



# รอยโรคไลเคนนอยด์ที่สัมพันธ์กับวัสดุอุดอมัลกัม : รายงานผู้ป่วย 2 ราย

มลิวรรณ วงศ์สิทธิศาสตร์ วท.บ., ท.บ., ป. บัณฑิตสาขาทันตกรรมทันตกรรม<sup>1</sup>  
สุชาติา วัฒนบุรานนท์ วท.บ., ท.บ., ป. บัณฑิตสาขาทันตกรรมทันตกรรม<sup>1</sup>

<sup>1</sup> โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยหญิงวัยกลางคน 2 รายที่มีรอยโรคไลเคนนอยด์ที่บริเวณเยื่อเมือกกระพุ้งแก้มที่สัมผัสกับวัสดุอุดอมัลกัม การเกิดของโรคเป็นแบบค่อย ๆ ดำเนินไป รอยโรคมีลักษณะเป็นฝ้าสีขาวมีอาการปวดแสบปวดร้อนเมื่อรับประทานอาหารรสจัด การรักษาดำเนินการคือวัสดุอุดอมัลกัมออก แล้วเปลี่ยนเป็นวัสดุคอมโพสิตเรซิน พบว่ารอยโรคและอาการปวดแสบปวดร้อนหายไป จากการติดตามผลการรักษาเป็นระยะ ๆ เป็นเวลา 1 ปี 6 เดือน ไม่พบรอยโรคปรากฏอีกเลย

(ว ทันต จุฬาฯ 2545:25:53-59)

## บทนำ

Lichenoid Reaction เป็นรอยโรคที่มีลักษณะคล้ายไลเคนพลาเนตในช่องปากที่เกิดจากการแพ้สารชนิดใดชนิดหนึ่ง อาจเป็นวัสดุบูรณะทางทันตกรรม เช่น วัสดุอมัลกัม (Amalgam)<sup>1-3</sup> คอมโพสิตเรซิน (Composite resin)<sup>4</sup> ส่วนประกอบของโลหะที่ครอบฟัน (Crown and Bridge) หรือ ฐานฟันปลอมชนิดถอดได้<sup>5</sup> เป็นต้น รวมทั้งโลหะหนักและยาบางชนิด<sup>6</sup> โดยสารที่ทำให้เกิดการแพ้จะทำปฏิกิริยาไวเกินอย่างช้า (Delayed Hypersensitivity)<sup>7</sup> กับเนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกสัมผัส เมื่อกำจัดสาเหตุออกไป รอยโรคและอาการจะหายเป็นปกติ ปัจจุบันเชื่อว่า ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน และปฏิกิริยาไวเกินชนิดเซลล์เป็นสื่อ (cell mediated hypersensitivity) มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดรอยโรคไลเคนนอยด์ โดยสารที่ทำให้เกิดภูมิแพ้ (allergens) ได้แก่ ยา วัสดุอุดฟัน สารเคมี เป็นต้น จะกระตุ้นให้เกิดรอยโรคไลเคนนอยด์ มักพบบริเวณที่สัมผัสหรือติดกับวัสดุบูรณะฟัน

เช่น ครอบฟัน อมัลกัม บางครั้งอาจพบการอักเสบร่วมด้วย (Lichenoid mucositis)

รอยโรคไลเคนพลาเนต (Lichen Planus) เป็นโรคผิวหนังแบบเรื้อรังชนิดหนึ่ง พบรอยโรคได้ทั้งที่ผิวหนังและเยื่อเมือกในช่องปาก<sup>8</sup> หรืออาจจะพบที่ใดที่หนึ่งเพียงแห่งเดียว สาเหตุที่แท้จริงไม่ทราบแน่นอน เชื่อว่ารอยโรคไลเคนพลาเนตเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน<sup>9</sup> อาจเกิดร่วมกับโรคทางระบบต่าง ๆ<sup>10-12</sup> การฉายรังสี หรือการแพ้สารในกลุ่มเกลียวของทอง<sup>6</sup> โลหะหนัก<sup>13</sup> ปรอท<sup>1,14</sup> และวัสดุทางทันตกรรมอื่น ๆ<sup>2</sup> ก็สามารถจะกระตุ้นให้เกิดรอยโรคไลเคนนอยด์ (Lichenoid) หรือรอยโรค ลักษณะคล้ายไลเคนพลาเนต (Lichen Planus liked lesion)

ลักษณะทางคลินิกและพยาธิสภาพของรอยโรคไลเคนนอยด์ในช่องปาก คล้ายกับรอยโรคไลเคน พลาเนตในช่องปาก<sup>9,15</sup> ลักษณะทางคลินิกมีหลายแบบ เช่น ลายเส้นสีขาวนูน (Hyper-

keratotic) จากเนื้อเยื่อในช่องปาก สานเป็นตาข่าย (Reticular) หรือเป็นแผ่นฝ้าขาว (Plaque) หรือเป็นรอยอักเสบบาง (Atrophic) ล้อมรอบด้วยลายเส้นสีขาวเป็นแฉก ๆ หรือเป็นแผล (Erosive หรือ Ulcerative) ที่บริเวณรอยอักเสบบาง ร่วมกับ

บริเวณที่พบรอยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากมากที่สุดคือ บริเวณกระพุ้งแก้ม<sup>8,10</sup> ด้านข้างของลิ้น และเหงือก ผู้ป่วยที่มาขอรับการรักษาอาจมีเฉพาะรอยโรคโดยไม่มีอาการหรือมีอาการสาหัส ๆ มีการระคายเคืองแต่ส่วนใหญ่มักจะมีอาการปวดแสบปวดร้อน โดยเฉพาะเวลารับประทานอาหารรสจัด

รอยโรคไลเคนนอยต์ในช่องปาก พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายและมักพบในวัยกลางคน อายุเฉลี่ย  $45.1 \pm 9.9$  ปี<sup>16</sup>

Lind และคณะ<sup>17</sup> Holmstrup และคณะ<sup>18</sup> รายงานจากการวิจัยว่า รอยโรคไลเคนนอยต์ในช่องปาก ที่มีลักษณะแบบร่างแห (Reticular Pattern) ตุ่มตัน (Papular pattern) และมีเส้นตาข่ายวิกแฮม (Wickham's striae) มักพบบริเวณที่สัมผัสกับวัสดุอมัลกัม โดยการปลดปล่อยปรอทจากการสึกกร่อนในระหว่างการใช้งาน<sup>19,20</sup> Kallus T Mjor ZA พบว่า วัสดุอมัลกัมเป็นตัวชักนำให้เกิดผลข้างเคียงแบบซ้ำ มากที่สุด<sup>21</sup>

วัสดุอมัลกัมเป็นวัสดุบูรณะฟันที่นิยมใช้กันแพร่หลาย และเป็นที่ยอมรับในวงการทันตแพทย์มาเป็นเวลานาน เนื่องจากวัสดุอมัลกัมใช้งานง่าย ราคาถูก และมีความเข้ากันได้ทางชีวภาพ (biocompatibility)<sup>22</sup> วัสดุอมัลกัมประกอบด้วยเงิน ดีบุก สังกะสี ทองแดง และ ปรอท ซึ่งจะมีการปลดปล่อยธาตุต่าง ๆ ออกมาอย่างช้า ๆ เป็นเวลานาน ทำให้มีโอกาสสัมผัสและสะสมอยู่ที่เนื้อเยื่อในช่องปากได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ยังมีรายงานสนับสนุนว่า รอยโรคไลเคนนอยต์มีความสัมพันธ์กับยาบางชนิด และโลหะหนัก รวมทั้ง ปรอท<sup>1</sup> แต่ Hietanen และคณะ<sup>23</sup> ได้ทำการทดสอบการแพ้ที่ผิวหนังด้วยแผ่นที่มีสารต่าง ๆ (patch test) ของผู้ป่วยที่มีรอยโรคไลเคนนอยต์ในช่องปาก พบว่า 8% ที่มีปฏิกิริยาแพ้ต่อสารปรอท โดยผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีวัสดุทันตกรรมที่เป็นโลหะในช่องปากเลย มีรายงานว่ารอยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากที่เป็นเรื้อรังนาน ๆ โดยเฉพาะ แบบถลอกลึก (Erosive form) จะมีโอกาสเปลี่ยนเป็นมะเร็งในช่องปากได้ถึง 2.3%<sup>24</sup> และองค์การอนามัยโลกได้จัดรอยโรคไลเคนพลาเนียในช่องปากเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในช่องปาก

วัตถุประสงค์ของรายงานนี้ คือ การเสนอรายงานผู้ป่วยรอยโรคไลเคนนอยต์ในช่องปาก 2 ราย ซึ่งได้รับการรักษาโดยการเปลี่ยนวัสดุอุดฟันจากอมัลกัมเป็นคอมโพสิตเรซิน โดย

หวังว่ารายงานนี้จะเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางแก่ทันตแพทย์ทั่วไปในการให้การรักษารอยโรคนี้

## รายงานผู้ป่วย

### ผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 56 ปี มารับการรักษาที่ภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เนื่องจากมีรอยโรคบริเวณด้านข้างโคนลิ้นซ้ายและเหงือก รอบ ๆ ฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สอง รอยโรคมีลักษณะเป็นแผ่นฝ้าขาว (รูปที่ 1) ทางภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปากได้ส่งต่อผู้ป่วยมาที่คลินิกทันตกรรมบริการโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อรีอวัสดุอุดอมัลกัมของฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สองและบูรณะใหม่ โดยใช้คอมโพสิตเรซินแทน

**ประวัติของผู้ป่วย** ผู้ป่วยมีรอยโรคไลเคนพลาเนียแบบฝ้าขาว และมีอาการปวดแสบปวดร้อนเวลารับประทานอาหารรสจัด ได้รับการรักษาจากคลินิกเอกชนมาหลายปี แต่อาการไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยมีสุขภาพโดยทั่วไปดี ไม่มีโรคประจำตัวไม่มีประวัติการแพ้ใด ๆ

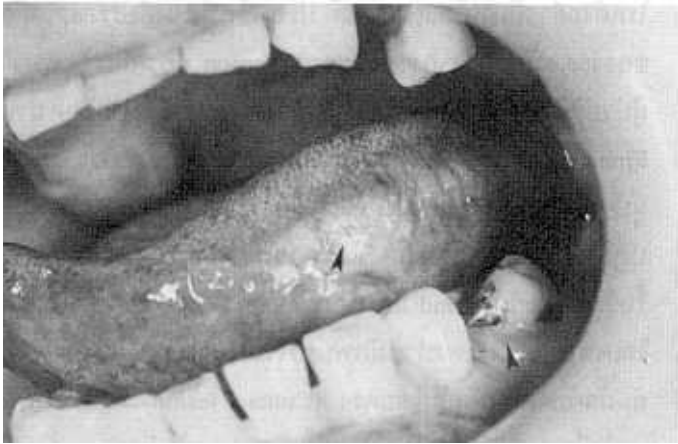
**การตรวจในช่องปาก** พบมีรอยโรคไลเคนพลาเนียลักษณะเป็นฝ้าขาวเขตไม่ออกบริเวณด้านข้างโคนลิ้นซ้าย และที่บริเวณเหงือกด้านลิ้นที่สัมผัสกับฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สอง บนตัวฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สองมีวัสดุอุดอมัลกัมขนาดใหญ่บนด้านบดเคี้ยว, ด้านใกล้กลางและด้านลิ้นอุดมาเป็นเวลานาน 5 ปี โดยเป็นฟันซี่เดียวในช่องปากที่มีการอุด ฟันถูกถอนไปหลายซี่

**การวินิจฉัย** รอยโรคไลเคนนอยต์ หรือรอยโรคลักษณะคล้ายรอยโรคไลเคนพลาเนีย

### ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทย โสด อายุ 45 ปี อาชีพทำงานอิสระ มาพบทันตแพทย์ด้วยอาการปวดแสบปวดร้อนในช่องปากเป็นเวลาหลายปีโดยเฉพาะเวลาดื่ม น้ำ บ้วนปาก หรือรับประทานอาหารรสจัด ผู้ป่วยมีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีประวัติการแพ้ หรือโรคประจำตัวใด ๆ

**การตรวจในช่องปาก** พบรอยโรคลักษณะเป็นฝ้าขาว ๆ บริเวณเหงือกกรอบ ๆ ฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สอง ซึ่งอุดด้วยวัสดุ



**รูปที่ 1** ผู้ป่วยรายที่ 1 มีรอยโรคลักษณะเป็นแผ่นฝ้าขาวบริเวณด้านข้างโคนลิ้นซ้ายและเหงือกของฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สองที่อยู่ติดกับวัสดุอุดมัลกัมขนาดใหญ่

**Fig.1** First patient with white plaque lesion on the left lateral margin of the tongue and the gingival tissue of lower left second molar, closely contact to a large amalgam restorations.



**รูปที่ 2** ผู้ป่วยรายที่ 1, 4 สัปดาห์ภายหลังการเปลี่ยนวัสดุอุดเป็นวัสดุคอมโพสิตเรซิน, รอยโรคหายเป็นปกติ

**Fig.2** The patient in Fig.1, 4 weeks after the replacement of amalgam restorations with composite resin. The lesion showed total regression.



**รูปที่ 3** ผู้ป่วยรายที่ 2 มีรอยโรคลักษณะเป็นฝ้าขาวบริเวณเหงือกรอบๆ ฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สองที่อยู่ติดกับวัสดุอุดมัลกัมขนาดใหญ่และสึกกร่อนกร่อนมาก

**Fig.3** The second patient with white plaque lesions on the gingival tissue, part of which is in contact with a large amalgam restorations with corrosion and margin break down in lower left second molar.



**รูปที่ 4** ผู้ป่วยรายที่ 2 มีสภาพเหงือกหายเป็นปกติ ภายหลังจากการเปลี่ยนวัสดุอุดของฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สองเป็น คอมโพสิตเรซินได้ 4 สัปดาห์

**Fig.4** The patient in Fig.3, 4 weeks after replacement of amalgam restorations with composite resin. The lesion showed total regression.

อมัลกัมบนด้านบดเคี้ยวและด้านใกล้กลาง สภาพของวัสดุอุดเก่าและกร่อนไปบ้างแล้ว (รูปที่ 3) รอยโรคจะเห็นชัดในตำแหน่งที่สัมผัสกับวัสดุอุดอมัลกัมด้านใกล้กลาง

**การวินิจฉัย** รอยโรคไลเคนนอยด์ หรือรอยโรคลักษณะคล้ายรอยโรคไลเคนพลาสนัสในช่องปาก

**การวางแผนการรักษา** ของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย โดยทำการรื้อวัสดุอุดอมัลกัมออก แล้วเปลี่ยนใช้วัสดุอุดชนิดอื่นที่ไม่มีโลหะผสม โดยเลือกวัสดุอุดคอมโพสิตเรซิน

#### การรักษา

1. ใช้แผ่นกันน้ำลาย (Rubberdam) และที่ดูดน้ำลายกำลังสูง (High power suction)
2. ใช้หัวกรอความเร็วสูง (Airoter) กรอวัสดุอุดอมัลกัมและฟันผู้วัสดุอุดอมัลกัมให้หมด กำจัดเศษอมัลกัมภายหลังการรื้อไม่ให้หลงเหลือในช่องปาก
3. ทำการบูรณะใหม่ด้วยวัสดุคอมโพสิตเรซิน

#### ผลการรักษา

1 สัปดาห์ภายหลังอุดด้วยวัสดุคอมโพสิตเรซิน นัดผู้ป่วยกลับมาตรวจดูรอยโรคอีก พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย รอยโรคดีขึ้นหายเกือบเป็นปกติหมด และหายเป็นปกติในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังเปลี่ยนวัสดุอุดใหม่ (รูปที่ 2 และ 4) จากนั้นนัดผู้ป่วยกลับมาตรวจเป็นระยะ ๆ คือ 3 เดือน, 6 เดือน และ 18 เดือน ปรากฏว่าไม่พบมีรอยโรคเกิดขึ้นอีก เยื่อเมือกบริเวณโคนลิ้นและเหงือกมีสภาพปกติ

#### วิจารณ์

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่ามีรอยโรคเฉพาะเยื่อเมือกบริเวณที่สัมผัส หรือ ใกล้เคียงกับฟันที่อุดด้วยวัสดุอมัลกัม มีลักษณะรอยโรคและอาการคล้ายกัน และภายหลังการเปลี่ยนวัสดุบูรณะฟันจากวัสดุอมัลกัมเป็นวัสดุคอมโพสิตเรซิน รอยโรคและอาการต่าง ๆ ก็ค่อย ๆ หายจนเป็นปกติ โดยทั่วไปแล้วการรักษา รอยโรคไลเคนพลาสนัสจะใช้สเตียรอยด์ซึ่งอาจเป็นการใช้ทาเฉพาะที่ที่รอยโรคหรือการให้รับประทาน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของรอยโรค ในกรณีของผู้ป่วย 2 รายนี้ การรักษาเพียงแต่รื้อวัสดุอมัลกัมออกและบูรณะใหม่ด้วยวัสดุคอมโพสิตเรซินเท่านั้น โดยไม่ได้ใช้สเตียรอยด์ทาที่รอยโรคแต่อย่างใด รอยโรคและอาการหายไปได้ภายใน 1 เดือน แสดงให้เห็นว่ารอยโรคนี้ น่าจะต้องมีสาเหตุจากวัสดุอุดอมัลกัมและสามารถสรุปได้ว่ารอย

โรคดังกล่าวนี้เป็นไลเคนนอยด์ พรอทซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของวัสดุอมัลกัม จากงานวิจัยของ Vernon และคณะ<sup>25</sup> พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการแพ้อมัลกัมจะมีปฏิกิริยาต่อพรอทมากที่สุด ส่วน Finne และคณะ<sup>26</sup> ได้ทำการทดสอบการแพ้สารที่ผิวหนังของผู้ป่วยที่มีรอยโรคไลเคนนอยด์ในช่องปาก พบว่า 62% จะมีปฏิกิริยาแพ้ต่อสารพรอท และรอยโรคจะหายไปภายหลังการรื้อวัสดุอมัลกัม Lind และคณะ(1984)<sup>27</sup> รายงานว่า รอยโรคไลเคนนอยด์ในช่องปากมักพบบริเวณเยื่อเมือกในช่องปากที่สัมผัสกับวัสดุอมัลกัมโดยตรง (Contact lesion) และรอยโรคเหล่านี้จะหายเป็นปกติหลังจากรื้อวัสดุอุดอมัลกัมออก ดังนั้นจึงน่าจะสรุปว่ารอยโรคไลเคนนอยด์ ของผู้ป่วย 2 รายนี้ เป็นผลจากการแพ้ต่อสารพรอทที่ถูกปลดปล่อยออกมาจากวัสดุอมัลกัมที่มีการกร่อน (corrosion) ในระหว่างการใช้งานถึงแม้ว่าปฏิกิริยาการแพ้ต่อสารพรอทโดยตรงจะพบน้อย<sup>28</sup> แต่เนื่องจากแนวโน้มอุบัติการณ์การแพ้ Ammoniated Mercury เพิ่มขึ้นจาก 2.5% เป็น 4.9%<sup>29</sup> ดังนั้นในปัจจุบันการใช้พรอทเฉพาะที่ในวงการแพทย์จึงลดน้อยลง

โดยที่ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีปฏิกิริยาไวเกินอย่างช้า (Delayed hypersensitivity reaction) ต่อพรอทในวัสดุอมัลกัม ความสัมพันธ์ระหว่างปฏิกิริยาการแพ้แบบที่ 4 (Type IV delayed hypersensitivity reaction) กับรอยโรคไลเคนนอยด์ ยังบอกไม่ได้แน่ชัด<sup>13</sup> อาจเกิดจากอีออนของโลหะทะลุเข้าไปในชั้นเยื่อเมือก (Stratified squamous epithelium) ของเยื่อเมือกช่องปาก พรอทจะซึมเข้าไป<sup>30</sup> รวมกับโปรตีนเป็นสารประกอบเชิงซ้อน เช่นเดียวกับสารแอนติเจน (Antigen material) ที่ถูกสร้างโดยแลงเกอร์ฮานส์เซลล์ (Langerhan's cells) หรือแมกโครฟาจ (Macrophages) ในชั้น ลามินา โพรเปีย (Lamina propia)

สำหรับลักษณะอาการแพ้ของผู้ป่วยต่อพรอทในทางทันตกรรม<sup>31</sup> มี 2 แบบ

**แบบที่ 1** รอยโรค เอ็คเซมาตัส สกิน รีแอคชัน (Eczematous skin reaction) มักเกิดภายหลังมี การตัดแต่งหรืออุดอมัลกัมใหม่ โดยการสูดไอพรอทจากวัสดุอมัลกัมในระหว่างอุดฟัน ซึ่งเกิดน้อยมาก

**แบบที่ 2** รอยโรคไลเคนนอยด์เฉพาะตำแหน่ง (Localized lichenoid reaction) พบในผู้ป่วยที่มีปฏิกิริยาการแพ้อันเป็นผลจากการปลดปล่อยพรอทเนื่องจากการกร่อนของอมัลกัม<sup>13</sup> ปฏิกิริยาการแพ้ทั้ง 2 แบบนี้ จะไม่ปรากฏในผู้ป่วยคนเดียวกัน Barrow(1986)<sup>32</sup> พบว่าการแพ้ต่อสารประกอบพรอท (Mercury

compound) ชนิดใดชนิดหนึ่ง ไม่จำเป็นต้องแพ้ต่อส่วนประกอบชนิดอื่น หรือตัวโลหะเอง

แม้ว่าปฏิกิริยาการแพ้ต่อปรอทหรือโลหะชนิดอื่น ๆ จะพบน้อย แต่ก็ทำให้สามารถนำมาใช้ในการให้การวินิจฉัยแยกโรคในช่องปากได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการให้การรักษารอยโรคไลเคนนอยด์กับไลเคนพลาเนียส์ไม่สามารถแยกได้แต่มีข้อสังเกตคือ รอยโรคไลเคนนอยด์จะพบเฉพาะตรงบริเวณเยื่อเมือกที่สัมผัสกับวัสดุอุดเท่านั้น ส่วนรอยโรคไลเคนพลาเนียส์จะพบได้หลายตำแหน่งในช่องปากโดยไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับวัสดุอุดฟัน และจะไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยการรื้อวัสดุอุดที่สงสัยออกเท่านั้น

องค์การอนามัยโลกได้จัดรอยโรคไลเคนพลาเนียส์ในช่องปากเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในช่องปาก Lind และคณะ<sup>17</sup> HOlmstrup และคณะ<sup>18</sup> Fulling และคณะ<sup>33</sup> รายงานว่า ผู้ป่วยที่มีรอยโรคไลเคนพลาเนียส์ในช่องปากแบบถลอกลึก จะมีโอกาสเปลี่ยนเป็นมะเร็งได้ เนื่องจากรอยโรคที่เกิดในช่องปากเป็นแบบค่อย ๆ เป็นค่อย ๆ ไปและเป็นระยะเวลานาน ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกวิธีก็มีโอกาสเปลี่ยนเป็นมะเร็งได้ การรักษาด้วยการขจัดสาเหตุโดยเร็วเมื่อพบรอยโรคถือว่ามีความสำคัญ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีการใด ๆ เพียงแต่มีรอยโรคปรากฏหรือรู้สึกระคายเคืองเท่านั้น การเปลี่ยนวัสดุอุดอมัลกัมหรือฟันปลอมที่เป็นโลหะ เป็นวัสดุที่ไม่มีโลหะผสมในระหว่างการรื้อวัสดุอมัลกัมควรทำอย่างระมัดระวังโดยใช้แผ่นยางกันน้ำลาย เครื่องดูดน้ำลายกำลังสูง เพื่อมิให้อมัลกัมตกค้างในช่องปาก แต่มีผู้ป่วยบางรายแม้ได้รับการเปลี่ยนวัสดุอุดหรือฟันปลอม กระทั่งถอนฟันที่สงสัยแล้ว แต่รอยโรดยังคงอยู่ Smart และคณะ<sup>31</sup> พบว่าการเปลี่ยนวัสดุอุดอมัลกัมที่สัมผัสกับรอยโรคไลเคนนอยด์ในผู้ป่วย รอยโรคและอาการจะค่อย ๆ หายจนเป็นปกติ โดยใช้ระยะเวลาที่แตกต่างกันตั้งแต่ 2-3 วัน จนกระทั่งเป็นปี และพบผู้ป่วย 2 รายกลับเป็นรอยโรคขึ้นมาใหม่อีก จึงไม่สามารถบอกแน่นอนว่า วัสดุอุดอมัลกัมเป็นสาเหตุหลักของรอยโรคไลเคนนอยด์ทุกราย

สำหรับผู้ป่วย 2 รายนี้มีรอยโรคลักษณะคล้ายไลเคนพลาเนียส์ และเป็นเฉพาะตำแหน่งที่สัมผัสกับวัสดุอุดอมัลกัมเท่านั้น และผู้ป่วยรายที่ 1 เคยได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นนานหลายปีก็ยังไม่หาย จึงตั้งข้อสมมุติฐานว่า วัสดุอุดอมัลกัมน่าจะมีความสัมพันธ์กับรอยโรค จึงวางแผนเปลี่ยนวัสดุอุดอมัลกัม

เท่านั้น ปรากฏว่ารอยโรคและอาการก็หายปกติ โดยไม่ได้ทำการทดสอบการแพ้หรือตรวจชิ้นเนื้อ (biopsy) รวมทั้งการรักษาด้วยยาใด ๆ แต่อย่างไรก็ตามควรจะทำทดสอบการแพ้ที่ผิวหนังด้วยแผ่นที่มีสารต่าง ๆ<sup>10</sup> ในรายที่สงสัย รวมทั้งการตรวจชิ้นเนื้อบริเวณรอยโรค เพื่อจะบอกลักษณะพยาธิของรอยโรคได้ชัดเจน<sup>34</sup> จะได้ให้การรักษาที่ถูกต้อง

เนื่องจากผู้ป่วยที่มีปฏิกิริยาแพ้ต่อสารในวัสดุทางทันตกรรมมีจำนวนมากขึ้น จึงควรจะมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมและเพิ่มความระมัดระวังในการเลือกใช้วัสดุทางทันตกรรม รวมทั้งคอยสังเกตและติดตามผลที่อาจจะเกิดขึ้นได้อันเป็นผลข้างเคียงของวัสดุนั้น ๆ และเมื่อพบผู้ป่วยที่มีรอยโรคในช่องปาก ควรคำนึงถึงว่าอาจจะเป็นผลข้างเคียงจากวัสดุทางทันตกรรมที่ผู้ป่วยมีอยู่ในช่องปากด้วยก็ได้ ควรรีบให้การรักษาโดยตรวจดูลักษณะรอยโรคตำแหน่งที่เกิดและถ้าสงสัยก็ควรเปลี่ยนวัสดุชนิดใหม่แทน พร้อมทั้งปรึกษาแพทย์เพื่อทำการทดสอบการแพ้และตรวจชิ้นเนื้อ

## สรุป

ผู้ป่วยหญิงทั้ง 2 ราย มีลักษณะและอาการของรอยโรคไลเคนนอยด์และได้รับการรักษาด้วยการเปลี่ยนวัสดุอุดฟันเหมือนกัน จนกระทั่งรอยโรคและอาการต่าง ๆ หายเป็นปกติ ซึ่งรอยโรคของผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้เกิดจากการแพ้วัสดุอมัลกัม ดังนั้นเมื่อพบผู้ป่วยที่มีรอยโรคไลเคนนอยด์ในช่องปาก ให้ซักประวัติทางการแพทย์และประวัติการแพ้ ตรวจภายในช่องปาก ถ้าพบรอยโรคในช่องปากบริเวณที่สัมผัสกับวัสดุทางทันตกรรม ควรเปลี่ยนวัสดุ ดังเช่นผู้ป่วย 2 รายนี้ และทำการทดสอบการแพ้ที่ผิวหนังและการตรวจชิ้นเนื้อ รวมทั้งให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับกลไกการเกิดรอยโรคที่มีลักษณะเรื้อรังว่า รอยโรคจะหายเมื่อเอาสาเหตุออก แนะนำผู้ป่วยในการทำควาสะอาด การดูแลสุขภาพฟันในช่องปาก และกลับมาพบทันตแพทย์เพื่อตรวจเป็นระยะ ๆ

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง กฤษณา อิศุรัตน ภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้คำปรึกษาและแนะนำอย่างดียิ่งในการรายงานครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. James J, Ferguson MM, Forsyth A, Tulloch N, Lamey PJ. Oral lichenoid reactions related to mercury sensitivity. *Br J Oral Maxillofac.* 1987;25:474-80.
2. Pär-Olov Östman, Goran Anneroth, Annika Skoglund. Amalgam associated oral lichenoid reactions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1996;81:459-65.
3. Laine J, Kalimo K, Forsell H, Happonen RP. Resolution of oral lichenoid lesions after replacement of amalgam restorations in patients allergic to mercury compounds. *Br J Dermatol* 1992;126:10-5.
4. Lind PO. Oral lichenoid reaction related to composite restoration. Preliminary report., *Acta Odontol Scand* 1988;46:63-5.
5. Eversole LR, Ringer M. The role of dental restorative metals in pathogenesis of oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1984;57:383-7.
6. Scully C, El-Kom M. Lichen planus : review and update on pathogenesis. *J Oral Pathol* 1985;14:431-58.
7. William A Wiltshire, Maryna R Ferreira, At J. Ligthelm. Allergies to dental materials. *Quintessence Int* 1996;27:513-20.
8. Savin JA. Oral lichen planus. *Br Med J* 1991;302:544-5.
9. Thom JJ, Holmstrup P, Rindum J, Pindborg JJ. The course of various clinical forms of oral lichen planus : a prospective follow-up study of 611 patients. *J Oral Pathol* 1988;17:213-8.
10. Lowe NJ. et al. : Carbohydrate metabolism in lichen planus. *Br J Dermatol* 1976;95:9-12.
11. Strauss RA, Fattore LD, Soltani K. The association of mucocutaneous lichen planus and chronic liver disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989;68:406-10.
12. Lamey PJ, Barclay SC, Miller S. Grinspan's syndrome : A drug induced phenomenon. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990;70:184-5.
13. Jameson MW, Kardus TB, Kirk EE, Ferguson MM. Mucosal reactions to amalgam restorations *J Oral Rehab* 1990;17:293-301.
14. กอบกาญจน์ ทองประสม. โลเคินพลาเน็ต. รอยโรคในช่องปากที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน. ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, พ.ศ. 2543, หน้า 25-56.
15. Loitz GA, O'leary JP. Erosive lichen planus of the tongue treated by cryosurgery. *J Oral Maxillofac Surg* 1986;44:580-2.
16. Evert Stenman, Maud Bergman. Hypersensitivity reactions to dental materials in a referred group of patients. *Scand J Dent Res* 1989; 97:76-83.
17. Lind PO, Hurlen B, Lyberg T, Aas E. Amalgam related oral lichenoid reaction. *Scand J Dent Res* 1986;94:448-51.
18. Holmstrup P. Reactions to the oral mucosa related to silver amalgam. *J Oral Pathol Med* 1991;20:1-7.
19. Lundström IMC. Allergy and Corrosion of dental materials in patients with oral lichen planus. *J Oral Surg* 1984;13:16-24.
20. Mobacken H, Hersle K, Sloberg K, Thilander H. Oral lichen planus: hypersensitivity to dental restoration material. *Contact Dermatitis* 1984;10:11-5.
21. วีระพร วีระประวัตติ. อันตรายของปรอทในอมัลกัม. ว.ทันตกรรม 2543;1:33-7.
22. Mjör LA. The safe and effective use of dental amalgam. *Int Dent J* 1987;37:147.
23. Hietanen J, Pihlman K, Forstson L, Linder E, Reunala T. No evidence of hypersensitivity to dental restorative metals in oral lichen planus. *Scand J Dent Res* 1987;95:320-7.
24. กอบกาญจน์ ทองประสม, ดวงพร ศุภประดิษฐ์, นฤมล ภวกรพันธ์. การเปรียบเทียบปัจจัยซึ่งเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคโลเคินพลาเน็ตในช่องปากชนิดอีโรซีฟและไม่อีโรซีฟ. ว.ทันต จุฬาฯ 2536;16:171-80.
25. Vernon C, Hildebrand HF, Martin P. Dental amalgams and allergy [review]. *J Biol Buccale* 1986;14:83-100.
26. Finne K, Gorsannon K, Winckler L. Oral lichen planus and contact allergy to mercury. *Int J Oral Surg* 1982;11:236-9.
27. Lind PO, Hurlen B, Koppang HF. Electrogavically induce contact allergy of the oral mucosa. Report of a case. *J Oral Surg* 1984;13: 339-45.
28. Kanerva L, Komulainen M, Estlander T, Jolanki R. Occupational allergic contact dermatitis from mercury. *Contact Derma* 1993;28: 26-8.
29. Fregert S, Hjorth N. Increasing incidence of mercury sensitivity: a possible effect of organic mercury compounds. *Contact Dermatitis Newsletter* 1969;5:88.
30. Bergenholtz A, Hedegard B, Söremark R. Studies of the transport of metal ions from gold inlays into environmental tissue. *Acta Odontologica Scandinavica* 1965;23:135.
31. Smart ER, Macleod RI, Lawrence CM. Resolution of lichen planus following removal of amalgam restorations in patients with proven allergy to mercury salts : a pilot study. *Br Dent J* 1995;178:108-12.
32. Burrows D. Hypersensitivity to mercury, nickel and chromium in relation to dental materials. *Int Dent J* 1986;36:30-4.
33. Fulling HJ. Cancer development in oral lichen planus. A follow-up study of 327 patients. *Arch Dermatol* 1973;108:667-9.
34. Ficarra G, Flaitz CM, Gaglioti G. White lichenoid lesions of the buccal mucosa in patients with HIV. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 76:460-6.

## Lichenoid reaction related to the amalgam restoration : 2 cases report

Maliwan Vongsittajarn B.Sc., D.D.S., Grad. Dip. in Clin. Sc. (Operative Dentistry)<sup>1</sup>

Suchada Wattanaburanon B.Sc., D.D.S., Grad. Dip. in Clin. Sc. (Operative Dentistry)<sup>1</sup>

Department of Dental Hospital, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University

---

### Abstract

The case of two middle-aged female patients with lichenoid lesions at their buccal mucosa were reported. The lesions were close contact with amalgam restorations and presumably caused by the restorative material. They were gradually developed and manifested white plaques lesions. Burning sensation was substantial when strong-tasted food was being taken. The treatment was attempted by replacing the amalgam restorative material with composite resin. The lesions and the burning sensations were disappeared. Treatment follow-ups were also done periodically upto 18 months and no recurrence was apparent.

(CU Dent J 2002;25:53-59)

*Key words : amalgam restoration; lichenoid reactions*

---