วารสารวิชาการโรงพยาบาลสมุทรปราการ
(SMPK HOS J) ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2568
Case study/กรณีศึกษา

รายงานกรณีการวินิจฉัย และการรักษา กลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก ที่สัมพันธ์กับภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์

A Clinical Case Report on Burning Mouth Syndrome Associated with Hypothyroidism

ฐิติรัตน์ ทายา
Thitirat Taya
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเชียงม่วน พะเยา
Dental Department, Chiang Muan Hospital, Phayao Province

วันรับบทความ : 9 ตุลาคม พ.ศ. 2568 วันแก้ไขบทความ : 13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 วันตอบรับบทความ : 23 ธันวาคม พ.ศ. 2568

บทคัดย่อ

รายงานกรณีการวินิจฉัยและการรักษากลุ่มอาการแสบร้อนช่องปากที่สัมพันธ์กับภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์นี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อรายงานลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ร่วมกับกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก รวมถึงกระบวนการวินิจฉัยและแนวทางการดูแลรักษา เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาทางคลินิกแก่ทันตแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขในการประเมินผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายคลึงกันในอนาคต

วิธีการศึกษา รายงานกรณีผู้ป่วยหญิงอายุ 62 ปี ที่มีอาการแสบร้อนบริเวณลิ้นโดยไม่พบรอยโรค ผลการตรวจพบภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ และ โลหิตจาง ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือส่งเสริมให้เกิดอาการแสบร้อนในช่องปาก ได้รับการรักษาด้วยยา Levothyroxine ธาตุเหล็ก และวิตามินบี ร่วมกับการปรับสุขอนามัยช่องปาก

ผลการรักษา พบว่า ผู้ป่วยมีอาการแสบร้อนลดลงจากระดับ 8 เป็นระดับ 5 ภายใน 1 เดือน และหายสนิทภายใน 6 เดือน ค่าฮีโมโกลบิน และฮอร์โมนไทรอยด์กลับสู่ระดับปกติ รายงานกรณีนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการวินิจฉัย และการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยอาศัยความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลมีความครอบคลุม และตรงสาเหตุ การประเมินภาวะทางระบบร่วมกับการรักษาแบบองค์รวม สามารถช่วยลดอาการ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ ทันตแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการประเมินโรคทางระบบในผู้ป่วยที่มีอาการแสบร้อนช่องปากโดยไม่พบรอยโรค เพื่อให้การดูแลตรงสาเหตุและเกิดประสิทธิผลสูงสุด

คำสำคัญ: กลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก, ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์, ทันตกรรมวินิจฉัย

Received : October 9, 2025 Revised : November 13, 2025 Accepted : December 23, 2025

Abstract

This case report aims to describe the clinical characteristics of a patient with hypothyroidism associated with burning mouth syndrome (BMS), as well as the diagnostic process and management approach. The purpose is to provide clinical insights and reference information for dentists and healthcare professionals in evaluating and managing patients presenting with similar symptoms in the future.

A 62-year-old female patient presented with a burning sensation on the tongue without any visible oral lesions. Laboratory investigations revealed hypothyroidism and anemia, both of which are systemic conditions that may contribute to or exacerbate burning mouth symptoms. The patient was treated with Levothyroxine and vitamin B supplementation, together with oral hygiene modification and behavioral advice.

The patient's burning sensation decreased from a Visual Analog Scale (VAS) score of 8 to 5 within one month and completely resolved within six months. Follow-up laboratory tests showed normalization of hemoglobin and thyroid hormone levels. This case highlights the importance of accurate diagnosis and individualized treatment planning through multidisciplinary collaboration to ensure comprehensive and etiology-based care. Integrating systemic evaluation with holistic management can effectively reduce symptoms and improve the patient's quality of life.

Dentists should consider evaluating possible systemic disorders in patients presenting with burning mouth symptoms without clinical lesions, to enable precise diagnosis and achieve optimal treatment outcomes.

Keywords: burning mouth syndrome, hypothyroidism, oral diagnosis

บทนำ

กลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก (Burning Mouth Syndrome: BMS) จัดอยู่ในกลุ่มอาการเจ็บปวดบริเวณช่องปากและใบหน้าเรื้อรัง เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการแสบร้อน เจ็บ หรือปวดในช่องปาก โดยที่เยื่อเมือกของช่องปากปกติ ไม่มีพยาธิสภาพทางคลินิกที่ตรวจพบได้ชัดเจน อาการดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นได้กับหลายตำแหน่ง เช่น ลิ้น เพดานปาก เหงือก หรือริมฝีปาก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การพูด และสุขภาวะทางจิตใจ สมาคมศึกษาความปวดนานาชาติ (The International Association for the Study of Pain: IASP) ได้ให้คำจำกัดความของกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปากว่าเป็นความเจ็บปวดบริเวณลิ้นหรือเยื่อเมือกช่องปากอื่นๆ โดยตรวจไม่พบความผิดปกติทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการ[1] กลุ่มอาการแสบร้อนช่องปากสามารถจำแนกออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ กลุ่มอาการแสบร้อนช่องปากปฐมภูมิ (primary burning mouth syndrome) ซึ่งเกิดขึ้นเองโดยไม่ทราบสาเหตุ และกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปากทุติยภูมิ (secondary burning mouth syndrome) ซึ่งผู้ป่วยมีอาการเนื่องจากสาเหตุปัจจัยเฉพาะที่ ซึ่งทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อเมือกช่องปาก ทั้งจากปัจจัยทางกายภาพ สารเคมี และการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อแบคทีเรีย หรือเชื้อรา ล้วนสามารถก่อให้เกิดอาการแสบร้อนในช่องปากได้ โดยปัจจัยทางระบบที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการนี้ ได้แก่ โรคของต่อมไร้ท่อ ภาวะโลหิตจาง และภาวะพร่องโภชนาการ ซึ่งวิตามิน และแร่ธาตุที่มีความสัมพันธ์กับอาการแสบร้อนช่องปาก ได้แก่ ธาตุเหล็ก กลุ่มของวิตามินบี โฟเลต และสังกะสี[2] ส่วนปัจจัยทางจิตวิทยามีรายงานการศึกษาพบว่า สภาวะความผิดปกติทางจิตใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก โดยสามารถพบได้ในผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และโรคบุคลิกภาพผิดปกติ[3] ความชุกของกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปากพบได้ร้อยละ 0.7 – 4.6 โดยมีอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 55 – 60 ปี พบได้น้อยในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี กลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก มักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วนประมาณ 3 : 1 โดยเฉพาะในหญิงวัยหมดประจำเดือน ทั้งนี้ยังไม่มีรายงานการเกิดโรคในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น[1] กลไกการเกิดโรคของกลุ่มอาการแสบร้อนในช่องปากเชื่อมโยงกับความผิดปกติของการทำงานของเส้นประสาทรับความรู้สึก (neuropathic dysfunction) และความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท (neurotransmitter imbalance) ในระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย[4-5]

ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (hypothyroidism) เป็นภาวะที่ร่างกายมีการสร้างฮอร์โมนไทรอยด์ลดลง ซึ่งส่งผลต่อกระบวนการเมแทบอลิซึมของเซลล์ทั่วร่างกาย รวมถึงเซลล์เยื่อบุช่องปาก และเซลล์ประสาทสมอง คู่ที่ 5 (trigeminal nerve) ทำให้การไหลเวียนเลือดและการนำสัญญาณประสาทลดลง ส่งผลเกิดความผิดปกติของการรับความรู้สึกปวด (altered nociceptive transmission) จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดแสบร้อนในช่องปากแม้ไม่มีรอยโรค (neuropathic dysesthesia)[6] เช่น ปากแห้ง การรับรสเปลี่ยนแปลง ลิ้นโต หรือมีอาการแสบร้อนช่องปากได้ จากรายงานการศึกษาก่อนหน้า พบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ โดยเฉพาะภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ อาจมีแนวโน้มเกิดกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปากมากกว่าผู้ที่มีระดับฮอร์โมนปกติ ซึ่งอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทรับความรู้สึก และการไหลเวียนของเลือดในเยื่อบุช่องปาก[4]

ภาวะโลหิตจาง (anemia) เป็นหนึ่งในปัจจัยทางระบบที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ขาดธาตุเหล็ก โฟเลต หรือวิตามินบี 12 ซึ่งมีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง และการนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อในช่องปากที่ลดลง ส่งผลให้เยื่อบุช่องปากเกิดภาวะขาดออกซิเจนและการเสื่อมของเนื้อเยื่อและปุ่มรับรส ทำให้เกิดอาการแสบร้อนหรือเจ็บปวดในช่องปาก[7] โดยเฉพาะบริเวณลิ้น งานวิจัยหลายฉบับรายงานว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซีด หรือขาดสารอาหารดังกล่าวมักมีอาการของ BMS ร่วมด้วย

และเมื่อได้รับการรักษาด้วยการเสริมธาตุเหล็กหรือวิตามินบี พบว่า อาการแสบร้อนในช่องปากลดลงอย่างมีนัยสำคัญ[3-4] นอกจากนี้ ปัจจัยทางจิตประสาท (neuro-psychogenic factors) ก็มีบทบาทสำคัญต่อการคงอยู่ของอาการ ผู้ป่วยมักมีความเครียด วิตกกังวล หรือภาวะนอนไม่หลับร่วมด้วย ซึ่งส่งผลให้สมดุลของสารสื่อประสาท เช่น เซโรโทนิน และโดพามีน ในสมองส่วน limbic system และ hypothalamus ผิดปกติ ภาวะดังกล่าวนำไปสู่การไวต่อความเจ็บปวดของระบบประสาทส่วนกลาง (pain hypersensitivity) ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความแสบร้อนรุนแรงและเรื้อรัง[5,8] แม้สิ่งกระตุ้นทางกายภาพจะลดลงแล้วก็ตาม

กลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการแสบหรือปวดแสบร้อนในช่องปาก โดยไม่พบความผิดปกติทางคลินิกที่ชัดเจน การวินิจฉัยโรคจึงมีความซับซ้อน และต้องอาศัยการตรวจเพิ่มเติม เพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริง เนื่องจากอาการแสบร้อนอาจเกิดได้จากหลายปัจจัย การตรวจวินิจฉัยอย่างละเอียดจึงมีความสำคัญต่อการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้สามารถแก้ไขสาเหตุของโรคได้ตรงจุด และเพิ่มประสิทธิผลของการรักษา อย่างไรก็ตาม ยังมีรายงานจำกัดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ร่วมกับกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปากในบริบทการรักษาทางทันตกรรม ซึ่งทำให้จำเป็นต้องมีการศึกษาในเชิงกรณีเพื่อสะท้อนแนวทางวินิจฉัย และรักษาที่ครอบคลุม

รายงานกรณีฉบับนี้ ได้นำเสนอผู้ป่วยโรคภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ ที่มารับการตรวจด้วยอาการแสบร้อนในช่องปาก ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก โดยที่การตรวจเพิ่มเติมพบภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ที่สนับสนุนการวินิจฉัยโรค รวมถึงการมีภาวะร่วมของโรค อันได้แก่ภาวะโลหิตจาง และภาวะพร่องโฟเลต ซึ่งเป็นสาเหตุของการแสบร้อนช่องปากในผู้ป่วยรายนี้

โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อรายงานลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ ร่วมกับกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก รวมถึงกระบวนการวินิจฉัยและแนวทางการดูแลรักษา เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาทางคลินิกแก่ทันตแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขในการประเมินผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายคลึงกันในอนาคต

รายงานผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 62 ปี เชื้อชาติไทย สิทธิการรักษาบัตรทอง 30 บาท ประกอบอาชีพแม่บ้าน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

มีอาการแสบร้อนบริเวณลิ้น และเพดานปาก ประมาณ 1 เดือน ก่อนมารับการตรวจ

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีความรู้สึกแสบที่บริเวณปลายลิ้น และรู้สึกว่าลิ้นแห้งๆ ร่วมกับรู้สึกถึงการรับรสเปลี่ยนไป อาการเป็นตลอดเวลา เป็นระยะเวลา 1 เดือน ก่อนมาพบทันตแพทย์ โดยอาการแสบมักเป็นช่วงกลางวัน โดยเฉพาะเมื่อรับประทานอาหารรสเผ็ดหรือเค็ม ระดับความเจ็บปวด เท่ากับ 8 จาก 10 ระดับ โดยผู้ป่วยได้ใช้ยาชาในช่องปาก เพื่อบรรเทาอาการ แต่อาการดีขึ้นเล็กน้อย

ประวัติทางการแพทย์

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์มาเป็นเวลา 4 เดือน โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และไขมันในเลือดสูงมาเป็นเวลา 5 ปี ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง โดยแพทย์นัดติดตามอาการทุก 3 เดือน

ประวัติส่วนตัว

ผู้ป่วยปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ มีประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่ออายุ 55 ปี ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ตามปกติ นอนหลับวันละประมาณ 5 – 7 ชั่วโมง แต่นอนหลับไม่สนิท มีความเครียดเล็กน้อย มีความกังวลเกี่ยวกับอาการที่เป็นว่าจะเป็นมะเร็ง

ลักษณะทางคลินิก

การตรวจนอกช่องปาก ใบหน้ามีความสมมาตร ไม่พบความผิดรูปของอวัยวะหรือโครงสร้างใบหน้า การตรวจต่อมน้ำเหลืองบริเวณศีรษะและลำคอ คลำไม่พบความผิดปกติ

การตรวจในช่องปาก สภาพช่องปากทั่วไป พบสุขอนามัยช่องปากไม่ดี เยื่อเมือกในช่องปากทั่วไปไม่พบความผิดปกติ สภาพเหงือกมีการอักเสบและบวมแดงเล็กน้อย พบหินน้ำลายและคราบติดสี ตรวจพบลิ้นมีลักษณะย่นเป็นริ้ว (fissured tongue) บริเวณที่ผู้ป่วยมีอาการชาและแสบ ไม่พบความผิดปกติ ไม่พบรอยแดงและไม่พบการฝ่อลีบของปุ่มรับรสบนลิ้น การตรวจการรับความรู้สึกแหลมคม และการสัมผัสเบา ให้ผลปกติ มีน้ำลายปกติ ไม่แห้ง ตรวจพบฟันสึกเล็กน้อยบริเวณฟันกรามแท้โดยทั่วไป พบฟันผุทะลุโพรงประสาทหลายซี่ ดังแสดงในภาพที่ 1 และ 2

ภาพที่ 1 ลักษณะภายในช่องปากของผู้ป่วยรายนี้

ภาพที่ 2 ลักษณะลิ้นด้านบนของผู้ป่วยรายนี้

การตรวจเพิ่มเติมทางคลินิกและห้องปฏิบัติการ

1. ประเมินระดับความเจ็บปวดโดยใช้แบบแสดงระดับความเจ็บปวด (Visual Analog Scale: VAS) ซึ่งมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 - 10 ผู้ป่วยให้คะแนนความเจ็บปวดอยู่ที่ 8 คะแนน

2. การวัดอัตราการหลั่งของน้ำลายแบบไม่กระตุ้น (unstimulated salivary flow rate) ได้ปริมาณ 0.5 มิลลิลิตรต่อนาที (ค่าปกติ คือ มากกว่า หรือเท่ากับ 0.3 - 0.4 มิลลิลิตรต่อนาที)

3. การตรวจเชื้อราแคนดิดา ด้วยวิธีโพแทสเซียมไฮดรอกไซด์ (KOH preparation) ผลการตรวจไม่พบเส้นใยของเชื้อรา (negative for fungal hyphae)

4. การตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (Complete Blood Count: CBC) ผลการตรวจพบว่าเม็ดเลือดขาวมีจำนวนปกติ คือ 7,630 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 5,500 - 10,000) โดยมีสัดส่วนของนิวโทรฟิล (Neutrophil) ร้อยละ 47 (ค่าปกติ 50 - 70) และลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) ร้อยละ 42 (ค่าปกติ 20 - 40) ระดับฮีโมโกลบิน (Hemoglobin: Hb) และ ฮีมาโตคริต (Hematocrit: Hct) ต่ำกว่าปกติ คือ 9.8 กรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 11 - 16) และร้อยละ 30.0 (ค่าปกติ 37 - 57) ตามลำดับ ส่วนเม็ดเลือดแดงมีขนาดเล็กและซีด จากค่า MCV คือ 69 เฟมโตลิตร (ค่าปกติ 80 – 100) และค่า MCH คือ 23 (ค่าปกติ 27 – 34) ในส่วนของเกล็ดเลือด (Platelets) พบว่า มีจำนวนปกติ คือ 221,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 140,000 - 400,000)

5. การตรวจภาวะโภชนาการ (nutritional status assessment) ผลการตรวจธาตุเหล็กในเลือด (serum iron) อยู่ในระดับปกติ คือ 74 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 60 - 180) และความสามารถในการจับเหล็กได้ทั้งหมด (Total Iron Binding Capacity: TIBC) 332 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 215 - 535)

6. การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ได้ทำการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting Blood Sugar: FBS) เพื่อประเมินภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย พบว่าผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) ได้ค่า 112 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติเล็กน้อย (ค่าปกติ 70 - 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)

7. การตรวจระดับฮอร์โมนไทรอยด์ โดยวัดระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone; TSH) ไทรอกซินอิสระ (Free T4: FT4) และไตรไอโอโดไธโรนีนอิสระ (Free T3: FT3) เพื่อประเมินการทำงานของต่อมไทรอยด์ พบว่า ผลการตรวจพบค่า TSH คือ 5.96 สูงกว่าปกติ (ค่าปกติ 0.38 - 5.33) และระดับ FT4 คือ 0.53 (ค่าปกติ 0.59 - 1.54) ต่ำกว่าปกติ สอดคล้องกับภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (hypothyroidism)

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยแยกโรคในผู้ป่วยรายนี้ ได้พิจารณาภาวะต่างๆ ที่อาจทำให้เกิดอาการแสบร้อนในช่องปากคล้ายคลึงกัน ได้แก่ ภาวะเชื้อราในช่องปาก (oral candidiasis) ภาวะไลเคนพลานัสช่องปาก (oral lichen planus) และภาวะปากแห้ง (xerostomia) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1 ซึ่งแสดงลักษณะสำคัญของแต่ละภาวะ ผลการตรวจของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 *การวินิจฉัยแยกโรคของอาการแสบร้อนในช่องปากของผู้ป่วยรายนี้*

การวินิจฉัยแยกโรค	ลักษณะทางคลินิก	ผลตรวจที่พบในผู้ป่วยรายนี้	การวินิจฉัยโรค
Oral Candidiasis	- มีคราบขาวเช็ดออกได้ - อาจพบ erythematous candidiasis - อาจสัมพันธ์กับฟันปลอม เบาหวาน หรือยาปฏิชีวนะ	- ไม่พบคราบขาวหรือรอยโรคเยื่อเมือก - ผลตรวจเชื้อราไม่พบ (negative)	ไม่มีลักษณะจำเพาะของ candidiasis และไม่พบเชื้อราในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
Oral Lichen Planus	- ลักษณะเด่น: white reticular striae (Wickham's striae) - อาจมี erosive หรือ atrophic lesion	- เยื่อเมือกช่องปากปกติ - ไม่พบ reticular pattern หรือ erosive lesion	ไม่พบรอยโรคจำเพาะของ oral lichen planus ลักษณะเยื่อเมือกในช่องปากปกติ
Xerostomia	- รู้สึกปากแห้ง พูด/กลืนลำบาก - เยื่อเมือกมักแห้งเหนียว - อาจสัมพันธ์กับยาหรือโรคระบบ	- อัตราการหลั่งน้ำลายปกติ - ในช่องปากพบน้ำลายเยื่อเมือกไม่มีลักษณะแห้ง	ไม่พบภาวะการหลั่งน้ำลายน้อย
Burning Mouth Syndrome	- อาการแสบร้อนเรื้อรังแบบไม่มีรอยโรค - พบมากที่ลิ้น เพดาน ริมฝีปาก - อัตราการหลั่งน้ำลายปกติ - ตรวจเยื่อเมือกปกติ	- เยื่อเมือกปกติทุกตำแหน่ง - น้ำลายปกติ - ตรวจเชื้อราไม่พบ - พบภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์และภาวะโลหิตจาง	ลักษณะอาการและผลการตรวจสอดคล้องกับเกณฑ์ของ secondary burning mouth syndrome หลังจากตัดสาเหตุอื่นที่อาจทำให้เกิดอาการแสบร้อนในช่องปากออกแล้ว

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกและผลการตรวจประกอบตามตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยไม่มีลักษณะของภาวะเชื้อราในช่องปาก อีกทั้งไม่พบลักษณะจำเพาะของภาวะไลเคนพลานัสในช่องปาก และการตรวจอัตราการหลั่งน้ำลาย พบว่า อยู่ในช่วงปกติ เมื่อพิจารณาจากอาการแสบร้อนในช่องปากที่เป็นเรื้อรัง ร่วมกับผลการตรวจเยื่อเมือกและการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่พบความผิดปกติ รวมถึงการตัดสาเหตุที่อาจอธิบายอาการได้ออกทั้งหมดแล้ว จึงสรุปได้ว่า อาการของผู้ป่วยรายนี้สอดคล้องกับการวินิจฉัย secondary burning mouth syndrome

การรักษา

การรักษาทางทันตกรรม ทันตแพทย์ได้ให้การรักษาเบื้องต้นโดยการขูดหินน้ำลาย และเกลารากฟัน รวมถึงการถอนฟันที่ทะลุโพรงประสาทฟัน เพื่อกำจัดปัจจัยระคายเคืองเฉพาะที่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการดูแลสุขอนามัยช่องปากอย่างถูกวิธี และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ทั้งสาเหตุ กลไกการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค รวมทั้งอธิบายถึงแนวทางการรักษา เพื่อลดความกังวลเกี่ยวกับโรคให้กับผู้ป่วย

การรักษาโรคทางระบบ เมื่อทราบถึงสาเหตุที่เกี่ยวข้อง ทันตแพทย์ได้ส่งปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษาความผิดปกติที่ตรวจพบ และโรคทางระบบของผู้ป่วย แพทย์ได้สั่งจ่ายยา Levothyroxine ขนาด 100 ไมโครกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนอาหารเช้า ยา Lorazepam 1 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด เมื่อมีอาการนอนไม่หลับ ร่วมกับ ธาตุเหล็ก Ferrous sulfate 200 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนอาหารเช้า วิตามินรวม (Multivitamins) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และวิตามินบี 1-6-12 รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งหลังอาหารเช้าและเย็น เพื่อเป็นการรักษาสาเหตุทางระบบของผู้ป่วย

การติดตามอาการ ผู้ป่วยมารับการติดตามผลหลังเริ่มรักษา 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นได้ติดตามผู้ป่วยมาติดตามการรักษาทุก 2 สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 2 เดือน และมีการติดตามผู้ป่วยทุก 3 เดือน พร้อมกับการนัดหมายของแพทย์โรคประจำตัว

ผลการรักษาและการติดตามผล

ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ เสริมวิตามินและแร่ธาตุ ผู้ป่วยมีอาการแสบร้อนและชาลดลงอย่างชัดเจน โดยการประเมินด้วยแบบแสดงระดับความเจ็บปวด (Visual Analog Scale: VAS) พบว่า ระดับความเจ็บปวดจากเดิมที่ 8 ลดลงเหลือ ระดับ 5 ภายใน 1 เดือนแรกของการรักษา

หลังจากผู้ป่วยได้รับวิตามิน และแร่ธาตุเสริมครบ 6 เดือน ผลการตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ พบว่า มีจำนวนเม็ดเลือดแดง ระดับฮีโมโกลบิน ปริมาตรเม็ดเลือดแดง จำนวนเกล็ดเลือดและระดับฮอร์โมนไทรอยด์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผลการตรวจแสดงไว้ในตารางที่ 2

จากการติดตามการรักษาผู้ป่วย มีอาการในช่องปากดีขึ้นต่อเนื่อง โดยจากการติดตามนาน 2 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 ถึง ปี พ.ศ. 2568 ปัจจุบันผู้ป่วยไม่มีอาการแสบร้อน และชาในช่องปากแล้ว ระดับความเจ็บปวด เท่ากับ 0 ส่วนอาการทางระบบทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ดี โดยผลการตรวจ พบว่า เม็ดเลือดขาวมีจำนวนปกติ คือ 7,840 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 5,500 - 10,000) ระดับฮีโมโกลบิน (Hemoglobin: Hb) และฮีมาโตคริต (Hematocrit: Hct) ต่ำกว่าปกติ คือ 11.3 กรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 11 - 16) และร้อยละ 35.0 (ค่าปกติ 37 - 57) ตามลำดับ ในส่วนของเกล็ดเลือด (Platelets) พบว่า มีจำนวนปกติ คือ 273,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 140,000 - 400,000) ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting Blood Sugar: FBS) ได้ค่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติ (ค่าปกติ 70 - 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) การตรวจระดับฮอร์โมนไทรอยด์ พบค่า TSH คือ 5.12 (ค่าปกติ 0.38 - 5.33) FT3 คือ 3.34 (ค่าปกติ 2.30 - 4.90) และระดับ FT4 คือ 0.66 (ค่าปกติ 0.59 - 1.54) และยังคงติดตามการรักษากับแพทย์อย่างสม่ำเสมอทุก 3 เดือน ผลการตรวจแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 *ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนการรักษาและระหว่างการติดตามการรักษา*

	ก่อนการรักษา	หลังการรักษา 6 เดือน	หลังการรักษา 2 ปี	ค่าปกติ
White blood cell (cell/mm^3)	7,630	7,750	7,840	5,000 - 10,000
Lymphocytes (%)	42↑	31	34	20 - 40
Red Blood cell (x10^6cell/mm^3)	4.28	4.80	4.36	4.0 - 5.9
Hemoglobin (g/dL)	9.8↓	10.9↓	11.3	11.0 - 16.0
Hematocrit (%)	30↓	33↓	35↓	37 - 54
Platelet count (/mm^3)	221,000	244,000	273,000	140,000 - 400,000
TSH	5.957↑	2.365	5.122	0.380 - 5.330
FT3	3.44	2.86	3.34	2.300 - 4.900
FT4	0.53↓	0.72	0.66	0.59 - 1.54
Visual Analog Scale: VAS	8	2	0	

หมายเหตุ: ลูกศรลง (↓) คือ ต่ำกว่าค่าปกติ ลูกศรขึ้น (↑) คือ สูงกว่าค่าปกติ

อภิปรายผล

อาการแสบร้อนในช่องปากเป็นหนึ่งในอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาทางทันตกรรม ซึ่ง Scala และคณะ[4] พบว่าอาจมีสาเหตุได้หลากหลาย ทั้งจากปัจจัยเฉพาะที่ เช่น แผลบาดเจ็บ การติดเชื้อรา แคนดิดา และโรคไลเคนแพลนัสช่องปาก รวมถึงปัจจัยทางระบบ เช่น การขาดวิตามินและแร่ธาตุ หรือความผิดปกติของฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zakrzewska และคณะ[8] ที่พบว่า อาการแสบร้อนในช่องปากอาจเกิดจากความผิดปกติที่ไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของเยื่อเมือกช่องปาก หรือไม่พบสาเหตุทางระบบใดๆ เลย ซึ่งในกรณีดังกล่าวมักจัดอยู่ในกลุ่มของกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปาก ที่มีลักษณะเฉพาะ คือ มีอาการแสบร้อนโดยไม่พบรอยโรค หรือความผิดปกติทางคลินิกที่ชัดเจน

จากกรณีศึกษานี้ ผู้ป่วยรายนี้เป็นเพศหญิง อายุ 62 ปี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคนี้ ที่มักพบในเพศหญิงวัยกลางคนและหมดประจำเดือน[9-11] ซึ่งเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนที่มีผลต่อเส้นประสาทรับความรู้สึกในช่องปาก อาการแสบร้อนของผู้ป่วยรายนี้เกิดขึ้นบริเวณลิ้นและเพดานโดยไม่พบรอยโรค

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยรายนี้มีโรคทางระบบร่วม คือ ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยทางระบบของผู้ป่วยร่วมในการวินิจฉัยและวางแผนการตรวจเพิ่มเติม การตรวจทางคลินิกและผลตรวจห้องปฏิบัติการช่วยยืนยันว่าเป็น กลุ่มอาการแสบร้อนช่องปากทุติยภูมิ (secondary BMS) ที่สัมพันธ์กับภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์และภาวะโลหิตจาง ซึ่งเป็นปัจจัยทางระบบที่มีรายงานสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการแสบร้อนช่องปากตามที่ Woda และ Femiano และคณะได้ศึกษาไว้[5,12] ซึ่งสอดคล้องกับกลไกการเกิดอาการแสบร้อนช่องปากจากภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (hypothyroidism) จากการศึกษาของ Sharma และคณะ[6] สรุปว่าในภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ การลดลงของการสร้างฮอร์โมนไทรอกซิน (T4) และไตรไอโอโดไธโรนีน (T3) ส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบหลอดเลือดขนาดเล็ก ทำให้การไหลเวียนโลหิต และการนำสัญญาณประสาทในเยื่อบุช่องปากลดลง การเปลี่ยนแปลงนี้นำไปสู่การเกิดความผิดปกติของการรับความรู้สึกปวด ลักษณะแสบร้อน (burning sensation) ซึ่งสอดคล้องกับอาการในผู้ป่วยรายนี้ นอกจากนี้ การศึกษาของ Guggenheimer & Moore[7] พบว่าการตรวจเลือดยังพบภาวะโลหิตจางชนิดเม็ดเลือดแดงซีดขนาดเล็ก (microcytic hypochromic anemia) ซึ่งทำให้เยื่อบุช่องปากเกิดภาวะขาดออกซิเจน (mucosal hypoxia) และเสื่อมของปุ่มรับรส (taste bud atrophy) ส่งผลให้เกิดอาการแสบร้อนและการรับรสเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของอาการแสบร้อนช่องปากของผู้ป่วยรายนี้[7-8] ดังนั้นในกรณีนี้ที่มีภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ร่วมด้วยการปรับสมดุลของฮอร์โมนอาจสามารถช่วยลดอาการแสบร้อนช่องปากได้เช่นกัน

ผลการรักษาในผู้ป่วยในรายนี้มีอาการแสบร้อนลดลงจาก VAS ระดับ 8 เหลือ ระดับ 5 หลังการรักษา 1 เดือน และหายเป็นปกติภายใน 6 เดือน ซึ่งผลการรักษาในผู้ป่วยรายนี้คล้ายกับรายงานของ Femiano[12] ที่รายงานผู้ป่วยหญิงวัยหมดประจำเดือน ที่มีภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ร่วมกับกลุ่มอาการแสบร้อนในปาก มีอาการทุเลาหลังได้รับ levothyroxine ครบ 3 เดือน สอดคล้องกับรายงานของ López-Jornet และคณะ[2] ที่พบว่า การเสริมวิตามินบี 12 และธาตุเหล็ก ช่วยลดอาการ burning sensation ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากช่วยฟื้นฟูการทำงานของเส้นประสาทรับความรู้สึก และเยื่อบุช่องปาก

ในด้านพยาธิสภาพเชิงระบบ กลไกของกลุ่มอาการแสบร้อนในช่องปากของผู้ป่วยรายนี้อธิบายได้จากการทำงานร่วมกันของความผิดปกติในระบบต่อมไร้ท่อ ระบบโลหิต และระบบประสาท ซึ่งส่งผลต่อการรับความรู้สึกปวดในช่องปาก งานวิจัยของ Woda และคณะ[5] อธิบายว่าเป็นผลจาก peripheral nerve injury และ central sensitization ที่ทำให้ผู้ป่วยมีการไวต่อความเจ็บปวดมากกว่าปกติ (pain hypersensitivity)

ปัจจัยทางจิตใจ เช่น ความเครียดและภาวะนอนไม่หลับที่พบในผู้ป่วยรายนี้ ยังมีบทบาทกระตุ้นการหลั่ง Serotonin และ Dopamine ผิดปกติ ซึ่งส่งผลต่อระบบ Limbic ในสมองและเพิ่มความไวต่อความเจ็บปวด[8]

นอกจากนี้ การให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่อง การดูแลสุขอนามัยช่องปาก หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด กาแฟ และแอลกอฮอล์ รวมถึงการจิบน้ำบ่อยๆ และใช้น้ำลายเทียมช่วยลดการระคายเคืองในช่องปาก ถือเป็นการจัดการร่วมแบบองค์รวม (holistic management) ที่ช่วยลดอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ฟันผุ และการติดเชื้อรา ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษาที่เสนอโดย Scala และคณะ[4]

การศึกษารายกรณีนี้ เป็นการถอดบทเรียนจากการรักษาในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน อาจมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร เครื่องมือทางห้องปฏิบัติการ และบุคลากรเฉพาะทาง ทำให้การตรวจวินิจฉัยบางประเภท เช่น การตรวจระดับวิตามินอื่นๆ การตรวจทางชีวเคมีของสารสื่อประสาท ไม่สามารถตรวจได้ครบถ้วน อย่างไรก็ตามมีทีมสหสาขาวิชาชีพประยุกต์ใช้แนวทางการประเมิน และการรักษาให้เหมาะสมกับบริบท เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

โดยสรุป รายงานกรณีนี้ชี้ให้เห็นว่าการวินิจฉัย และรักษาอาการแสบร้อนในช่องปาก จำเป็นต้องพิจารณาทั้งปัจจัยเฉพาะที่ และปัจจัยทางระบบ การประเมินภาวะฮอร์โมน ภาวะโลหิตจาง และภาวะโภชนาการควบคู่กับการดูแลทางทันตกรรม สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาได้อย่างชัดเจน ผลการรักษาที่ดีขึ้นของผู้ป่วยรายนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary care) และแนวทางการรักษาแบบองค์รวม (biopsychosocial approach) ซึ่งไม่เพียงช่วยให้อาการทุเลา แต่ยังส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

จากรายงานกรณีนี้ แสดงให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของทันตแพทย์เฉพาะทางในฐานะ “ผู้เชื่อมโยงระหว่างอาการในช่องปาก และโรคทางระบบ” ที่สามารถตรวจพบภาวะพร่องฮอร์โมนหรือภาวะโลหิตจางในระยะเริ่มต้น การประสานงานระหว่างทันตแพทย์ แพทย์ และสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ มีความสำคัญต่อการวางแผนการรักษาผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และตรงจุด อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของรายงานนี้คือเป็นการศึกษารายเดียว และยังไม่มีการตรวจชีวเคมีของสารสื่อประสาท เพื่อยืนยันกลไกทางประสาทโดยตรง จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น หรืออาจมีการเฝ้าระวังโดยการตรวจสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องฮอร์โมนที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที จะช่วยลดความทุกข์ทรมาน และยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Dworkin SF, Burgess JA. Orofacial pain of psychogenic origin: current concepts and classification. J Am Dent Assoc. 1987;115(4):565–71.
2. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Andujar-Mateos P, Sánchez-Siles M, Gómez-Garcia F. Burning mouth syndrome: an update. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010;15(4):562–8.
3. Klasser GD, Fischer DJ, Epstein JB. Burning mouth syndrome: recognition, understanding, and management. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2008;20(2):255–71.
4. 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):275–91.

5. Woda A, Dao T, Gremeau-Richard C. Pathophysiology of burning mouth syndrome: perspectives from pain research. J Orofac Pain. 2015;29(1):67–77.
6. Sharma N, Sharma A. Thyroid profile in menstrual disorders. JK Sci. 2012;14(1):14–17.
7. Guggenheimer J, Moore PA. The therapeutic applications of iron in oral medicine. Oral Dis. 2018;24(2):188–95.
8. Zakrzewska JM. Burning mouth syndrome. Oral Dis. 2021;27(4):829–43.
9. Grushka M, Sessle BJ, Howley TP. Psychophysical assessment of tactile, pain and thermal sensory functions in burning mouth syndrome. Pain. 1987;28(2):169–84.
10. Grushka M. Clinical features of burning mouth syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1987;63(1):30–6.
11. Basker RM, Main DM. The cause and management of burning mouth condition. Spec Care Dentist. 1991;11(3):89–96.
12. Femiano F. Burning mouth syndrome (BMS): an open trial of comparative efficacy of alpha-lipoic acid (thioctic acid) therapy versus vitamin supplementation. J Oral Pathol Med. 2004;33(7):410–3.