

استاد : دکتر آرمان روغنی

سوزش دهان

سندرم سوزش دهان یا burning mouth Syndrome

ابتدا در مورد درد صحبت میکنیم. درد چیست و چه تبعاتی را برای شخص خواهد داشت. درد یک مسئله چند جانبه می باشد و بیمار را هم از نظر حسی، شناختی و فیزیکی متاثر میکند و زندگی فرد را تحت تاثیر قرار میدهد. دو نوع درد داریم:

(۱) **درد نوروسپتیک:** دردهایی که به واسطه آسیب یک بافت به جز بافت عصبی ایجاد میشوند، مثلا دست زخم میشود و درد میگیرد پس ما یک آسیب بافتی واقعی را میبینیم و انتظار داریم که اتفاق افتاده باشد، درد هم با توجه به آن آسیب بافتی بیمار را متاثر میکند و بیمار حس درد را خواهد داشت.

(۲) **درد نوروپاتیک / نوروژنیک:** وقتی آسیب یا اختلال بافتهای عصبی (نورونها) را درگیر بکند دردی ایجاد میشود که از نوع نوروژنیک یا نوروژنیک میباشد.

پس تفاوت در بافتی است که متاثر شده است. طبیعتا درد حاد برای ما درد بهتری است و خیلی خوب به درمان جواب میدهد و ما میدانیم و میبینیم که مشکل چیست. مثلا اگر مریض دل درد دارد ما میدانیم احشایی است و مریض هم برای این درد درمان میگیرد و وقتی که درد حاد است مثلا انگشت آسیب دیده یا تصادف اتفاق افتاده باشد انتظار داریم اینورمال هم داریم مثلا آلودینیا اتفاق میافتد یعنی موضعی که آسیب دیده با یک تماس خفیف هم درد ایجاد میشود. این یک چیز طبیعی هنگام درد حاد است (حتی وقتی که آسیب بافتی داریم) و هایپر آلژیا یعنی با یک محرک دردناک بیمار ابراز درد بیشتری میکند مثلا اگر دستان را فشار دهیم یا بزنییم در گوش شخصی این دردی را احساس میکند چون یک محرک دردناک میباشد و صورت فرد آسیب دیده باشد درد بیشتر احساس میشود و هایپر آلژیا خواهد بود یعنی نسبت به محرک دردناک شخص رفلکس بیشتری را نشان میدهد و احساس درد بیشتری را خواهد داشت.

درد مزمن :

در حالت مزمن ما آسیب بافتی را نمیبینیم یعنی تروما به شخص وارد نشده است. درد مدام بدون علت فیزیکی و بدون علتی که من ببینیم در فرد وجود دارد که میتواند علتش یک بیماری زمینه ای، آسیب به نورونها یا اعصاب باشد. دردهای نوروژنیک یا نوروپاتیک جزء دردهای مزمن میباشد و برای همین درمان آنها اغلب چالش برانگیز و مشکل میباشد.

انواع دردهای نورپاتیک: (آسیب به عصب و نورون سبب درد شده است)

(۱) Trigeminal neuralgia (۲) Pre trigeminal neuralgia (۳) Glossopharyngeal neuralgia (۴) Post

herpetic neuralgia (۵) Post traumatic trigeminal neuralgia (۶) Burning mouth syndrome

پس از اینجا متوجه میشویم که burning mouth syndrome یک درد نوروپاتیک است و نباید در دهان به دنبال آسیب در مخاط بگردیم.

Trigeminal neuralgia: آسیب به یکی از شاخه های تری ژمینال، بیشتر مندیبولار و ماگزیلاری را درگیر میکند. یک درد خنجری و تیز ایجاد میکند. دردهای نورالژی تری ژمینال یا اختصاصا TN دردهایی هستند که تریگر دارند تریگر یعنی

فاکتور آغازگر دارند و به واسطه تحریک میباشند. مثلاً میتواند لمس باشد، گاهی لمس یک نقطه میتواند تریگرها را جابه کند و بیمار ابراز درد کند. اگر زوج ماگزیلاری درگیر باشد بیمار آب به صورتش بزند احساس درد میکند، یک نقطه حساس میشود و قابل لوکالیزه میباشد و بیمار حساس میشود و درد احساس میکند. ماهیت درد: یک درد خنجری و بسیار دردناک که ۱-۲ دقیقه طول میکشد و بعد از بین میرود.

Pre trigeminal neuralgia : فرم زودرسش است قبل از اینکه تری ژمینال درگیر شود، پری تری ژمینال درگیر میشود و طبیعتاً خفیفتر میباشد و مدت زمان دردش هم کمتر است .

Glossopharyngeal neuralgia: نورالژی زوج ۹ میباشد. محرکها بیشتر بلع، خمیازه کشیدن، سرفه کردن است. زیرا گلو سوفارنژیال زبان و قسمت خلفی دهان را عصب دهی میکند پس ما انتظار داریم همین محرکها باعث ایجاد درد در بیمار شوند ماهیت درد: همان ترابینگ و خنجری میباشد و بیمار را متاثر میکند.

Post herpetic neuralgia: با این درد بیشتر آشنا هستند. نورالژیایی که متعاقب آلوده شدن بیمار به ویروس هرپس اتفاق میافتد. بیمار هرپس زوستر حاد را تحت عنوان زونا تجربه میکند، بعد که زونا خوب شد. پست هرپتیک نورالژی اتفاق میافتد. یعنی گانگلیونهای اعصاب درگیر هستند و دردهای تیز و خنجری بیشتر در ناحیه کمر و توراسیک و لامبر اتفاق میافتد. وقتی ما فاز هرپس را داریم زخمهای خوشه ای روی خود عصب را درگیر میکند. مثلاً اگر عصب تری ژمینال درگیر شود، مسیر عصب در درگیری هرپس دیده میشود یا اگر عصب توراسیک را درگیر بکند یک ناحیه به صورت خطی، معمولاً یک طرفه در کمر بیمار آلوده شده به صورت زخم خوشه ای نشان داده میشود. بیمار چه درمان بگیرد یا نگیرد، خود به خود خوب میشود. دو، سه ماه بعد این دردها به صورت تیز و خنجری اتفاق میافتند بدون اینکه ضایعه ای را ببینیم (راشهای هرپس را نمیبینیم). یک سری عوامل در وارد شدن فرد به فاز پست هرپتیک نورالژی مؤثر میباشد: سن بالا، جنسیت مونث، راشهای خیلی حاد و مقاوم به درمان، درد شدید در فاز حاد بیماری. اینها میتوانند بیمار را به پست هرپتیک نورالژی مبتلا کنند.

Post traumatic trigeminal neuralgia : دردهایی که بعد از تروما به عصب تری ژمینال ایجاد میشوند. مثلاً بیمار RCT کرده و اندو Over بوده و کانال مندیبولار آسیب دیده است، یا یک جراحی دندان عقل داشته به کانال و عصب آسیب وارد شده که این حالت را پست تروماتیک تری ژمینال نورالژی میگویند. ماهیت درد: همان درد تریژمینال است، تند و تیز و خنجری و تریگردار.

Stomatodynia : Berning mouth syndrome هم میگویند یعنی ناراحتی دهان (درد دهان) چون خیلی جنرالیزه میباشد. ماهیت درد: درد مبهم که در مخاط اتفاق میافتد، با دندانها ارتباطی ندارد و درد حالت سوزشی دارد. بیمار ابراز میکند که دهانش دارد آتش میگیرد. علامت فیزیکی مشخصی را نمیبینیم، چون همه دردهای نوروپاتیکی ما علامت فیزیکی مشخصی را در آنها نمیبینیم و در زنان منوپوز (یائسه) هم شایع میباشد. ۲ نوع خاص دارد: نوع اولیه یا ایدیوپاتیکی و نوع ثانویه .

نوع ایدیوپاتیکی: این نوع بدتر است، چون مقاومتر به درمان میباشد و وقتی ما علتی را برای بیمار متصور نشویم طبیعتاً درمان هم سختتر خواهد بود. علت نوروپاتولوژیک میباشد. یک پاتولوژیک در اعصاب وجود دارد که قابل کشف نیست. درمان هم کاملاً علامتی است یعنی من میبینم مریض چه علامتی دارد آن را درمان میکنم .

نوع ثانویه: یک شرایط پاتولوژیکی توی بیس بیمار وجود داشته مثلا دیابت دارد، یا سیستم اندوکراین تحت تاثیر قرار گرفته، یا غدد و متابولیسم تحت تاثیر قرار گرفته، یا دفیشنسیهای تغذیه ای داشته، ویتامین B۱۲ یا آهن نداشته، اینها به طور ثانویه این بیماری را ایجاد میکنند. کلاً هم شرایط، شرایط مقاوم به درمانی میباشد. در موضعی و سیستمی که ثانویه میباشد کمی درمان برای ما بهتر است چون اگر بیس بیماری را درمان کنیم انتظار اینکه بیماری فروکش پیدا کند بیشتر میشود.

بررسی کلینیکی درد:

بررسی کلینیکی درد:

■ شرح حال کامل

۱. شکایت بیمار
۲. تجربه ی قبلی بیمار
۳. شروع درد و اثرات درد
۴. سمپتوم ها از زمان شروع درد
۵. سمپتوم ها بعد از شروع درمان
۶. تاریخچه ی درمان

اگر بیماری مراجعه کرده و ابراز درد دارد. هیستوری که میگیریم باید منطبق بر آن درد باشد. هیستوری درد گرفتن خیلی مهم است چون در دردها مرزبندی خیلی کم است یعنی مثلا اختلاف دردی با درد دیگر فقط در لوکالیزه کردن یا لوکالیزه نکردنش باشد یا در تایم مدت دردش میباشد یا فاکتورهای تشدید کننده آن درد میتواند باعث افتراقش از درد دیگر باشد. برای همین وقتی شخصی سردرد دارد، یکی میگوید میگرن است یکی میگوید سر درد است، تشخیص ها سخت است چون درد دیده نمیشود و وسیله ساب کلینیکی هم برای ارزیابی وجود ندارد و نمیتوان آزمایش گرفت و ... معمولا باید کلینیکی و با علائم درمان شوند پس

مهم است که بتوانیم هیستوری دقیقی از بیمار بگیریم. شرح حال کامل شامل چیست؟ اول شکایت بیمار را میبینیم. چیزی که خودش ازش شاکی میباشد. دقیقا عین خود جمله را مینویسیم. بعد تجربه قبلی بیمار از آن درد چی بوده؟ آیا این درد اولین بار برای بیمار اتفاق افتاده یا بارها مبتلا به این درد بوده است مثلا دو ماه اخیر یا سه سال پیش داشته خوب شده است. تاریخچه یا هیستوری درد را به صورت خلاصه از بیمار میپرسیم، شروع و اثرات درد، شروع درد شما کی بوده یا چه فاکتوری باعث شروع درد شما شده مثلا یک فرد میگرنی میگوید من وقتی خسته میشوم میگرنم عود میکند یا گرسنه باشم عود میکند و ... میبینم شروع درد و اثرات درد روی بدن فرد چیست؟ یا چه چیزی برای فرد باعث تسکین درد میشود. (مثلا با خوابیدن خوب میشود یا با سر درد حالت تهوع میگیرد). علائمی که بیمار از زمان شروع درد دارد چیست؟ یعنی درد چه کاری با بیمار میکند، مدلس چیست؟ خنجری، داغ، شک مانند است، چه سمپتومی را بیمار بروز میدهد؟ گاهی اوقات هم خیلی از دردها همان درد نیست، متعاقب درد بیمار علائم دیگری هم خواهد داشت (آبریزش بینی و چشم، خارش و ...)، ممکن است بیمار درمانی گرفته باشد. باید ببینیم سمپتومها بعد از شروع درمان چه تغییری کرده اند. مثلا بیمار میگوید سر درد دارم استامینوفن میخورم آرام میشوم، دیگری میگوید من ۶ سال پیش سر درد داشتم با خوردن استامینوفن آرام میشدم ولی الان خوب نمیشوم. اینها همه سیگنالهایی را میدهد که بیمار دردش مقاوم شده به آنالژیک های خفیف.

تاریخچه درمان: کلا بیمار چه درمانهایی را برای این بیماری گرفته است؟ ادامه هیستوری گرفتن میتواند با معاینه بالینی همراه باشد.

معاینه بالینی کامل:

شدت درد: از بیمار باید پرسیم شدت درد یا intensity دردش چیست؟ شدت درد را با شاخص VAS متوجه میشویم (Visual analogue scale)

معاینه ی بالینی کامل

■ شدت درد (intensity) (VAS)

■ درد حاضر: میانگین درد، شدیدترین درد و بدترین درد

■ مکان درد: داخل یا خارج دهانی///// یک طرفه_دوطرفه ///// منتشر یا لوکالیزه

■ الگوهای ارجاعی درد: دندانها، مخاط، چشم، شقیقه، سمت مقابل؟؟؟

■ ویژگی درد: dull, aching, throbbing, shooting, burning, piercing, shock like

درد حاضر: یک خط کشی را یا روی کاغذ از ۱ تا ۱۰ شماره گذاری میکنیم و به بیمار میگوئیم شدیدترین دردی که داشتی یا میتوانی متصور بشی را ۱۰ نمره دهی و بدون درد را صفر نمره دهی، این دردی که داری چه نمره ای میگیرد؟ ۲ و ۳ و ۴ درد خفیف و ۵ و ۶ متوسط و ۷ و ۸ و ۹ دردهای شدید را شامل میشود.

ممکن است بگوید دردم یک ماه پیش ۱۰ و الان ۶ است یا برعکس، پس متوجه میشویم تغییر وجود داشته است.

مکان درد: خیلی مهم است بعضی از دردها اصلاً قابل لوکالیزه کردن نمیباشند به خصوص در دندانهایی که RCT نیاز باشد دردش قابل لوکالیزه کردن نیست ولی دردهای پریدونتال قابل لوکالیزه کردن است. داخل دهان درد دارد یا خارج دهان؟ یک طرفه یا دو طرفه؟ منتشر یا قابل لوکالیزه شدن است.

الگوهای ارجاعی درد: گاهی اوقات بعضی از دردها ارجاع پیدا میکنند به نواحی دیگر، مثلاً درد دندانها با درد سینوزیت اشتباه شود یا فردی گرفتگی عروق کرونر داشته باشد دردش به فک چپ مندیبل ارجاع شود. دردهایی که برایشان منشای متصور نیستیم میتوانند دردهای ارجاعی باشند.

ویژگی درد: یعنی دردش چه شکلی دارد. اصطلاحاتی که بیماران برای درد به کار میبرند شامل: گنگ (dull)، درد مزمن اعصاب خورد کن (Aching)، خنجری (Throbbing)، شلیک شده یک لحظه میگیرد خوب میشود (Shooting)، سوزش (Burning)، سوراخ کننده (Piercing) و یا مثل شوک الکتریکی انگار یک لحظه برق شخص را بگیرد (Shock like)

تداوم درد: مهم است. یک جا گفتم که درد در ماه چند بار رخ داده یعنی مزمن بودن و حاد بودن را میسنجیم و یکی هم همان درد وقتی اتفاق افتاد چقدر طول کشیده و چقدر زمان برده، چند ساعت طول میکشد؟ در شبانه روز چند بار میباشد.

تکرار درد: میتواند یک بار در ماه، چند بار در هفته، یا هر روز باشد.

تریگر درد: فاکتور آغازگر درد. درد با چه عاملی شروع میشود.

فاکتور بهبود دهنده درد: درد با چه عاملی بهبود پیدا میکند.

علائم همراه درد: آبریزش، گر گرفتگی، سرگیجه و خارش.

ویژگیهای کلینیکی سندرم سوزش دهان:

معمولاً بیشتر خانمها (در سنین ۵۰ سال به بالا، یائسگی و منوپوز) را درگیر میکند. بیشتر دو سوم قدامی زبان را درگیر میکند منتهی مکانش متغیر است میتواند علاوه بر زبان لثه و کام را هم درگیر کند این نیست که صرفاً یک نقطه را درگیر کند حتی جایش هم میتواند جابه جا شود. اول زبان. بعد لبها. کام سخت و لثه را میتواند درگیر کند. ابراز درد به صورت burning یا hot است. داغ است و آتش میگیرند، خیلیها میگویند یخ در دهان میگذاریم تا این حس داغی گرفته شود. شدت بین خفیف

تا شدید متغیر است. شروع معمولاً خود به خود است. عامل محرکی در هیستوری بیمار نمیتوانیم پیدا کنیم، طول بیماری میتواند ماهها تا چند سال باشد. در بعضی از افراد خود محدود شونده است و در بعضی از افراد ادامه دار است. الگوی درد نامنظم است در بعضی افزایشی است (صبح به صورت خفیف شروع و تا شب خیلی شدید میشود)، در دو سوم بیماران ۶ تا ۷ سال بعد از شروع درد خود به خود خوب میشود، جمعیت بیشترش خود محدود شونده است اما بعد از ۶ تا ۷ سال، بنابراین باید ۶ تا ۷ سال را ساپورت کنیم و دارو درمانی کنیم.



سیمپتومها: خشکی دهان متعاقب سوزش دهان ایجاد میشود. حس مزه فلزی دارد. تغییر حس چشایی شایع میباشد (هر چیزی زبان را درگیر کند تا حدی با تغییر حس چشایی همراه میباشد)، یک درد مزمن و حس سوزاننده دارد.

فاکتورهای تشدید کننده:

یک سری تشخیصهای افتراقی برای این بیماری وجود دارد.



۱) زبان جغرافیایی: زبان جغرافیایی به واسطه اینکه پایپلاهای نخعی شکل در مخاط دهان و زبان از بین میرود (چون استوماتیت جغرافیایی هم داریم و کل مخاط دهان میتواند آسیب ببیند و زخمهای جغرافیایی را داشته باشد) مستعد سوزش میشوند **Burning mouth syndrome**. وقتی به بیماری اطلاق میشود که هیچ ضایعه ای دیده نشود (نمای بالینی ندارد و فقط یک حس یا یک سیمپتوم میباشد) یعنی چنین نمایی را روی زبان بیمار نبینیم، اگر دیدید بیمار سوزش را دارد ولی بیس بیماری جوگرافیک تانگ میباشد.

چه چیزهایی باعث تشدید شدن این حس میشوند؟ وقتی بیماران استرس زیاد داشته باشند **berning** بیشتر میشود، خستگی هم میتواند باعث آن شود. البته پرهیز غذایی دارد. غذای اسیدی، داغ و تند به واسطه اینکه مخاط را متاثر میکند و لایه اپیدرم مخاط به خاطر غذاها کمی برداشته میشود، درد بیشتر میشود.

سایر علایم شایع:

دو سوم بیماران تغییر حس چشایی دارند همراه با سوزش، طعم فلزی دهان و حس غیرعادی خشکی دهان

در مطالعات اشاره شده است که بیماری که **BMS** دارد شواهدی از افسردگی و اضطراب ندارد و در فعالیت روزانه هم کمتر از سایر دردهای مزمن برای بیمار اختلال ایجاد میشود، مثلاً درد **MS** یا هرپس میتواند بیمار را از کار و فعالیت بیندازد ولی **BMS** اینگونه نمیباشد و مریض با آن سازگار میشود.

سندم سوزش زبان ثانویه:

در اثر بیماریهای دیگر از قبیل کاندیدیازیس، لیکن پلان، آلرژیکها، تغییرات هورمونی، دیابت (در اسلاید دیابت ملیتوس)، کمبود ویتامین **B12**، اسیدفولیک و آهن، عوارض جانبی برخی داروها و بیماریهای اتوایمیون ایجاد میشود. در اتوایمیون معمولاً بیماری به مخاط دهان حمله میکند و میتواند حس سوزش را داشته باشد. درمان بیماری زمینه ای حس سوزش زبان را کم میکند.

کاندیدیازیس:

اگر بیمار کاندیدیازیس داشت (بیشتر نوع اریتماتوز **burning mouth syndrome** را ایجاد میکند) چون لایه اپی تلیوم رفته و مخاط مستعد سوزش میشود. جایی دیده نشده که کاندیدیازیس غشا کاذب سندرم سوزش دهان ایجاد کند چون همان غشایی که وجود دارد باعث اثر کمتر محرک محیطی و حس **burning** میشود. درمان موضعی کاندیدیازیس سوسپانسیون نیستاتین میباشد که به صورت دهانشویه استفاده میشود البته باید خارج کند اگر خارج نکند هم مشکلی پیش نمیآید چون جذب گوارشی ندارد.

کلاً **polyene** ها که شامل نیستاتین و آمفوتریسین B هستند جذب گوارشی و مقاومت دارویی ندارند، به شکل موضعی تجویز میشوند، **Oral** هم دوزش ۱۰۰۰۰۰ میباشد برای مریض ۲ تا ۳ عدد مینویسم، روزی دو سه مرتبه دهانشویه میکند. حال اگر به دهانشویه جواب ندهد یا نتوانست استفاده کند برایش کپسول فلوکونازول ۱۰۰ میلیگرم مینویسم روزی ۱ عدد برای ده روز تا ضایعه ساپرس شود.

لیکن پلان دهانی:

نما به صورت خطوط و یکپهام، معمولاً روی مخاط گونه یا لب، ضایعه سفید رنگ، لیکن پلان یا لیکوئید

ری اکشن در ری اکشن دارویی بود یا ری اکشن به مواد ترمیمی مثل آمالگام یا کامپوزیت، در مرحله اول برای اینها هم دهانشویه موضعی استفاده میکردیم که معمولاً جواب میدهد. پرهیز غذایی از گرمیجات و غذاهای فلفلی انجام شود. نوع **Erosive** بیمار سیمپتوم دارد و اذیت میشد. دهانشویه ساختگی آن شامل: آب جوشیده ولرم شده با ۲ قاشق غذاخوری دیفن هیدرامین، ۲ قاشق غذاخوری آلومینیوم **Mg** و ۱۰ قطره نیستاتین (چون هر زخم دهانی قارچ رویش سوپرایمپوز میشود) و ۲ یا ۳ آمپول دگزا یا ۱۰ تا ۲۰ قطره لوسین بتا متازون را داخل محلول میریزند (به عنوان جز کورتونی)، روزانه ۳ تا ۴ مرتبه دهانشویه را استفاده میکند. اگر به مرحله دهانشویه جواب نمیداد. سراغ دارو درمانی میرویم. کورتیکواستروئید سیستمیک میدهیم، پردنیزولون میدهیم با دوز ۱ میلیگرم **per kg** یعنی اگر بیماری ۷۰ کیلوگرم باشد. ۷۰ میلیگرم برای یک هفته باید مصرف کند تا اوج بیماری ساپرس شود بعد کم میشود. کلا کورتون تراپی اول یک دوز توصیه شده دارد برای هر بیماری مثلاً ۱ میلیگرم **per kg** یعنی اگر بیمار ۶۰ کیلوگرم، ۶۰ میلیگرم و ... روزانه باید استفاده کند. یعنی اول دوز **high** داده میشود تا بیماری ساپرس شود بعد کم کم باید تیپر شود یعنی بیمار مثال روزی ۱۰ میلیگرم کم کند یا ۲۰ میلیگرم کم کند که بستگی به بیماری یا میزان کنترل شدن آن دارد. سپس روی **maintenance dose** میماند مثلاً ۵ میلیگرم را روزانه تا آخر عمر استفاده کند بعد دوباره که عود کرد یک **high dose** میدهیم و بعد کم میکنیم، نموداری جلو میرویم. حال بیمار لیکن پلان ۷۰ کیلوگرم آمده برای درمان، ۷۰ **mg/kg** باید دارو بدهیم، دوزهای دارو در بازار به صورت ۵۰ و ۵ است. هفته اول یک عدد ۵۰ میلیگرم و ۴ تا ۵ را بخورد البته ۵۰ میلیگرم خودش به تنهایی جواب میدهد، بعد هر دو روز ۱۰ میلیگرم کم میکند. یعنی هفته اول ۵۰ میلیگرم را خورده روز ۸ و ۹، ۴۰، ۱۱ و ۱۲، ۳۰، ۱۳ و ۲۰ میلیگرم، ۱۴ و ۱۵، ۱۰ میلیگرم و بعد روی ۵ ثابت میماند و مرتب دو الی سه هفته یک بار ویزیت میشود. اگر دکتر احساس کرد بیماری عود میکند یک هفته دوز را بالا میبریم، دیگر به ۵۰ نمیرسانیم مثلاً به ۳۰ میرسانیم (بازی بازی بیمار را کنترل میکنیم).

درمان علامتی که صرفاً برای BMS ذکر شده یعنی BMS اولیه، کلاً ضایعه مقاوم به درمان میباشد چون اتیولوژی برایش قائل نیستیم،

درمان موضعی :

کلونازپام ۱ میلیگرم را دو بار در روز بمکد و تخلیه کند، باعث میشود موضعاً ناحیه آرام شود. بیحسیهای موضعی را گفته که اثرش نامشخص است، اثر سیمپتوماتیک دارد و سیمپتوم را برای مقطعی که مخاط بیحس است ساپرس میکند. کوکتل لیکن پلان هم اینجا جواب میدهد .

درمان سیستمیک :

داروهای SSR ها برای مریض خوب است، SSR مخفف selective serotonin receptor inhibitor است، داروهایی که FDA approve دارند کلاً کتاب هم گفته که همه SSR ها را میتوانیم به مریض بدهیم ولی کتاب ۲ مورد را به صورت روتین گفته پاروکستین ۲۰ mg/d و سرتالین ۵۰ mg/d داده میشود. سیتالوپرام، فلوکستین، پاراکستین هم میتوان داد، این داروها mild هستند و برای درمان افسردگی های خفیف، وسواس فکری به کار میروند. زیاد عارضه ندارند و علائم را ساپرس میکنند. آلفا لیپولیک اسید به صورت روزانه ۶۰۰ mg برای دوماه نیز پیشنهاد شده است. اگر آلفا لیپولیک اسید را با گاباپنتین ۶۰۰ mg در روز به صورت ترکیبی بخورد باعث بهبود زیاد علائم سوزش میشود. کلونازپام ۰.۵ mg در روز میتواند به شکل سیستماتیک استفاده شود. معمولاً شب ها تجویز میشود چون حالت آرامبخشی دارد.

اگر بیمار علائم خیلی زیاده داشت و از نظر behavior هم مشکلاتی داشت میتواند از درمانهای روانشناسی و cognitive behavioral therapy استفاده کند.

Generic	Trade Name	Approved Uses
Citalopram	Celexa	Depression
Escitalopram	Lexapro	Depression, generalized anxiety
Fluoxetine	Prozac	Depression, OCD, bulimia, panic disorder
	Sarafem	PMDD
Fluvoxamine	Luvax	OCD
Paroxetine	Paxil	Depression, OCD, generalized anxiety, panic disorder, social anxiety, PTSD
Sertraline	Zoloft	Depression, OCD, panic disorder, social anxiety, PTSD, PMDD
Vilazodone	Vibryd	Depression

OCD: obsessive-compulsive disorder; PMDD: premenstrual dysphoric disorder; PTSD: posttraumatic stress disorder; SSRI: selective serotonin reuptake inhibitor.

درمان سیستمیک:

- Paroxetine 20mg/d
- Sertraline 50mg/d
- کاهش درد و استرس و افسردگی
- مصرف دوماهه روزانه ۶۰۰ میلی گرم آلفا لیپولیک اسید
- ترکیبی با گاباپنتین ۶۰۰ میلی گرم در روز
- کلونازپام ۰,۵ میلی گرم در روز برای درمان کوتاه مدت
- Cognitive behavioral therapy

بهبود زیاد علائم سوزش