

กลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก: รายงานผู้ป่วย 1 ราย และทบทวนวรรณกรรม Burning Mouth Syndrome: A Case Report and Literature Review

ธีรยุทธ กุณธรณีรานันต์
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลแม่ลำน้อย แม่ฮ่องสอน
Theerayuth Kuntharaniranan
Dental Department, Maelanoi Hospital, Maehongson Province

ชม. ทันตสาร 2558; 36(1) : 75-82
CM Dent J 2015; 36(1) : 75-82

บทคัดย่อ

กลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก เป็นอาการแสบร้อนบริเวณช่องปาก โดยที่มักจะไม่ตรวจพบความผิดปกติใดๆ ของเยื่อเมือกช่องปาก บทความนี้รายงานผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 54 ปีมาพบทันตแพทย์ด้วยอาการแสบร้อนบริเวณลิ้นและเพดาน จากการตรวจในช่องปากพบเยื่อเมือกช่องปากมีลักษณะปกติ ผู้ป่วยไม่มีโรคทางระบบใดๆ และจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบความผิดปกติใดๆ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย อะมิทริปไทลีน 25 มิลลิกรัมต่อวัน จากการติดตามผลผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาดีมาก อาการแสบร้อนลดลง และหายเป็นปกติหลังจากได้รับการรักษา 2 เดือน

คำสำคัญ: กลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก อะมิทริปไทลีน

Abstract

Burning mouth syndrome is characterized by burning sensations of the oral cavity usually in the absence of mucosal abnormality. This article presents a case of a 54-year-old female patient with a burning sensation in the tongue and palate. Clinical and laboratory evaluations revealed the absence of any clinical and laboratory abnormalities. The patient denied systemic diseases. She was treated with amitriptyline (25mg/day), obtaining a complete remission of symptoms after 2 months of treatment.

Keywords: Burning mouth syndrome, amitriptyline

Corresponding Author:

ธีรยุทธ กุณธรณีรานันต์
ทันตแพทย์ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลแม่ลำน้อย
แม่ฮ่องสอน 58120

Theerayuth Kuntharaniranan
Dentist, Dental Department, Maelanoi Hospital,
Maehongson Province 58120, Thailand
E-mail: haha_023@hotmail.com

บทนำ

กลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก (Burning mouth syndrome; BMS) จัดอยู่ในกลุ่มอาการเจ็บปวดบริเวณช่องปากและไบหน้าเรื้อรัง โดยที่เยื่อเมือกของช่องปากปกติ ผู้ป่วยจะบ่นถึงการรับรู้ความรู้สึกที่เปลี่ยนไป มีอาการแสบร้อนโดยไม่พบอาการแสดงทางคลินิก และผลการตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการปกติ⁽¹⁻³⁾ สมาคมศึกษาความปวดนานาชาติ (The International Association for the Study of Pain: IASP) ได้ให้คำจำกัดความของกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปากว่าเป็นความเจ็บปวดบริเวณลิ้น หรือเยื่อเมือกช่องปากอื่นๆ ที่เป็นอย่างน้อยเป็นระยะเวลา 4 ถึง 6 เดือน โดยตรวจไม่พบความผิดปกติทางคลินิก และทางห้องปฏิบัติการ⁽⁴⁾ กลุ่มอาการแสบร้อนช่องปากสามารถจำแนกออกเป็น 2 ชนิดได้แก่ กลุ่มอาการแสบร้อนช่องปากปฐมภูมิ (primary BMS) ซึ่งเกิดอาการขึ้นเองโดยไม่ทราบสาเหตุ และกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปากทุติยภูมิ (secondary BMS) ซึ่งผู้ป่วยมีอาการเนื่องจากปัจจัยเฉพาะที่ ปัจจัยทางระบบ หรือปัจจัยทางจิตวิทยา⁽¹⁻²⁾

ระบาดวิทยา

ความชุกของกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปากพบได้ ร้อยละ 0.7-4.6 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 55-60 ปี โดยจะพบน้อยในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 30 ปี^(2,3,5,6)

กลุ่มอาการแสบร้อนช่องปากจะพบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 3:1 โดยเฉพาะในหญิงวัยหมดประจำเดือน ไม่มีรายงานของโรคนี้ในผู้ป่วยเด็ก และวัยรุ่น และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปากกับอาชีพ ระดับการศึกษา และสถานะทางสังคม^(2,3,5,6)

สาเหตุ

มีปัจจัยหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุและพยาธิกำเนิดของกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก โดยจะแบ่งเป็น ปัจจัยเฉพาะที่ ปัจจัยทางระบบ และ ปัจจัยทางจิตวิทยา^(2,3,6,7)

ปัจจัยเฉพาะที่

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อเมือกช่องปาก ทั้งจากปัจจัยทางกายภาพ สารเคมี การติดเชื้อ ได้แก่ การติดเชื้อแบคทีเรีย และเชื้อรา สามารถทำให้เกิดอาการแสบร้อน

ในช่องปากได้^(2,6)

ฟันเทียมที่หลวม หรือได้รับการออกแบบไม่ถูกต้อง จะทำให้เกิดมีการกระแทกเล็กน้อย (microtrauma) ต่อเนื้อเยื่อที่รองรับฟันเทียม นอกจากนี้ฟันเทียมอาจจะกระตุ้นให้มีการจำกัดการเคลื่อนที่ของลิ้น การขบแน่นฟัน (clenching) การถูฟันในแนวราบ (grinding) และภาวะลิ้นดันฟัน (tongue thrusting) การเสียดสีของฟันและฟันเทียมกับเนื้อเยื่อในช่องปากอาจจะทำให้เกิดอาการแสบร้อนช่องปากได้ นอกจากนี้การแพ้เฉพาะที่ต่อวัสดุทำฟันเทียม ซึ่งจะพบได้ในฟันเทียมที่มีมอนอเมอร์ (monomer) ค้างในฟันเทียมฐานอะคริลิกอาจเป็นสาเหตุของอาการนี้ได้^(2,5,6,8)

การติดเชื้อจุลินทรีย์หลายชนิดมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก การติดเชื้อราแคนดิดา โดยเฉพาะเชื้อ แคนดิดา อัลบิแคนส์ (*Candida albicans*) เป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก นอกจากนี้ยังมีรายงานถึงการตรวจพบเชื้อแบคทีเรีย ได้แก่ เอนเทอโรแบคเตอร์ (Enterobacter) เคล็บซิลลา (Klebsiella) สแตฟฟีโลค็อกคัสออเรียส (*Staphylococcus aureus*) และเฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไร (*Helicobacter pylori*) ในช่องปากของผู้ป่วยที่มีอาการแสบร้อนช่องปาก^(2,9)

ภาวะปากแห้ง (Xerostomia) เป็นอาการร่วมที่พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก โดยมีรายงานความชุกถึงร้อยละ 34-39 นอกจากนี้ส่วนประกอบของน้ำลายที่เปลี่ยนแปลง โดยจะพบการเพิ่มขึ้นของระดับของโปรตีนไฮเดียม คลอไรด์ ฟอสเฟต อะไมเลส (amylase) ไลโซไซม์ (lysozyme) และอิมมูโนโกลบูลิน (immunoglobulin) ในผู้ป่วยกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก^(6,10,11)

มีรายงานถึงการรับรสที่เปลี่ยนไป และการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรู้สึก โดยผู้ป่วยจะทนต่อความเจ็บปวดที่ลดลง อาจเป็นสาเหตุหนึ่งของอาการแสบร้อนช่องปาก^(12,13)

ปัจจัยทางระบบ

โรคทางระบบ และการขาดสารอาหารอาจเป็นสาเหตุของกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก โรคทางระบบที่มีรายงานว่ามีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก ได้แก่ โรคโลหิตจาง โรคเบาหวาน ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ (thyroid dysfunction) โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคของระบบภูมิคุ้มกัน (immunological diseases)^(2,3,6)

ภาวะทุพโภชนาการ ได้แก่ การขาดวิตามินบี 12 วิตามิน บี 6 วิตามินซี ธาตุเหล็ก ธาตุสังกะสี และกรดโฟลิก อาจเป็นสาเหตุของกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปากได้^(2,14,15)

อาการแสบร้อนช่องปากอาจเป็นผลจากการใช้ยารักษาโรคทางระบบ ได้แก่ ยาต้านฮีสตามีน (antihistamine) ยาต้านซึมเศร้า (antidepressants) เบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepines) ยารักษาโรคจิต (neuroleptics) ยาด้านการเต้นผิดปกติของหัวใจ (antiarrhythmics) และยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภาวะปากแห้งที่เป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยา^(16,17)

ภาวะการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมน ได้แก่ การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งพบในหญิงวัยหมดประจำเดือน จะมีผลให้เกิดอาการปากแห้ง และแสบร้อนช่องปาก โดยที่ตรวจไม่พบความผิดปกติของเยื่อเมือกช่องปาก^(2,6,18)

ปัจจัยทางจิตวิทยา

มีรายงานการศึกษาพบว่าสภาวะความผิดปกติทางจิตใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก กลุ่มอาการแสบร้อนช่องปากสามารถพบในผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวล (anxiety) อาการซึมเศร้า (depression) และ โรคบุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorders)^(6,19-21)

ลักษณะทางคลินิก

ผู้ป่วยจะมีอาการแสบร้อนเรื้อรังต่อเนื่อง โดยไม่สามารถบอกถึงปัจจัยกระตุ้นได้ อาการแสบร้อนมักจะเป็นทั้งสองข้าง ตำแหน่งที่พบอาการบ่อยได้แก่ ลิ้นด้านหน้า ลิ้นด้านบน ลิ้นด้านข้าง เพดานปาก เยื่อเมือกริมฝีปาก และเหงือก ตามลำดับ โดยพบอาการแสบร้อนที่บริเวณ 2/3 ส่วนของลิ้นด้านหน้าถึง ร้อยละ 71-78 ผู้ป่วยอาจมีอาการหลายๆ ตำแหน่งได้^(1,2,6,22,23)

อาการแสบร้อนมักค่อยๆ เพิ่มขึ้นระหว่างวัน โดยอาการจะมากสุดในช่วงเวลาเย็น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่มีอาการช่วงกลางวัน และอาการแสบร้อนไม่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องตื่นนอนกลางดึก แต่มีรายงานว่าผู้ป่วยโรคนี้อาจมีปัญหานอนหลับยาก โดยพบว่าผู้ป่วยอาจมีอาการแปรปรวน อาการวิตกกังวล และมีภาวะซึมเศร้า^(2,6,12)

มีรายงานถึงอาการอื่นๆ ที่พบร่วมในผู้ป่วยกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก ได้แก่ ปากแห้ง การรับรสผิดปกติ (dys-

geusia) การรู้สึกรับรสโลหะ (metallic taste) การรู้สึกรับรสขม (bitter taste) และอาการกลืนลำบาก (dysphagia) ผู้ป่วยบางรายจะบ่นถึงความรู้สึกว่ามีกลิ่นปาก และทนต่อการใส่ฟันเทียมไม่ได้^(2,6,12)

อาการแสบร้อนอาจพบว่าเป็นต่อเนื่อง โดยจะเป็นระยะเวลาเป็นเดือน หรือเป็นปี มีรายงานการบรรเทาของอาการบางส่วนหรือทั้งหมด โดยอาจจะหายเอง หรือหลังจากได้รับการรักษา^(2,24)

จากการตรวจช่องปากผู้ป่วยกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก จะไม่พบอาการทางแสดงคลินิก โดยจะตรวจไม่พบความผิดปกติใดๆ ของเยื่อเมือกช่องปาก^(2,6,12)

การให้การวินิจฉัยโรค

การให้การวินิจฉัยโรคจะอาศัยการซักประวัติ การตรวจช่องปากทางคลินิก การประเมินปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยน้ำลาย การแพ้เฉพาะที่ การตรวจทางโลหิตวิทยา ภาวะสารอาหาร ภาวะฮอร์โมน ภาวะทางจิตใจและจิตสังคม^(2,3,6)

การตรวจช่องปากจะต้องตรวจฟัน ภาวะปริทันต์ และเยื่อเมือกช่องปากทุกตำแหน่งอย่างละเอียดว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติหรือไม่

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แนะนำ ได้แก่ การตรวจอัตราการหลั่งของน้ำลายและส่วนประกอบของน้ำลาย การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด การตรวจทางเคมีคลินิก เพื่อหาระดับของธาตุเหล็ก โฟเลต วิตามินบี1-2-6-12 และธาตุสังกะสี การตรวจหาแอนติบอดีในซีรัมเพื่อประเมินกลุ่มอาการไซเกริน (Sjögren's syndrome) รวมทั้งการเพาะเชื้อเพื่อตรวจเชื้อราแคนดิดา^(2,3,6,25)

การรักษา

ในกรณีที่อาการแสบร้อนเป็นผลตามมาจากปัจจัยต่างๆ (secondary BMS) ได้แก่ โรคทางระบบ ยารักษาโรค การขาดสารอาหาร การแพ้เฉพาะที่ หรือการติดเชื้อแคนดิดา แนะนำให้กำจัดสาเหตุ หรือรักษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุนั้นๆ^(2,3,6,7,26)

ยาที่นิยมใช้ในการรักษากลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก ได้แก่ ยาด้านอาการซึมเศร้า (antidepressants) ยาด้านอาการทางจิต (antipsychotics) ยาด้านการชัก (antiepileptics) และยาระงับปวด (analgesics)^(2,3,6,26,27)

การรักษาโดยการให้ฮอร์โมนทดแทน (Hormone replacement therapy) แนะนำในหญิงวัยหมดประจำเดือนที่มีอาการแสบร้อนในช่องปาก^(2,6,28)

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 54 ปี สถานภาพสมรส อาชีพรับจ้าง มารับการตรวจที่คลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลแม่ลำน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ด้วยอาการแสบร้อนบริเวณลิ้น และเพดาน อาการแสบร้อนเป็นมาประมาณ 3 เดือน ผู้ป่วยรู้สึกแสบร้อนตลอดเวลา อาการแสบร้อนจะเป็นมากขึ้นช่วงเย็น และเวลารับประทานอาหารรสจัด

ผู้ป่วยมีสุขภาพทั่วไปดี ปฏิเสธโรคทางระบบ ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาใด ๆ อยู่ และไม่มีประวัติแพ้ยา ผู้ป่วยปฏิเสธการดื่มเหล้า และสูบบุหรี่ ผู้ป่วยให้ประวัติมีปัญหาเรื่องการนอนหลับ

การตรวจนอกช่องปาก

พบลักษณะทางคลินิกของศีรษะ ใบหน้า ลำคอปกติ ไม่พบการบวมบริเวณใบหน้า และต่อมน้ำเหลือง

การตรวจภายในช่องปาก

สภาพช่องปากทั่วไปอยู่ในระดับดี ตรวจพบฟันสึกเล็กน้อยบริเวณฟันกรามแท้โดยทั่วไป สภาพเหงือกทั่วไปมีการอักเสบบวมแดงเล็กน้อย มีหินน้ำลาย และคราบติดสีในระดับ



รูปที่ 1 แสดงฟัน และเหงือกของผู้ป่วยรายนี้

Figure 1 shows the teeth and gingiva of the patient.

เล็กน้อย ตรวจไม่พบร่องลึกปริทันต์ (รูปที่ 1)

การตรวจเยื่อเมือกช่องปาก

สภาพเยื่อเมือกช่องปากโดยทั่วไปมีลักษณะปกติ มีน้ำลาย ไม่แห้ง ตรวจลิ้น มีลักษณะอยู่ในช่วงปกติ ทุก ๆ ด้านของลิ้น ไม่พบรอยแดง และการฟ่อลีบของตุ่มรับรส (รูปที่ 2) ตรวจเพดาน มีลักษณะปกติ (รูปที่ 3) ตรวจเยื่อเมือกแก้ม มี



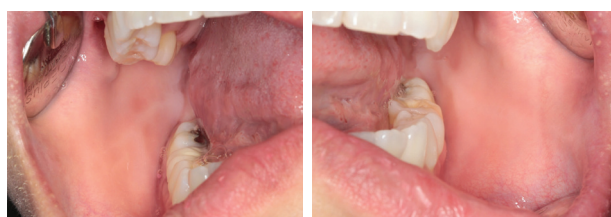
รูปที่ 2 แสดงลิ้นด้านบนของผู้ป่วยรายนี้

Figure 2 shows the dorsal surface of the patient's tongue.



รูปที่ 3 แสดงเพดานปากของผู้ป่วยรายนี้

Figure 3 shows the patient's palate.



รูปที่ 4 แสดงกระพุ้งแก้มของผู้ป่วยรายนี้
Figure 4 shows the patient's buccal mucosa.

ลักษณะปกติ (รูปที่ 4)

การตรวจเพิ่มเติมทางคลินิก

1. ได้ประเมินระดับความเจ็บปวดโดยใช้แสดงระดับความเจ็บปวด (Visual Analog Scale: VAS) ระดับ 0-10 ผู้ป่วยให้คะแนนความเจ็บปวด 8.5

2. ได้ทำการวัดอัตราการหลั่งของน้ำลายแบบไม่กระตุ้น (unstimulated salivary flow rate) ได้ 1.5 มิลลิลิตร/นาที

การให้การวินิจฉัยทางคลินิกเบื้องต้นว่าเป็น กลุ่มอาการ แสบร้อนช่องปาก ได้ให้การรักษาเบื้องต้นโดยการชูดหิน น้ำลาย และเกลารากฟัน และให้คำแนะนำในการดูแลอนามัยช่องปาก และได้ส่งต่อผู้ป่วย ไปที่คลินิกพิเศษโรคช่องปาก และเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ เพื่อขอคำปรึกษาในการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค และวางแผนการรักษา ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพิ่มเติมที่คลินิกพิเศษโรคช่องปาก และเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ ดังนี้

1. ตรวจหาเชื้อราแคนดิดา ด้วยเทคนิคการเพาะเชื้อแบบ อิมพริ้นท์ โดยตำแหน่งที่ทำการเก็บเชื้อ 4 ตำแหน่ง ได้แก่ ลิ้น ด้านบน เพดาน กระพุ้งแก้มซ้าย กระพุ้งแก้มขวา ผลการตรวจ ได้ผลลบ ไม่พบเชื้อราแคนดิดา

2. ส่งตรวจทางโลหิตวิทยา ได้ผลดังนี้

ฮีโมโกลบิน	12.2 กรัม/เดซิลิตร
ฮีมาโตคริต	ร้อยละ 37
เม็ดเลือดขาว	7500 เซลล์/ลบ. มม.
นิวโทรฟิล	ร้อยละ 64
ลิมโฟไซต์	ร้อยละ 32
โมโนไซต์	ร้อยละ 2
อีโอซิโนฟิล	ร้อยละ 2
เกล็ดเลือด	พอเพียง
รูปร่างของเม็ดเลือดขาว	ปกติ

รูปร่างของเม็ดเลือดแดง ปกติ

อัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง

10 มิลลิเมตร/ชั่วโมง

น้ำตาลในเลือด

95 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

แอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี ผลลบ

3. ได้ประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า โดยใช้แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในโรงพยาบาล ฉบับภาษาไทย (Thai Version of Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS)⁽²⁹⁾ ได้ผลดังนี้

คะแนนอาการวิตกกังวล = 9 (มีอาการวิตกกังวลแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน; doubtful case)

คะแนนอาการซึมเศร้า = 7 (ไม่มีอาการซึมเศร้า)

จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทั้งหมดอยู่ในช่วงปกติ จึงได้ให้การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย เป็น กลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก

การรักษาที่ให้ ได้อธิบายถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็น สาเหตุ และกลไกการเกิดโรค รวมทั้งอธิบายถึงวิธีการรักษาและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยา โดยเริ่มแรกได้ให้การ รักษาด้วย อะมิทรูปไทลีน ขนาด 25 มิลลิกรัม โดยให้ผู้ป่วยรับประทานครั้งละ 1 เม็ดก่อนนอน ร่วมกับน้ำยาบ้วนปากเบนาดริล (Benadryl mouthwash) โดยให้ผู้ป่วยอมกลั้วปาก แล้วบ้วนทิ้งวันละ 4 ครั้ง

เนื่องจากผู้ป่วยไม่สะดวกในการเดินทางมารับการรักษา และติดตามอาการต่อที่ คลินิกพิเศษโรคช่องปาก และ เวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่

ผู้ป่วยจึงถูกส่งตัวกลับมาเข้ารับการรักษา และติดตามอาการต่อที่ คลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลแม่ลำน้อย จังหวัด แม่ฮ่องสอน

ผู้ป่วยมารับการติดตามผล 1 สัปดาห์ หลังจากรับประทานยา ผู้ป่วยมีอาการแสบร้อนลดลง โดยได้ประเมินระดับความเจ็บปวด ผู้ป่วยให้คะแนนความเจ็บปวด 3.2 จากการตรวจในช่องปากไม่พบความผิดปกติของเยื่อเมือกใดๆ ผู้ป่วยไม่บ่นถึงอาการข้างเคียงของยา และผู้ป่วยนอนหลับดีขึ้น

หลังจากนั้นได้ทำการติดตามผู้ป่วยเป็นเวลาทุก ๆ 2 สัปดาห์ เป็นเวลา 2 เดือน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมาก และได้ประเมินระดับความเจ็บปวด ผู้ป่วยให้คะแนนความเจ็บปวด

เท่ากับ 0 ขณะนี้ผู้ป่วยยังได้รับการรักษาด้วยอะมิทริปไทลีน 25 มิลลิกรัมต่อวัน ผู้ป่วยไม่มีอาการแสบร้อนใด ๆ

บทวิจารณ์

กลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก เป็นความรู้สึกแสบร้อนของเยื่อเมือกช่องปากที่เป็นอาการที่ผู้ป่วยบอกเล่า โดยที่ตรวจไม่พบความผิดปกติของเยื่อเมือกของช่องปากใดๆ ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 54 ปี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคนี้ที่มักจะพบในเพศหญิงวัยกลางคน ช่วงอายุ 55-60 ปี

กลุ่มอาการแสบร้อนช่องปากสามารถแบ่งออกเป็น 3 ชนิดโดยแบ่งตามลักษณะอาการของผู้ป่วย ได้แก่⁽³⁰⁾

ชนิดที่ 1 ผู้ป่วยจะมีอาการปวดเพิ่มขึ้นตามลำดับ (progressive pain) โดยผู้ป่วยจะไม่มีอาการปวดตอนตื่นนอน แต่อาการปวดจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นในช่วงเวลาของวัน โดยจะพบชนิดนี้ประมาณร้อยละ 35

ชนิดที่ 2 ผู้ป่วยจะมีอาการปวดคงที่ตลอดทั้งวัน ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการนอนหลับ โดยจะพบชนิดนี้ประมาณร้อยละ 55

ชนิดที่ 3 ผู้ป่วยจะมีอาการปวดที่เป็นช่วงๆ ไม่ต่อเนื่อง (intermittent) โดยผู้ป่วยจะมีลักษณะของอาการปวด และตำแหน่งที่ปวดไม่แน่นอน ซึ่งจะพบชนิดนี้ประมาณร้อยละ 10

สำหรับผู้ป่วยรายนี้รายงานอาการแสบร้อนตลอดเวลา อาการแสบร้อนจะค่อยๆ เพิ่มขึ้น โดยจะเป็นมากขึ้นช่วงเย็น จึงน่าจะจัดอยู่ชนิดที่ 1 ของการจำแนกกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก มีการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปากชนิดที่ 1 กับปัจจัยทางระบบ ได้แก่การขาดสารอาหาร

จากการศึกษาของ Lamey และ Lamb⁽³¹⁾ พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตวิทยา 2 ปัจจัย ได้แก่ อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า กับกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก สำหรับผู้ป่วยรายนี้ให้ประวัติว่ามีปัญหาเรื่องการนอนหลับ และจากการประเมินสุขภาพจิตโดยใช้ แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยรายนี้มีคะแนนอาการวิตกกังวล = 9 ประเมินว่าอาการวิตกกังวลแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน โดยแบบประเมิน HADS จะใช้ cut-off point ที่คะแนนมากกว่า 11 จึงจะประเมินว่าผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลที่ถือว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช⁽²⁹⁾ ความวิตกกังวลอาจเป็นปัจจัย

หนึ่งที่เป็นสาเหตุของอาการแสบร้อนในผู้ป่วยรายนี้ สภาวะความผิดปกติทางจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก Al Quran ได้รายงานที่สามารถใช้ผลการประเมินสภาวะทางจิตใจมาใช้เป็นตัวชี้วัดความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยได้⁽²¹⁾ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปากจะมีระดับความรุนแรงของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า มากกว่าในกลุ่มควบคุม^(19,20)

เนื่องจากมีปัจจัยที่รายงานว่าเป็นปัจจัยสาเหตุของโรคนี้ที่หลากหลาย แนวทางการรักษาโรคผู้ป่วยควรถูกประเมินถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุ และรักษาสาเหตุนั้นๆ การใช้ยาแนะนำในกรณีผู้ป่วยที่ไม่มีสาเหตุของการเกิดโรคอย่างชัดเจน ยาที่มีรายงานว่านำมาใช้ในการรักษากลุ่มอาการแสบร้อนช่องปากมีทั้งยาที่ใช้แบบเฉพาะที่ และยาที่ให้ทางระบบ ยาเฉพาะที่ที่มีรายงานผลการรักษาได้แก่ คลอนาซีแพม (clonazepam) ลิโดเคน (lidocaine) แคปไซซิน (capsaicin) และยาชาเฉพาะที่ ยาทางระบบที่มีรายงานผลการรักษา ได้แก่ อะมิทริปไทลีน นอร์ทริปไทลีน (nortriptyline) คลอนาซีแพม แคปไซซิน กาบาเพนติน (gabapentin) และ กรดอัลฟาไลโปอิก (alpha lipoic acid)^(2,32,33)

ยาด้านอาการซึมเศร้า ได้แก่ อะมิทริปไทลีน และนอร์ทริปไทลีน ในปริมาณต่ำมีผลในการบรรเทาอาการในผู้ป่วยโรคนี้ โดยขนาดยาที่แนะนำได้แก่ อะมิทริปไทลีน 25-75 มิลลิกรัม/วัน ในบางการศึกษาพบว่าอาการแสบร้อนของผู้ป่วยอาจไม่ดีขึ้นเนื่องจากภาวะปากแห้งซึ่งเป็นอาการข้างเคียงของยานี้^(2,3) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงการใช้ยาเซอร์ทราลีน (sertraline) ขนาด 50-100 มิลลิกรัม/วัน ซึ่งเป็นยาด้านอาการซึมเศร้า ในการรักษาผู้ป่วยโรคนี้⁽³⁴⁾ นอกจากนี้ Tanakun⁽³⁵⁾ ได้รายงานผู้ป่วยกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปากชาวไทยที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า โดยให้การรักษาด้วยยาด้านอาการซึมเศร้า มีรายงานการใช้ยาชาเฉพาะที่ ได้แก่ เบนาดริล อิลิกเซอร์ (Benadryl elixir) และน้ำยาบ้วนปากเบนซิดามีนไฮโดรคลอไรด์ (benzylamine hydrochloride mouthwash) ในการควบคุมอาการแสบร้อนช่องปาก Holroyd และ Wynn รายงานการใช้ เบนาดริล อิลิกเซอร์ ขนาด 12.5 มิลลิกรัม/ 5 มิลลิลิตร ในการรักษาโรคนี้ โดยแนะนำให้ใช้บ่อยครั้งวันละ 4 ครั้งแล้วบ้วนทิ้ง สำหรับผู้ป่วยรายนี้ตอบสนองต่อการรักษาดีมาก ด้วยอะมิทริปไทลีน

ขนาด 25 มิลลิกรัมต่อวัน ร่วมกับน้ำยาบ้วนปากเบนาดริล ผู้ป่วยนอนหลับดีขึ้นและไม่บ่นถึงอาการปากแห้งที่เป็นอาการข้างเคียงของยา⁽²⁷⁾

สรุป

กลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก เป็นกลุ่มอาการเจ็บปวดบริเวณช่องปาก และใบหน้า โดยที่ไม่ตรวจพบความผิดปกติใดๆ ของเยื่อเมือกช่องปาก สำหรับการให้การวินิจฉัยโรคอาศัยการซักประวัติ การตรวจช่องปากทางคลินิก ร่วมกับการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจเป็นสาเหตุของการเกิดอาการแสบร้อน ยาต้านอาการซึมเศร้า ได้แก่ อะมิทริปไทลีน ในปริมาณต่ำมีประสิทธิผลดีในการรักษาโรคนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Sun A, Wu KM, Wang YP, Lin HP, Chen HM, Chiang CP. Burning mouth syndrome: a review and update. *J Oral Pathol Med* 2013; 42(9): 649-655.
2. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Andujar-Mateos P, Sánchez-Siles M, Gómez-García F. Burning mouth syndrome: an update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010; 15(4): e562-568.
3. Spanemberg JC, Cherubini K, de Figueiredo MA, Yurgel LS, Salum FG. Aetiology and therapeutics of burning mouth syndrome: an update. *Gerodontology* 2012; 29(2): 84-89.
4. Dworkin SF, Burgess JA. Orofacial pain of psychogenic origin: current concepts and classification. *J Am Dent Assoc* 1987; 115(4): 565-571.
5. Bergdahl M, Bergdahl J. Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors. *J Oral Pathol Med* 1999; 28: 350-354.
6. Klasser GD, Fischer DJ, Epstein JB. Burning mouth syndrome: recognition, understanding, and management. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2008; 20(2): 255-271.
7. Buchanan JA, Zakrzewska JM. Burning mouth syndrome. *Clin Evid (Online)* 2010; 19; 2010. pii: 1301.
8. van Joost T, van Ulsen J, van Loon LA. Contact allergy to denture materials in the burning mouth syndrome (letter). *Contact Dermatitis* 1988; 18: 97-99.
9. Samaranayake LP, Lamb AB, Lamey PJ, MacFarlane TW. Oral carriage of *Candida* species and coliforms in patients with burning mouth syndrome. *J Oral Pathol Med* 1989; 18: 233-235.
10. Main DM, Basker RM. Patients complaining of a burning mouth. Further experience in clinical assessment and management. *Br Dent J* 1983; 154: 206-211.
11. Yontchev E, Emilson CG. Salivary and microbial conditions in patients with orofacial discomfort complaints. *Acta Odontol Scand* 1986; 44(4): 215-219.
12. Grushka M, Sessle BJ, Howley TP. Psychophysical assessment of tactile, pain and thermal sensory functions in burning mouth syndrome. *Pain* 1987; 28:169-184.
13. Grushka M, Sessle B. Taste dysfunction in burning mouth syndrome. *Gerodontology* 1988; 4: 256-258.
14. Lamey PJ, Hammond A, Allam BF, McIntosh WB. Vitamin status of patients with burning mouth syndrome and the response to replacement therapy. *Br Dent J* 1986; 160: 81-84.
15. Maresky LS, van der Bijl P, Gird I. Burning mouth syndrome. Evaluation of multiple variables among 85 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 75: 303-307.
16. Bergdahl M, Bergdahl J. Low unstimulated salivary flow and subjective oral dryness: association with medication, anxiety, depression, and stress. *J Dent Res* 2000; 79:1652-1658.

17. Culhane NS, Hodle AD. Burning mouth syndrome after taking clonazepam. *Ann Pharmacother* 2000; 35: 874-876.
18. Wardrop RW, Hailes J, Burger H, Reade PC. Oral discomfort at menopause. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 67: 535-540.
19. Rojo L, Silvestre FJ, Bagan JV, De Vicente T. Prevalence of psychopathology in burning mouth syndrome. A comparative study among patients with and without psychiatric disorders and controls. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 78: 312-316.
20. Carlson CR, Miller CS, Reid KI. Psychosocial profiles of patients with burning mouth syndrome. *J Orofac Pain* 2000; 14: 59-64.
21. Al Quran FA. Psychological profile in burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 97(3): 339-344.
22. Grushka M. Clinical features of burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 63: 30-36.
23. Pinto A, Sollecito TP, DeRossi SS. Burning mouth syndrome. A retrospective analysis of clinical characteristics and treatment outcomes. *N Y State Dent J* 2003; 69(3): 18-24.
24. Sardella A, Lodi G, Demarosi F, Bez C, Cassano S, Carrassi A. Burning mouth syndrome: a retrospective study investigating spontaneous remission and response to treatments. *Oral Dis* 2006; 12(2): 152-155.
25. Pinto A, Stoopler ET, DeRossi SS, Sollecito TP, Popovic R. Burning mouth syndrome: a guide for the general practitioner. *Gen Dent* 2003; 51(5): 458-461.
26. Scala A, Checchi L, Montevecchi M, Marini I, Giamberardino MA. Update on burning mouth syndrome: overview and patient management. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003; 14(4): 275-291.
27. Holroyd SV, Wynn RL. *Clinical Pharmacology in Dental Practice*. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1983: 394.
28. Forabosco A, Criscuolo M, Coukos G, et al. Efficacy of hormone replacement therapy in postmenopausal women with oral discomfort. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73: 570-574.
29. Nilchaikovit T, Lortrakul M, Phisansuthideth U. Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1996; 41(1): 18-30.
30. Lamey PJ, Lewis MA. Oral medicine in practice: burning mouth syndrome. *Br Dent J* 1989; 167(6): 197-200.
31. Lamey PJ, Lamb AB. The usefulness of the HAD scale assessing anxiety and depression in patient with burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 67: 390-392.
32. Zakrzewska JM, Forssell H, Glenny AM. Interventions for the treatment of burning mouth syndrome: a systematic review. *J Orofac Pain* 2003; 17(4): 293-300.
33. Grushka M, Epstein J, Mott A. An open-label, dose escalation pilot study of the effect of clonazepam in burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 86: 557-561.
34. Van Houdenhove B, Joostens P. Burning mouth syndrome. Successful treatment with combined psychotherapy and psychopharmacotherapy. *Gen Hosp Psychiatry* 1995; 17: 385-388.
35. Tanakun S. Burning mouth syndrome: a case report. *J Dent Assoc Thai* 1997; 47: 267-273.