

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา



#### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา และกลุ่มควบคุม

ผู้เข้าร่วมศึกษาที่รวบรวมได้ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเอดส์ในช่องปากสาเหตุจากยา จำนวน 20 ราย เป็นเพศหญิง 18 ราย เพศชาย 2 ราย มีอายุเฉลี่ย  $50.8 \pm 11.01$  ปี มีระยะเวลาของการเกิดโรคเฉลี่ย  $32.85 \pm 56.53$  เดือน ผู้ป่วยโรคเอดส์ในช่องปาก จำนวน 22 ราย เป็นเพศหญิง 20 ราย เพศชาย 2 ราย มีอายุเฉลี่ย  $49.05 \pm 12.32$  ปี มีระยะเวลาของการเกิดโรคเฉลี่ย  $41.86 \pm 85.92$  เดือน อาสาสมัครกลุ่มควบคุม จำนวน 24 ราย เป็นเพศหญิง 20 ราย เพศชาย 4 ราย มีอายุเฉลี่ย  $47.17 \pm 7.87$  ปี ไม่พบความแตกต่างด้านอายุ เพศ และระยะเวลาของการเกิดโรค ระหว่างกลุ่มที่ศึกษาทางสถิติ (ตารางที่ 6)

#### ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลทั่วไปของแต่ละกลุ่มศึกษา

กลุ่มที่ศึกษา (n)	กลุ่ม OLDR (20)	กลุ่ม OLP (22)	กลุ่มควบคุม (24)	P-value
เพศ (คน)				
หญิง	18 (90%)	20 (90.9%)	20 (83.3%)	0.720
ชาย	2 (10%)	2 (9.1%)	4 (16.7%)	
อายุ (ปี)				
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	$50.8 \pm 11.01$	$49.05 \pm 12.32$	$47.17 \pm 7.87$	0.521
ช่วงของอายุ (range)	23-70	26-66	35-59	
ระยะเวลาของการเกิดโรค (เดือน)				
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	$32.85 \pm 56.53$	$41.86 \pm 85.92$	-	0.133
ช่วงของระยะเวลา (range)	1-228	0.25-351	-	

การเปรียบเทียบการตรวจพบผลบวกต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ในช่องปากสาเหตุจากยา กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ในช่องปาก และกลุ่มควบคุม

ในการศึกษานี้พบว่า มีผู้ป่วยโรคเอดส์ในช่องปากสาเหตุจากยาที่ตรวจพบซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 70) ผู้ป่วยโรคเอดส์ในช่องปากตรวจพบ 16 ราย (ร้อยละ 72.73) และบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงในกลุ่มควบคุมตรวจพบ 6 ราย (ร้อยละ 25) ซึ่งค่าที่พบ

ในทั้งสามกลุ่มศึกษานี้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.001$ ) (ตารางที่ 7) โดยผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีการพบผลบวกต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีสูงกว่าที่พบในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.003$  และ  $P=0.001$  ตามลำดับ) แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างการพบผลบวกต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีระหว่างกลุ่มผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้ อย่างมีนัยสำคัญในทางสถิติ ( $P=0.845$ )

หากดูระดับไตเตอร์ที่พบในผู้ให้ผลบวกต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีในแต่ละกลุ่มศึกษา (ตารางที่ 7) พบว่าผู้ป่วยไลเคนรอยดีในช่องปากสาเหตุจากยา ตรวจพบไตเตอร์ระดับต่ำ 11 ราย (ร้อยละ 55) พบไตเตอร์ระดับกลาง 3 ราย (ร้อยละ 15) และไม่พบผู้ที่ให้ผลบวกในไตเตอร์ระดับสูง ผู้ป่วยไลเคน แพลนัสในช่องปาก ตรวจพบไตเตอร์ระดับต่ำ 15 ราย (ร้อยละ 68.18) พบไตเตอร์ระดับกลาง 1 ราย (ร้อยละ 4.55) และไม่พบผู้ที่ให้ผลบวกในไตเตอร์ระดับสูงเช่นเดียวกัน ส่วนในกลุ่มควบคุม ตรวจพบผลบวกในไตเตอร์ระดับต่ำ 5 ราย (ร้อยละ 20.83) พบผลบวกในไตเตอร์ระดับกลาง 1 ราย (ร้อยละ 4.17) และไม่พบกลุ่มควบคุมที่ให้ผลบวกในไตเตอร์ระดับสูงเช่นเดียวกัน ระดับไตเตอร์ที่พบมากที่สุดในทุกกลุ่มศึกษานี้ คือ ไตเตอร์ระดับต่ำ โดยไตเตอร์ระดับต่ำที่พบในแต่ละกลุ่มศึกษาในการศึกษานี้ พบเพียงระดับไตเตอร์ 1:80 ไม่พบระดับไตเตอร์ 1:40 และพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของจำนวนผู้ที่พบผลบวกในไตเตอร์ระดับต่ำระหว่างทั้งสามกลุ่มศึกษา ( $P=0.004$ ) โดยพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีการพบผลบวกในไตเตอร์ระดับต่ำมากกว่าที่พบในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.019$  และ  $P=0.001$  ตามลำดับ) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในทางสถิติของการพบผลบวกในไตเตอร์ระดับต่ำระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มนี้ ( $P=0.380$ ) นอกจากนี้ ในการศึกษานี้พบไตเตอร์ระดับกลางในแต่ละกลุ่มศึกษา คือ ระดับ 1:320 เท่านั้น ไม่พบไตเตอร์ในระดับ 1:160 ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างจำนวนผู้ที่พบผลบวกในไตเตอร์ระดับกลางระหว่างกลุ่มศึกษาทั้งสามกลุ่ม ( $P=0.428$ )

ตารางที่ 7 แสดงความถี่ของผู้พบผลบวกต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีในแต่ละกลุ่มศึกษา และ แจกแจงความถี่ของระดับไตเตอร์ที่พบ

กลุ่มที่ศึกษา (n)	กลุ่ม OLDR (20)	กลุ่ม OLP (22)	กลุ่มควบคุม (24)	P-value
ANA-ve (คน)	6 (30.0%)	6 (27.27%)	18 (75.0%)	0.001
ANA+ve (คน)	14 (70.0%)	16 (72.73%)	6 (25.0%)	
ระดับไตเตอร์ของซีรัม ANA				
1:40-1:80 (ระดับต่ำ)	11 (55%)	15 (68.18%)	5 (20.83%)	0.004
1:160-1:320 (ระดับกลาง)	3 (15%)	1 (4.55%)	1 (4.17%)	0.428
≥1:640 (ระดับสูง)	0	0	0	

การเปรียบเทียบอายุ และระยะเวลาของการเกิดโรคระหว่างผู้พบผลบวก กับผู้พบผลลบต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีในแต่ละกลุ่มที่ศึกษา

ในการศึกษานี้ ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านอายุ ระหว่างผู้ที่ให้ผลบวก และผู้ที่ให้ผลลบต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีในแต่ละกลุ่มที่ศึกษา (ตารางที่ 8) ทั้งกลุ่มผู้ป่วยไลเคนอยดีในช่องปากสาเหตุจากยา ( $P=0.905$ ) กลุ่มผู้ป่วยไลเคน แพลนัสในช่องปาก ( $P=0.744$ ) และกลุ่มควบคุม ( $P=0.216$ ) และไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระยะเวลาของการเกิดโรค ระหว่างผู้ที่ให้ผลบวก และผู้ที่ให้ผลลบต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา ทั้งกลุ่มผู้ป่วยไลเคนอยดีในช่องปากสาเหตุจากยา ( $P=0.282$ ) กลุ่มผู้ป่วยไลเคน แพลนัสในช่องปาก ( $P=0.796$ )

ตารางที่ 8 แสดงอายุและระยะเวลาของการเกิดโรคในแต่ละกลุ่มศึกษา โดยแจกแจงตามการตรวจพบซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี

กลุ่มที่ศึกษา (n)	อายุเฉลี่ย (ปี)	P-value	ระยะเวลาของการเกิดโรคเฉลี่ย (เดือน)	P-value
กลุ่ม OLDR (20 ราย)				
- ANA-ve (6 ราย)	50.33±12.04	0.905	13.17±13.91	0.282
- ANA+ve (14 ราย)	51±11.01		41.29±65.89	
กลุ่ม OLP (22 ราย)				
- ANA-ve (6 ราย)	50.5±14.25	0.744	27.46±22.78	0.796
- ANA+ve (16 ราย)	48.5±11.99		47.27±95.83	
กลุ่มควบคุม (24 ราย)				
- ANA-ve (18 ราย)	46±7.74	0.216	-	-
- ANA+ve (6 ราย)	50.67±7.87		-	

การเปรียบเทียบการตรวจพบผลบวกต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีระหว่างผู้ป่วยที่มีรอยโรคชนิดฝ่อลิบ กับผู้ป่วยที่มีรอยโรคชนิดแผลถลอกในแต่ละกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา

ในการศึกษานี้ เมื่อจำแนกผู้ป่วยออกเป็น ผู้ที่มีรอยโรคชนิดฝ่อลิบ และผู้ที่มีรอยโรคชนิดแผลถลอก เพื่อศึกษาการพบผลบวกต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีในผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิกของรอยโรคในสองประเภทนี้ (ตารางที่ 9) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยไลเคนอยดีในช่องปากสาเหตุจากยา มีผู้ป่วยที่มีรอยโรคชนิดฝ่อลิบ 10 ราย และผู้ป่วยที่มีรอยโรคชนิดแผลถลอก 10 ราย ในผู้ป่วยไลเคนอยดี

ในช่องปากสาเหตุจากยาสชนิดฟอสเฟต พบผู้ให้ผลบวกต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี 6 ราย (ร้อยละ 60) ส่วนในผู้ป่วยโรคเอนไซม์ในช่องปากสาเหตุจากยาสชนิดแคลเซียม พบผู้ให้ผลบวกต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี 8 ราย (ร้อยละ 80) กลุ่มผู้ป่วยโรคเอนไซม์ แพลนีสในช่องปาก มีผู้ป่วยที่มีรอยโรคชนิดฟอสเฟต 14 ราย และผู้ป่วยที่มีรอยโรคชนิดแคลเซียม 8 ราย ในผู้ป่วยโรคเอนไซม์ แพลนีสในช่องปากชนิดฟอสเฟต พบผู้ให้ผลบวกต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี 8 ราย (ร้อยละ 57.14) ส่วนในผู้ป่วยโรคเอนไซม์ แพลนีสในช่องปากชนิดแคลเซียม พบว่าผู้ป่วยทุกรายให้ผลบวกต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีทั้งหมด คือ 8 ราย (ร้อยละ 100) เมื่อนำผลการศึกษามาทดสอบทางสถิติ ไม่พบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านจำนวนผู้ที่ตรวจพบผลบวกต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี ระหว่างผู้ป่วยที่มีรอยโรคชนิดฟอสเฟตและผู้ป่วยที่มีรอยโรคชนิดแคลเซียม ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอนไซม์ในช่องปากสาเหตุจากยา ( $P=0.628$ ) และในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอนไซม์ แพลนีสในช่องปาก โดยค่าระดับนัยสำคัญที่คำนวณได้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอนไซม์ แพลนีสในช่องปาก คือ  $P=0.051$  ซึ่งใกล้เคียงกับการมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์จากผู้ป่วยโดยรวมทั้งหมดในการศึกษานี้ พบว่าผู้ป่วยที่มีรอยโรคชนิดแคลเซียม พบการให้ผลบวกต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีรอยโรคชนิดฟอสเฟตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.030$ )

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่พบผลบวกและผลลบต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีระหว่างผู้ป่วยที่มีรอยโรคชนิดฟอสเฟตและรอยโรคชนิดแคลเซียมในแต่ละกลุ่มศึกษา

กลุ่มที่ศึกษาแยกตามชนิดของรอยโรค (n)	ANA-ve (คน)	ANA+ve (คน)	P-value
<b>กลุ่ม OLDR</b>			
- มีรอยโรคฟอสเฟต 10 ราย	4 (40%)	6 (60%)	0.628
- มีรอยโรคแคลเซียม 10 ราย	2 (20%)	8 (80%)	
<b>กลุ่ม OLP</b>			
- มีรอยโรคฟอสเฟต 14 ราย	6 (42.86%)	8 (57.14%)	0.051
- มีรอยโรคแคลเซียม 8 ราย	0	8 (100%)	
<b>กลุ่ม OLDR และ OLP</b>			
- มีรอยโรคฟอสเฟต 24 ราย	10 (41.67%)	14 (58.33%)	0.030
- มีรอยโรคแคลเซียม 18 ราย	2 (11.11%)	16 (88.89%)	

### การเปรียบเทียบรูปแบบของการติดสีเรืองแสงของการตรวจซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีที่พบในแต่ละกลุ่มที่ศึกษา

จากข้อมูลในตารางที่ 10 พบว่ารูปแบบของการติดสีเรืองแสงของซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีที่พบมากที่สุดของทั้งสามกลุ่มศึกษา คือ รูปแบบการติดสีเรืองแสงชนิดสเป็กเคิล (speckled pattern) โดยพบในผู้ป่วยกลุ่มไลเคนอยดีในช่องปากสาเหตุจากยา 11 ราย (ร้อยละ 55) พบในผู้ป่วยกลุ่มไลเคนแพลนัสในช่องปาก 13 ราย (ร้อยละ 59.09) และพบในกลุ่มควบคุม 5 ราย (ร้อยละ 20.83) ในรูปแบบการติดสีเรืองแสงชนิดนี้ พบว่ามีจำนวนของผู้ที่ตรวจพบแตกต่างกันระหว่างสามกลุ่มศึกษา ( $P=0.016$ ) โดยพบความแตกต่างระหว่างจำนวนผู้ที่ตรวจพบการติดสีเรืองแสงชนิดสเป็กเคิลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม กับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.019$  และ  $P=0.008$  ตามลำดับ) แต่ไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างกลุ่มผู้ป่วยไลเคนอยดีในช่องปากสาเหตุจากยา กับกลุ่มผู้ป่วยไลเคนแพลนัสในช่องปาก ( $P=0.789$ ) และยังมีรูปแบบการติดสีเรืองแสงชนิดโฮโมจีเนียส (homogeneous pattern) ที่พบว่ามี ความแตกต่างกันทางสถิติของจำนวนผู้ที่ตรวจพบระหว่างกลุ่มศึกษาทั้งสามกลุ่ม ( $P=0.006$ ) โดยพบในกลุ่มผู้ป่วยไลเคนอยดีในช่องปากสาเหตุจากยา 6 ราย (ร้อยละ 30) พบในกลุ่มผู้ป่วยไลเคนแพลนัสในช่องปาก 2 ราย (ร้อยละ 9.09) แต่ไม่พบการติดสีเรืองแสงชนิดนี้ในกลุ่มควบคุม จากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า จำนวนผู้ที่ตรวจพบการติดสีเรืองแสงชนิดนี้มีความแตกต่างกันเฉพาะระหว่างกลุ่มผู้ป่วยไลเคนอยดีในช่องปากสาเหตุจากยา กับกลุ่มควบคุมเท่านั้น ( $P=0.005$ ) ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยไลเคนอยดีในช่องปากสาเหตุจากยา กับกลุ่มผู้ป่วยไลเคนแพลนัสในช่องปาก ( $P=0.123$ ) และไม่มี ความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยไลเคนแพลนัสในช่องปาก กับกลุ่มควบคุม ( $P=0.223$ )

นอกจากนี้ ในการศึกษาแล้วยังพบผู้ป่วยหลายรายที่ตรวจพบซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีที่ ให้รูปแบบการติดสีเรืองแสงมากกว่า 1 ชนิด โดยในกลุ่มผู้ป่วยไลเคนอยดีในช่องปากสาเหตุจากยา พบผู้ป่วยที่มีการติดสีเรืองแสงมากกว่า 1 รูปแบบ 8 ราย (ร้อยละ 40) ในกลุ่มผู้ป่วยไลเคนแพลนัสในช่องปาก ก็พบผู้ป่วยที่มีการติดสีเรืองแสงมากกว่า 1 ชนิด 8 ราย (ร้อยละ 36.36) เช่นเดียวกัน แต่ไม่พบผู้ป่วยที่มีการติดสีเรืองแสงมากกว่า 1 ชนิดในกลุ่มควบคุมแต่อย่างใด ผู้ที่พบผลบวกต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีในกลุ่มควบคุมทุกราย พบการรูปแบบติดสีเรืองแสงเพียงร้อยละ 1 ชนิดเท่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่พบรูปแบบการติดสีเรืองแสงชนิดสเป็กเคิล มีเพียง 1 ราย (ร้อยละ 4.17) ที่พบรูปแบบการติดสีเรืองแสงชนิดนิวคลีโอลาร์ (nucleolar pattern) จากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างผู้ที่พบรูปแบบการติดสีเรืองแสงมากกว่า 1 ชนิด ระหว่างกลุ่มศึกษาทั้งสาม

กลุ่ม (P=0.020) โดยผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีผู้ที่พบรูปแบบการติดสีเรืองแสงมากกว่า 1 ชนิด มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.001 และ P=0.001 ตามลำดับ) ดังข้อมูลในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงรูปแบบการติดสีเรืองแสงที่พบในแต่ละกลุ่มศึกษา

กลุ่มที่ศึกษา (n)	กลุ่ม OLDR (20)	กลุ่ม OLP (22)	กลุ่มควบคุม (24)	P-value
รูปแบบการติดสีเรืองแสงที่พบ*				
Homogeneous pattern	6 (30%)	2 (9.09%)	0	0.006
Speckled pattern	11 (55%)	13 (59.09%)	5 (20.83%)	0.016
Nucleolar pattern	2 (10%)	4 (18.18%)	1 (4.17%)	0.318
Peripheral pattern	1 (5%)	1 (4.55%)	0	0.530
Centromere pattern	1 (5%)	1 (4.55%)	0	0.530
Anticytoplasmic antibody	1 (5%)	4 (18.18%)	0	0.051
รูปแบบการติดสีเรืองแสง 1 ชนิด	6 (30%)	8 (36.36%)	6 (25%)	0.704
รูปแบบการติดสีเรืองแสงมากกว่า 1 ชนิด	8 (40%)	8 (36.36%)	0	0.020

\*ผู้ป่วย 1 ราย สามารถพบการติดสีเรืองแสงได้มากกว่า 1 รูปแบบ

### ชนิดของยาที่ผู้ป่วยไคเคนอยด์ในช่องปากสาเหตุจากยารับประทานก่อนมีรอยโรคในช่องปาก

สำหรับยาที่ผู้ป่วยไคเคนอยด์ในช่องปากสาเหตุจากยารับประทานมาก่อนมีรอยโรคในช่องปาก พบว่ามียาหลายชนิดที่ผู้ป่วยรับประทาน ดังข้อมูลในตารางที่ 11 โดยยาที่ผู้ป่วยรับประทานมากที่สุด คือ ยาลดไขมันในเลือด และยาลดความดันโลหิตสูงตามลำดับ ผู้ป่วยที่รับประทานยาลดไขมันในเลือด มี 12 ราย ในจำนวนนี้ตรวจพบซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี 9 ราย (ร้อยละ 75) ผู้ป่วยที่รับประทานยาลดความดันโลหิตสูงมี 10 ราย ในจำนวนนี้ตรวจพบซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี 8 ราย (ร้อยละ 80) ผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์มี 2 ราย ตรวจพบซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีทั้ง 2 ราย (ร้อยละ 100) ผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาโรคเบาหวานมี 3 ราย ตรวจพบซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี 2 ราย (ร้อยละ 66.7) ผู้ป่วยที่รับประทานยาคุมกำเนิดมี 1 ราย ตรวจพบซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี 1 ราย (ร้อยละ 100) ผู้ป่วยที่รับประทานไทรอกซีน (thyroxine) มี 2 ราย ตรวจพบซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี 1 ราย (ร้อยละ 50) ผู้ป่วยที่รับประทานยาคลายกล้ามเนื้อมี 1 ราย ตรวจพบซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี 1 ราย (ร้อยละ 100)

ตารางที่ 11 แสดงผู้ป่วยโรคเบาหวานในช่องปากสาเหตุจากยาที่รับประทานยาชนิดต่างๆ โดยแจกแจงตามการตรวจพบซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี

ชนิดของยาที่ผู้ป่วย OLDR รับประทาน* (คน)	จำนวนผู้ที่รับประทานยาแต่ละชนิด (คน)	จำนวนผู้ที่พบ ANA+ve (คน)	จำนวนผู้ที่พบ ANA-ve (คน)
ยาลดไขมันในเลือด	12	9 (75%)	3 (25%)
ยาลดความดันโลหิตสูง	10	8 (80%)	2 (20%)
ยาด้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์	2	2 (100%)	0
ยารักษาโรคเบาหวาน	3	2 (66.7%)	1 (33.3%)
ยากุมกำเนิด	1	1 (100%)	0
ไทรอกซีน	2	1 (50%)	1 (50%)
ยาคลายกล้ามเนื้อ	1	1 (100%)	0

\*ผู้ป่วยหนึ่งรายอาจรับประทานยามากกว่า 1 ชนิด

สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในช่องปากสาเหตุจากยาที่พบผลบวกต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี พบว่ายาที่ผู้ป่วยเหล่านี้รับประทานมากที่สุด ได้แก่ ยาลดไขมันในเลือด และยาลดความดันโลหิตสูง โดยมีผู้ที่รับประทานยาดังกล่าวจำนวน 9 ราย และ 8 รายตามลำดับ สำหรับยาชนิดต่างๆที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในช่องปากสาเหตุจากยาที่ตรวจพบผลบวกต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีรับประทาน ดังที่แสดงไว้ใน ตารางที่ 12 นั้น พบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาลดไขมันในเลือดที่พบผลบวกต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีนั้นรับประทานซิมวาสแตติน (simvastatin) 7 ราย รับประทานอะทอร์วาสแตติน (atorvastatin) 1 ราย และรับประทานเจมไฟโบรซิล (gemfibrozil) 1 ราย ผู้ป่วยที่รับประทานยาลดความดันโลหิตสูงที่พบผลบวกต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีนั้นพบว่ารับประทานแอมโลดิปีน (amlodipine) 5 ราย รับประทานโลซาร์แทน (losartan) 2 ราย รับประทานอะทีโนลอล (atenolol) 2 ราย และรับประทานไฮโดรคลอโรโรไทอาไซด์ (hydrochlorothiazide) 2 ราย โดยผู้ป่วยบางรายรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงมากกว่า 1 ชนิด ผู้ป่วยที่รับประทานยาด้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่พบผลบวกต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีนั้น พบว่ารับประทานแอสไพริน (aspirin) 2 ราย ผู้ป่วยที่รับประทานยา

รักษาโรคเบาหวานที่พบผลบวกต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีนั้น พบว่ารับประทานเมทฟอร์มิน 2 ราย นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่รับประทานยาคุมกำเนิด ไทรอกซีน และยาคลายกล้ามเนื้อ (norgesic) ที่พบผลบวกต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี อีกชนิดละ 1 ราย โดยที่ผู้ป่วยหนึ่งรายอาจรับประทานยามากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 12 แสดงผู้ป่วยโรคเบาหวานในช่องปากสาเหตุจากยา ที่พบผลบวกต่อซีรัมแอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี โดยแจกแจงตามชนิดของยาที่ผู้ป่วยรับประทาน

ผู้ป่วย OLDR ที่มีผล ANA+ve รับประทานยาชนิดต่างๆ <sup>#</sup> (ANA+ve 14 ราย จาก 20 ราย)	จำนวน (คน)
<b>ยาลดไขมันในเลือด</b>	9 (45%)
- Simvastatin	7 (35%)
- Atorvastatin	1 (5%)
- Gemfibrozil	1 (5%)
<b>ยาลดความดันโลหิตสูง</b>	8 (40%)
- Amlodipine	5 (25%)
- Losartan	2 (10%)
- Atenolol	2 (10%)
- Hydrochlorothiazide	2 (10%)
<b>ยาด้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์</b>	2 (10%)
- Aspirin	
<b>ยารักษาโรคเบาหวาน</b>	2 (10%)
- Metformin	
<b>ยาคุมกำเนิด</b>	1 (5%)
<b>แอล-ไทรอกซีน (L-Thyroxine)</b>	1 (5%)
<b>ยาคลายกล้ามเนื้อ</b>	1 (5%)
- Norgesic	

<sup>#</sup> ผู้ป่วยหนึ่งรายอาจรับประทานยามากกว่า 1 ชนิด