

## مروری بر سندرم سوزش دهان

دکتر مریم بهاروند\*، دکتر نسرین رفیعیان\*\*، دکتر صدیقه بختیاری\*\*\*

### چکیده

سابقه و هدف: سندرم سوزش دهان (*burning mouth syndrome: BMS*) اختلالی است مزمن که در آن، بیمار از احساس درد و سوزش در دهان شکایت دارد ولی مخاط دهان به نظر سالم می‌رسد و هیچ تظاهر کلینیکی یا یافته لابراتواری در ارتباط با آن موجود نیست. شیوع *BMS* از ۱٪ تا ۱۵٪ گزارش شده است و در زنان ۷ مرتبه بیشتر از مردان رخ می‌دهد. *BMS* اکثراً بعد از یائسگی در دهه ۴ تا ۶ زندگی ایجاد می‌شود. سندرم سوزش دهان دردناک است و بر روی کیفیت زندگی بیمار تاثیر منفی می‌گذارد. پاتوفیزیولوژی بیماری هنوز ناشناخته است؛ و با وجود انواع روش‌های درمانی مطرح، هنوز توافق عمومی در مورد درمان *BMS* وجود ندارد. در بیشتر مواقع بیمار با شکایت از سوزشی که توجیه خاصی ندارد، از یک پزشک به پزشکی دیگر ارجاع داده می‌شود بدون اینکه درمان موثری دریافت نماید و این باعث ایجاد فشار روانی و عاطفی زیادی برای بیمار می‌گردد و ممکن است به درمان‌های اضافه و اشتباه منجر گردد. این مطالعه با هدف مروری بر اطلاعات جدید در مورد علل احتمالی *BMS* و پاتوفیزیولوژی و روش‌های درمانی جدید این بیماری صورت پذیرفت.

مرور مقالات: در این مقاله مروری از مقالات انگلیسی زبان منتشر شده در سایت‌های *Elsevier.Cochrane Library* و *Embase* بین سال‌های ۱۹۸۶ تا ۲۰۰۸ استفاده شد. این مطالعات شامل تحقیقات انجام شده به صورت مقطعی، طولی و اپیدمیولوژیک بودند. همچنین، پایان‌نامه‌های مرتبط با *BMS* طی سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۸۵، مجلات داخلی از جمله مجله دندانپزشکی تهران و کتب مرجع مورد بررسی قرار گرفتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به مقالات مطالعه شده، اگر چه علت سندرم سوزش دهان ناشناخته است ولی برخی عوامل موضعی و سیستمیک و روانی می‌توانند باعث تشدید این اختلال گردند. در نتیجه، علاوه بر دارودرمانی به صورت موضعی و سیستمیک، حذف عوامل احتمالی در ایجاد و تشدید علائم، روش‌های شناخت‌درمانی و رفتاردرمانی (*behavior cognitive therapy*) می‌تواند در کنترل سندرم سوزش دهان موثر باشد. با توجه به مولتی‌فاکتوریال بودن علت سندرم سوزش دهان برای تشخیص صحیح به تاریخچه‌گیری مناسب و معاینات دهانی دقیق نیاز است و درمان این بیماران باید بر اساس شرایط هر فرد تعیین گردد.

کلید واژگان: سندرم سوزش دهان، *stomatodynia, Stomatopyrosis, Oral pain*

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۱۰/۷ تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۸۸/۱۲/۲۴ تاریخ تأیید مقاله: ۱۳۸۹/۱/۳۱

مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دوره ۲۸، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۹، ۱۷۹-۱۷۲

### مقدمه

پشتی و کناره قدامی طرفی زبان)، قسمت قدامی لب‌ها و قدام کام سخت می‌باشند (۳، ۴). کلماتی که مترادف *BMS* به کار می‌روند عبارتند از: *Stomatodynia, Stomatopyrosis* و *Oral dysesthesia* (۱، ۳).

سندرم سوزش دهان (*Burning Mouth Syndrome*) (*BMS*) درد سوزشی در زبان یا سایر مخاط‌های دهان است، بدون اینکه یافته‌های کلینیکی یا آزمایشگاهی توجیه کننده این وضعیت باشند (۱، ۲). شایع‌ترین محل‌های درگیری مخاط دهان در این سندرم زبان (معمولاً قسمت قدام سطح

\*دانشیار گروه بیماری‌های دهان و تشخیص، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

\*\*دستیار گروه بیماری‌های دهان و تشخیص، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

\*\*\*نویسنده مسئول: استادیار گروه بیماری‌های دهان و تشخیص، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

ویژگی‌های درد در سندرم سوزش دهان

۱- BMS اولیه یا ایدیوپاتیک که هیچ عامل موضعی و سیستمیک ارگانیک مرتبط با سوزش دهان وجود ندارد و بیشتر به عنوان یک عامل نورولوژیک مطرح شده است (۷).  
 ۲- BMS ثانویه که ممکن است در آن شرایط پاتولوژیک موضعی و سیستمیک مختلف در ایجاد درد نقش داشته، حذف آنها به بهبود وضعیت بیمار منجر می‌گردد (۷).  
 BMS از لحاظ علائم بالینی به صورت زیر طبقه‌بندی می‌شود (۳):  
 - BMS نوع ۱: سوزش از صبح شروع شده، در طول روز شدت می‌یابد. حداکثر شدت آن عصر می‌باشد.  
 - BMS نوع ۲: علائم به صورت پایدار (constantly) در طول روز وجود دارند.  
 - BMS نوع ۳: بیمار علائم را به صورت منقطع (intermittent) در طول روز یا در بین روزها تجربه می‌کند.  
 این تقسیم‌بندی جهت تصمیم‌گیری درمانی بسیار مفید است. درمان بیماران مبتلا به نوع اول نسبت به نوع دوم و سوم موفقیت‌آمیزتر می‌باشد. در نوع دوم (نسبت به نوع اول) احتمال وجود اختلالات روانی بیشتر بوده، اضطراب بیمار احتمال موفقیت درمان را کاهش می‌دهد (۱).

اپیدمیولوژی

سندرم سوزش دهان از مشکلات نسبتاً شایع در میان زنان بعد از یائسگی است که در ۹۰٪ موارد ۳ تا ۱۲ سال بعد از یائسگی و متوسط سن ۵۰ تا ۶۰ سال ایجاد می‌شود (۱، ۲). شیوع BMS در ایران حدود  $1/3 \pm 0/08$  گزارش شده است (۱۱-۱۸).

پاتوفیزیولوژی

پاتوفیزیولوژی BMS پیچیده است و تعامل بین عوامل مختلف موضعی، سیستمیک و روانی باعث ایجاد اختلال می‌شود (۷).  
 BMS نوعی درد نوروپاتیک است که به دنبال کاهش عملکرد سیستم چشایی در افراد مستعد بروز می‌نماید. اساس این نظریه بر آن است که تحریک اعصاب مربوط به حس چشایی باعث مهار انتقال حس درد می‌شوند (۲۱-۱۹، ۷).

عوامل موثر بر ایجاد سوزش دهان

عوامل موضعی و سیستمیک مختلفی با ایجاد احساس سوزش در دهان در ارتباط هستند. این عوامل سیستمیک عبارتند از:

۱- متوسط شدت درد BMS در مقیاس (visual analogue scale) VAS ۵ تا ۸ سانتی‌متر است (در این مقیاس صفر نشان‌دهنده بی‌دردی و ۱۰ مربوط به شدیدترین دردی است که بیمار تجربه کرده است) (۶، ۵). شدت درد معمولاً در انتهای روز افزایش می‌یابد ولی با خواب بیمار تداخل ندارد (۷، ۸).  
 ۲- علائم حداقل برای ۴ تا ۶ ماه باقی می‌مانند (۴).  
 ۳- الگوی درد به صورت مداوم و غیرحمله‌ای است (۷).  
 ۴- مسیر درد مستقل از مسیر عصب و اغلب به صورت دوطرفه و قرینه است (۷)، ولی در بعضی موارد به صورت یک‌طرفه ایجاد می‌شود (۴).  
 ۵- علائم بیمار با خوردن و نوشیدن بهبود می‌یابد (۹).  
 ۶- مشکلات همزمان مثل خشکی دهان، تغییر در حس چشایی (dysgeusia)، سردرد، تغییر خلق، تحریک‌پذیری، اضطراب، افسردگی و کاهش تمایل به وارد شدن در اجتماع در این بیماران شایع است (۱).  
 حس سوزش در زبان به وضعیتی تشبیه می‌شود که یک نوشیدنی داغ باعث تحریک زبان و به اصطلاح پوست رفتگی زبان (scalded tongue) شده است (۳).  
 تغییر حس چشایی در ۲/۳ بیماران مبتلا به BMS دیده می‌شود (۲) و به صورت طعم فلزی (Metallic) همراه با افزایش یا کاهش واکنش نسبت به شوری، شیرینی یا ترشی است (۱۱، ۱۰).  
 خشکی دهان شایع‌ترین شکایت در میان بیماران است. علت خشکی دهان می‌تواند چندعاملی باشد و به طور شایع ناشی از مصرف داروها و دیابت ملیتوس است (۱۲).  
 در بیشتر از نیمی از بیماران، درد بدون هیچ عامل مستعد کننده و به صورت خود به خود شروع می‌شود، در حالی که تقریباً در ۱/۳ بیماران شروع علائم با اعمال دندانپزشکی، بیماری‌ها یا داروهای مصرفی اخیر (مثل درمان با آنتی‌بیوتیک) همراه است (۱۳).  
 این درد با تنش، خستگی، صحبت کردن زیاد بیمار، یا هنگام خوردن غذاهای داغ بدتر می‌شود و با خوردن غذاهای خنک و یا سرگرم کار شدن، التیام می‌یابد (۱۴، ۱۵). در بسیاری از موارد یک همزمانی در ایجاد BMS و شرایطی مثل اضطراب و سایر عوامل سایکولوژیک وجود دارد (۳).  
 BMS از لحاظ اتیولوژی به دو دسته تقسیم می‌شود:

عوامل موضعی مطرح در ایجاد BMS عبارتند از: خشکی دهان: عدم عملکرد غده بزاقی یا تغییر در ترکیب بزاق می‌تواند موجب آتروفی مخاط دهان و سوزش گردد (۷). تغییرات قابل ارزیابی در بزاق بیماران BMS شامل افزایش محتوای پتاسیم، فسفات و پروتئین است که باعث چسبندگی و غلیظ شدن بزاق می‌شود (۱۴). خشکی دهان می‌تواند با مصرف دارو، همراه با تنش و اضطراب، افزایش سن یا منوپوز ایجاد شود (۱،۳).

عفونت‌هایی چون کاندیدیازیس: کاندیدیازیس ساب‌کلینیکال می‌تواند باعث تظاهرات BMS در ۲۵٪ بیماران شود (۱۲). اعمال دندانپزشکی: درد دهان ممکن است متعاقب کاربرد نادرست اپلاینس‌های ارتودنسی، موقعیت بد یا نادرست فیکساتورهای دندانپزشکی یا فیکساتورهایی که برای مدت طولانی در دهان قرار داده شده‌اند، ایجاد شود. این درد می‌تواند با احساس طعم فلزی همراه باشد (۱۴).

عادات دهانی و پارافانکشنال: چون براکسیسم، clenching و thrusting Tongue ممکن است با علائمی از سوزش در دهان همراه باشند (۱۲). درد اغلب در نواحی متحرک مخاط متمرکز است که نشان می‌دهد سایش بافت‌ها بر هم یا بر روی دندان‌ها باعث بروز BMS می‌شود (۱).

استوماتیت آلرژیک تماسی در ارتباط با ترمیم‌های دندانی، آکریل یا غذاها: واکنش موضعی در محل تماس بین مخاط و فلز منجر به اریتم و احساس سوزش می‌شود. این نوع آلرژی معمولاً باعث ایجاد دردهای منقطع در محل‌های غیرشایع می‌شود (BMS نوع III) (۴). در این موارد احتمال دارد پچ تست (patch test) نسبت به ماده‌ای که باعث آلرژی شده است، مانند آمالگام، کامپوزیت، آکریل یا سایر مواد دندانپزشکی مثبت شود (۱۲،۲۷).

#### تشخیص BMS

برای ارزیابی کامل بیمار و رسیدن به تشخیص صحیح مراحل زیر توصیه می‌شود: گرفتن یک تاریخچه دقیق: تاریخچه شامل طول دوره درد (duration)، شدت درد (intensity)، محل درد (site) و عواملی که باعث بهبود یا تشدید درد می‌شوند، می‌باشد. در تاریخچه پزشکی حضور بیماری‌های ارگانیک باید مورد بررسی قرار گیرد (۱۴).

معاینات کلینیکی کامل: به خصوص معاینه دقیق دهان و حلق در تشخیص از اهمیت برخوردار است (۱۴). بسیاری از

اختلالات سایکولوژیک: چون افسردگی و اضطراب در اتیولوژی BMS مطرح هستند (۲۲، ۵). در بررسی ارتباط سندرم سوزش دهان با اضطراب در سالمندان، سوزش دهان با اضطراب فرد مرتبط بود (۲۳). در واقع مشکلاتی چون افسردگی و اضطراب می‌توانند باعث تغییر درک شخص نسبت به احساس درد گردند، به طوری که آستانه درد بیماران مبتلا به BMS (به ویژه در زنان) پایین‌تر از گروه کنترل است (۲۴، ۱۳). به هر حال هنوز مشخص نیست افسردگی و اضطراب باعث ایجاد درد دهان می‌شوند یا اینکه متعاقب درد مزمن دهان، بیمار دچار افسردگی می‌گردد (۲۵). کمبودهای تغذیه‌ای: مانند کمبود آهن، ویتامین B12، اسید فولیک و روی می‌تواند موجب احساس سوزش در مخاط دهان شود (۱۲، ۲۶).

#### اختلالات اندوکراین

الف) دیابت ملیتوس: دیابت باعث ایجاد تغییرات متابولیک در مخاط دهان، همچنین موجب نوروپاتی دیابتیک و آنژیوپاتی می‌شود که همه این عوامل در ایجاد BMS در بیماران دیابتیک نقش دارند (۱۲).

ب) هیپوتیروئیدسم: نقش هورمون تیروئید در بلوغ و تکامل پاپیلاهای قارچی شکل شناخته شده است. بنابراین، در هیپوتیروئیدسم نقص در تکامل پاپیلاها و متعاقباً کاهش درک چشایی و احساس سوزش دهان دیده شده است (۲۰).

ج) یائسگی و عوامل هورمونال: کاهش استروژن در زنان بعد از یائسگی ممکن است در بروز BMS موثر باشد. این نظریه زمانی مطرح گردید که هورمون درمانی در تخفیف علائم این بیماران موثر واقع شد (۱).

#### عوارض جانبی داروها

داروهای ضد فشار خون از شایع‌ترین داروهایی هستند که تظاهراتی مشابه BMS ایجاد می‌کنند. از میان این داروها، ترکیباتی که در ارتباط با سیستم رنین آنژیوتانسین عمل می‌کنند (captopril, enalapril, lisinopril) بیشتر با احساس سوزش دهان همراه هستند. Efavirenz (داروی ضد ویروس در درمان HIV) و داروهای ضد افسردگی مانند sertraline و fluoxetine می‌توانند با ایجاد سوزش دهان همراه باشند. ارتباط BMS با دارو، وابسته به دوز (dose-dependent) بوده و رابطه‌ای بین طول مدت مصرف دارو و ایجاد علائم وجود ندارد (۴).

وجود هر گونه اختلال، بیمار باید جهت درمان به پزشک متخصص مربوطه ارجاع داده شود (۱۴).

#### درمان‌های دارویی

درمان‌های دارویی در اختلالات BMS در سه گروه بررسی می‌شود (۷):

- درمان‌های موضعی
- درمان‌های سیستمیک
- رفتاردرمانی و شناخت درمانی (behavioral-cognitive therapy)

#### درمان‌های موضعی

الف: کلونازپام موضعی: تجویز کلونازپام موضعی، به صورت قرص ۱ میلی‌گرم و سه بار در روز می‌باشد. بیمار قرص را در دهان قرار داده، پس از مکیدن به مدت ۳ دقیقه، آب دهان را خارج می‌کند (۷). در حال حاضر به نظر می‌رسد کلونازپام موضعی بهترین انتخاب درمانی است و در نیمی از بیماران (۴۰٪) بهبود مشاهده گردیده است (۳۳).

ب: capsaicin موضعی: capsaicin موضعی ۰/۲۵ یا ۰/۷۵ درصد به عنوان یک داروی حساسیت‌زدا در بیماران مبتلا به BMS به کار می‌رود. یک قاشق چایخوری از محلول همراه با آب به صورت دهانشویه استفاده می‌شود. حداکثر غلظت capsaicin در صورتی که تحمل شود، محلول به نسبت ۱/۱ است. Capsaicin ممکن است برای بسیاری از بیماران موثر واقع نشود (۱۳).

ج: استفاده از آب سیب خنک یا مخلوط یک قاشق مرباخوری دیفن‌هیدرامین HCL در ۱۰ سی‌سی شربت کائولین به صورت دهانشویه نیز پیشنهاد شده است (۲۵). بنزیدامین HCL ۰/۱۵٪، ۳ بار در روز هر بار ۱۵ میلی‌لیتر به مدت یک دقیقه به صورت دهانشویه برای ۴ هفته در تخفیف درد موثر بوده است (۳۴).

د: دهانشویه کامومیل (chamomile)، ۴ تا ۵ بار در روز برای مدت طولانی می‌تواند در بهبود علائم موثر باشد (۲۵).

#### درمان‌های سیستمیک

الف: کلونازپام سیستمیک: آگونیست GABA (Gama) Amino Butyric Acid است. GABA یک نوروترانسمیتر مهاری است (۳۶). درمان با دوز ۰/۲۵ میلی‌گرم در روز شروع و هر هفته ۰/۲۵ میلی‌گرم به آن اضافه می‌گردد تا به

بیماری‌های مخاط دهان مانند لیکن پلان، هرپس راجعه دهانی، آفت و زخم‌ها می‌توانند باعث ایجاد درد و سوزش در مخاط دهان شوند (۱۲).

گفتگو و ارائه توضیحات مناسب به بیمار: تلقی و درک درست بیمار از مشکل خود و پذیرش جزء سایکولوژیک اختلال از جانب وی در درمان بسیار حیاتی است (۲،۲۵).

ارجاع: ضرورت ارجاع برای مشاوره تشخیصی، هنگام گرفتن تاریخچه یا بررسی سیستم‌ها (Review of system) تعیین می‌شود. معمولاً بیماران برای مشاوره به روانپزشک ارجاع داده می‌شوند (۱۲).

#### کنترل و درمان

با توجه به وجود عوامل متنوع همراه با BMS و اتیولوژی نامشخص بیماری، به دست آوردن یک دلیل خاص برای ایجاد این اختلال مشکل و نتیجه درمان‌ها غیرقابل پیش‌بینی هستند (۲۵).

مرحله اول درمان شناسایی عوامل احتمالی در ایجاد سوزش دهان از طریق تاریخچه، معاینه و حذف آنهاست. مراحل زیر در کنترل بیماران BMS توصیه می‌شوند:

- در صورت امکان و مشاوره با پزشک بیمار، داروهایی که باعث خشکی دهان می‌شوند تعویض گردند (۱۲).
- بیمار جهت ترک عادات پارافانکشنال دهانی ترغیب شود. می‌توان از اپلاینس برای کاهش عوارض دهانی ناشی از این عادات استفاده کرد (۱۲).
- تعویض دنچر نامناسب (۱۲).

- کاندیدای دهانی شناسایی و درمان شود (۲۸، ۱۲). برای درمان کاندیدای دهانی می‌توان از سوسپانسیون دهانی نیستاتین ۱۰۰۰۰۰ واحد ۴ بار در روز به مدت ۱۰ تا ۱۴ روز استفاده نمود (۶).

- انجام تست‌های لابراتوری جهت شناسایی کمبودهای تغذیه‌ای به خصوص اندازه‌گیری میزان سرمی آهن، اسید فولیک و روی (۱۴). در صورت کمبود هر کدام از ویتامین‌ها می‌توان از مکمل‌های ویتامین B12 یا کپسول‌های سولفات روی ۲۲۰mg برای یک دوره زمانی استفاده نمود (۲۹-۳۱).

- انجام تست‌های غربالگری CBC/FBS/TSH جهت شناسایی دیابت و اختلالات تیروئید و رد احتمال هر گونه دیسکراسی خونی (مانند مولتیپل میلوما) در افراد مبتلا به سوزش دهان مورد تاکید است (۳۳، ۳۲، ۱۴). در صورت

نموده‌اند (۳۳).

#### رفتارشناخت درمانی (cognitive-behavior therapy)

رفتاردرمانی و شناخت‌درمانی یک درمان موثر برای انواع اختلالات ذهنی مانند افسردگی، اضطراب و فوبیا است. همچنین، به عنوان جزئی از درمان چندبعدی درد مزمن قابل قبول است (۷). موفقیت‌های گزارش شده در مورد تکنیک‌های رفتاردرمانی در درمان BMS بیشتر به بهبود روش‌های سازش‌پذیری با درد مربوط است تا درمان اختلال (۳۳). این روش درمانی به بیمار کمک می‌کند با علائم خود سازگار شود. در یک مطالعه تحقیقی، شناخت‌درمانی به صورت جلسات یک ساعته هفتگی برای ۱۲ تا ۱۵ هفته اثرات مفیدی در کاهش شدت درد BMS تا ۶ ماه نشان داد. وقتی شناخت‌درمانی و رفتاردرمانی با ALA همراه می‌شوند، تأثیر درمانی آنها به طور معنی‌داری افزایش می‌یابد (۵).

#### بحث

با توجه به ماهیت مزمن و شیوع BMS شناخت یک روش موثر درمانی برای بهبود درد و رنج بیمار ضروری است. در حالی که طیف وسیعی از درمان‌ها جهت کاهش علائم سوزش دهان در بیماران BMS پیشنهاد شده‌اند، هنوز شواهد کافی برای یک دوره درمانی استاندارد وجود ندارد. در اغلب مطالعات، محدودیت در تعداد نمونه‌ها مشاهده می‌شود، همچنین مدت پیگیری درمان کوتاه بوده، تنها در تعدادی از مطالعات، درمان‌ها با placebo مقایسه شده‌اند. اکثر مطالعات در زمینه درمان BMS به صورت open-label uncontrolled انجام گرفته‌اند، بنابراین تفسیر نتایج تحقیقات انجام شده در این مورد باید با احتیاط و پس از بررسی کیفیت متدولوژی این تحقیقات انجام گیرد. علاوه بر این، معیارهای ارزیابی برای مقایسه مستقیم اثرات درمانی هنوز با مشکل مواجه است، مگر اینکه در آینده معیارهای کارآزمایی استاندارد شده‌ای جهت ارزیابی و مقایسه درمان‌های مختلف به دست آید. مثلاً هنوز کاملاً مشخص نیست از بین اهداف مورد نظر در درمان مانند کاهش علائم و سوزش بیمار، تطابق‌پذیری بیمار با درد مزمن، بهبود فعالیت اجتماعی بیمار، کاهش اضطراب و افسردگی متعاقب درد مزمن یا بهبود کیفیت زندگی بیمار کدام یک ارزش و اهمیت بیشتری دارد.

حداکثر دوز ۳ میلی‌گرم در روز رسیده یا علائم بیمار برطرف شود (۳۳).

ب: ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای: (مانند Amitriptyline و Nortriptyline): ضدافسردگی‌های سه‌حلقه‌ای در درمان درد مزمن موثرند. در واقع، این داروها در دوز پایین ممکن است به عنوان ضد درد (analgesis) عمل نمایند. دوز معمول این داروها در درمان درد مزمن روزانه ۱۰ تا ۷۵ میلی‌گرم است (۷). روش تجویز به این صورت است که ۱۰ میلی‌گرم دارو در هنگام خواب تجویز می‌شود و هر ۴ تا ۶ روز ۱۰ میلی‌گرم به دوز دارو اضافه می‌شود تا وقتی که علائم سوزش دهان برطرف شده یا عوارض جانبی دارو بروز نماید (۱۳).

#### ضدتشنج‌ها (anticonvulsant)

Gabapentin یک تعدیل‌کننده مرکزی GABA است که در درمان BMS مفید می‌باشد (۳۶). دارو با دوز ۳۰۰ میلی‌گرم در روز شروع و هر ۴۸ ساعت ۳۰۰ میلی‌گرم به دوز آن اضافه می‌گردد. حداکثر دوز روزانه آن ۴۸۰۰ میلی‌گرم است.

Pregabalin یک داروی جدید است که در بیماران مبتلا به درد نوروپاتیک به کار می‌رود و مکانیسم اثر آن مشابه گاباپنتین می‌باشد. دوز معمول آن ۱۰۰ میلی‌گرم و سه بار در روز می‌باشد (۷).

د: alpha-lipoic acid (ALA): نوعی آنتی‌اکسیدان است که موجب رژنراسیون عصب شده، در درمان نوروپاتی دیابتیک کاربرد دارد (۳۶، ۳۳). دوز روزانه آن ۶۰۰ میلی‌گرم به مدت ۲۰ روز است که بعد با دوز ۲۰۰ میلی‌گرم برای ۱۰ روز ادامه یافته، باعث بهبود کامل یا نسبی علائم بیمار می‌گردد (۳۳).

ج: Amisulpride: روی سیستم دوپامینرژیک عمل کرده، دسترسی دوپامین در محل سیناپس‌ها را افزایش می‌دهد. دوز معمول آن ۵۰ میلی‌گرم - سه بار در روز است. حداکثر دوز آن نباید روزانه از ۴۰۰ میلی‌گرم تجاوز نماید (۱۲). این دارو کاهش معنی‌داری در سوزش دهان و افسردگی همراه با آن نشان داده است (۲۲). این دارو در حال حاضر در ایران موجود نیست.

ه: هورمون‌تراپی: ارتباط احتمالی میان به هم خوردن تعادل هورمون استروژن و شروع BMS مطرح است. این موضوع هنوز مورد بحث بوده، مطالعات مختلفی که اثرات هورمون درمانی را مورد بررسی قرار داده‌اند، نتایج گسترده‌ای ارائه

آنچه مسلم است در مطالعات آینده باید تلاش شود اطلاعات بیشتری در مورد فیزیوپاتولوژی BMS به دست آید تا براساس آن معیارهای تشخیصی صحیح‌تر و روش‌های درمانی موثرتر طراحی شوند.

### نتیجه‌گیری

سندرم سوزش دهان اختلالی مزمن با علت ناشناخته است. برای تشخیص صحیح این اختلال به تاریخچه‌گیری مناسب و معاینات دهانی دقیق نیاز است. درمان این بیماران باید بر اساس شرایط هر فرد تعیین شود و بهتر است به صورت استفاده همزمان از چند روش درمانی باشد. در درمان و کنترل BMS علاوه بر تخفیف درد، سوزش و نگرانی بیمار با استفاده از دارودرمانی و حذف محرک‌های احتمالی همزمان عوامل روانی موثر مانند افسردگی و اضطراب نیز باید کنترل شود. روش‌های موثر درمانی در سندرم سوزش دهان علاوه بر حذف عوامل احتمالی در ایجاد و تشدید علائم شامل استفاده از دارودرمانی به صورت موضعی و سیستمیک (مثل کلونازپام) و روش‌های شناخت درمانی و رفتار درمانی (therapy behavior cognitive) می‌باشند.

بر اساس نتایج برخی مطالعات استفاده از تجویز کلونازپام سیستمیک به دلیل عوارض جانبی آن منطقی نیست (۲۳، ۷). همچنین، پذیرش capsaicin موضعی به دلیل ایجاد سوزش در موضع از طرف بسیاری از بیماران مشکل است (۱۳). گاباپنتین در درمان BMS نسبت به سایر داروها اثر کمتری نشان داده است (۳۳). Alpha Lipoic Acid در درمان موثر بوده ولی تاثیر خود را در طول زمان از دست می‌دهد (۲۶، ۲۴). درمان با Amisulpride باعث بهبود علائم شده است ولی مطالعات موجود بر روی این دارو محدود است (۲۲، ۱۲). تأثیر هورمون درمانی در بهبود علائم مورد بحث است، در حالی که بعضی منابع این روش درمانی را تأیید نمی‌کنند. سایر منابع، با توجه به افزایش شیوع BMS بعد از یائسگی، این روش درمانی را باعث بهبود در علائم می‌دانند (۱۶). به نظر می‌رسد تا به امروز کلونازپام موضعی بهترین انتخاب درمانی است و در نیمی از موارد باعث بهبود در علائم بیمار می‌گردد (۳۳). اکثر مبتلان به BMS دارای زمینه مشکلات سایکولوژیک هستند، بنابراین در اکثر این بیماران، روش‌های شناخت درمانی و رفتار درمانی در بهبود درد و رنج بیمار موثر بوده است (۲۴، ۳۳).

### References

1. Kanchan R, Patil KR, Sathawane RS: Burning mouth syndrome: clinical dilemma. J Oral Med Oral Radiol 2008; 20:129-133.
2. Heidari Z, Mahmoudzadeh-Sagheb HR, Noori Mugahi MH: Burning mouth syndrome in Zahedan; The southeast of Islamic Republic of Iran. Journal of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences 2005;2:152-157.
3. Savage NW, Boras VV, Barker K: Burning mouth syndrome, Clinical presentation, diagnosis and treatment. Aust J Dermatol 2007;47:77-83.
4. Liorca CS, Serra MPM, Silvestre FJ: Drug-induced burning mouth syndrome: a new etiological diagnosis. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2008 1;13E:167-170.
5. Suarez P, Clark GT: Burning mouth syndrome: An update on diagnosis and treatment methods. CDA J 2006;34: 611-622.
6. Greenberg MS, Glick M, Ship J: Burkets Oral Medicine. 10<sup>th</sup> Ed. Spain: BC Decker Inc. 2008;Chap10:258-268.
7. Patton LL, Siegle MA, Benoliel R, Laat AD, Hill C, Lauderdale F: Management of burning mouth syndrome: systematic review management recommendations. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2007;103: S39.el-S39.el3.
8. Grushka M: Clinical features of Burning mouth syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1987;63:30-36.
9. Grushka M, Osler W, Campus E: Burning mounth syndrome. Am FAM Physician 2002;5:615-622.
10. Grushca M: Burning mouth syndrome. Dent Clin North Am 1991;35:171-184.

11. Mojabi KB, Esfahani M, Hashemi HJ: Evaluation of Unstimulated Salivary Flow Rate and Oral Symptoms in Menopausal Women 2007;4:103-106.
12. Lisa A, Drage MD, Roy S, Rogers III: Burning mouth syndrome. *Dermatol Clin* 2003;21:135-145.
13. Scala A, Checchi L, Monterecci M, Marini I: Update on Burning mouth syndrome, overview and patient management. *Crit Rev Oral Boil Med* 2003;14:275-291.
14. Cerchiari DP, Demoricz RD, Sanjar FA, Rapoport DB, Moretti G, Guerra MM: Burning mouth syndrome: etiology. *Am Fam Physician* 2006;72(3):419-424.
15. Grushka M, Epstein JB: Burning mount syndrome. *Am Fam Physician* 2002;65:615-620.
16. Baharvand M, Rudbaraki P: Epidemiologic of Burning mouth syndrome in referral patients to azad Islamic dental university. Undergraduate Thesis, Dental School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, 2007-2008.
17. Baharvand M, Key G: Epidemiologic of Burning mouth syndrome in referral patients to Tehran Shahed dental university. Undergraduate Thesis, Dental School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, 2007-2008.
18. Baharvand M, Hemati F: Prevalence of subjective dry mouth and Burning mouth syndrome in elder resident of sanitarium in Tehran in 2005-2006. Undergraduate Thesis, Dental School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, 2005-2006.
19. Lamey PJ, Freeman R, Eddie SA, Pankhurst C, Rees T: Vulnerability and presenting symptoms in burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005;99:48-54.
20. Femiano F, Lanza A, Buonaiuto C, Gombos F, Carillon N: Burning mouth disorder (bmd) and taste: A hypothesis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008;13:E470-474.
21. Eliav E, Kamran B, Schaham R, Czerninski R, Richard H, Benoliel R: Evidence of chorda tympani dysfunction in patients with burning mouth syndrome. *J Am Dent Assoc* 2007;138:628-633.
22. Bogetto F, Maina G, Ferro G, Carbine M, Gandolfo S: Psychiatric comorbidity in patients with burning mouth syndrome. *Psghosom Med* 1998;60:378-385.
23. Bakhtiari S, Alavi K, Ayubi H: Determine the existing relation between the BMS and anxiety in elder resident of sanitarium in Tehran. Undergraduate Thesis, Dental School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, 2007-2008.
24. Zakrzewska JM, Forssell H, Glenny AM: Interventions for the treatment of Burning mouth syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;2:1-10.
25. Barker KE, Savae NW: Burning mouth syndrome: an update on recent findings. *Aust Dent J* 2005;50:220-223.
26. Aghahoseini F, Mehran S: Burning mouth syndrome. *J Tehran Dental School* 1996;102(8):5-12.
27. Ebrahimi H, Pourshahidi S, Andishe Tadbir A: The Effect of citaloperam and colonazepam on Burning mouth syndrome. *Shiraz Univ Dent J* 2009;9:31-34.
28. Cavalcanti DR, Biman EG, migliari DA, Silveira FRX: Burning mouth syndrome: Clinical Profile of Braze Dent J 2007;18:341-345.
29. Maragou P, Ivanyi L: Serum zinc levels in atients with Burning mouth syndrome. *Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1991;71:447-450.
30. Lamey PJ, Allam BF: Vitamin status of patients with Burning mouth syndrome and the response to replacement therapy. *Br Dent J* 1986;168:81-84.

31. Hugoson A, Thorstensson B: Vitamin B status and the response to replacement therapy in patients with Burning mouth syndrome. *Acta Odontol Scand* 1991;49:367-375.
32. Vucicevic-Boras V, Alajbeg I, Brozovic S, Mravak-stipetic M: Burning mouth Syndrome as the initial sign of multiple myeloma. *Oral Oncology EXTRA* 2004;40:13-15.
33. Serra MPM, Liorca CS, Donat FJS: Pharmacological Treatment of burning mouth syndrome: A review and update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007;12:E229–304.
34. Buchman J, Zakrzewska A: Burning mouth syndrome. *Clinical evidence* 2008;03:1301.
35. Laskaris G: Treatment of oral disease. 3<sup>rd</sup> Ed. New York: Thieme. 2005;Chap1:76.
36. Speciali JG , Stugincki-Barbosa J: Burning mouth Syndrome. *Curr Pain Headache Rep* 2008;12:270-284.