



การวินิจฉัยและการดูแลรักษาภาวะแสบร้อนในช่องปากร่วมกับภาวะน้ำลายน้อย

ในผู้สูงอายุ : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF BURNING MOUTH SYNDROME ASSOCIATED WITH HYPOSALIVATION IN ELDERLY: A CASE REPORT

Received: June 27, 2026

Revised: September 01, 2025

Accepted: September 06, 2026

ศรัณญา จิรณานันท์^{1*}, ศิฏฐะรินทร์ ฤทธิศิริ¹

Saranya Jiratananan^{1*}, Sikharin Rittisirin¹

บทคัดย่อ

อาการแสบร้อนในช่องปากเป็นภาวะปวดประสาทเรื้อรังในช่องปากที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างรุนแรง รายงานผู้ป่วยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 78 ปี ที่มารับการรักษาในคลินิกทันตกรรม ด้วยอาการแสบร้อนในช่องปากอย่างรุนแรงมานาน 8 เดือน ร่วมกับภาวะน้ำลายน้อยและช่องปากแห้ง โดยไม่พบรอยโรคหรือการฝ่อลีบของปุ่มลิ้น

การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กอย่างรุนแรง การส่องกล้องทางเดินอาหาร ไม่พบจุดเลือดออกเรื้อรัง จึงสรุปสาเหตุเกิดจากการขาดสารอาหารและการดูดซึมที่บกพร่องตามวัย ผู้ป่วยได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก ร่วมกับการฝึกนวดต่อมน้ำลายและงดการจ่ำยาควบคุมอาการเจ็บปวดทางระบบประสาท

ผลการรักษา พบว่า อาการแสบร้อนในช่องปากหายไปอย่างสมบูรณ์ภายในระยะเวลา 3 เดือน ค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดและระดับเฟอร์ริตินกลับสู่เกณฑ์ปกติ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า อาการแสบร้อนในช่องปากสามารถเป็นอาการแสดงแรกของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กแม้ว่าจะไม่พบความผิดปกติของเยื่อช่องปากก็ตาม การวินิจฉัยแยกโรคที่ถูกต้องร่วมกับการรักษาที่สาเหตุสามารถนำไปสู่การหายของโรคได้อย่างสมบูรณ์โดยไม่ต้องใช้ยาควบคุมระบบประสาท

คำสำคัญ: ภาวะแสบร้อนในช่องปาก, ภาวะโลหิตจาง, การขาดธาตุเหล็ก, ภาวะน้ำลายน้อย, ผู้สูงอายุ

¹ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

Phranangkla Hospital

*Corresponding author E-mail: sarahtoyjira@gmail.com



Abstract

Burning mouth syndrome (BMS) is a chronic neuropathic orofacial pain disorder that severely impairs patients' quality of life. This case report presents the diagnosis and management of a 78-year-old Thai female at the Dental Clinic. She presented with a severe burning sensation on her oral cavity lasting for 8 months. These symptoms were accompanied by objective hyposalivation and dry mouth, without any apparent mucosal lesions or atrophic glossitis.

Laboratory investigations revealed severe iron deficiency anemia, Esophagogastroduodenoscopy and colonoscopy showed no sources of chronic gastrointestinal bleeding, suggesting that the condition was caused by dietary deficiency and age-related malabsorption. The patient was managed systemically with ferrous fumarate and folic acid, combined with localized salivary gland massage, and neuropathic pain medications were deliberately avoided.

Within 3 months, the oral burning symptoms completely resolved, her complete blood count and ferritin levels returned to normal. This case demonstrates that burning mouth symptoms can be the primary manifestation of iron deficiency anemia despite normal-appearing oral mucosa. Accurate differential diagnosis and targeted etiological treatment can achieve complete disease remission without the need for neurotropic medications.

Keywords: Burning Mouth Syndrome, Anemia, Iron Deficiency, Hyposalivation, Elderly



บทนำ

อาการแสบร้อนในช่องปาก (Burning mouth symptoms) หรือกลุ่มอาการแสบร้อนในช่องปาก (Burning Mouth Syndrome: BMS) เป็นภาวะปวดประสาทเรื้อรัง (Chronic neuropathic orofacial pain disorder) ในช่องปากที่มีความซับซ้อนและพบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทางทันตกรรมผู้สูงอายุ⁽¹⁾ โดยมีอาการเฉพาะทางคลินิกที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกแสบร้อน เจ็บปวด หรือผิดปกติของประสาทสัมผัส (Dysesthesia) ในช่องปากอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะบริเวณสองในสามส่วนหน้าของลิ้น ขอบลิ้น และริมฝีปาก ในการวินิจฉัยจึงทำได้ยาก เนื่องจากมักจะไม่มีพบรอยโรคหรือพยาธิสภาพที่เห็นได้ชัดเจนในบริเวณเยื่อช่องปาก⁽¹⁻²⁾ ความชุกของการเกิดภาวะนี้ในประชากรทั่วไปอยู่ระหว่างร้อยละ 0.1 ถึง 3.9 โดยพบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุและสตรีวัยหมดประจำเดือน (Postmenopausal women)⁽¹⁾ มีบางรายงานพบในสตรีวัยก่อนและหลังหมดประจำเดือน อายุเฉลี่ยประมาณ 60-62 ปี โดยอัตราส่วนหญิงต่อชายอยู่ระหว่าง 2.5-7 : 1 แสดงถึง การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนร่วมกับอายุที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อภาวะแสบร้อนในช่องปาก⁽⁴⁾

กลุ่มอาการแสบร้อนในช่องปากสามารถจำแนกตามลักษณะอาการทางคลินิกออกเป็นสองประเภทหลัก ได้แก่ ชนิดปฐมภูมิ (Primary or Idiopathic BMS) ซึ่งตรวจไม่พบสาเหตุทางกายภาพหรือพยาธิสภาพที่เห็นได้ชัดเจน โดยเชื่อว่า อาจจะสัมพันธ์กับความบกพร่องของระบบประสาทรับความรู้สึกส่วนปลายและส่วนกลาง และชนิดทุติยภูมิ (Secondary BMS) เป็นผลมาจากปัจจัยนำเฉพาะที่หรือทางระบบที่สามารถระบุได้ชัดเจน⁽²⁾ หนึ่งในปัจจัยทางระบบที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ คือ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anemia) และการขาดสารสร้างเม็ดเลือดกลุ่มไมโครนิวเทรียนต์ (Micronutrient deficiencies) เช่น กรดโฟลิก (Folic acid) และวิตามินบี 12 (Vitamin B12)⁽¹⁾ นอกจากนี้ลักษณะอาการแสดงในช่องปาก ได้แก่ ภาวะซีดของเยื่อช่องปาก (Pale mucosa) มุมปากอักเสบ (Angular cheilitis) การอักเสบแสบร้อนที่ลิ้น (Glossitis) การกลืนลำบาก (Dysphagia) เป็นต้น อาจเป็นสัญญาณแรกที่บ่งบอกถึงความผิดปกติของระบบโลหิตวิทยาในผู้ป่วย คือ ภาวะซีดจากสาเหตุต่างๆ⁽⁵⁻⁶⁾ ดังนั้น การวินิจฉัยกลุ่มอาการแสบร้อนชนิดปฐมภูมิ จึงเป็นการวินิจฉัยโดยการตัดโรคอื่นออก (Diagnosis of exclusion) ค้นหาสาเหตุเฉพาะที่และทางระบบก่อนสรุปการวินิจฉัย ส่งผลให้การรักษามักล่าช้าในทางเวชปฏิบัติ⁽⁴⁾

ธาตุเหล็กเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญในกระบวนการหายใจระดับเซลล์และการทำหน้าที่ของระบบประสาทรับความรู้สึก⁽⁷⁾ ในอดีตผู้ป่วยที่ขาดธาตุเหล็กมักจะพบภาวะลิ้นอักเสบฝ่อลีบ (Atrophic glossitis) หรือมุมปากอักเสบ⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยสูงอายุบางราย อาการแสบร้อนในช่องปากและภาวะน้ำลายน้อย (Hyposalivation) อาจจะรุนแรงโดยไม่พบความผิดปกติของเยื่อช่องปากและปุ่มลิ้น ซึ่งเป็นความท้าทายอย่างมากสำหรับทันตแพทย์ในการวินิจฉัยหาสาเหตุที่แท้จริง⁽⁹⁾ รายงานผู้ป่วยฉบับนี้ไม่มีแหล่งทุนสนับสนุน และไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนโดยใช้แนวทาง



มาตรฐาน CARE Guidelines ในการเขียนรายงานผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุหญิงไทยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ด้วยอาการแสบร้อนในช่องปากอย่างรุนแรงร่วมกับภาวะน้ำลายน้อย โดยไม่พบรอยโรคในช่องปาก แต่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กชนิดรุนแรง ทั้งนี้ มีเอกสารได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรในการเผยแพร่ข้อมูลและภาพถ่ายเพื่อการศึกษ

การทบทวนวรรณกรรม

นิยามและการจำแนกประเภทของภาวะแสบร้อนในช่องปาก

สมาคมปวดศีรษะสากล (IHS) และเกณฑ์จำแนกโรคปวดใบหน้าสากล (ICOP 2020) ได้ให้นิยามกลุ่มอาการแสบร้อนในช่องปากว่า เป็นอาการแสบร้อนหรือความรู้สึกผิดปกติภายในช่องปากที่เกิดขึ้นทุกวัน วันละมากกว่า 2 ชั่วโมง และเป็นติดต่อกันนานมากกว่า 3 เดือน โดยไม่พบพยาธิสภาพทางคลินิกที่เชื่อมช่องปาก^(2,10,11) ในอดีต Lamey และคณะ⁽¹²⁻¹³⁾ ได้จำแนกประเภทของภาวะนี้ตามลักษณะการเปลี่ยนแปลงของอาการในรอบวันออกเป็น 3 รูปแบบหลัก คือ

Type 1 (Progressive pain): ไม่มีอาการเมื่อตื่นนอนและอาการแสบร้อนจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นในระหว่างวัน โดยมีความรุนแรงสูงสุดในช่วงเย็น พบได้ร้อยละ 35

Type 2 (Constant pain): มีอาการแสบร้อนตั้งแต่ตื่นนอนและมีอาการต่อเนื่องหรือคงที่ตลอดทั้งวัน พบได้ร้อยละ 55

Type 3 (Intermittent pain): มีอาการแสบร้อนเป็นช่วงๆ ไม่ต่อเนื่อง โดยช่วงเวลาที่เกิดอาการและตำแหน่งของอาการไม่แน่นอน พบได้ร้อยละ 10

พยาธิกำเนิดของภาวะแสบร้อนในช่องปาก

พยาธิกำเนิดของกลุ่มอาการแสบร้อนในช่องปากมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องของระบบประสาทรับความรู้สึกทั้งส่วนปลายและส่วนกลาง จากการศึกษาทางจุลพยาธิวิทยาของเยื่อช่องปากที่ตัดจากผู้ป่วยที่มีอาการแสบร้อนในช่องปาก พบว่า มีการลดลงของความหนาแน่นของใยประสาทรับความรู้สึกขนาดเล็กในชั้นอีพิเธลิยม (Intraepithelial nerve fiber) อย่างมีนัยสำคัญ บ่งบอกถึงภาวะเสื่อมของเส้นประสาทรับความรู้สึกส่วนปลาย (Small-fiber sensory neuropathy) ในขณะเดียวกัน มีการเพิ่มขึ้นอย่างผิดปกติของตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดและอุณหภูมิชนิด TRPV1 (Transient Receptor Potential Vanilloid 1) และตัวรับสารสื่อประสาทชนิด P2X3 ในใยประสาทรับความรู้สึกที่เหลืออยู่ ส่งผลให้ใยประสาทเหล่านั้นไวต่อสิ่งเร้าประเภทความร้อนและสารเคมีมากยิ่งขึ้น^(2,11)

สำหรับในระบบประสาทส่วนกลาง การสแกนสมองด้วยเทคนิคทางรังสีวิทยา (PET scan และ fMRI) พบความบกพร่องในการทำงานของระบบโดพามีนในวิถีประสาทในโกรสโตรเอเดียม (Nigrostriatal dopaminergic pathway) การลดลงของระดับโดพามีนและประสิทธิภาพของตัวรับ



โดพามีนชนิด D2 (D2 receptors) ส่งผลให้สูญเสียกลไกการห้ามความเจ็บปวดในส่วนกลาง (Impaired central pain inhibition) นอกจากนี้ ความแปรปรวนของยีนรับโดพามีน เช่น DRD2 gene C957T Single Nucleotide Polymorphism (SNP) โดยเฉพาะผู้ที่มียีนไทป์แบบ 957TT จะมีความไวต่อสิ่งเร้าความร้อนสูงและมีความรุนแรงของอาการเจ็บปวดมากกว่ายีนไทป์แบบอื่นอย่างชัดเจน^(2,11)

ความสัมพันธ์ระหว่างธาตุหลักกับระบบประสาทและสรีรวิทยาช่องปาก

สำหรับสรีรวิทยาของระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย ในระดับเซลล์ประสาท ธาตุหลักเป็นสารอาหารที่มีความสำคัญอย่างมากในการทำหน้าที่เป็นโคแฟกเตอร์ที่จำเป็นสำหรับเอนไซม์ไทโรซีนไฮดรอกซิเลส (Tyrosine hydroxylase) ซึ่งเป็นเอนไซม์หลักในการสังเคราะห์โดพามีน การขาดธาตุหลักทำให้ปริมาณโดพามีนลดลงโดยตรง ส่งผลให้ระบบควบคุมความเจ็บปวดในสมองสูญเสียไป นอกจากนี้ ธาตุหลักยังมีบทบาทสำคัญต่อการเจริญของเซลล์โอลิโกเดนโดรไซต์ (oligodendrocytes) การสังเคราะห์ไมอีลิน (myelin synthesis) และการคงสภาพของปลอกไมอีลินในระบบประสาท การขาดธาตุหลักเป็นเวลานาน อาจทำให้การสร้างและซ่อมแซมปลอกไมอีลินบกพร่อง ส่งผลให้การนำกระแสประสาทผิดปกติ เพิ่มความไวของเส้นประสาทรับความรู้สึก ทำให้เกิดภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม (peripheral neuropathy) ซึ่งสัมพันธ์กับอาการปวดแสบปวดร้อนเรื้อรังในผู้ป่วยบางราย รวมถึงอาจมีบทบาทต่อพยาธิกำเนิดของกลุ่มอาการแสบร้อนในช่องปาก⁽¹⁰⁾

ในมิติด้านสรีรวิทยาของต่อมน้ำลาย เซลล์อะซินาร์ (Acinar cells) ของต่อมน้ำลายเป็นเซลล์ที่มีกระบวนการเมแทบอลิซึมสูงและต้องการพลังงานอย่างมากในการขนส่งไอออนและน้ำ เพื่อผลิตน้ำลาย ธาตุหลักเป็นองค์ประกอบหลักของเอนไซม์ในขบวนการขนส่งอิเล็กตรอนในไมโทคอนเดรีย เช่น ไซโตโครมซีออกซิเดส (Cytochrome c oxidase) การขาดธาตุหลักจึงทำให้เกิดการขาดพลังงานในระดับเซลล์ ส่งผลให้ความสามารถในการหลั่งน้ำลายลดลงอย่างรุนแรง เกิดภาวะน้ำลายน้อยและช่องปากแห้งเหนียวตามมา⁽¹⁾ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาของ Imura และคณะ⁽¹⁴⁾ ในผู้ป่วยที่มีภาวะแสบร้อนในช่องปากมักจะพบอาการปากแห้ง การรับรสผิดปกติ และความไวของเยื่อช่องปากต่อสิ่งกระตุ้นเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นผลจากระดับ secretory immunoglobulin A ลดลง ทำให้มีการเสื่อมของหน้าที่และคุณภาพของน้ำลาย และยังพบความสามารถในการต้านอนุมูลอิสระในซีรัมลดลง (antioxidant capacity) โดยในอนาคตอาจใช้เป็นตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (biomarker) เพื่อช่วยในการวินิจฉัยภาวะแสบร้อนในช่องปากแต่ยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมก่อนนำมาใช้ในเวชปฏิบัติต่อไป

มีรายงานถึงกลไกของความไม่สมดุลของธาตุหลักกับสุขภาพช่องปาก โดยอธิบายว่าการมีธาตุหลักขาดหรือเกินจะมีผลต่ออาการในช่องปากซึ่งช่วยให้ตรวจพบโรคทางระบบได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การขาดธาตุหลักยังสัมพันธ์กับฟันผุในเด็ก (early childhood caries) โรคปริทันต์ ภาวะก่อนมะเร็งในช่องปาก เช่น oral submucous fibrosis และ oral leukoplakia รวมถึงอาจเพิ่มความเสี่ยงของมะเร็งบางชนิด



ส่วนการมีธาตุเหล็กเกิน (Iron overload) ก็ส่งผลเสียต่อช่องปากเช่นกัน โดยสัมพันธ์กับ โรคปริทันต์รุนแรง การสูญเสียกระดูกเบ้าฟัน คราบดำบนผิวฟันจากการสะสมของสารประกอบเหล็ก⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

สถิติระบาดวิทยาของการขาดสารอาหารในผู้ป่วยแสบร้อนในช่องปาก

ข้อมูลการศึกษาทางคลินิกขนาดใหญ่ แสดงให้เห็น ความสัมพันธ์ทางสถิติที่ชัดเจนระหว่างระดับธาตุเหล็กในเลือดกับอาการแสบร้อนในช่องปาก จากการศึกษาเชิงสังเกตการณ์ในผู้ป่วยที่มีอาการแสบร้อนในช่องปากจำนวน 190 ราย พบว่า มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 85.3 ที่มีระดับธาตุเหล็กในเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงและผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป⁽¹⁷⁾ การตรวจระดับธาตุเหล็กในเลือดจึงมีความสำคัญในการช่วยวินิจฉัยหาสาเหตุในผู้ป่วยที่มีอาการแสบร้อนในช่องปาก⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ นอกจากนี้ คำนีปริมาตรเม็ดเลือดแดงเฉลี่ย (MCV) ยังเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความไวสูงในการจำแนกกลุ่มเสี่ยงต่อการขาดธาตุเหล็กในผู้ป่วยที่มีอาการแสบร้อนในช่องปาก อย่างไรก็ตามมีรายงานผู้ป่วยที่มีอาการแสบร้อนในช่องปาก ที่ไม่มีภาวะเม็ดเลือดแดงขนาดเล็ก ($MCV \geq 80$ fL) ยังคงพบการขาดธาตุเหล็กได้ถึงร้อยละ 13.8 บ่งบอกว่า การขาดธาตุเหล็กสามารถพบได้แม้ยังไม่มีภาวะเม็ดเลือดแดงขนาดเล็ก⁽²⁰⁾

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 78 ปี รูปร่างผอมบาง มารับการตรวจที่คลินิกทันตกรรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ด้วยปัญหาารู้สึกเจ็บปวดแสบร้อนอย่างรุนแรงบริเวณลิ้นและริมฝีปากทั้งสองข้างมาเป็นระยะเวลานาน 8 เดือน ผู้ป่วยระบุระดับความเจ็บปวดตามมาตรวัดความเจ็บปวดเชิงตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) สูงสุดที่ระดับ 10/10 จากการซักประวัติและประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างละเอียด พบว่า อาการแสบร้อนดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างรุนแรงในหลายมิติ คือ ผู้ป่วยรับประทานได้เฉพาะอาหารรสจืดทำให้ความอยากอาหารและน้ำหนักร่วงลงอย่างต่อเนื่องในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา อาการเจ็บปวดแสบร้อนที่รุนแรงส่งผลให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับเรื้อรัง เกิดความวิตกกังวลและเริ่มแยกตัวจากสังคม เนื่องจากการพูดคุยจะกระตุ้นให้อาการแสบร้อนรุนแรงขึ้น โดยในช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกอ่อนเพลียอย่างรุนแรง เหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกาย และมีอาการเวียนศีรษะเมื่อเปลี่ยนท่าทาง (Positional dizziness) อย่างชัดเจน ผู้ป่วยปฏิเสธการมีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยาและไม่ได้ใช้ยาประจำ

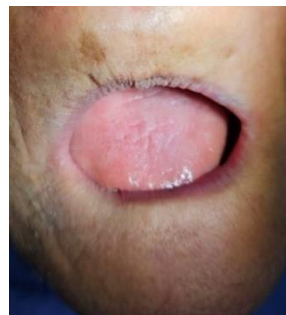
จากการตรวจร่างกายภายนอกช่องปากพบ ลักษณะผิวแห้งและเยื่อตาขาวซีด (Conjunctival pallor) ไม่พบลักษณะรอยแผลหรือการอักเสบแดงบริเวณมุมปาก ผลการคลำตรวจต่อมน้ำเหลืองบริเวณศีรษะและคออยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจภายในช่องปากอย่างละเอียด พบว่า เยื่อช่องปากโดยทั่วไป ริมฝีปาก เพดานปาก และเหงือก มีลักษณะปกติ ไม่พบรอยแดง รอยแผล หรือฝ้าขาว (รูปที่ 1) ปุ่มลิ้นทั้งชนิดฟิลิฟอร์ม

(Filiform papillae) และฟันจิฟอร์ม (Fungiform papillae) ยังสมบูรณ์ ไม่ปรากฏลักษณะลิ้นเกล็ดหรือการฝ่อลีบของปุ่มลิ้น อย่างไรก็ตามทันตแพทย์สังเกตพบ ภาวะริมฝีปากและเยื่อช่องปากแห้ง (รูปที่ 2-3) น้ำลายเหนียวอย่างชัดเจน และไม่มีแอ่งน้ำลายสะสมบริเวณพื้นช่องปากใต้ลิ้นหลังการกลืนน้ำลาย (Absence of salivary pool) ได้ตรวจอัตราการไหลของน้ำลายโดยไม่มีการกระตุ้น (Unstimulated Whole Saliva Flow Rate) เท่ากับ 0.08 มิลลิลิตรต่อนาที พบว่า น้อยกว่า 0.1 มิลลิลิตรต่อนาที ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญทางคลินิกของภาวะน้ำลายน้อย (Hyposalivation) ในผู้สูงอายุ



รูปที่ 1



รูปที่ 2



รูปที่ 3

รูปที่ 1 แสดงเยื่อช่องปากโดยทั่วไปมีลักษณะปกติ ไม่พบรอยแดง รอยแผล หรือฝ้าขาว

รูปที่ 2-3 แสดงภาวะริมฝีปากและเยื่อช่องปากแห้ง

การวินิจฉัยแยกโรคเบื้องต้น

อาการแสบร้อนในช่องปากเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น เชื้อราในช่องปาก (Oral candidiasis) ไคเลนพลาเน็ต แผลร้อนใน แผลที่เกิดจากการแพ้สารต่างๆ ได้แก่ ยาเสพติด น้ำยาบ้วนปาก วัสดุทันตกรรม เป็นต้น โดยมักจะพบรอยโรคในช่องปากชัดเจน หรืออาจเกิดจากอาการปากแห้ง (Xerostomia) จากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ ภาวะน้ำลายน้อยหลังรังสีรักษามะเร็งช่องปาก ศีรษะและลำคอ กลุ่มอาการโจเกรน (Sjögren's syndrome) ขาดวิตามินบี 12 ขาดธาตุสังกะสี หรืออาจเกิดจากภาวะขาดสารอาหาร ได้แก่ ขาดธาตุเหล็ก ขาดวิตามินบี 12 ขาดธาตุสังกะสี หรือมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ ภาวะแพ้ภูมิตนเอง เป็นต้น จึงมีความจำเป็นต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษเพิ่มเติม

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

เมื่อพิจารณาจากความรุนแรงของอาการแสบร้อน ภาวะซีด และอาการทางระบบที่เด่นชัด ทันตแพทย์จึงได้ส่งตรวจวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count: CBC) และปริมาณเฟอร์ริติน (ferritin) พบว่า ฮีโมโกลบิน (Hemoglobin: Hb) 7.9 (ค่าปกติ > 12.0 g/dL) ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit: Hct) 25.6 (ค่าปกติ 36.0-46.0%) ปริมาตรเฉลี่ยของเม็ดเลือดแดง



(MCV) 62.4 (ค่าปกติ 80.0-100.0 fL) ปริมาณฮีโมโกลบินเฉลี่ยในเม็ดเลือดแดง (MCH) 19.2 (ค่าปกติ 27.0-33.0 pg) ความกว้างของการกระจายขนาดเม็ดเลือดแดง (RDW) 19.8 (ค่าปกติ 11.5-14.5%) ปริมาณเฟอริติน (ferritin) 4.4 (ค่าปกติ 11-306.8 ng/mL) และส่งปรึกษาอายุรแพทย์เพื่อสืบค้นหาสาเหตุทางระบบเพิ่มเติม

จากข้อมูลทางโลหิตวิทยาข้างต้น อายุรแพทย์ได้ให้การวินิจฉัยผู้ป่วยเป็นภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กอย่างรุนแรง (Severe iron deficiency anemia) และได้ส่งผู้ป่วยตรวจส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy: EGD) ร่วมกับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เพื่อค้นหาจุดเลือดออกเรื้อรังในระบบทางเดินอาหารซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอันดับแรกของภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กในผู้ป่วยสูงอายุ ผลการตรวจส่องกล้องทั้งสองวิธีอยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างสมบูรณ์ ไม่พบรอยแผล รอยอักเสบ ตึงเนื้อ หรือมะเร็งในทางเดินอาหาร อายุรแพทย์จึงสรุปว่าภาวะขาดสารอาหารและธาตุเหล็กของผู้ป่วยรายนี้มีสาเหตุหลักมาจาก ปัจจัยทางโภชนาการและการดูดซึมสารอาหารที่บกพร่องตามวัย โดยปราศจากพยาธิสภาพเลือดออกเรื้อรังในทางเดินอาหาร

การวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรค

ทันตแพทย์และอายุรแพทย์ได้ร่วมกันให้การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายแก่ผู้ป่วยรายนี้ว่าเป็น “กลุ่มอาการแสบร้อนในช่องปากชนิดทุติยภูมิ ร่วมกับภาวะน้ำลายน้อย จากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก” (Secondary Burning Mouth Syndrome with hyposalivation due to iron deficiency anemia) สิ่งที่สำคัญ คือ การวินิจฉัยแยกโรคระหว่างกลุ่มอาการแสบร้อนในช่องปากชนิดปฐมภูมิและชนิดทุติยภูมิ ซึ่งเป็นตัวกำหนดทิศทางการรักษาผู้ป่วยที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูงสุด

การรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ได้มีการวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ มุ่งเน้นการจัดการที่สาเหตุทางระบบร่วมกับการรักษาทางคลินิกเฉพาะที่

1. การรักษาทางระบบโดยอายุรแพทย์

1.1 การเสริมธาตุเหล็กโดยจ่ายยาเฟอร์รัสฟูมาเรต (Ferrous fumarate) ชนิดรับประทาน ขนาด 200 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารทันที เพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

1.2 การเสริมกรดโฟลิกโดยจ่ายยากรดโฟลิก (Folic acid) ชนิดรับประทานขนาด 5 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า เพื่อส่งเสริมกระบวนการสร้างเซลล์เม็ดเลือดและฟื้นฟูการทำงานของเซลล์เยื่อช่องปาก

2. การจัดการในช่องปากและการด้อยยาควบคุมระบบประสาทโดยทันตแพทย์

การด้อยยาควบคุมอาการเจ็บปวดทางระบบประสาท เช่น ยาโคลนาซีแพม (Clonazepam) หรือยาแกบาเพนติน (Gabapentin) เพื่อประเมนผลจากการแก้ไขสาเหตุหลักที่เกิดจากภาวะขาดธาตุเหล็ก



และภาวะน้ำลายน้อย และป้องกันอาการข้างเคียงที่รุนแรงของยาควบคุมระบบประสาทในผู้สูงอายุ เช่น อาการง่วงซึม สูญเสียการทรงตัว และอาการปากแห้งที่อาจมีความรุนแรงมากขึ้น

3. การรักษาเฉพาะที่และฟื้นฟูต่อมน้ำลายโดยทันตแพทย์

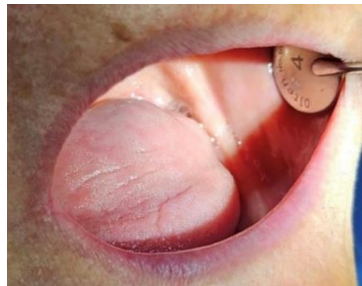
การฝึกนวดต่อมน้ำลาย (Salivary gland massage): สอนและฝึกให้ผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดด้วยการนวดต่อมน้ำลายด้วยตนเอง โดยนวดวนเป็นวงกลมบริเวณต่อมน้ำลายข้างหู (Parotid gland) ทั้งสองข้าง และนวดรีดบริเวณต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกร (Submandibular gland) วันละ 3 ถึง 4 ครั้ง เพื่อกระตุ้นการหลั่งน้ำลายตามธรรมชาติและเพิ่มความชุ่มชื้นแก่เยื่อช่องปาก

คำแนะนำด้านโภชนาการและพฤติกรรม: แนะนำให้ผู้ป่วยจิบน้ำสะอาดบ่อยครั้งตลอดวัน หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดและร้อนจัด และงดใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบ เพื่อป้องกันการระคายเคืองต่อเยื่อช่องปากและปลายเส้นประสาท

การติดตามผลการรักษา

การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาจำแนกออกได้เป็น 2 ระยะหลักดังนี้

ระยะติดตามผล 1 เดือน: ผู้ป่วยรายงานว่าสภาพร่างกายดีขึ้นอย่างชัดเจน รู้สึกมีกำลังมากขึ้น และเหนื่อยน้อยลง อาการวิงเวียนศีรษะเมื่อเปลี่ยนท่าทางบรรเทาลงอย่างเห็นได้ชัด ในช่องปาก อาการแสบร้อนลดลงจากระดับ NRS 10/10 มาอยู่ที่ระดับ 8/10 และจากการตรวจพบว่า เยื่อช่องปากเริ่มมีความชุ่มชื้นเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากการนวดต่อมน้ำลายอย่างสม่ำเสมอ (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 แสดงเยื่อช่องปากมีลักษณะปกติ มีความชุ่มชื้น

ระยะติดตามผล 3 เดือน: ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) บ่งชี้ว่าค่าดัชนีเม็ดเลือดทุกตัวกลับคืนสู่เกณฑ์ปกติอย่างสมบูรณ์ (ฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้นเป็น 12.3 g/dL, MCV เพิ่มขึ้นเป็น 84.5 fL, ferritin เพิ่มขึ้นเป็น 13.6 ng/mL) อาการแสบร้อนในช่องปากและริมฝีปากหายไปทั้งหมด (NRS 0/10) ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้โดยไม่มีอาการแสบร้อน อาการวิงเวียนศีรษะและอ่อนเพลียหายสนิท น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมกลับสู่ภาวะปกติ



บทวิจารณ์

รายงานผู้ป่วยรายนี้แสดงให้เห็นถึงประเด็นสำคัญในเวชปฏิบัติทางทันตกรรมผู้สูงอายุว่า อาการแสบร้อนในช่องปากและภาวะน้ำลายน้อยสามารถเป็นอาการแสดงแรกที่เด่นชัดของภาวะ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้ แม้ว่าจะไม่พบความผิดปกติของเยื่อในช่องปากและปุ่มลิ้นก็ตาม โดยอาจจะมีความแตกต่างจากความเชื่อเดิมที่ระบุว่า การขาดสารอาหารสร้างเม็ดเลือดแดงจะส่งผลให้มีอาการแสดงทางคลินิกคือ ลิ้นเลี่ยนฝ่อลีบมีการอักเสบแดงเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาทางระบาดวิทยาเชิงลึกของ Chiang CP และคณะ ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่ขาดธาตุเหล็กจำนวนไม่น้อยมาพบทันตแพทย์ ด้วยอาการแสบร้อนในช่องปากโดยที่เยื่อช่องปากยังคงมีลักษณะปกติ⁽¹⁾ การศึกษาของ Idan HM และคณะ แสดงข้อมูลความชุกผู้ป่วยโลหิตจางจำนวน 60 ราย พบว่า มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ที่มีอาการแสบร้อนในช่องปาก ขณะที่ร้อยละ 21.67 มีภาวะลิ้นฝ่อลีบ⁽⁸⁾ สถิตินี้แสดงให้เห็นว่า อาการแสบร้อนในช่องปากสามารถเกิดได้โดยไม่พบรอยโรคในช่องปากเลย ทำให้ทันตแพทย์ผู้ตรวจ มีโอกาสวินิจฉัยผิดพลาดว่าเป็นภาวะแสบร้อนชนิดปฐมภูมิได้หากไม่ได้มีการตรวจคัดกรองทาง โลหิตวิทยาอย่างเป็นระบบ⁽⁹⁾

ความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยรายนี้โดยไม่ได้มีการใช้ยาควบคุมกระแสปะประสาท (Neurotropic medications) จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถอธิบายความเป็นไปได้ตามกลไกการหายของ เส้นประสาทขนาดเล็กได้ว่าอาการเจ็บปวดแสบร้อนในผู้ป่วยรายนี้เป็น “อาการปวดประสาทชนิดทุติยภูมิ” (Secondary neuropathic pain) ที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก ดังนั้น หลังการรักษาโดยการเสริมธาตุเหล็ก ให้ผู้ป่วย เมื่อระดับฮีโมโกลบินและดัชนีเม็ดเลือดแดงกลับสู่เกณฑ์ปกติ (Hb เพิ่มขึ้นจาก 7.9 เป็น 12.3 g/dL) ส่งผลให้กระบวนการสร้างและซ่อมแซมปลอกไมอีลินหุ้มเส้นประสาทขนาดเล็กฟื้นกลับคืนมา สัญญาณประสาทที่เหนี่ยวนำผิดพลาดจึงหมดไป ทำให้อาการแสบร้อนบรรเทาลงจนหายสนิท ขณะเดียวกัน การเสริมธาตุเหล็กยังช่วยฟื้นฟูการทำหน้าที่ของเอนไซม์ไทโรซีนไฮดรอกซิเลส ทำให้ ปริมาณสารสื่อประสาทโดพามีนในสมองกลับคืนสู่ภาวะสมดุล ส่งผลให้การนำประสาทห้ามความเจ็บปวด ในระบบประสาทส่วนกลางกลับมาควบคุมกระแสปะประสาทความเจ็บปวดจากใบหน้าและช่องปากได้ตามปกติ⁽²⁾

สำหรับภาวะน้ำลายน้อย เมื่อมีการเสริมธาตุเหล็กให้ผู้ป่วยเพื่อแก้ไขภาวะการขาดพลังงานใน เซลล์อะซินาร์ของต่อมน้ำลายเนื่องจากการขาดธาตุเหล็กในห่วงโซ่ไซโตโครม เซลล์ต่อมน้ำลาย จึงสามารถกลับมาหลั่งน้ำลายได้ตามปกติ นอกจากนี้ การบำบัดเฉพาะที่ด้วย “การนวดต่อมน้ำลาย” เพื่อช่วยเพิ่มอัตราการไหลและปริมาณน้ำลาย ทำให้มีน้ำลายมากพอที่จะปกป้องเยื่อช่องปากและ ช่วยลดแรงเสียดสีระหว่างเยื่อช่องปากกับอวัยวะข้างเคียง นำไปสู่การหายอย่างสมบูรณ์ของอาการ แสบร้อนในที่สุด



มีหลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมโดย Rahman AFMS และคณะ⁽²¹⁾ แสดงให้เห็นว่า ทั้งการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า (Antidepressants) โดยเฉพาะยา vortioxetine^(10,22) และการรักษาที่ไม่ใช้ยา ด้วยการปรับเปลี่ยนชีวภาพด้วยแสง/การบำบัดด้วยเลเซอร์ระดับต่ำ (photobiomodulation/low-level laser therapy) สามารถลดอาการของภาวะแสบร้อนในช่องปากได้ อย่างไรก็ตามแนวทางการรักษา ควรต้องวินิจฉัยหาสาเหตุซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางรักษาที่เป็นมาตรฐานในอนาคต ในผู้ป่วยสูงอายุรายนี้ ได้หลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่มควบคุมกระแสนประสาท โดยมีความสำคัญทางคลินิก คือ ยาในกลุ่มไตรไซคลิก แอนติเดเพรสซันต์ เช่น อะมิทริปไทลีน ซึ่งนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการรักษาภาวะแสบร้อน ชนิดปฐมภูมิ⁽¹³⁾ มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก (Anticholinergic effect) ที่รุนแรง ซึ่งยับยั้งการหลั่งน้ำลาย โดยตรง ทำให้เกิดอาการปากแห้งอย่างรุนแรง หากผู้ป่วยรายนี้ได้รับยาอะมิทริปไทลีน ฤทธิ์ของยาจะเสริมให้เกิดภาวะน้ำลายน้อย ส่งผลให้อาการเจ็บปวดแสบร้อนในช่องปากที่ความรุนแรงและควบคุม ได้ยากขึ้น นอกจากนี้ มีรายงานอัตราการเกิดผลข้างเคียงสูงมากในผู้สูงอายุจากการใช้ยาควบคุมระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ยาทราโซโดน (Trazodone) หรือยาโคลนาซีแพมชนิดรับประทาน โดยเฉพาะ อาการวิงเวียนศีรษะ ง่วงซึม และสูญเสียการทรงตัว ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและการบาดเจ็บทางร่างกายอย่างมีนัยสำคัญ⁽³⁾ การรักษาทางระบบโดยการแก้ไขปัจจัยการขาดสารอาหาร ร่วมกับการบำบัดเฉพาะที่ด้วยวิธีธรรมชาติ จึงเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุด สำหรับผู้สูงอายุ

เพื่อให้เห็นภาพรวมของทางเลือกในการรักษาภาวะแสบร้อนในช่องปากที่ได้รับการศึกษาทางคลินิก และประเมินเปรียบเทียบกับแนวทางการรักษาในผู้ป่วยรายนี้ คณะผู้รายงานได้สังเคราะห์ และรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์อภิมาน (Systematic Review and Meta-Analysis) แสดงในตารางดังนี้



ตารางเปรียบเทียบประสิทธิผลและผลข้างเคียงของแนวทางการรักษาภาวะแสบร้อนในช่องปาก^(3,13)

ประเภทการรักษา	ประสิทธิผลทางคลินิก (ระยะสั้นและระยะยาว)	อัตราการเกิดผล ข้างเคียงที่สำคัญ	ความเหมาะสมใน ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ ซึม
การเสริมธาตุเหล็ก และสารอาหาร (ผู้ป่วยรายนี้)	สูงมากในผู้ป่วยชนิด ทุติยภูมิ สามารถรักษา อาการแสบร้อนและ ภาวะน้ำลายน้อยให้ หายขาดได้	ต่ำมาก อาจพบอาการ ระคายเคืองทางเดิน อาหารเล็กน้อย	สูงที่สุด เป็นการรักษา ที่สาเหตุหลักโดยตรง และมีความปลอดภัย
ยาโคลนาซีแพม เฉพาะที่ ⁽³⁾	สูงทั้งระยะสั้นและ ระยะยาว ช่วยลดความ ไวของเส้นประสาท ส่วนปลาย	ต่ำมาก หลีกเลียง ผลข้างเคียงต่อระบบ ส่วนกลางได้ดี	สูง ใช้ควบคุมอาการ ชั่วคราวระหว่างรอผล การเสริมธาตุเหล็ก
ยาระงับปวดประสาท ทางระบบ ^(3,13)	ปานกลางถึงสูงใน ชนิดปฐมภูมิ แต่มี ข้อจำกัดในชนิดทุติย ภูมิ	สูงมาก พบอาการปาก แห้งรุนแรง ง่วงซึม วิงเวียนศีรษะ	ต่ำ เพิ่มความเสี่ยงต่อ การหกล้มและเสริม ภาวะปากแห้ง
การนวดต่อมน้ำลาย และกายภาพ (ผู้ป่วย รายนี้)	สูงมากในการเพิ่ม อัตราการไหลของ น้ำลายและฟื้นฟูเยื่อ ช่องปาก	ไม่มีผลข้างเคียง	สูงมาก ช่วยบรรเทา ภาวะน้ำลายน้อยได้ อย่างปลอดภัย
การบำบัดทาง พฤติกรรม (CBT) ⁽³⁾	สูงมากในระยะยาว ช่วยพัฒนาทักษะการ เผชิญความเจ็บปวด	ไม่มีผลข้างเคียง	สูง เหมาะสำหรับใช้ เป็นมาตรการเสริมเพื่อ ลดความวิตกกังวล

ในรายงานผู้ป่วยฉบับนี้เป็นรายงานผู้ป่วยเพียงหนึ่งราย จึงอาจเป็นข้อจำกัดที่ไม่สามารถใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในวงกว้างได้ ทั้งนี้อาจสามารถใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นในการศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ใกล้เคียงกันต่อไปได้ นอกจากนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดในการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการที่เฉพาะในการวินิจฉัยแยกโรค เช่น การตรวจย้อมเชื้อราในช่องปาก การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา (biopsy) การตรวจเอกซเรย์ต่อมน้ำลายและท่อน้ำลาย โดยการฉีดสารทึบรังสี (sialogram) จึงใช้ข้อมูลทางคลินิกและผลทางห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจประกอบการรักษา รวมถึงการที่ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วย



สูงอายุที่ต้องอาศัยผู้ดูแลในการพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ทำให้การรักษาและติดตามผลอาจไม่ต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามในการนัดตรวจติดตามทางทันตกรรมจึงนัดพร้อมกับการตรวจติดตามโรคทางระบบทางการแพทย์เพื่อลดภาระผู้ป่วยไม่ต้องมาโรงพยาบาลหลายครั้ง

สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 78 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกทันตกรรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เป็นกรณีศึกษาที่สามารถยืนยันได้ว่า อาการแสบร้อนในช่องปากระดับรุนแรงที่สุดและภาวะน้ำลายน้อยเป็นอาการแสดงทางคลินิกของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้ แม้ว่าจะไม่พบความผิดปกติของเยื่อในช่องปากและปุ่มลิ้นก็ตาม การส่งตรวจคัดกรองทางโลหิตวิทยา (CBC) และดัชนีเม็ดเลือดแดงอย่างเป็นระบบ รวมถึงการประสานงานส่งตรวจส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ร่วมกับอายุรแพทย์ ถือเป็นขั้นตอนมาตรฐานที่จำเป็นในการวินิจฉัยแยกโรคและค้นหาสาเหตุที่แท้จริงเพื่อป้องกันรอยโรคที่อาจพบในทางเดินอาหาร การรักษาโดยการให้ธาตุเหล็กและกรดโฟลิกทดแทนทางระบบ ร่วมกับการทำกายภาพบำบัดด้วยการนวดต่อน้ำลายเฉพาะที่สามารถลดและขจัดอาการเจ็บปวดแสบร้อนทางระบบประสาทได้อย่างสมบูรณ์และยั่งยืน โดยไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยาควบคุมกระแสปะสาทที่มีผลข้างเคียงสูงในผู้สูงอายุ แนวทางการดูแลรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพนี้ไม่เพียงแต่ช่วยรักษาอาการแสบร้อนในช่องปากให้หายขาด แต่ยังช่วยฟื้นฟูสภาวะสุขภาพทางระบบและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้กลับคืนสู่สภาวะปกติได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Chiang CP, Chang JY, Wang YP, Wu YH, Wu YC, Sun A. Oral manifestations of iron deficiency anemia: a review of 125 patients. *J Oral Pathol Med* 2020; 49(1): 15-21.
2. Tan HL, Renton T. Burning mouth syndrome: An update. *Cephalalgia Reports* 2020; 3: 1-18.
3. Tan HL, Smith JG, Hoffmann J, Renton T. A systematic review of treatment for patients with burning mouth syndrome. *Cephalalgia* 2022; 42(2): 128-161.
4. Coculescu EC, Tovar S, Coculescu BI. Epidemiological and etiological aspects of burning mouth syndrome. *J Med Life* 2014; 7(3): 305-309.
5. Rao D, Khan M, Rayeen HS, Badyal V, Akhtar N, Iqbal MA. Oral manifestations of anemia: a review. *World J Pharm Med Res* 2018; 4(2): 153-5.
6. Khan M, et al. Oral manifestations of anemia: a review. *World J Pharm Med Res* 2018; 4(2): 153-155.
7. Tanaka M, Sato T, Takahashi K. Effect of iron supplementation on elderly patients with burning mouth syndrome and low serum ferritin. *Special Care Dentist* 2021; (3): 367-374.



8. Idan HM, Hasani RAM, Othman IQ. Effect of anemia on oral cavity and hematological assessments. *Diyala Journal of Medicine* 2024; 26(1): 153-162.
9. ณัฐพล มงคลชัยอนันต์, ธนพงศ์ พรหมมินทร์. รอยโรคที่ลิ้นและอาการแสบร้อนที่สัมพันธ์กับภาวะซีดในผู้สูงอายุ: การทบทวนวรรณกรรมและแนวทางการวินิจฉัย. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข* เขต 11 2567; 38(1): 112-123.
10. Adamo D, Spagnuolo G. Burning Mouth Syndrome: An Overview and Future Perspectives. *Int J Environ Res Public Health* 2023; 20(1): 682.
11. Canfora F, Calabria E, Armogida NG, Ottaviani G, Mignogna MD, Spagnuolo G, et al. Burning mouth syndrome: updates on pathogenesis and diagnostic algorithms. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache* 2025; 39(4): 1-30.
12. Lamey PJ, Lewis MA. Oral medicine in practice: burning mouth syndrome. *Br Dent J* 1989; 167(6): 197-200.
13. กุณฑิรา นันต์ ธีรยุทธ. กลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก: รายงานผู้ป่วย 1 ราย และทบทวนวรรณกรรม. *ชม. ทันตสาร* 2558; 36(1): 75-82.
14. Imura H, Shimada M, Yamazaki Y, et al. Characteristic changes of saliva and taste in burning mouth syndrome patients. *J Oral Pathol Med* 2016; 45: 231-236.
15. Anne Marie U, Murerehe J, Rehman M, Chittilla M, Uwambaye P, Razzaque MS. Oral manifestations of iron imbalance. *Front Nutr* 2023; 10: 1272902. doi:10.3389/fnut.2023.1272902.
16. Cojanu MFL, Antonescu DN, Constantinescu I, Sălsăreanu A, Zurac SA. Oral manifestations in iron deficiency anemia: case reports. *Stoma Edu J* 2017; 4(3): 114-125.
17. Mahbub M, Elahi F, Mahir T, Haque I. Serum Iron Deficiency as a Risk Factor in Burning Mouth Syndrome: An Observational Study in a Tertiary care Hospital. *KYAMC Journal* 2025; 16(2): 84-89
18. Wu YC, Wang YP, Chang JY, Cheng SJ, Chen HM, Sun A. Oral manifestations and blood profile in patients with iron deficiency anemia. *J Formos Med Assoc* 2014; 113(2): 83-7
19. Zakrzewska JM, Forssell H, Glenn AM. Burning mouth syndrome and secondary oral burning. *Pain* 2012; 153(5): 975-81.
20. Jin YT, Wu YC, Wu YH, Chang JYF, Chiang CP, Sun A. Anemia, hematinic deficiencies, hyperhomocysteinemia, and gastric parietal cell antibody positivity in burning mouth syndrome patients with or without microcytosis. *J Dent Sci* 2021; 16(2): 608-613.



21. Rahman AFMS, Ahamed S. Treatment Options for Burning Mouth Syndrome: A Narrative Review. *Jordan Journal of Dentistry* 2026; 3(1): 69-76.
22. Canfora F, Coppola N, Calabria E, Armogida NG, Mignogna MD, Spagnuolo G, et al. Management strategies for burning mouth syndrome: a comprehensive review. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache* 2026; 40(1): 1-24.