

รายงานผู้ป่วยแฉีกติณิกไคไลติส

นันทวัน ศรีพิพัฒน์กุล, ท.บ.*

บทคัดย่อ

แฉีกติณิก ไคไลติส เป็นหนึ่งในรอยโรคที่มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งช่องปาก เป็นการอักเสบเรื้อรังจากการได้รับแสงแดดเป็นเวลานาน ผู้ป่วยรายนี้เริ่มจากมีริมฝีปากล่างแห้ง เป็นสะเก็ด เมื่อสะเก็ดหลุดลอกออกจะเกิดแผลแดงๆ มีเลือดซึม แล้วเกิดเป็นสะเก็ดขึ้นใหม่ วนเวียนเช่นนี้ไปเรื่อย ผู้ป่วยมีอาการเจ็บและตึงที่ริมฝีปากล่าง ได้รับการรักษาด้วยยาทาเช่น 0.1% ฟลูโอซิโนโลน แต่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา จึงได้แนะนำทางเลือกในการรักษาโดยใช้ CO₂ เลเซอร์ ผู้ป่วยมีความพร้อมและต้องการรักษาทางเลือกอื่นนอกจากการใช้ยาทา

Abstract: Actinic Cheilitis

Nuntawan Sipipattanakun, D.D.S.*

*Dental department, Srisaket hospital, Srisaket

Nakhon Ratch Med Bull 2017; 39: 113-117.

Actinic Cheilitis (AC) is one of oral potentially malignant disorders, results from long-term or excessive exposure to the ultraviolet component of solar radiation. The lesion of this patient began with dry scaled vermilion border of lower lip. After peeling off the lesion appears to be easily bleeding-raw surface then form crust before peeling off again. The lesion has been persisted for months, refractory to treatment of 0.1% fluocinolone acetonide in orabase. therefore a choice of CO₂ laser was recommended. The patient was ready and willing to take this alternative treatment.

* กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ 33000

บทนำ

ริมฝีปากอักเสบเหตุแสงแดดเป็นหนึ่งในรอยโรคที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งได้ (Potentially Malignant Disorders: PMDs) มักพบที่ริมฝีปากล่าง ในคนที่ใช้ชีวิตกลางแจ้ง เช่น เกษตรกร บางครั้งเรียกว่า farmer's lip และ Sailor's lip¹ การดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ จนผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลง ระยะแรกพบการฟ่อลีบของเยื่อ vermilion border ซึ่งจะมีผิวเรียบและซีด รอยต่อระหว่าง vermilion border และผิวหนังกลมกลืนกัน เมื่อเป็นรุนแรงขึ้น ผิวจะเริ่มขรุขระมีสะเก็ด บริเวณที่แห้งจะเกิดคราบขาว เมื่อสะเก็ดหลุดลอกออก จะเกิดใหม่อีกใน 2-3 วัน ต่อมาถ้ารุนแรงขึ้นไปอีกจะกลายเป็นแผลเรื้อรัง ตำแหน่งเดียวหรือหลายตำแหน่ง

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิง คู่ อายุ 79 ปี มีประวัติความดันโลหิตสูง ไ้ไขมันในเลือดสูง โลหิตจาง รับประทานที่โรงพยาบาลชุมชนอำเภอขุนหาญ ได้รับการส่งตัวมาเพื่อรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ เนื่องจากมีแผลเรื้อรังที่ริมฝีปากล่างมานานหลายเดือน มีอาการเจ็บและตีงเวลาพูดหรือรับประทานอาหาร ก่อนหน้านี้ผู้ป่วยชอบเคี้ยวหมากเป็นประจำ ทำงานกลางแจ้ง



ภาพที่ 1 ก่อนการรักษา

เมื่อมีแผลบริเวณริมฝีปากล่างเกิดขึ้น ได้ไปพบทันตแพทย์ ได้รับคำแนะนำให้เลิกหมาก เพราะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดรอยโรคมะเร็งช่องปากได้ ได้รับการทำความสะอาดช่องปากเพื่อเป็นการควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ด้วยการขูดหินปูน และเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเจ็บเวลารับประทานอาหาร ทันตแพทย์จึงได้จ่าย lidocaine gel เพื่อลดอาการปวดแผล และให้ใช้ 0.1% triamcinolone acetone in orabase ทาบริเวณรอยโรควันละ 3 ครั้ง เพื่อลดการอักเสบ แต่หลังจากติดตามการรักษาเป็นเวลา 2 สัปดาห์ พบว่ารอยโรคไม่ตอบสนองต่อการรักษา ผู้ป่วยยังคงมีอาการเจ็บ และแผลมีสะเก็ด เมื่อสะเก็ดหลุดลอกเกิดรอยแดง แล้วเป็นสะเก็ดใหม่ วนเวียนไปเรื่อย ๆ

ผู้ป่วยจึงได้รับการส่งตัวเข้ามารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ จากการตรวจพบว่าบริเวณริมฝีปากล่างมีแผลแดง เลือดออกง่าย ผู้ป่วยมีอาการเจ็บเมื่ออ้าปาก จากการซักประวัติ พบว่าผู้ป่วยมีพี่สาวเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งช่องปาก ทำให้มีความกังวล ตรวจภายในช่องปากไม่พบว่ามีฟันคุดหรือฟันผุ ผู้ป่วยดูแลสุขภาพช่องปากตนเองค่อนข้างดี ปฏิบัติตามคำแนะนำของทันตแพทย์ผู้ดูแลเป็นอย่างดี จากลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับรอยโรคปากอักเสบ เหตุจากแสงแดด จึงได้แนะนำให้ผู้ป่วยสวมหมวกเมื่อต้องออกกลางแจ้ง



ภาพที่ 2 หลังการทำผ่าตัดครั้งแรก มีรอยแดงเหลืออยู่เล็กน้อย

จิบน้ำบ่อยๆ งดเลียริมฝีปาก งดอาหารรสจัด ใช้วาสลินทาเคลือบที่ริมฝีปากเป็นประจำ และได้จ่าย 0.1% fluocinolone acetonide in orabase ให้ทาวันละ 3 เวลา หลังอาหาร โดยให้บ้วนปากให้สะอาดก่อนทานยา นัดติดตามการรักษา 2 สัปดาห์ เมื่อผู้ป่วยกลับมาตามนัด อาการเจ็บดีขึ้น เล็กน้อย แต่รอยโรคงดงเดิม นัดติดตามการรักษา ต่ออีก 2 สัปดาห์ พบว่ารอยโรคไม่ตอบสนองต่อการรักษาจึงได้ทำการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา ผลปรากฏว่าเป็น squamous hyperplasia with mild dysplasia ได้แนะนำทางเลือกในการรักษาแก่ผู้ป่วย โดยการผ่าตัดด้วยเลเซอร์ ซึ่งมีข้อดี คือ ไม่ต้องเย็บแผลเพื่อห้ามเลือด เกิดการดิ่งรั้งน้อยกว่าการทำผ่าตัดด้วยมีดผ่าตัด ผู้ป่วยเห็นด้วย และพร้อมสำหรับการรักษาด้วยวิธีนี้ จึงได้ส่งตัวไปที่โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ผู้ป่วยได้รับการ ผ่าตัดด้วย CO₂ เลเซอร์ (wavelength 10,600 nm 2W) เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2558 ระหว่างทำผ่าตัดมีเลือดออกมาก จึงได้รับการผ่าตัดรอยโรคออกไปบางส่วนก่อน แต่ก็สามารถหยุดเลือดได้โดยใช้แรงกดขึ้นเนื้อที่ได้จากการตัด ถูกส่งไปตรวจทางจุลพยาธิวิทยา ผลที่ได้ปรากฏว่า compatible with Actinic Cheilitis ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดและยาแก้อักเสบเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เนื่องจากอายุมาก



ภาพที่ 3 หลังการทำผ่าตัดด้วยเลเซอร์ CO₂ ครั้งที่ 2 รอยแดงหายไป

และมีโรคประจำตัว ซึ่งอาจทำให้มีภูมิต้านทานต่ำ และมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย ติดตามผลการรักษาต่ออีก 2 สัปดาห์ ที่ โรงพยาบาลศรีสะเกษ แผลยังคงเป็น raw surface สีแดงจัด แต่ไม่มีเลือดออกยังไม่พบว่ามีการสร้างเยื่อผิวมาปกคลุม ได้จ่าย sulcoseryl ให้ผู้ป่วยทาวันละ 3 เวลา เพื่อส่งเสริมการหายของแผลนัดติดตามผลการรักษาต่ออีก 2 สัปดาห์ พบว่าเริ่มมีการสร้างเยื่อผิวมาปกคลุมบริเวณแผล แผลแดงน้อยลง ติดตามผลการรักษาอีก 2 สัปดาห์ พบว่าแผลดีขึ้นและเยื่อผิวมีสีใกล้เคียงกับสีเยื่อผิวปกติ แต่ผู้ป่วยรู้สึกมีอาการจืดๆ บริเวณรอยโรคที่ทำผ่าตัด นัดติดตามการรักษา 1 เดือน พบว่าแผลหายดี สีเยื่อผิวที่ปกคลุมเป็นสีชมพูซีด เช่น เยื่อผิวปกติ แต่มีบริเวณรอยโรคที่ไม่ได้รับการผ่าตัดออกในครั้งแรกที่ยังคงแดงอยู่ จนกระทั่งผู้ป่วยได้เข้าร่วมในโครงการผ่าตัดผู้ป่วยคัดกรองมะเร็งช่องปาก จังหวัดศรีสะเกษ จึงได้รับการผ่าตัดอีกครั้ง โดยทันตแพทย์จากโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา นัดติดตามการรักษาเป็นระยะ ๆ ครั้งละ 2 สัปดาห์เช่นเดิม พบว่ารอยโรคหายดี ไม่มีอาการเจ็บหรือรู้สึกจืด ๆ อย่างที่เคยเป็นมา เยื่อผิวที่ปกคลุมมีลักษณะปกติเป็นสีชมพูสม่ำเสมอโดยทั่วกัน นัดติดตามการรักษาเป็นระยะ 3, 6 เดือน ไม่พบการเปลี่ยนแปลงแต่อย่างใด ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดีขึ้น คลายกังวลต่อการเป็นมะเร็งช่องปาก



ภาพที่ 4 ติดตามผลการรักษา 1 ปี 4 เดือน

บทวิจารณ์

การรักษาผู้ป่วย Actinic Cheilitis เริ่มจาก conservative treatment โดยแนะนำให้ผู้ป่วยเลี่ยงแสงแดด ใช้สารเคลือบริมฝีปาก เช่น ลิปปาล์ม, วาสลิน⁽²⁾ จิบน้ำบ่อยๆ หากเป็นมากก็ทำผ่าตัดออกด้วยการทำ lip shave, vermilionectomy โดย remove vermilion mucosa แล้วดึงส่วนของ intraoral mucosa มาข้างหน้าหรือปล่อยให้แผลหายแบบ secondary intention การรักษา Actinic Cheilitis เป็นการลดความเสี่ยงในการเปลี่ยนเป็นมะเร็งช่องปาก โดยพบว่าร้อยละ 95 ของ squamous cell carcinoma ที่ริมฝีปากเปลี่ยนแปลงจาก Actinic Cheilitis มีรายงานกล่าวถึงวิธีการต่างๆ ในการรักษารอยโรคนี้ อย่างเช่น Dario Fai และคณะ ได้ทำการรักษา Actinic Cheilitis ด้วย Daylight Photodynamic Therapy โดยทา 16 MAL cream (methyl-aminolevulinate หน้า 1.5-1mm. ที่บริเวณรอยโรค จากนั้นกระตุ้นด้วยแสงธรรมชาติ 2 ชั่วโมง ผลการรักษาผู้ป่วย 10 ราย ในช่วง 3 เดือน ผู้ป่วย 7 ราย หายจากรอยโรค 6-12 เดือน ต่อมาคงเหลือเพียง 5 ราย ที่หายจากรอยโรค ผู้ป่วยทนต่อการรักษาได้ดี 7 นอกจากนี้ S.H. Choi และคณะ ได้เปรียบเทียบการนำ Erbium Yag มาใช้เป็น pretreatment ทำให้ topical MAL ซึมลงสู่รอยโรคดีขึ้น พบว่ามีประสิทธิภาพในการรักษา มากกว่า อัตราการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่า 6 Evagelia Tzika และคณะ รายงานการใช้ Igenol Mebutate เพื่อรักษา AC ในผู้ป่วยรายหนึ่ง โดยใช้ 5 imiquimod cream พบว่าได้ผลดี 5 Angeles Florez และคณะ ทำการรักษาผู้ป่วย AC 7 ราย พบว่ารอยโรคหายโดยสิ้นเชิง 3 ราย 4 ราย อาการดีขึ้น⁽⁴⁾

ในการรักษา AC gold standard คือ vermilionectomy แต่มีข้อจำกัดคือ แพทย์ต้องมีความชำนาญและเกิดความไม่สบายหลังการผ่าตัดมาก วิธีการรักษาอื่นนอกจากนี้ก็ได้แก่ cryosurgery, topical 5 fluorourasil, topical imiquimod, conventional pulsed carbon dioxide lasers, chemical peel, photodynamic therapy, electrodesiccation^(3,7)

ในผู้ป่วยรายนี้ได้ใช้การรักษาด้วย CO₂ เลเซอร์ ซึ่งรอยโรคตอบสนองต่อการรักษาเป็นอย่างดี จากการติดตามเป็นระยะเวลา 16 เดือน ไม่พบการกลับเป็นซ้ำของรอยโรค อย่างไรก็ตามผู้ป่วยควรได้รับการติดตามในระยะยาว เนื่องจาก AC เป็นหนึ่งในรอยโรค PMDs จึงควรติดตามดูการเปลี่ยนแปลงของรอยโรคต่อไปเรื่อย ๆ

สรุป

การใช้ CO₂ เลเซอร์ ในการรักษาผู้ป่วย AC รายนี้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี การตอบสนองของรอยโรคต่อการรักษาด้วย CO₂ เลเซอร์ สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และจากการติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 1 ปี 4 เดือน ไม่พบการกลับเป็นซ้ำการรักษา AC ด้วย CO₂ เลเซอร์ จึงอาจจะเป็นทางเลือกที่น่าสนใจอีกทางหนึ่ง

กิตติกรรมประกาศ

รศ. ดร.ศจี สัตยุดม ทพญ.ยุวณูช พูลทรัพย์ ทพ.หริินทร์ คล้ายพึ้ง ที่กรุณาทำการผ่าตัดและทำการรักษาผู้ป่วยรายนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Naville B, Damm D, Allen C, Bouquot J; Oral and Maxillofacial Pathology. 2nd ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2006.
2. กัทธนฤน กาญจนบุษย์. ลิวโคเพลเกียและอีริโทรเพลเกีย (Leukoplakia and erythroplakia). ใน: กอบกาญจน์ทองประสม, บรรณาธิการ. การรักษารอยโรคในช่องปากที่พบบ่อย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; หน้า 55-74.
3. Isaac van der waal. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. Oral Oncol 2009; 45(4-5):317-23.

4. Angeles Florez, Ana Batalla, Carlos de la Torre. Management of actinic chilitis using ingenol mebutate gel, A report of 7 cases. *Journal of Dermatological treatment* 2017; 28 (Issue 2) Pages 149-51.
5. Tzika E, MasouyéI, Mühlstädt M, Laffitte E. Ingenol Mebutate for Recalcitrant Chronic Actinic Cheilitis 2016 *Dermatology*. 2016; 232 (Suppl 1): 1-3.
6. S.H. Choi, K.H. Kim and K.H. Song. Efficacy of ablative fractional laser-assisted photodynamic therapy for the treatment of actinic chilitis: 12-month follow up results of a prospective, randomized, comparative trial. *BJD* 2015; 173 (1): 184-91.
7. Fai D, Romanello E, Brumana MB, Fai C, Vena GA, Cassano N, Piaserico S. Daylight photodynamic therapy with methyl-aminolevulinate for the treatment of actinic cheilitis. *Dermatol Ther*. 2015 Nov-Dec; 28(6): 355-68.