแดงอักเสบและมีแผลร่วมด้วย ผู้ป่วยมักมีอาการระคายเคือง ปวดแสบปวดร้อน เจ็บในช่องปาก และรอยโรคนี้มีความสำคัญ เนื่องจากมีรายงานพบว่ามีการเปลี่ยนไปเป็นมะเร็งในช่องปาก⁽¹⁻⁴⁾

ระบาดวิทยา

ผู้ป่วยไลเคนพลาเนียส่วนใหญ่พบอยู่ในช่วงวัยกลางคนถึงสูงอายุ โดยพบมากในช่วงอายุประมาณ 40-70 ปี พบได้น้อยในเด็ก พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในอัตราส่วน 3:2 สำหรับผู้ป่วยไลเคนพลาเนียในช่องปากในประเทศไทยที่มารับการรักษาที่คลินิกเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่วนมากพบในช่วงอายุ 40-60 ปี โดยมีอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเป็น 4:1⁽⁵⁻⁷⁾

ลักษณะทางคลินิกบริเวณผิวหนัง

จะพบลักษณะตุ่มนูน ขนาดประมาณ 2-4 มม. ด้านบนมีลักษณะแบน รูปร่างหลายเหลี่ยม มีสีค่อนขาวแดงถึงม่วง และเมื่อพิจารณาดูอาจพบลักษณะลายเส้นสีขาวคล้ายร่างแห ที่เรียกว่าเส้นตาข่ายวิกแฮม (Wickham's striae) ผู้ป่วยบางรายมีอาการคันร่วมด้วย สามารถพบรอยโรคได้เกือบทุกตำแหน่งของร่างกาย รวมถึงบริเวณเล็บและหนังศีรษะ ตำแหน่งที่พบรอยโรคได้บ่อยคือบริเวณข้อพับของแขนและหน้าแข้ง หากเกิดการรบกวน (trauma) บริเวณรอยโรค อาจชักนำให้เกิดรอยโรคเรียงตัวเป็นทางยาว เรียกว่าปรากฏการณ์คอบเนอร์ (Koebner phenomenon)⁽⁸⁾

แม้ว่าธรรมชาติของรอยโรคไลเคนพลาเนียที่ผิวหนังมักไม่เรื้อรัง แต่พบว่ารอยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากมักจะคงอยู่เป็นระยะเวลานานหลายปี เฉลี่ย 4.5 ปี โดยมีช่วงที่อาการกำเริบ (exacerbation) และช่วงที่อาการสงบลง (quiescence) สลับกันไป แต่ถ้าเป็นรอยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากชนิดแผลถลอก มักไม่ค่อยพบหายได้เอง และมีผู้รายงานว่ารอยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปาก อาจคงอยู่ได้นานเป็นระยะเวลามากกว่า 25 ปี

อาการและอาการแสดงในช่องปาก

ผู้ป่วยที่มาพบทันตแพทย์ส่วนใหญ่จะมาด้วยอาการปวดแสบปวดร้อนในช่องปาก บางรายมีอาการเจ็บปวดมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารรสจัด เผ็ด หรือร้อนได้ บางรายมีอาการอักเสบและเลือดออกในช่องปากร่วมด้วย ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บเมื่อพูด เคี้ยว และกลืน เป็นอุปสรรคในการรับประทานอาหาร ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพอ่อนแอ บางรายซึ่งเป็นส่วนน้อยอาจตรวจพบเองว่ามีลายเส้นสีขาวในปาก ไม่มีอาการเจ็บปวด มีแค่อาการระคายเคืองในช่องปาก และบางรายอาจไม่มีอาการอะไรเลย ทันตแพทย์อาจตรวจพบรอยโรคได้โดยบังเอิญจากการตรวจสุขภาพในช่องปาก

ลักษณะทางคลินิกในช่องปาก

ลักษณะทางคลินิกของไลเคนพลาเนียในช่องปาก มีหลายรูปแบบ โดยพบลักษณะเด่นชัดของรอยโรคคือตุ่มนูนสีขาว เส้นสีขาวเป็นลายคล้ายร่างแหที่เรียกว่าเส้นตาข่ายวิกแฮม หนานูนจากเนื้อเยื่อปกติและเขตต์ไม่ออก อาจพบรอยแดงหรือแผลร่วมด้วย สามารถแบ่งลักษณะของโรคอย่างกว้าง ๆ ได้เป็น 2 ชนิดคือ ชนิดไม่ถลอก (non-erosive) และชนิดถลอก (erosive) จากรายงานล่าสุด⁽⁹⁾ ได้แบ่งรูปแบบของรอยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากออกเป็น 5 ชนิดได้แก่

1. ชนิดร่างแห (reticular) ซึ่งเป็นรูปแบบที่พบได้บ่อย มีลักษณะเป็นลายเส้นสีขาวเรียงตัวคล้ายตาข่ายร่างแห หรือลายลูกไม้ บริเวณที่พบบ่อยที่สุดคือเยื่อเมือกกระพุ้งแก้ม โดยมักจะพบทั้งสองข้าง นอกจากนี้อาจพบได้บริเวณลิ้น เหงือก และริมฝีปาก

2. ชนิดตุ่มเนื้อ (papular) มีลักษณะเป็นตุ่มตันเล็ก ๆ สีขาวหลายตุ่มกระจายกระจาย พบบ่อยที่บริเวณกระพุ้งแก้ม ต้องวินิจฉัยแยกโรคออกจากฟอร์ดัยส์กรานูลส์ (fordyce's granule)

3. ชนิดฝ้าขาว (plaque) มีลักษณะเป็นแผ่นสีขาว นูน เรียบ คล้ายลิ้นโคเพลเคีย (leukoplakia) อาจพบได้หลายตำแหน่งในช่องปากในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ มักพบบริเวณด้านบนของลิ้น (dorsum of tongue) และเยื่อกระพุ้งแก้ม

4. ชนิดผ่อลิ้น (atrophic) จะพบมีการอักเสบของเยื่อเมือกเป็นรอยแดงและบาง ซึ่งมักพบลายเส้นสีขาวรอบ ๆ รอยโรคร่วมด้วย พบได้บ่อยบริเวณเหงือกยึด (attached gingiva) ซึ่งรูปแบบนี้มักทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดแสบปวดร้อนในช่องปากได้ โดยเฉพาะเมื่อสัมผัสกับอาหารแข็ง

5. ชนิดแผลถลอก (erosive) มีลักษณะเป็นแผลปกคลุมด้วย fibrinous plaque หรือ pseudomembrane บริเวณขอบ ๆ ของรอยโรค มักพบลายเส้นสีขาวร่วมด้วย ซึ่งรูปแบบนี้ก่อให้เกิดอาการได้ตั้งแต่ปวดแสบปวดร้อนเพียงเล็กน้อย ถึงเจ็บปวดมาก

สามารถพบรอยโรคได้ชนิดเดียวหรือปะปนกันหลายชนิดในคนไข้คนเดียวกัน โดยชนิดที่พบมากที่สุดได้แก่ ชนิดแผลถลอกเล็ก สามารถพบรอยโรคได้ทั่วไปในช่องปาก ได้แก่ ที่บริเวณกระพุ้งแก้ม เหงือก ลิ้น และบริเวณริมฝีปากล่าง พบน้อยที่บริเวณเพดานปาก ใต้ลิ้น และริมฝีปากบน สำหรับตำแหน่งที่พบรอยโรคได้มากที่สุดคือ บริเวณกระพุ้งแก้มทางด้านหลัง ซึ่งมักเป็นทั้งด้านซ้ายและขวา⁽¹⁰⁻¹²⁾

การเปลี่ยนเป็นมะเร็งของไลเคนพลาเนียในช่องปาก

องค์การอนามัยโลกได้จัดรอยโรคนี้ไว้ในกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งในช่องปาก (premalignant condition) ซึ่งยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ว่า รอยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากสามารถเปลี่ยนเป็นมะเร็งได้โดยตรงหรือการที่เยื่อเมือกมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้มีโอกาสสัมผัส

กับสารก่อมะเร็ง (carcinogens) หรือ รอยโรคอาจปรากฏร่วมกับมะเร็งในช่องปาก⁽¹³⁾

รอยโรคไลเคนพลาเนียที่ปรากฏในช่องปากเป็นระยะเวลานาน ๆ เกินกว่า 5-7 ปี โดยเฉพาะแผลถลอก (erosive) และชนิดผ่อลิ้น (atrophic) มีโอกาสเกิดมะเร็งในช่องปากได้ร้อยละ 0.5-2 ส่วนชนิดที่เป็นฝ้าขาว (plaque) อาจมีโอกาสเปลี่ยนเป็นมะเร็งในช่องปากได้เช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จัด⁽⁴⁾

ลักษณะทางคลินิกของไลเคนพลาเนียที่มีการเปลี่ยนเป็นมะเร็งในช่องปาก มักลักษณะเป็นรอยอักเสบแดงร่วมกับจุดหนาแน่นสีขาวตรงบริเวณรอยโรค ตำแหน่งที่พบการเกิดมะเร็งในช่องปากบ่อย คือบริเวณส่วนใต้ด้านข้างของลิ้น พื้นช่องปาก บริเวณแฉ่งสามเหลี่ยมท้ายพินกรามล่าง ไปจนถึงเพดานอ่อน

การติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นเรื่องจำเป็นในผู้ป่วยที่มีรอยโรคไลเคนพลาเนีย

สาเหตุการเกิดโรคไลเคนพลาเนีย

สาเหตุการเกิดโรคไลเคนพลาเนียยังไม่ทราบแน่ชัด แต่ในปัจจุบันเชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติเกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์เป็นสื่อ (cell-mediated immunity) นอกจากนี้ได้มีการรายงานถึงปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับโรคไลเคนพลาเนียไว้ดังนี้

- ความเครียด ปัจจัยของระดับความเครียดและความกังวลอาจมีความสัมพันธ์กับรอยโรคไลเคนพลาเนีย มีรายงานว่าผู้ป่วยไลเคนพลาเนียในช่องปากมีระดับความเครียดและความกังวลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งก่อให้เกิดความไม่สบายในช่องปากของผู้ป่วย จึงเป็นการยากที่จะสรุปว่าปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้เกิดโรคไลเคนพลาเนียได้โดยตรงเพราะในทางกลับกัน ความเครียดและความกังวลดังกล่าว อาจเป็นผลตามจากการเกิดโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากและผลกระทบจากอาการที่เกิดขึ้นจากรอยโรคเอง^(14,15)

- โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งเชื่อกันว่าจะเป็นผลมาจากการใช้ยาที่ใช้รักษาโรคทั้งสอง

- การเกิดเชื้อราในช่องปาก และพบว่าเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาต้านเชื้อราจะช่วยให้อรอยโรคไคเคนพลาเนียในช่องปากดีขึ้น⁽¹⁶⁾
- การติดเชื้อไวรัส เอช ไอ วี (HIV) Herpes Simplex 1 (HSV-1) Epstein – Barr virus (EBV), Cytomegalovirus (CMV), Herpes Virus 6 (HHV-6) และ Human papillomaviruses (HPV) แต่ยังไม่ทราบถึงบทบาทที่แท้จริงของเชื้อเหล่านี้ แต่มีความเป็นไปได้ว่าไวรัสแอนติเจนอาจจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความผิดปกติของเซลล์ที่สังเคราะห์ชิ้นเคอราติน Hepatitis C Virus ก็พบมีรายงานความเกี่ยวข้องกับการรอยโรคไคเคนพลาเนีย^(9,17)
- โรคที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันตนเอง (Autoimmune disease) หลายโรค ดังตารางที่ 1 โดยลักษณะทางคลินิกมักพบรอยโรคมีลักษณะร่างแห (reticular) ฝ่อลีบ (atrophic) และแผลถลอก (erosive)⁽¹⁸⁾
- เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอพบรอยโรคไคเคนพลาเนียร่วมในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านม, metastatic adenocarcinoma, stomach cancer, non-Hodgkin's lymphoma เป็นต้น⁽¹⁾
- อุปนิสัยการสูบบุหรี่และเคี้ยวหมาก มีการศึกษาในประชากรชาวอินเดียนกลุ่มหนึ่ง พบว่าผู้ป่วยชาวอินเดียนที่เป็นไคเคนพลาเนียในช่องปากจะมีนิสัยในการสูบบุหรี่และเคี้ยวหมากมากกว่าประชากรชาวอินเดียนที่ไม่เป็นไคเคนพลาเนียในช่องปาก⁽¹⁹⁾
- การแพ้อาหาร เช่น พริกขี้หนู (cinnamom) อัลดีไฮด์ (aldehyde)⁽¹⁾

- วัสดุทางทันตกรรม ซึ่งเป็นผลจากการแพ้หรือปฏิกิริยาจากสารประกอบของวัสดุทางทันตกรรมที่ปล่อยออกมาโดยพบเนื้อเยื่อที่สัมผัสหรืออยู่ใกล้กับวัสดุอุดฟัน เช่น อะมัลกัม อาจพบรอยโรคไคเคนพลาเนียได้ โดยเชื่อว่าอาจเกี่ยวข้องกับการแพ้สารทองแดงในวัสดุทางทันตกรรมที่มีโลหะผสม หรือสารปรอทในวัสดุอุดฟัน หรือผลจากการสะสมของคราบจุลินทรีย์บนผิวของวัสดุอุดฟัน และเมื่อมีการเปลี่ยนวัสดุอุดฟัน จะพบว่ารอยโรคดีขึ้น^(20,21)

อย่างไรก็ตาม มีรายงานว่าวัสดุอุดฟันชนิดคอมโพสิตก็สามารถทำให้เกิดรอยโรคคล้ายไคเคนพลาเนียได้เช่นกัน⁽²²⁾

- การใช้ยาในการรักษาโรคทางระบบต่าง ๆ ดังแสดงในตารางที่ 2^(23,24)

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคไคเคนพลาเนียขึ้นกับลักษณะทางคลินิก และประวัติของการเป็นโรคเรื้อรังในช่องปาก และ/หรือที่ผิวหนัง โดยลักษณะทางคลินิกเพียงอย่างเดียวอาจเพียงพอต่อการให้การวินิจฉัยรอยโรคไคเคนพลาเนียในช่องปากได้อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะเมื่อมีรอยโรคที่ผิวหนังซึ่งสามารถจดจำได้ง่ายร่วมด้วย และเนื่องจากรอยโรคไคเคนพลาเนียในช่องปากเป็นโรคเรื้อรัง มักต้องให้การรักษาระยะเวลานาน และต้องติดตามดูการเปลี่ยนแปลงของรอยโรคเป็นระยะ ๆ ดังนั้นการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาจึงมีส่วนช่วยในการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะเมื่อ

ตารางที่ 1. แสดงโรคภูมิคุ้มกันตนเองที่มีรายงานว่าสัมพันธ์กับไคเคนพลาเนีย

Alopecia areata	Pemphigus foliaceus
Dermatitis herpetiformis	Pemphigus vulgaris
Dermatomyositis	Pernicious anaemia
Hashimoto's thyroiditis	Rheumatoid arthritis
Hyperthyroidism	Sjogren's syndrome
Lupus erythematosus	Scleroderma
Morphea	Vitiligo
Myasthenia gravis	

ตารางที่ 2. แสดงยาที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดรอยโรคไลเคนพลาเนียส

Allopurinol	Mepacrine
Amiphenazole	Mercury
Amphotericin B	Methopromazine
Arsenic	Methyldopa
Bismuth	NSAIDS
Captopril	Oxprenolol
Carbamazepine	Palladium
Chloroquine	Para-amino salicylic acid
Chlorothiazide	Penicillamine
Chlorpropamide	Phenothiazine
Cimetidine	Phenylbutazone
Cinnarizine	Practolol
Cyamide (Calcium carbamide)	Propranolol
Cycloserine	Pyrimethamine
Dapsone	Pyritinol
Demeclocycline	Quinacrine
Fenclofenac	Quinidine
Flunarizine	Rofecoxib
Furosemide	Spirolactone
Gold	Streptomycin
Imatinib	Sulfamethoxazole
Indomethacin	Sulfasazine
Isoniazid	Sulfonylureas
Ketoconazole	Tetracycline
Labetalol	Thiazides
Levamisole	Tolbutamide
Levopromazine	Triprolidine
Lithium	Zidovudine
Lorazepam	Etc.

รอยโรคไม่แสดงลักษณะทางคลินิกที่เด่นชัด และเพื่อแยกออกจากรอยโรคที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น ลิวโคเพลเคีย (leukoplakia) ลูปัส อิริทีมาโตซัส (lupus erythematosus) หรือมะเร็ง (carcinoma) เป็นต้น นอกจากนี้อาจใช้วิธีการตรวจทางอิมมูโนฟลูออเรสเซนซ์ร่วมด้วย เพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัยโรค สำหรับการตรวจด้วยวิธีทางทาง

อิมมูโนฟลูออเรสเซนซ์โดยใช้เนื้อเยื่อของผู้ป่วยจะพบ fibrinogen, IgM และ complement components เช่น C_3 ที่ชั้น basement membrane zone^(2,25)

การวินิจฉัยแยกโรคไลเคนอยด์ออกจากรอยโรคไลเคนพลาเนียสที่ไม่ทราบสาเหตุ อาจทำได้ยาก เนื่องจากทั้งรอยโรคไลเคนอยด์และไลเคนพลาเนียสมีลักษณะทาง

คลินิกและพยาธิวิทยาที่คล้ายคลึงกัน แต่มีผู้ตั้งข้อสังเกตว่ารอยโรคไลเคนอยด์มีแนวโน้มที่จะพบเป็นเพียงข้างเดียว มักมีลักษณะเป็นแผลถลอก และอาจพบในตำแหน่งที่ไม่ค่อยพบรอยโรคไลเคนพลาเนียที่ไม่ทราบสาเหตุ เช่นบริเวณเพดานปาก อย่างไรก็ตามข้อสังเกตดังกล่าวไม่สามารถใช้เป็นเกณฑ์ช่วยในการวินิจฉัยรอยโรคไลเคนอยด์ได้เสมอไป โดยการให้การวินิจฉัยทางคลินิกอาจทำได้โดยการหยุดยาหรือเปลี่ยนยาหรือเปลี่ยนวัสดุอุดฟันที่คิดว่าเป็นสาเหตุ ซึ่งจะทำให้รอยโรคหายไปหรืออาการดีขึ้นได้⁽²⁶⁾

สำหรับลักษณะทางพยาธิวิทยาที่จะให้การวินิจฉัยว่าเป็นรอยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปาก ได้แก่

1. ชั้นหนังกำพร้ามีการหนาตัวโดยที่นิวเคลียสของเซลล์ที่สังเคราะห์เคอราติน (keratinocytes) หายไปหมด (hyperorthokeratosis) หรือยังคงมีนิวเคลียส (hyperparakeratosis) อยู่บางส่วน
2. เซลล์ชั้นกรานูลาร์ (granular cells layer) มีการหนาตัวและเซลล์ชั้นพริกเกิล (prickle cell layer) มีการขยายตัวที่ผิดปกติ เรียกว่า อะแคนโทซิส (acanthosis)
3. ชั้นเบซัลเซลล์มีการสลายตัว (basal cell degeneration) ลิมโฟไซต์ (lymphocytes) บริเวณชั้นลามินาโพรปเรีย (lamina propria) มีการเรียงตัวเป็นแถบแบนหนาแน่นเป็นจำนวนมาก โดยลิมโฟไซต์ส่วนใหญ่เป็น ที-ลิมโฟไซต์ (T-lymphocytes)

การรักษา

ปัจจุบันได้มีวิธีการรักษาและยาหลายชนิด แต่ยังไม่มียาหรือยาใดที่สามารถรักษารอยโรคให้หายขาดได้ ส่วนใหญ่เมื่อหยุดยารอยโรคมักจะกำเริบขึ้นมาอีก ดังนั้นเป้าหมายในการรักษาจึงเพื่อบรรเทาอาการเจ็บและระคายเคือง เพราะหากทิ้งไว้เป็นระยะเวลานานโดยไม่ได้รับการรักษาเลย อาจมีโอกาสเปลี่ยนเป็นมะเร็งในช่องปากได้

ปัจจัยสำคัญที่ควรคำนึงถึงในการวางแผนการรักษาผู้ป่วย คือประวัติทางการแพทย์ของผู้ป่วย เช่น โรค

ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคตับ สภาพจิตใจของผู้ป่วย การให้ความร่วมมือในการรักษา โอกาสเกิดปฏิกิริยาจากการใช้ยาาร่วมกัน (drug reaction) และธรรมชาติของโรคที่เป็นโรคเรื้อรัง จึงทำให้ต้องให้ยาต้านอักเสบและยากดภูมิคุ้มกันเป็นระยะเวลานาน^(25,27) อาการแสดงของผู้ป่วย และลักษณะรอยโรคที่พบในช่องปากว่าเป็นรอยโรคชนิดใด เช่น เป็นปื้นขาว เป็นตุ่มเนื้อ ฝ่อลีบ หรือแผลถลอก รวมทั้งต้องพิจารณาสภาพในช่องปากของผู้ป่วย ทั้งสภาพฟัน วัสดุบูรณะทางทันตกรรม ฟันปลอม สภาพเหงือกและอวัยวะปริทันต์ รวมทั้งการดูแลทันตสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อนำปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มาประมวลผลวางแผนวิธีการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย

ในการดูแลรักษารอยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปาก โดยทั่วไปจะเน้นการรักษาตามอาการ จึงแบ่งการรักษา ผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1. การรักษาในผู้ป่วยที่มีรอยโรคสีขาวชนิดต่าง ๆ ที่ไม่แสดงอาการ

จากการตรวจทางคลินิกพบแต่ลายเส้นสีขาวในช่องปาก ควรแนะนำการดูแลสุขภาพในช่องปากให้ดี ถ้ามีประวัติสูบบุหรี่ควรแนะนำให้ลดหรืองดการสูบบุหรี่หากเป็นไปได้ นอกจากนี้ควรปรึกษาแพทย์ผู้เกี่ยวข้องในกรณี que ผู้ป่วยใช้ยาบางชนิด เช่น ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงหรือยารักษาโรคเบาหวาน เป็นต้น ทันตแพทย์ควรกำจัดสิ่งระคายเคืองต่าง ๆ ตรวจดูวัสดุอุดฟันที่แตกหรือบิ่น แล้วทำการบูรณะวัสดุอุดฟัน เพื่อไม่ให้เกิดการเสียดสีบริเวณรอยโรคและขูดหินน้ำลายให้เรียบร้อย เนื่องจากการสะสมของคราบจุลินทรีย์อาจกระตุ้นให้เกิดการอักเสบของรอยโรคมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอาการเจ็บบริเวณแผลมากขึ้นด้วย หากรอยโรคที่เกิดขึ้นในช่องปากสัมผัสกับวัสดุอุดฟันชนิดอะมัลกัมหรือครอบฟัน ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนวัสดุอุดฟันหรือครอบฟัน และให้ผู้ป่วยกลับมาตรวจสุขภาพในช่องปากเป็นระยะ ๆ ทุก 6 เดือนไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยาในการรักษารอยโรคแต่อย่างใด

2. การรักษาในผู้ป่วยที่มีรอยโรคอักเสบแดงและบาง รอยถลอก หรือแผล

ผู้ป่วยมักมีอาการระคายเคือง หรือปวดแสบปวดร้อน เจ็บปวดในช่องปาก โดยเฉพาะเมื่อสัมผัสกับอาหารแข็ง ทำให้รับประทานอาหารลำบาก เมื่อตรวจในช่องปาก พบรอยโรคมีลักษณะเป็นรอยแดงและบาง อักเสบ ถลอก หรือเป็นแผล ซึ่งมักพบว่าเป็นรอยโรคชนิด erosive ควรให้การรักษาทางทันตกรรมในเบื้องต้นเช่นเดียวกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่แสดงอาการ คือแนะนำและรักษาสุขภาพในช่องปากให้อยู่ในสภาพที่ดี ชูดินน้ำลาย ทำการบูรณะวัสดุอุดฟันให้อยู่ในสภาพที่ดี หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น ยา อาหาร และสารเคมีที่อาจทำให้เกิดการระคายเคือง

หลังจากนั้นควรมีการตรวจการติดเชื้อราโดยวิธี smear test ซึ่งหากพบว่าไม่มีการติดเชื้อราแคนดิดาเป็นปัจจัยร่วม พิจารณาให้ผู้ป่วยใช้ยาสเตียรอยด์เฉพาะที่ ชนิดทาหรืออมบ้วนปาก เนื่องจากการใช้ยาสเตียรอยด์เป็นวิธีรักษาที่นิยมกันมากที่สุดในปัจจุบัน โดยในทางทันตแพทย์นิยมให้ยาสเตียรอยด์ชนิดทาหรืออมบ้วนปากเฉพาะที่ดังนี้

- Fluocinolone acetonide 0.1 % in oral base

Sig: Apply at affected site, qid หรือ

- Triamcinolone acetonide 0.1 % in oral base (Kenalog)

Sig: Apply at affected site, qid หรือ

- Dexamethasone tab (Decadron)

Sig: Let one tab dissolve slowly at the site until gone, qid

ยาสเตียรอยด์เฉพาะที่เป็นยาที่มีความปลอดภัยสูง โดยไม่พบผลข้างเคียงร้ายแรงกับผู้ป่วย โดยมีใช้ทั้งในรูปแบบยาฉีด พ่น น้ำยาบ้วนปากหรือยาทา พบว่าสามารถบรรเทาอาการเจ็บและการอักเสบของแผลได้ ปัจจุบันนิยมใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดทาเฉพาะที่ที่มีฤทธิ์ปานกลาง (midpotency corticosteroids) เช่น ไตรแอมซิโนโลน อะเซทโทไนด์ (triamcinolone acetonide) โดยมีแนวทางการใช้ดังนี้

ในผู้ป่วยที่เพิ่งตรวจพบเห็นรอยโรคเฉพาะที่อาการไม่รุนแรงมากนัก ควรเริ่มรักษาด้วยการใช้ไตรแอมซิโน-

โลนอะเซทโทไนด์ (triamcinolone acetonide) 0.1 % ชนิดครีม ทาวันละ 3 ครั้ง จนกว่ารอยโรคในช่องปากจะดีขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่พบรอยโรคกระจายหลายตำแหน่ง อาจแนะนำให้ใช้ ไตรแอมซิโนโลนอะเซทโทไนด์ 0.1 % ชนิดสารละลาย บ้วนปากวันละ 2-4 ครั้ง ⁽²⁸⁻³⁰⁾

ผลแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยจากการใช้ยาสเตียรอยด์เฉพาะที่ในการรักษาแผลไลเคน พลาเนียในช่องปาก ได้แก่ การติดเชื้อราเฉียบพลันขึ้นในช่องปาก แต่อย่างไรก็ตามสามารถรักษาได้โดยใช้ยาด้านเชื้อราาร่วมด้วยดังนี้ ^(27,29)

Antifungal medication

- Nystatin oral suspension 100,000 u/ml

Sig: swish and spit out 3-4 ml tid PC

หลังจากนั้นจึงติดตามผลการรักษาเป็นระยะ หากมีการตอบสนองต่อการรักษาที่ดี รอยโรคมีอาการดีขึ้น ให้หยุดยาด้านเชื้อรา และรักษาโดยใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดทาเฉพาะที่อย่างต่อเนื่องต่อไป จากการศึกษาวิจัยและติดตามผลผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์เฉพาะที่ชนิดทาและอมบ้วนปาก พบว่าในผู้ป่วยบางราย รอยแผลหายไปได้หมดโดยไม่มีการเกิดขึ้นมาใหม่ จากการติดตามผล 2 ปี ⁽²⁹⁻³⁰⁾

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีแผลถลอก รอยโรคมีขนาดใหญ่ อาการรุนแรงมาก หรือมีแผลในหลายตำแหน่งทั้งในช่องปาก และผิวหนัง และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์เฉพาะที่ แนะนำให้ใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน การใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทานควรใช้ด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากมีผลข้างเคียงหลายประการ และมีข้อจำกัดในการรักษาหากผู้ป่วยมีประวัติโรคทางระบบร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น

การใช้ยาเพรดนิโซนขนาดเริ่มต้นตั้งแต่ 40 - 80 มิลลิกรัมต่อวัน รับประทานตอนเช้า เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 14 วัน สามารถควบคุมอาการและความรุนแรงของแผลได้ภายใน 2 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาสเตียรอยด์ทางระบบได้แก่ ภาวะระบบทางเดินอาหาร ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง ปัสสาวะบ่อย นอนไม่หลับ และในผู้ป่วยบางรายอาจพบการเปลี่ยน

แปลงของระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในกระแสเลือด⁽³¹⁾

นอกจากนี้อาจใช้วิธีฉีดยาสเตียรอยด์เข้าไปในบริเวณแผล (intralesional) โดยฉีดไตรแอมซิโนโลน อะเซทโทไนด์ ในขนาด 10-20 มิลลิกรัมต่อมิลลิตร ซึ่งวิธีการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าบริเวณรอยโรคจะช่วยบรรเทาอาการแผลไลเคนพลาเนียได้ โดยเฉพาะเมื่อใช้กับรอยโรคบริเวณข้างลิ้นและบริเวณกระพุ้งแก้ม⁽²⁵⁾ แต่การฉีดสเตียรอยด์เข้าไปโดยตรงบริเวณรอยแผล จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดมาก

ในปัจจุบัน นอกจากการใช้สเตียรอยด์ซึ่งยังคงเป็นวิธีการรักษาที่นิยมมากที่สุดแล้ว ยังมีการศึกษาการใช้ยาชนิดอื่น ๆ และวิธีการรักษาอื่น ๆ ซึ่งอาจพิจารณาใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการใช้ยาสเตียรอยด์

- **ซัยโคลสปอริน (cyclosporine)** มีรายงานการนำซัยโคลสปอรินชนิดใช้เฉพาะที่มารักษาแผลไลเคนพลาเนียในช่องปาก แต่เนื่องจากมีราคาแพง จึงมักนำมาใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์เฉพาะที่⁽²⁵⁾

- **ทาโครลิมัส (tacrolimus) และไพโครลิมัส (Pimecrolimus)** ซึ่งปัจจุบันมีหลายรายงานเกี่ยวกับยาในกลุ่มนี้เป็นยาในกลุ่มกดภูมิคุ้มกันที่จัดอยู่ในกลุ่ม macrolide immunosuppressant โดยเริ่มนำมาใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993-1994 เพื่อจุดประสงค์ในการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ เช่น ตับและไต มีกลไกในการออกฤทธิ์คล้ายกับซัยโคลสปอริน แต่มีฤทธิ์ในการกดภูมิคุ้มกันแรงกว่า 50 ถึง 100 เท่า และเนื่องจากมีคุณสมบัติดูดซึมผ่านผิวหนัง จึงเชื่อกันว่าอาจให้ผลดีในการรักษาโรคผิวหนังที่มีการอักเสบเรื้อรัง โดยแนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยที่มีรอยโรคไลเคนพลาเนียที่เป็นชนิดแผลถลอก (erosive) โดยมีรายงานการใช้ทาโครลิมัสชนิดครีมขนาดความเข้มข้น 0.1 % หรือไพโครลิมัสชนิดทา ร่วมกับยาสเตียรอยด์ชนิดทา ซึ่งได้ผลการรักษาที่ดี แต่มีรายงานถึงการกลับมาของรอยโรคเมื่อหยุดยา แต่อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาผลระยะยาวต่อไป เนื่องจากองค์การอาหารและยา

(FDA) ได้เตือนถึงความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งชนิด squamous cell carcinoma และ lymphoma ในผู้ป่วยที่ใช้ทาโครลิมัสหรือไพโครลิมัสชนิดทา ดังนั้นจึงแนะนำให้ใช้ยาก่อนนี้ในรูปแบบของยาทาเท่านั้น และใช้ในกรณีการรักษาด้วยสเตียรอยด์ไม่ได้ผล⁽³²⁻³⁹⁾

- **การใช้อนุพันธ์ของวิตามินเอ** ได้มีการนำยา tazarotene 0.1 % ชนิดทาเฉพาะที่ ซึ่งเป็น third generation ของเรตินอยด์ มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยไลเคนพลาเนียในช่องปากชนิดรอยโรคสีขาวเพียงอย่างเดียว พบว่ารอยโรคสีขาวหายไปหมด โดยมีรายงานผลข้างเคียงได้แก่อาการแสบเล็กน้อย และความรู้สึกคันเปลี่ยนไป อย่างไรก็ตามพบว่ายาฟลูออซิโนโลน อะเซทโทไนด์ 0.1 % ซึ่งเป็นยาสเตียรอยด์เฉพาะที่ สามารถลดขนาดของรอยแดงและแผลถลอกได้ดีกว่าการใช้ retinoic acid 0.05 %^(40,41) การใช้อนุพันธ์ของวิตามิน เอ ควรระวังการใช้ในเด็กและผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ จึงไม่แนะนำให้ใช้ในรูปแบบรับประทาน ดังนั้นจึงแนะนำให้ใช้ยาในกลุ่มนี้ในรูปแบบของยาทาและใช้ในกรณีที่รักษาด้วยยาสเตียรอยด์ไม่ได้ผล

- **อินเตอร์เฟอรอนอัลฟา (systemic interferon-alpha)** มีรายงานการนำอินเตอร์เฟอรอนอัลฟาครีม (IFN-alpha-2a) มาใช้รักษารอยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากโดย Pedersen⁽⁴²⁾ ในปี 1998 พบว่ารอยโรคหายไปหมดโดยไม่พบการกลับเป็นใหม่เมื่อติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 2 เดือน อย่างไรก็ตามในทางกลับกันมีผู้รายงานว่าในผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังชนิดซีที่มีรอยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปาก เมื่อได้รับอินเตอร์เฟอรอนในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี พบว่าทำให้รอยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากเกิดการกำเริบได้ นอกจากนั้นยังมีรายงานว่าอินเตอร์เฟอรอนสามารถชักนำให้เกิดรอยโรคคล้ายไลเคนพลาเนียขึ้นระหว่างหรือหลังการรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีได้เช่นกัน^(43,44)

- **เมซาลาซีน (mesalazine)** เป็นยาในกลุ่ม 5-amino-salicylic acid ใช้ในการรักษาโรคที่มีการอักเสบของทางเดินอาหาร (inflammatory bowel diseases) มีรายงานผลการรักษาแผลไลเคนพลาเนียที่มีอาการเจ็บ

ในช่องปากด้วยเมซาลาซิน 5 % ในรูปเจล เปรียบเทียบกับยาโคลเบตาโซล โพรพิโอนต 0.05 % พบว่ายาทั้ง 2 ชนิดให้ผลในการรักษารอยโรคไลเคนพลาเนียไม่แตกต่างกันและไม่พบผลข้างเคียงจากการรักษา^(27,45)

- **เตตราซัยคลิน (tetracycline)** มีการนำเตตราซัยคลินในรูปน้ำยาบ้วนปากมาใช้ในการรักษาแผลไลเคนพลาเนียในช่องปากชนิดแผลถลอก พบว่ารอยแผลถลอกหายไปภายใน 6 สัปดาห์ โดยไม่กลับเป็นขึ้นมาใหม่เมื่อติดตามเป็นเวลา 1 ปี⁽⁴⁶⁾

- **ไฮดรอกซีคลอโรควินซัลเฟต (hydroxychloroquine sulfate) และ Azathioprine** มีการนำไฮดรอกซีคลอโรควินซัลเฟต (hydroxychloroquine sulfate) และ Azathioprine ในรูปยารับประทาน มาใช้รักษาผู้ป่วยไลเคนพลาเนียในช่องปากที่มีอาการรุนแรง มีการกระจายของรอยโรคทั้งที่ปากและบริเวณอื่นของร่างกายร่วมด้วย และผู้ป่วยไม่สามารถรักษาโดยใช้ สเตียรอยด์ชนิดรับประทานได้ แต่ยานี้มีผลข้างเคียงต่อไต และอาจทำให้เกิด marrow aplasia ได้⁽⁴⁷⁾

- **ไกลซีร์ริซิน (glycyrrhizin)** เป็นยาที่ใช้ในการรักษาโรคตับอักเสบเรื้อรังในประเทศญี่ปุ่น มีการใช้ยาไกลซีร์ริซินในรูปของสารละลายให้ทางเส้นเลือดในการรักษารอยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากชนิดผื่นลิ้นและแผลถลอก และพบการกลับเป็นซ้ำของรอยโรคเมื่อหยุดยา⁽⁴⁸⁾

- **การฉายแสงและเคมีบำบัด (photochemotherapy)** ใช้ในการรักษาไลเคนพลาเนียที่อาการรุนแรง และมีแผลถลอกที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาทั่วไป ได้แก่ การใช้ psoralen และ ultraviolet A (PUVA) อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยวิธีนี้ยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป เพราะมีรายงานเกี่ยวกับการรักษาด้วย PUVA ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเป็นมะเร็ง นอกจากนี้ผลข้างเคียงของการรักษาทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ มีนงง ชา ปวดศีรษะ และมีอาการทางตา⁽⁴⁹⁻⁵²⁾

- **การรักษาด้วยการศัลยกรรม** มักใช้ในกรณีที่รอยโรคมีอาการรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ

แนะนำในกรณีที่มีฝ้าขาวแยกออกได้ชัดเจน หรือมีแผลถลอกที่ไม่หายขาด การรักษาทางศัลยกรรมมีหลายวิธี เช่น

- การศัลยกรรมตัดออก (surgical excision) ซึ่งเมื่อติดตามผลเป็นระยะเวลา 4 ปีไม่พบการเกิดเป็นซ้ำ⁽⁵³⁾

- การใช้ศัลยกรรมด้วยความเย็น (cryosurgery) ซึ่งปัจจุบันไม่มีรายงานเกี่ยวกับวิธีการนี้⁽⁵⁴⁾ การใช้คาร์บอนไดออกไซด์เลเซอร์ (CO₂ laser) การใช้เลเซอร์มักพบว่าได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีรอยโรคชนิดแผลถลอก (erosive) โดยจากการติดตามผลหลังการรักษาเฉลี่ย 3 ปี 6 เดือนพบว่าอาการเจ็บของแผลลดลง โดยผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารเผ็ดหรือรสจัดได้ และลักษณะของเนื้อเยื่อกลับเป็นปกติร่วมกับมีแผลเป็นให้เห็นเพียงเล็กน้อย แต่มีบางรายพบว่ามีรอยโรคกลับมาใหม่เมื่อเวลาผ่านไป 2-17 เดือน⁽⁵⁵⁻⁵⁷⁾

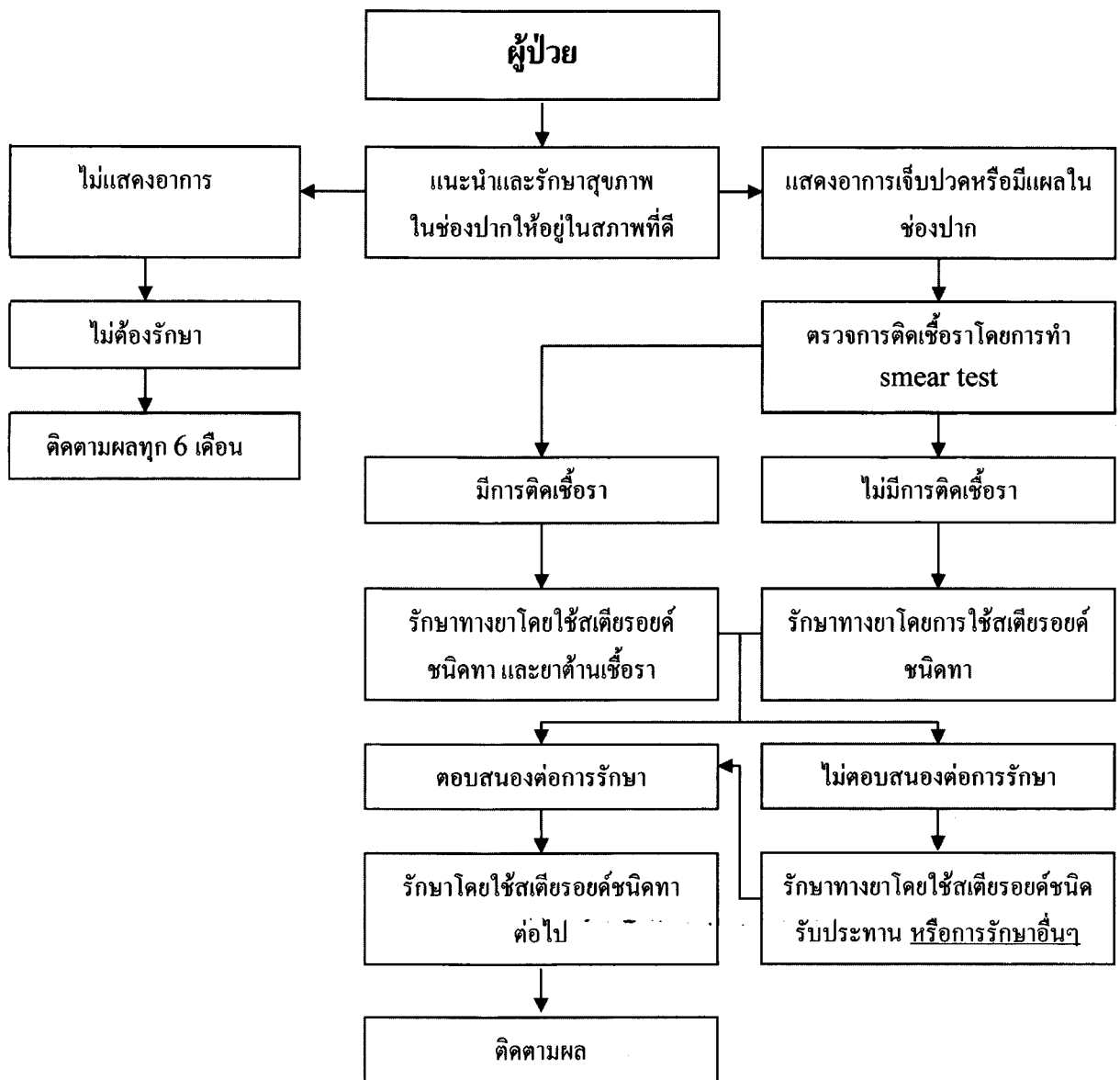
- การทำศัลยกรรมปริทันต์โดยใช้ free gingival graft มีรายงานพบว่าบริเวณที่ทำ graft ไปไม่พบว่าเกิดรอยโรคขึ้นใหม่เมื่อติดตามไปเป็นระยะเวลา 3 ปี 6 เดือน^(58,59)

สรุปการรักษารอยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปาก

การรักษารอยโรคไลเคนพลาเนียขึ้นกับความรุนแรงของโรค หากการแสดงออกของโรคเป็นเพียง reticular type ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บ อาจไม่จำเป็นต้องทำการรักษา แต่ถ้าผู้ป่วยมีรอยโรคที่มีความรุนแรงขึ้น เช่น erosive หรือ ulcerative type อาจต้องทำการรักษา ซึ่งวิธีการที่นิยมมากที่สุด และให้ผลการรักษาที่ดีที่สุด คือการใช้ยาสเตียรอยด์เฉพาะที่ หรือทางระบบร่วมกัน ในกรณีที่สงสัยว่าผู้ป่วยน่าจะมีการติดเชื้อราแคนดิดาร่วมด้วย อาจพิจารณาให้ยาต้านเชื้อราร่วม

ซึ่งเป้าหมายของการรักษานี้เพื่อบรรเทาอาการเจ็บ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนเท่านั้น ยังไม่มีวิธีการหรือยาชนิดใดที่สามารถรักษารอยโรคให้หายขาดได้ ดังนั้นส่วนใหญ่เมื่อหยุดยา รอยโรคมักจะกำเริบขึ้นมาอีก

สรุปแนวทางการรักษารอยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากได้ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1. แผนผังแสดงแนวทางการรักษารอยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปาก

อ้างอิง

1. Scully C, Beyli M, Ferreiro MC, Ficarra G, Gill Y, Griffiths M, Holmstrup P, Mutlu S, Porter S, Wray D. Update on oral lichen planus: etiopathogenesis and management. Crit Rev Oral Biol Med 1998; 9(1): 86-122
2. Carrozzo M, Uboldi de Capei M, dametto E, Fasano ME, Arduino P, Broccoletti R, Vezza D, Rendine S, Curtoni ES, Gandolfo S. Tumor necrosis factor-alpha and Interferon-gamma polymorphisms contribute to susceptibility to oral lichen planus. J Invest Dermatol 2004 Jan; 122(1): 87-94
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Surgical reconstruction of defects of the jaws. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE, eds. Oral & Maxillofacial Pathology. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2002: 680-95
4. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Verrucal-