

ارزیابی انواع خطاهای تشخیصی و درمانی در بیماران دارای شکایات بدون منشأ فیزیکی مراجعه کننده به کلینیک دانشکدهی دندان پزشکی مشهد

زهرا دلاوریان^۱

پگاه مسنن مظفری^۲

مهدی طالبی^۳

آلا قاضی^۱

عباس جوادزاده بلوری^۱

آلاله پورنظری^۴

۱. مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکدهی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. نویسنده مسؤول: مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکدهی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. گروه پزشکی خانواده، دانشکدهی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. دندان پزشکی، مشهد، ایران.

Email: mosannenp@mums.ac.ir

چکیده

مقدمه: هدف از این مطالعه، تعیین فراوانی انواع خطاهای درمانی در بیماران دارای شکایات بدون منشأ فیزیکی (بدون توضیح فیزیکی قانع کننده) مراجعه کننده به کلینیک دردهای دهان، فک و صورت دانشکدهی دندان پزشکی مشهد از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه، توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود. پرونده‌های بیماران مراجعه کننده به کلینیک درد دهان، فک و صورت از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ بررسی شدند. برای بیماران، چک لیستی شامل انواع شکایات بیماران، درمان‌های انجام شده، روش‌های تشخیصی و الگوی ارجاع تکمیل شد. این بیماران توسط متخصصین بیماری‌های دهان معاینه شده بودند و شکایات آنها که توضیح فیزیکی قانع کننده‌ای نداشت بر مبنای گرفتن شرح حال، معاینه بالینی و آزمایشات پاراکلینیکی بررسی و بر این اساس، نوع اختلال حسی تعیین گردیده بود. سپس اختلال روان پزشکی آنها توسط روان‌پزشک مورد بررسی قرار گرفته بود. فراوانی انواع خطاهای درمانی، نوع اختلال روان پزشکی و اختلال حسی، تعیین و ارتباط آنها با یکدیگر از لحاظ آماری بررسی گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ با سطح معنی داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند. تحلیل داده‌ها به کمک جداول فراوانی، نمودار، شاخص‌های میانگین و انحراف معیار با استفاده از آمار توصیفی انجام شد. همچنین جهت مقایسه‌ی بین زیر گروه‌ها از آزمون‌های χ^2 ، آنوا، تی تست و در صورت عدم وجود شرایط لازم از آزمون‌های ناپارامتری من ویتنی و کروسکال والیس استفاده شد.

یافته‌ها: بیشترین فراوانی شکایات در زمان مراجعه، مربوط به درد صورت، فک و یا گردن (۷۴/۸ درصد) و کمترین فراوانی شکایات، احساس درد گنگ در کل دهان بود. دارودرمانی (۴۹ درصد) و پس از آن کشیدن دندان (۱۴ درصد)، شایع ترین خطاهای درمانی انجام شده بودند. بیشترین خطا در روش‌های تشخیصی تجویز شده، رادیوگرافی (۶۵/۲ درصد) و پس از آن سی تی اسکن (۲۴/۱ درصد) و کمترین خطا مربوط به سونوگرافی (۲/۳ درصد) گزارش شد.

نتیجه‌گیری: بر اساس این مطالعه، چنانچه بیماری با شکایات بدون توضیح فیزیکی به کلینیک دندان پزشکی مراجعه کند، احتمال بروز خطای تشخیصی و درمانی زیاد است. بنابراین توصیه می‌شود برنامه‌های آموزشی اختصاصی برای دندان‌پزشکان جهت شناسایی شکایات با منشأ ذهنی و تشخیص صحیح آنها و یا ارجاع صحیح این بیماران وجود داشته باشد.

کلید واژه‌ها: خطاهای پزشکی، اختلالات روانی، اختلالات حسی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۱۲

تاریخ اصلاح: ۱۳۹۷/۱۱/۲۳

تاریخ ارسال: ۱۳۹۷/۷/۲۹

استناد به مقاله: دلاوریان زهرا، مسنن مظفری پگاه، طالبی مهدی، قاضی آلا، جوادزاده بلوری عباس، پورنظری آلاله. ارزیابی انواع خطاهای تشخیصی و درمانی در بیماران دارای شکایات بدون منشأ فیزیکی مراجعه کننده به کلینیک دانشکدهی دندان پزشکی مشهد. مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان. ۱۳۹۸؛ ۱۵(۱): ۹۲-۱۰۳.

مقدمه

خطای پزشکی، یک رویداد ناخوشایند است که موجب آسیب به بیمار می‌شود و ناشی از اشکال در مدیریت پزشکی بیمار (Medical management) می‌باشد. خطای پزشکی ارتباطی با بیماری زمینه‌ای فرد ندارد و با دانش کافی پزشکی قابل پیشگیری است (۱).

خطای پزشکی، منجر به حوادث ناگواری در پزشکی و دندان پزشکی می‌گردد. این خطاها شامل عدم ثبت صحیح سوابق بیمار، عدم دریافت رضایت آگاهانه، عدم رعایت کنترل عفونت، تشخیص نادرست، تجویز نادرست دارو، اشتباه در حین درمان، استفاده نادرست از تجهیزات، عدم پیشگیری از عوارض درمان و عدم پیگیری بیمار، پیروی نکردن از راهنماهای بالینی که برای مراقبت‌های پزشکی استاندارد تدوین شده‌اند، می‌باشند (۲).

به طور کلی خطاهای تشخیصی در حیطه‌ی پزشکی و دندان پزشکی در مورد بیماران سرپایی یا در مراقبت از بیماران بستری رخ می‌دهد و از تأخیر در زمینه‌ی تشخیص تا یک تشخیص نادرست با کاربری آزمایشات تشخیصی نامناسب متفاوت می‌باشد (۱). خطاهای درمانی شامل تأخیر در درمان، باوجود مشاهده‌ی نتایج غیر معمول در آزمایشات یا تست‌های پاراکلینیکی یا غفلت هنگام انجام درمان می‌باشد. نمونه‌ای از خطاهای تشخیصی و درمانی در رابطه با بیماری‌های دهان، بیمارانی هستند که با شکایت از دردهای مزمن در ناحیه‌ی دهان، فک و صورت به دندان پزشک مراجعه می‌کنند و متأسفانه بیشتر به دلیل عدم ثبت دقیق تاریخچه و انجام معاینات بالینی دقیق، بسیاری از روش‌های کمک تشخیصی و درمان‌های غیر ضروری برای آنها انجام می‌شود (۳).

دردهای دهان و صورت (Orofacial pain) از بافت نرم و سخت ناحیه‌ی سر، صورت و گردن منشأ می‌گیرند و در بسیاری از موارد، علت آنها ممکن است بافت‌های مرتبط با دندان‌ها شامل پالپ و نسوج پریودنتال، عروق، غده‌های بزاقی، استخوان، اختلالات مفصل گیجگاهی- فکی،

عضلات یا سینوس‌های پارانازال باشند. ارتباطات عصبی پیچیده‌ی این ساختارها در ناحیه‌ی سر و گردن موجب می‌شود که تشخیص و درمان دردهای دهان و صورت، در بسیاری از موارد دشوار و نیازمند ارزیابی دقیق در همه‌ی بیماران باشد. بنابراین لازم است که دندان‌پزشکان با روش‌های ارزیابی بیمار مبتلا به دردهای دهان و صورت، جمع‌آوری اطلاعات و تفسیر آنها آشنا باشند (۳-۵). امروزه دردهای مزمن در کشورهای صنعتی و در حال توسعه، به یک مشکل جدی تبدیل شده‌اند که هزینه‌ی سنگینی را بابت درمان، از کار افتادگی، کاهش ساعات کاری و کاهش تولید به دولت‌ها و بخش خصوصی تحمیل می‌کنند. برآوردها نشان می‌دهند که یک سوم مردم در کشورهای صنعتی، از درد مزمن در قسمت‌های گوناگون بدن از جمله ناحیه‌ی سر و صورت رنج می‌برند (۵).

یکی از مهم‌ترین چالش‌های تشخیصی و درمانی، مربوط به بیمارانی است که با شکایاتی به پزشکان و دندان‌پزشکان مراجعه می‌کنند که هیچ یافته‌ی فیزیکی قانع‌کننده‌ای ندارد و ناشی از به هم خوردن وضعیت روانی و حتی اختلال روان پزشکی است؛ به عبارتی این شکایات منشأ ذهنی یا فکری دارند (۶). شکایات بدون علت فیزیکی، با تشخیص‌های گوناگونی مطرح می‌شوند که گویای منشأ ذهنی یا روان شناختی آنها می‌باشد و شامل درد آتیبیک صورت، سندرم سوزش دهان، درد آتیبیک دندانی، خشکی دهان ذهنی، افزایش جریان بزاق ذهنی، عدم احساس یا احساس طعم‌های غیر طبیعی در دهان می‌باشد. در سایر موارد نظیر بی‌حسی و احساس مورمور شدن، خارش و احساس حضور چرک می‌توان تشخیص کلی اختلالات حسی مزمن با منشأ ذهنی آتیبیک یا ناهمگون را عنوان نمود (۶-۱۰). نظر به اهمیت تشخیص و درمان صحیح و به موقع این بیماران و فقدان مطالعات کافی بر روی انواع خطاهای درمانی در مواجهه با آنها، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی فراوانی انواع خطاهای درمانی در بیماران دارای شکایات بدون توضیح فیزیکی مراجعه‌کننده به کلینیک دردهای دهان، فک و صورت

درمانی صورت گرفته بود (در بعضی از بیماران، بیش از یک مورد خطا رخ داده بود) و به علت عدم بهبودی (با وجود درمان‌های قبلی) به دانشکده‌ی دندان‌پزشکی ارجاع داده شده بودند. بیماران این مطالعه توسط متخصصین بیماری‌های دهان، فک و صورت معاینه شده بودند و شکایت آنها که توضیح فیزیکی قانع‌کننده‌ای نداشت بر مبنای گرفتن شرح حال، معاینه‌ی بالینی، آزمایشات پاراکلینیکی و بر اساس تعریف و معیارهای تشخیص اختلالات حسی تأیید شده بود (۱۱). سپس تمامی این بیماران توسط روان‌پزشک مصاحبه شده بودند و تشخیص اختلال روان‌پزشکی آنان بر اساس مصاحبه و معیار Diagnostic and DSM-IV (Disorders Statistical Manual of Mental) داده شده بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری، وارد نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۱/۵ (version 11.5, SPSS Inc., Chicago, IL) شده و تحلیل داده‌ها به کمک جداول فراوانی، نمودار و شاخص‌های میانگین و انحراف معیار با استفاده از آمار توصیفی انجام شد. همچنین جهت مقایسه‌ی بین زیرگروه‌ها از آزمون χ^2 ، آنوا و تی‌تست و در صورت عدم وجود شرایط لازم از آزمون‌های ناپارامتری من‌ویتنی و کروسکال‌والیس استفاده شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی، تعداد ۴۰۰ پرونده‌ی مربوط به بیماران مراجعه‌کننده با شکایات بدون منشأ فیزیکی مورد بررسی اولیه قرار گرفت و تعدادی از پرونده‌های ناقص از مطالعه حذف گردیده و در نهایت تعداد ۲۹۰ پرونده، بررسی شد. میانگین سنی بیماران (۱۶/۱) \pm (۴۹/۴) سال و محدوده‌ی سنی آنها ۱۲ تا ۹۴ سال بود. توزیع جنسیتی بیماران شامل ۲۰۹ زن (۷۲/۱ درصد) با میانگین سنی (۱۵/۹ \pm ۴۸/۹) سال و دامنه‌ی تغییرات ۱۲-۹۴ سال و ۸۱ مرد (۲۷/۹ درصد) با میانگین سنی (۱۶/۶) \pm (۵۰/۶) سال و دامنه‌ی تغییرات ۱۴-۸۳ سال بود. مشخصات دموگرافیک بیماران در جدول ۱ آمده است.

دانشکده‌ی دندان‌پزشکی مشهد از سال ۱۳۹۲ تا سال ۱۳۹۶ انجام شده است.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی، پرونده‌های بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک درد دهان، فک و صورت دانشکده‌ی دندان‌پزشکی مشهد از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ بررسی شدند. معیار ورود در این مطالعه، شامل پرونده‌های بیمارانی بود که شکایت آنها توضیح فیزیکی قانع‌کننده‌ای نداشت و به صورت یک احساس و شکایت ذهنی نظیر درد صورت و دندان و فک، خشکی دهان، افزایش ترشح بزاق، احساس حضور چرک در دهان و بی‌حسی در دهان و احساس مزه‌ی غیرطبیعی گزارش شده بود. معیار خروج از این مطالعه، شامل پرونده‌های ناقص و عدم همکاری بیماران جهت تکمیل مجدد آنها بود. در مواردی که پرونده‌های کلینیک درد ناقص بودند، بیماران فراخوان شدند و مجدداً مورد بررسی قرار گرفتند و در صورت عدم امکان مراجعه‌ی حضوری بیمار، اطلاعات ناقص به صورت تلفنی تکمیل گردید. در غیر این صورت، پرونده از مطالعه حذف گردید.

قابل ذکر است که اطلاعات بیماران در چهارچوب قانون، محرمانه خواهد ماند و همچنین بیمارانی که به علت پرونده‌های ناقص فراخوان شدند از انجام طرح تحقیقاتی توسط مجری طرح مطلع شدند.

پرونده‌های بیماران، شامل اطلاعات دموگرافیک و همچنین شکایات بیماران در جدول فهرست شکایات بود. از پرونده‌های این بیماران، اطلاعات مربوط به نوع شکایات، مشاغل بیماران، تحصیلات، سن، جنس، الگوی ارجاع، مدت زمان تداوم شکایت، درمان‌های انجام شده، روش‌های تشخیصی، نوع اختلال حسی و نوع اختلال روان‌پزشکی استخراج گردید و در چک‌لیست استاندارد مربوطه ثبت گردید. لازم به ذکر است در مورد همه‌ی بیماران، خطای

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک بیماران مراجعه‌کننده به

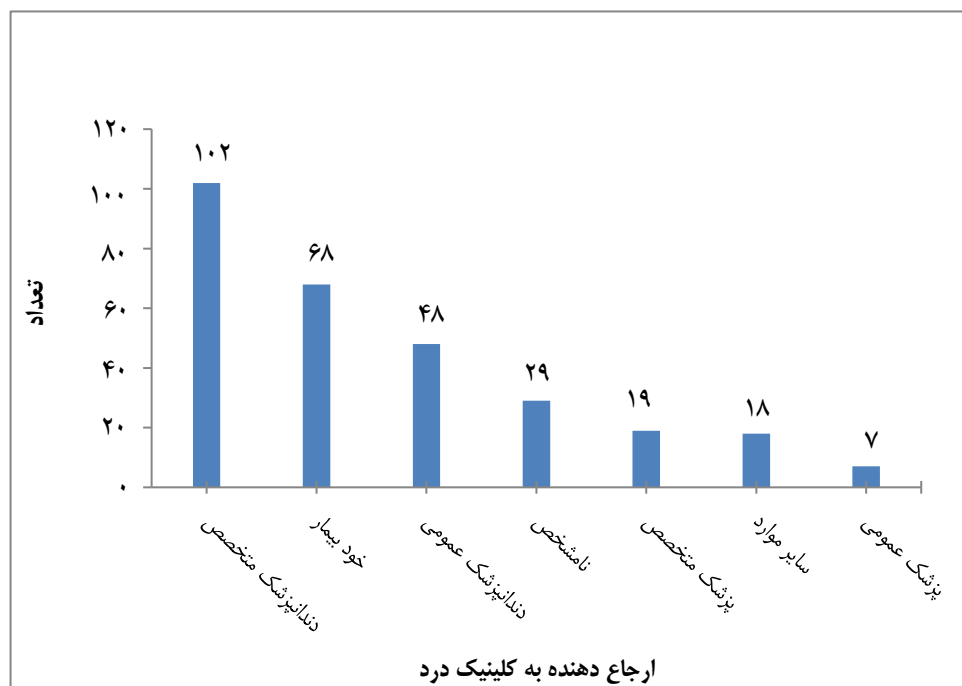
کلینیک درد دهان، فک و صورت

متغیر	
سن (بر حسب سال)	۴۹/۴ ± ۱۶/۱
میانگین ± انحراف معیار	
جنسیت	زن ۲۰۹ (۷۲/۱)
تعداد (درصد)	مرد ۸۱ (۲۷/۹)
وضعیت تأهل	مجرد ۵۱ (۱۷/۶)
تعداد (درصد)	متأهل ۲۰۰ (۶۹)
شغل	غیره ۳۹ (۱۳/۵)
تعداد (درصد)	خانه‌دار ۱۶۲ (۵۵/۹)
	کارمند ۳۱ (۱۰/۷)
	مشاغل با درآمد پایین ۷ (۲/۴)
	آزاد ۳۹ (۱۳/۴)
	بیکار ۴۰ (۱۳/۸)
در حال تحصیل	۱۱ (۳/۸)
تحصیلات	بی‌سواد ۱۱۶ (۴۰)
تعداد (درصد)	سیکل ۷۲ (۲۴/۸)
	دیپلم ۴۸ (۱۶/۶)
	کاردانی ۲۰ (۶/۹)
	کارشناسی ۱۸ (۶/۲)
	کارشناسی ارشد ۳ (۱/۰)

نامشخص ۱۳ (۴/۳۵)

نتایج این بررسی نشان داد، بیش‌ترین فراوانی شکایات با ۲۱۷ مورد (۷۴/۸ درصد) به صورت درد صورت، فک و یا گردن و پس از آن احساس داغی، جرجز کردن یا سوزش دهان با فراوانی ۱۳۹ مورد (۴۷/۹ درصد) گزارش شده بود. کم‌ترین شکایت، احساس حضور کرم در زیر مخاط با فراوانی ۴ مورد (۱/۴ درصد) و احساس درد گنگ در کل دهان با فراوانی ۴ مورد (۱/۴ درصد) بود. در مجموع تعداد ۱۴۸۹ مورد شکایت در اشکال مختلف درج شده بود که تعداد شکایات برخی از افراد بیش از یک مورد بوده است. بیش‌ترین فراوانی مدت زمان تداوم شکایت، کم‌تر از ۶ ماه با تعداد ۱۲۸ نفر (۱/۴۴ درصد) گزارش شد.

در این مطالعه، بیش‌ترین فراوانی ارجاع از طرف دندان پزشکان متخصص (۱۰۲ مورد) و سپس خود بیمار (۶۸ مورد) بوده است (نمودار ۱). همچنین در بین متخصصین دندان پزشکی، بیش‌ترین ارجاع مربوط به متخصصان بیماری‌های دهان، فک و صورت و از میان پزشکان متخصص، بیش‌ترین ارجاع از جانب متخصصین گوش، حلق و بینی صورت گرفته بود.



نمودار ۱: توزیع فراوانی افراد ارجاع‌دهنده‌ی بیماران به کلینیک درد

شکایات اولیه متفاوت بود. مثلاً در سوزش زبان، درمان سنتی و در شکایت از وجود حس‌های غیرطبیعی، کشیدن دندان به عنوان خطای درمانی دوم بوده است. در این مطالعه، بین انواع خطاهای درمانی و انواع شکایات ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p \text{ value} < 0/05$).

بیشترین خطای درمانی در بیماران با شکایت اولیه‌ی درد رخ داده بود. کمترین خطا در بیماران، با نگرانی از تغییرات مخاط دهان بود. در بیماران با شکایت درد نسبت به آنهایی که شکایت درد نداشتند، خطاهای درمانی کشیدن دندان و تعویض پروتز به طور معنی‌داری بیشتر رخ داده بود (به ترتیب $p \text{ value} = 0/01$ و $p \text{ value} = 0/043$). انواع خطاهای درمانی به تفکیک شکایات در جدول ۲ ذکر شده است.

پس از بررسی پرونده‌های ۲۹۰ بیمار، مجموعاً ۴۳۹ خطای درمانی اتفاق افتاده بود. بیشترین خطاهای درمانی مربوط به دارودرمانی (۷۲۹ مورد، ۴۹ درصد)، کشیدن دندان (۲۰۸ مورد، ۱۴ درصد) و انجام درمان‌های سنتی (۱۴۷ مورد، ۹/۹ درصد) بوده است. کمترین خطای درمانی مربوط به بستری کردن در بیمارستان (۱۵ مورد، ۱ درصد)، قطع عصب (۶ مورد، ۰/۴ درصد) و پس از آن تزریق بی‌حسی موضعی (۳۴ مورد، ۲/۳ درصد) بوده است. پس از بررسی خطاهای درمانی بر حسب نوع شکایات، دارودرمانی شایع‌ترین خطا بوده است. بیشترین فراوانی در بین داروهای مصرفی توسط بیماران، داروهای ضد التهاب و ضد درد بوده‌اند. خطای دوم پس از دارودرمانی بر حسب

جدول ۲: انواع خطاهای درمانی به تفکیک شکایات در گروه مطالعه

خطاها	درمان ریشه	کشیدن دندان	جراحی	تعویض پروتز	دارودرمانی	درمان سنتی	تزریق بی‌حسی موضعی بیمارستان	بستری کردن در بیمارستان	قطع عصب	سایر	جمع
تعداد (درصد)	۱۵ (۶/۴)	۲۹ (۱۲/۴)	۶ (۲/۶)	۱۳ (۵/۶)	۱۲۰ (۵۱/۵)	۲۷ (۱۱/۶)	۴ (۱/۷)	۲ (۰/۹)	۱ (۰/۴)	۱۶ (۶/۹)	۲۳۳ (۱۰۰)
p value	۰/۷۶۴	۰/۵۵۸	۰/۷۵۷	۰/۹۷۱	۰/۰۱۹	۰/۰۳۲	۰/۷۰۳	۰/۶۸۰	۱/۰۰	-	
تعداد (درصد)	۱۱ (۸)	۲۰ (۱۴/۶)	۳ (۲/۲)	۵ (۳/۶)	۶۵ (۴۷/۴)	۱۸ (۱۳/۱)	۳ (۲/۲)	۱ (۰/۷)	۱ (۰/۷)	۱۰ (۷/۳)	۱۳۷ (۱۰۰)
p value	۰/۲۳۸	۰/۵۴۱	۰/۵۹۵	۰/۲۲۳	۰/۴۹۸	۰/۰۳۱	۰/۸۱۰	۰/۶۳۵	۰/۵۲۶	-	
تعداد (درصد)	۲۶ (۷/۳)	۵۴ (۱۵/۲)	۱۱ (۳/۱)	۲۴ (۶/۸)	۱۷۰ (۴۷/۹)	۲۸ (۷/۹)	۸ (۲/۳)	۵ (۱/۴)	۲ (۰/۶)	۲۷ (۷/۶)	۳۵۵ (۱۰۰)
p value	۰/۰۲۸	۰/۰۱۰	۰/۴۶۶	۰/۰۴۳	۰/۱۷۹	۰/۱۹۹	۰/۳۵۴	۰/۳۴۲	۱/۰۰	-	
تعداد (درصد)	۷ (۵/۶)	۱۶ (۱۲/۸)	۵ (۴/۰)	۷ (۵/۶)	۶۵ (۵۲)	۱۴ (۱۱/۲)	۳ (۲/۴)	۰ (۰)	۰ (۰)	۸ (۶/۴)	۱۲۵ (۱۰۰)
p value	۰/۶۳۰	۰/۶۰۱	۰/۴۴۰	۰/۸۱۰	۰/۸۴۳	۰/۴۳۰	۰/۷۷۲	۰/۳۲۶	۱/۰۰	-	
تعداد (درصد)	۵ (۶)	۱۰ (۱۲)	۴ (۴/۸)	۷ (۸/۴)	۴۳ (۵۱/۸)	۱۰ (۱۲)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۴ (۴/۸)	۸۳ (۱۰۰)
p value	۰/۸۱۶	۰/۴۸۹	۰/۲۸۴	۰/۳۰۳	۰/۶۹۷	۰/۳۷۴	۰/۱۳۳	۰/۵۸۷	۱/۰۰	-	
تعداد (درصد)	۱۹ (۷)	۳۹ (۱۴/۴)	۸ (۳)	۱۹ (۷)	۱۳۰ (۴۸/۱)	۲۲ (۸/۱)	۸ (۳)	۳ (۱/۱)	۱ (۰/۴)	۲۱ (۷/۸)	۲۷۰ (۱۰۰)
p value	۰/۱۷۵	۰/۱۴۷	۰/۶۷۳	۰/۰۶۴	۰/۱۵۷	۰/۷۵۹	۰/۰۴۳	۱/۰۰	۱/۰۰	-	
تعداد (درصد)	۱۲ (۷/۵)	۲۰ (۱۲/۶)	۷ (۴/۴)	۱۱ (۶/۹)	۸۰ (۵۰/۳)	۱۶ (۱۰/۱)	۲ (۱/۳)	۱ (۰/۶)	۰ (۰)	۱۰ (۶/۳)	۱۵۹ (۱۰۰)
p value	۰/۴۹۴	۰/۴۴۹	۰/۱۸۵	۰/۵۲۳	۰/۰۶۱	۰/۷۲۳	۰/۳۴۹	۰/۶۵۵	۰/۵۳۳	-	
تعداد (درصد)	۸ (۶/۳)	۲۰ (۱۵/۷)	۴ (۳/۱)	۷ (۵/۵)	۵۶ (۴۴/۱)	۱۲ (۹/۴)	۶ (۴/۷)	۳ (۲/۴)	۱ (۰/۸)	۱۰ (۷/۹)	۱۲۷ (۱۰۰)
p value	۰/۵۸۸	۰/۰۸۵	۰/۵۶۸	۰/۷۲۸	۰/۱۴۸	۰/۴۰۷	۰/۰۰۳	۰/۰۹۵	۰/۴۲۹	-	

پس از بررسی خطاهای درمانی بر حسب نوع اختلال روان پزشکی، دارودرمانی (۲۲۱ مورد) شایع ترین و قطع عصب (۲ مورد) کم ترین خطای درمانی بوده است. همچنین بیشترین اختلال روان پزشکی مربوط به اختلالات خلقی (۲۰۶ مورد) و کمترین مربوط به اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریشانه (۱ مورد) بود. بین انواع خطاهای درمانی و تشخیص روان پزشکی، ارتباط معنی داری وجود داشت ($p \text{ value} < 0/001$). انواع خطاهای درمانی به تفکیک اختلال روان پزشکی در جدول ۳ ذکر شده است.

پس از بررسی خطاهای درمانی بر حسب نوع اختلال حسی و سردرد، دارودرمانی (۲۲۹ مورد)، شایع ترین خطای درمانی در بیماران با درد آتپیک صورت (۳۰۲ مورد) و کمترین خطای درمانی قطع عصب (۲ مورد)، در همان گروه بیماران بود. همچنین بیشترین اختلال حسی و سردرد مربوط به درد آتپیک صورت (۳۰۲ مورد) و کمترین مربوط به درد آتپیک دندان (۱ مورد)، گزارش شد. انواع خطاهای درمانی به تفکیک اختلال حسی و سردرد در جدول ۴ آمده است.

جدول ۳: انواع خطاهای درمانی به تفکیک اختلال روان پزشکی در گروه مطالعه

جمع	سایر	قطع عصب	تزیق بی حسی موضعی	بستری کردن در بیمارستان	درمان سنتی	دارودرمانی	تعویض پروتز	جراحی	کشیدن دندان	درمان ریشه	تعداد (درصد)	
۹۲ (۱۰۰)	۶ (۶/۵)	۰ (۰)	۲ (۲/۲)	۹ (۹/۸)	۴۸ (۵۲/۲)	۷ (۷/۶)	۲ (۲/۲)	۱۳ (۱۴/۱)	۵ (۵/۴)	اختلالات اضطرابی (درصد)		
۲۰۶ (۱۰۰)	۲۰ (۹/۷)	۰ (۰)	۲ (۱)	۱ (۰/۵)	۲۲ (۱۰/۷)	۱۰۴ (۵۰/۵)	۱۱ (۵/۳)	۷ (۳/۴)	۲۸ (۱۳/۶)	۱۱ (۵/۳)	اختلالات خلقی (درصد)	
۲۶ (۱۰۰)	۲ (۷/۷)	۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۷/۷)	۰ (۰)	۱۵ (۵۷/۷)	۱ (۳/۸)	۲ (۷/۷)	۳ (۱۱/۵)	۱ (۳/۸)	اختلالات انطباقی (درصد)	
۱ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۱۰۰)	اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریشانه (درصد)	
۷ (۱۰۰)	۰ (۰)	۱ (۱۴/۳)	۱ (۱۴/۳)	۱ (۱۴/۳)	۱ (۱۴/۳)	۲ (۲۸/۶)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۱۴/۳)	۰ (۰)	اختلالات شخصیتی (درصد)	
۹ (۱۰۰)	۱ (۱۱/۱)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۱۱/۱)	۴ (۴۴/۴)	۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۲۲/۲)	۱ (۱۱/۱)	اختلالات شبه جسمی (درصد)	
۳۵ (۱۰۰)	۱ (۲/۸)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۲/۸)	۱ (۲/۸)	۱۰ (۲۸/۵)	۵ (۱۴/۲)	۱ (۲/۸)	۹ (۲۵/۷)	۷ (۲۰)	بدون اختلال روان پزشکی عمده (درصد)	
۶۳ (۱۰۰)	۳ (۴/۷)	۱ (۱/۵)	۲ (۳/۱)	۲ (۳/۱)	۷ (۱۱/۱)	۳۸ (۶۰/۳)	۲ (۳/۱)	۱ (۱/۵)	۵ (۷/۹)	۲ (۳/۱۷)	نامشخص (درصد)	
۴۳۹ (۱۰۰)	۳۳ (۷/۵)	۲ (۰/۵)	۵ (۱/۱)	۹ (۲/۱)	۴۱ (۹/۳)	۲۲۱ (۵۰/۳)	۲۶ (۵/۹)	۱۳ (۳)	۶۱ (۱۳/۹)	۲۸ (۶/۴)	جمع خطا (درصد)	
$p \text{ value} < 0/001$											نتیجه‌ی آزمون دقیق فیشر	

جدول ۴: انواع خطاهای درمانی به تفکیک اختلال حسی و سردرد در گروه مطالعه

خطاها	درمان ریشه	کشیدن دندان	جراحی	تعویض پروتز	دارودرمانی	درمان سنتی	تزیق بی‌حسی موضعی	بستری کردن در بیمارستان	قطع عصب	سایر	جمع	تشخیص نوع اختلال حسی و سردرد
*AFP	۲۲ (۷/۳)	۵۱ (۱۶/۹)	۹ (۳)	۲۱ (۷)	۱۳۹ (۴۶)	۲۱ (۷)	۸ (۲/۶)	۵ (۱/۷)	۲ (۰/۷)	۲۴ (۷/۹)	۳۰۲ (۱۰۰)	تعداد (درصد)
*BMS	۲ (۲/۵)	۶ (۷/۶)	۳ (۳/۸)	۳ (۳/۸)	۴۹ (۶۲)	۱۲ (۱۵/۲)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۴ (۵/۱)	۷۹ (۱۰۰)	تعداد (درصد)
Tension headache	۰ (۰)	۱ (۱۴/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	۶ (۸۵/۷)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۷ (۱۰۰)	تعداد (درصد)
*AMD	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۲۰)	۰ (۰)	۳ (۶۰)	۰ (۰)	۱ (۲۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۵ (۱۰۰)	تعداد (درصد)
*ASD	۲ (۶/۹)	۵ (۱۷/۲)	۰ (۰)	۲ (۶/۹)	۱۴ (۴۸/۳)	۵ (۱۷/۲)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۳/۴)	۲۹ (۱۰۰)	تعداد (درصد)
میگرن	۲ (۶/۹)	۵ (۱۷/۲)	۰ (۰)	۲ (۶/۹)	۱۴ (۴۸/۳)	۵ (۱۷/۲)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۳/۴)	۲۹ (۱۰۰)	تعداد (درصد)
*MPDS	۵ (۱۵/۲)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۳)	۱۵ (۴۵/۵)	۸ (۲۴/۲)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۴ (۱۲/۱)	۳۳ (۱۰۰)	تعداد (درصد)
*AO	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۱۰۰)	تعداد (درصد)
جمع	۳۱ (۶/۸)	۶۴ (۱۳/۹)	۱۳ (۲/۸)	۲۷ (۵/۹)	۲۲۹ (۴۹/۹)	۴۶ (۱۰)	۹ (۲)	۵ (۱/۱)	۲ (۰/۴)	۳۳ (۷/۲)	۴۵۹ (۱۰۰)	تعداد (درصد)

p value < ۰/۰۰۱

نتیجه‌ی آزمون

دقیق فیشر

*: AFP: Atypical facial pain, BMS: Burning mouth syndrome, AMD: Atypical motion disorder, ASD: Atypical sensory disorder, MPDS: Myofacial pain dysfunction syndrome, AO: Atypical odontalgia

بحث

محتشم (۱۲)، در مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی بر روی ۵۱ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به بخش بیماری‌های دهان دانشکده‌ی دندان‌پزشکی مشهد، به بررسی صحت تشخیص بالینی و رادیوگرافیک ضایعات با تشخیص آسیب‌شناسی ضایعات برجسته‌ی دهان پرداخت که در ۸ مورد تشخیص بالینی با آسیب‌شناسی مطابقت نداشت. آنها به این نتیجه رسیدند که دیدگاه هر یک از تخصص‌ها در شرح و توصیف ضایعه اهمیت دارد و بهتر است با انطباق یافته‌های بالینی، رادیوگرافیک، آسیب‌شناسی و جراحی به تشخیص واحدی برسیم. لوپزجورنت و همکاران (۱۳) نشان دادند که دندان‌پزشکان عمومی تازه فارغ‌التحصیل شده، نیاز به تلاش و تجربه‌ی بیشتری جهت تشخیص سرطان و ضایعات پیش

هدف از مطالعه‌ی حاضر، بررسی فراوانی انواع خطاهای درمانی در بیماران دارای شکایات بدون توضیح فیزیکی مراجعه‌کننده به کلینیک دردهای دهان، فک و صورت دانشکده‌ی دندان‌پزشکی مشهد از سال ۱۳۹۲ تا سال ۱۳۹۶ بود. با توجه به نتایج به دست آمده، به نظر احتمال بروز خطای پزشکی در بیماران دارای شکایات ذهنی (Symptom) بسیار بیشتر از بیماران دارای شکایات فیزیکی (Sign) می‌باشد، ولی تاکنون تحقیقی در این زمینه در ناحیه‌ی سر و گردن انجام نشده است. این در حالی است که تعدادی از مطالعات پیشین به بررسی خطاهای تشخیصی ضایعات در شکایات فیزیکی پرداخته‌اند.

درمانی مختلف، پاسخی از درمان دریافت نکرده‌اند به متخصص بیماری‌های دهان ارجاع داده می‌شوند و متخصصین بیماری‌های دهان جهت درمان مناسب، بیماران را به کلینیک درد ارجاع می‌دهند. علت ارجاع کم‌تر بیماران از سوی پزشکان، عدم آشنایی آنها از وجود خدمات کلینیک درد و همچنین آشنایی نداشتن با رشته‌ی بیماری‌های دهان و حیطه‌ی تخصصی آن می‌باشد. پاک فطرت و همکاران (۱۶)، نشان دادند که در بسیاری از موارد، بیماران جهت درمان بیماری خود با تأخیر به پزشک مراجعه می‌کنند و بیماران به دلیل عدم آشنایی پزشکان و دندان پزشکان با ضایعات دهانی، بین مطب‌های گوناگون سرگردان شده و متحمل روش‌های تشخیصی غیر ضروری می‌گردند. همچنین اذعان نمودند که تشخیص نادرست منجر به تأخیر در درمان اصلی و بروز عوارض به دلیل درمان‌های غیر ضروری و نادرست شده است. اسکندری (۱۷) در بررسی علل تأخیر در تشخیص و درمان سرطان‌های سر و گردن گزارش نمود که تأخیر عمده در این مسیر توسط بیمار صورت گرفته است و دلیل آن، عدم آگاهی از علائم و نشانه‌های سرطان و «غیر مهم پنداشتن علائم» بوده است.

در این مطالعه، پس از بررسی پرونده‌های ۲۹۰ بیمار، مجموعاً ۴۳۹ خطای درمانی و به طور متوسط به ازای هر بیمار ۱/۵ خطا رخ داده بود. این بدین معنی است که در بیشتر مواقع، برای هر بیمار بیش از ۱ مورد خطای درمانی وجود داشته است. به نظر می‌رسد این تعداد خطا می‌تواند به دلیل اشکال مختلف درمان توسط همکاران بوده باشد. در تمام شکایات، بیش‌ترین خطای درمانی مربوط به دارودرمانی (۴۹ درصد) و کم‌ترین خطای درمانی مربوط به قطع عصب (۰/۴ درصد) بوده است، ولی بر حسب نوع شکایت، ترتیب فراوانی خطاها متفاوت بوده و ارتباط معنی داری بین انواع خطای درمانی و انواع شکایات وجود داشت. این نشان می‌دهد که نوع شکایت بیمار می‌تواند بر نوع خطاهای درمانی که بیمار متحمل می‌شود تأثیرگذار باشد. برخی از خطاها ممکن است عواقب ناخواسته و غیر

سرطانی دهان دارند. گالگانو و همکاران (۱۴) در مطالعه‌ی خود نتیجه گرفتند که تشخیص دقیق، قبل از شروع درمان اهمیت زیادی در مورد ضایعات پری‌اپیکال مشکوک در دندان‌های سالم دارد. یون و همکاران (۱۵)، یک مورد درد دندانی مداوم را با منشأ لنفوم بدخیم سینوس ماگزیلاری سمت چپ گزارش کردند که تشخیص اشتباه منجر به درمان ریشه و کشیدن دندان‌های کوادرانت چپ فک بالا شده بود. آنها نتیجه‌گیری کردند که سرطان بدخیم سینوس ماگزیلاری می‌تواند در تشخیص افتراقی عوامل مسبب دردهای دهانی - صورتی قرار گیرد.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که بیش‌ترین فراوانی شکایات در زمان مراجعه، درد صورت، فک و یا گردن (۷۴/۸ درصد) و پس از آن احساس داغی، جرجز کردن یا سوزش دهان (۴۷/۹ درصد) و احساس ضعف و ناتوانی در جویدن غذا (۳۲/۴ درصد) می‌باشد. هرچند قابل ذکر است که تعداد شکایات برخی از افراد بیش از یک مورد بوده و حتی یک بیمار چندین شکایت مجزا (۱۴ مورد) را مطرح می‌کرد. با توجه به این که برخی از افراد تا زمان فقدان درد به دندان‌پزشک مراجعه نمی‌کنند، درد جزء شکایات‌های عمده‌ی بیماران در زمان مراجعه به دندان‌پزشک می‌باشد. لذا چنانچه پس از بررسی بیمار توضیح فیزیکی قانع‌کننده‌ای برای درد وجود نداشته باشد، ارجاع بیمار به کلینیک‌های درد و متخصص بیماری‌های دهان توصیه می‌شود.

نتایج حاصل از مطالعه‌ی حاضر بیانگر این بود که بیش‌ترین فراوانی ارجاع مربوط به دندان‌پزشکان متخصص (۱۰۲ مورد)، خود بیمار (۶۸ مورد) و سپس دندان‌پزشک عمومی (۴۸ مورد) می‌باشد و کم‌ترین ارجاع توسط پزشکان عمومی (۷ مورد) صورت گرفته است. همچنین بیش‌ترین میزان ارجاع در میان متخصصین دندان‌پزشک، از طرف متخصصین بیماری‌های دهان (۴۹ درصد) می‌باشد. در بیان علت این امر می‌توان گفت بیشتر بیمارانی که شکایت آنها توضیح فیزیکی قانع‌کننده‌ای ندارد یا پس از انجام مراحل

بر روند تشخیص و درمان توسط پزشک معالج تأثیر بگذارد. از این رو شاید یکی از دلایل بروز خطای پزشکی، عدم ارجاع بیماران توسط همکاران می‌باشد.

باد-هانس و همکاران (۲۰)، اختلالات حسی-بدنی داخل دهانی (Intraoral somatosensory abnormalities) را در بیماران مبتلا به درد آتپیک دندان، توسط آزمون کمی حسی داخل دهانی (QST Quantitative sensory testing) و آزمون کیفی حسی (Qualitative somatosensory testing) ارزیابی نمودند. آنها بیان نمودند که اختلالات حسی-بدنی داخل دهانی در (۸۷/۳ درصد) از بیماران با درد آتپیک یافت می‌شود. در نتیجه، تست‌های حسی و کمی داخل دهانی می‌تواند روش غربالگری مناسبی برای بیماران مشکوک به درد نوروپاتیک قبل از ارجاع باشد. در مطالعه‌ی حاضر، بیشترین خطا در اقدامات تشخیصی مربوط به رادیوگرافی (۶۵/۲ درصد) و پس از آن سی‌تی‌اسکن (۲۴/۱ درصد) و کمترین خطا مربوط به سونوگرافی (۲/۳ درصد) بود. هرچند به دلیل کامل نبودن مستندات، نمی‌توان عدم ضرورت انجام این روش‌ها را با قطعیت بیان نمود، ولی با هر منطقی که تجویز شده باشد در حل مشکل بیمار موفق نبوده است. یک چالش دیگر در زمینه‌ی تجویز اقدامات تشخیصی این است که بدون انجام کامل این آزمایشات نمی‌توان به ذهنی بودن شکایات بیمار پی برد. مثلاً یکی از استانداردهای کلینیک‌های درد سر و گردن در تمام دنیا تجویز رادیوگرافی پانورامیک جهت رد علل ارگانیک می‌باشد. ولی در بسیاری از موارد، تاریخچه‌ی کامل و بررسی کیفیت و کمیت درد و اختلال حسی بیمار، می‌تواند علل ارگانیک را رد نماید و نیاز به تجویز رادیوگرافی پانورامیک را مرتفع سازد. واضح است که شناسایی شکایات ذهنی و آموزش آنها به دندان‌پزشکان، می‌تواند در مسیر تشخیص صحیح به دندان‌پزشکان یاری رسانده و در نتیجه بیماران آسیب کمتری را متحمل می‌شوند. همچنین هزینه‌ی کمتری برای نظام سلامت در بر خواهد داشت. از جمله محدودیت‌های

قابل جبرانی برای بیماران داشته باشد، به طور مثال ۲۰۸ مورد (۱۴ درصد)، دندان بیمار کشیده شده و در ۶ مورد (۰/۴ درصد) عصب قطع شده بود. هرچند در تمام موارد، رادیوگرافی و اسناد بیمار جهت قضاوت در خصوص ضرورت کشیدن دندان در دسترس نبود. ولی آنچه مسلم است کشیدن دندان توانسته بود درد بیماران را بر طرف کند. در نتیجه، حتی در صورت لزوم کشیدن دندان، این درمان متناسب با شکایت بیمار نبوده است. همچنین برخی از خطاها، نظیر دارودرمانی و درمان‌های طب سنتی ممکن است منجر به تحمیل هزینه و از بین رفتن زمان بیمار و همچنین درگیر شدن با یک سری عوارض ناخواسته شود. خطاهای دارویی در زمره‌ی یکی از ۵ دسته خطاهای پزشکی طبقه‌بندی شده توسط مؤسسه‌ی پزشکی آمریکا بوده و تبدیل به یک مشکل جهانی شده است که می‌تواند منجر به صدمات جدی و حتی مرگ بیماران شود. به دست آوردن آمار دقیقی از خطاهای دارویی، مشکل و میزان بروز آن از مطالعه‌ی دیگر متفاوت است (۱۸، ۱۹).

مطالعه‌ی نصرت‌زهی (۱۱)، نشان داد که همه‌ی بیماران (۱۰۰ درصد) دارای شکایات با منشأ ذهنی، پس از معاینه‌ی روان‌پزشک، اختلال روان‌پزشکی آنان تأیید شده است. آنها اذعان داشتند که وظیفه‌ی دندان‌پزشکان، شناخت این نوع شکایات و تشخیص نوع اختلال حسی مزمن و معرفی به روان‌پزشک می‌باشد تا روان‌پزشک بتواند در جهت حذف عوامل استرس‌زای بیمار و بهبود کامل شکایات و ناتوانی بیماران اقدام کند. به تفکیک تشخیص اختلال روان‌پزشکی از مجموع ۲۹۰ بیمار با ۴۳۹ مورد خطا، بیش‌ترین خطای درمانی مربوط به دارودرمانی (۵۰/۳ درصد) و کم‌ترین خطای درمانی مربوط به قطع عصب (۰/۵ درصد) بود. بیش‌ترین و کم‌ترین اختلال روان‌پزشکی به ترتیب مربوط به اختلالات خلقی (۴۶/۹ درصد) و اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پزشکانه (۰/۲ درصد) بود. در کل بین انواع خطاهای درمانی و تشخیص روان‌پزشکی ارتباط معنی‌داری وجود داشت، به عبارتی وجود اختلال روان‌پزشکی می‌تواند

گردد. بنابراین توصیه می‌شود برنامه‌های مدون بازآموزی برای دندان‌پزشکان عمومی و متخصص جهت شناسایی شکایات با منشأ ذهنی و تشخیص صحیح آنها و یا ارجاع صحیح این بیماران وجود داشته باشد تا میزان خطاهای تشخیصی و درمانی به حداقل ممکن کاهش یابد.

قدردانی

این مقاله، منتج از پایان‌نامه‌ی دکترای عمومی دندان‌پزشکی به شماره‌ی ۲۹۱۷، دانشکده‌ی دندان‌پزشکی مشهد می‌باشد. از معاونت پژوهشی دانشگاه که بی‌شک بدون حمایت‌های مالی و پشتیبانی آنان انجام این مطالعه امکان‌پذیر نبود، قدردانی می‌کنیم.

این مطالعه، عدم وجود مطالعه‌ی مشابه و کامل نبودن پرونده‌های برخی از بیماران را می‌توان ذکر نمود. پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی اختصاصی جهت شناسایی شکایات با منشأ ذهنی و تشخیص صحیح آنها و همچنین یک سیستم ارجاع مشخص برای دندان‌پزشکان عمومی و متخصص فراهم گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد، چنانچه بیماری با شکایت بدون توضیح فیزیکی به کلینیک دندان‌پزشکی مراجعه کند، احتمال بروز خطای تشخیصی و درمانی زیاد است و بعضی از خطاهای درمانی، مانند کشیدن دندان، قطع عصب و درمان ریشه، می‌تواند منجر به صدمات جبران‌ناپذیری

References

1. Stavroudis TA, Shore AD, Morlock L, Hicks RW, Bundy D, Miller MR. NICU medication errors: identifying a risk profile for medication errors in the neonatal intensive care unit. *J Perinatol* 2010; 30(7): 459-68.
2. Nagelberg R. Medical errors in dentistry. *RDH* 2015; 35:79-85.
3. Javadzadeh Bolouri A, Zarei MR. Oral and maxillofacial pain. In: *Oral and maxillofacial medicine*. 1st ed. Tehran, Iran: Ministry of Health and Treatment; 2015. [In Persian].
4. de Laat A, Stappaerts K, Papy S. Counseling and physical therapy as treatment for myofascial pain of the masticatory system. *J Orofac Pain* 2003; 17(1): 42-9.
5. de Rossi SS. Orofacial pain: a primer. *Dent Clin North Am* 2013; 57(3): 383-92.
6. Glick M. *Burket's oral medicine*. 12th ed. Shelton, CT: PMPH-USA; 2015.
7. Burket LW, Greenberg MS, Glick M. *Burket's oral medicine: diagnosis & treatment*. Shelton, CT: PMPH-USA; 2003.
8. Dhimole A, Bhasin N, Pandya D, Dwivedi N, Nagarajappa AK. Psychosomatic disorders affecting the mouth: a critical review. *Br J Med Med Res* 2016; 14(5): 1-9.
9. Ghurye S, McMillan R. Orofacial pain - an update on diagnosis and management. *Br Dent J* 2017; 223(9): 639-47.
10. Zakrzewska JM. Multi-dimensionality of chronic pain of the oral cavity and face. *J Headache Pain* 2013; 14: 37.
11. Nosratzahi T. The frequency of psychological disorder patients with complaints of mental and organic origin, referred to Mashhad Dentistry Faculty. [Thesis]. Mashhad, Iran: School of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences; 2010. [In Persian].
12. Mohtasham N. Accuracy rate of clinical diagnosis of oral exophytic lesions in comparing with final diagnosis. [Thesis]. Mashhad, Iran: School of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences; 2004. [In Persian].
13. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Martinez-Beneyto Y, Seoane-Leston J. Influence of years of professional experience in relation to the diagnostic skill of general dental practitioners (GDPs) in identifying oral cancer and precancerous lesions. *Int Dent J* 2008; 58(3): 127-33.
14. Galgano C, Samson J, Küffer R, Lombardi T. Focal cemento-osseous dysplasia involving a mandibular lateral incisor. *Int Endod J* 2003; 36(12): 907-11.

15. Yoon JH, Chun YC, Park SY, Yook JI, Yang WI, Lee SJ, et al. Malignant lymphoma of the maxillary sinus manifesting as a persistent toothache. *J Endod* 2001; 27(12): 800-2.
16. Pakfetrat A, Hoseinpour Jajarm H, Basirat M, Javadzadeh Bolouri A, Delavarian Z, Shakeri MT. Evaluation of the diagnostic accuracy of oral and maxillofacial lesions in referred patients to oral medicine department of Mashhad Dental School and the educational implications. *Future Med Educ J* 2015; 5(1): 52-7.
17. Skandari A. Evaluation of the causes for delay in diagnosis and treatment of head and neck cancers. [Thesis]. Mashhad, Iran: School of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences; 2013. [In Persian].
18. Salmani N, Hasanvand S. Evaluation of the frequency and type of medication prescribing errors in the NICU of hospitals in Yazd. *Hayat* 2016; 21(4): 53-64. [In Persian].
19. Yousefi MS, Abed Saeedi Z, Maleki M, Sarbakhsh P. Frequency and causes of medication errors of nurses in different shift works in educational hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *J Shahid Beheshti Sch Nurs Midwifery* 2014; 24(86): 27-34. [In Persian].
20. Baad-Hansen L, Pigg M, Ivanovic SE, Faris H, List T, Drangsholt M, et al. Intraoral somatosensory abnormalities in patients with atypical odontalgia--a controlled multicenter quantitative sensory testing study. *Pain* 2013; 154(8): 1287-94.

Evaluation of Medical and Diagnostic Errors in Patients with Compliant without Physical Explanations Referred to Oral Medicine Department of Mashhad Dental Faculty in 2013-2017

Zahra Delavarian¹
 Pegah Mosannen Mozaffari²
 Mehdi Talebi³
 Ala Ghazi¹
 Abbas Javadzadeh Bolouri¹
 Aleh Pournazari⁴

1. Oral and Maxillofacial Diseases Research Center, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

2. **Corresponding Author:** Oral and Maxillofacial Diseases Research Center, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Email: mosannenp@mums.ac.ir

3. Department of Family Medicine, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

4. Dentist, Mashhad, Iran.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to evaluate the frequency of different types of medical errors in patients having complaints with no physical explanation, referred to Mashhad Dental Faculty Orofacial Pain Clinic.

Materials & Methods: In this cross-sectional/descriptive-analytical study, records of patients referred to the Orofacial Pain Clinic of Mashhad Dental School from 2013 to 2017 were evaluated. A checklist consisting of the following was completed: type of complaint at the visit, method of treatment, diagnostic methods and referral pattern. All the patients had been examined by oral medicine specialists. Their complaints that could not be physically explained based on the history, clinical examinations and paraclinical tests had been evaluated, and the type of sensory disorder had been determined. Furthermore, all the patients had been interviewed by a psychiatrist to determine any psychiatric disorder. The frequency of different types of medical errors, diagnostic methods, psychiatric disorder and sensory impairment were determined and the possible connection was statistically analyzed. Data were analyzed with SPSS ($\alpha = 0.05$), using frequency tables, graphs and means and standard deviations. ANOVA, t-test and chi-squared test were used to compare the subgroups. In addition, if necessary, non-parametric tests of Mann-Whitney and Kruskal-Wallis were used.

Results: The highest frequency of complaints at the time of visit was facial, mandibular or neck pain (74.8%), and the lowest frequency was the complaint about a dull pain in the whole mouth. The most common treatment error was medication errors (49%), followed by tooth extraction. The most common error in diagnostic methods was radiography (65.2%), followed by CT scan (24.1%), and the lowest error occurred in sonography (2.3%).

Conclusion: Based on the findings of this study, when a patient with a complaint without any physical explanation is referred to the dental clinic, there is a high probability of diagnostic and therapeutic medical errors. Therefore, it is recommended that specific training programs be organized for dentists to identify complaints with a mental origin and their proper diagnosis or to consider referral of these patients.

Key words: Medical errors, Mental disorders, Sensation disorders.

Received: 20.10.2018

Revised: 15.2.2019

Accepted: 12.2.2019

How to cite: Delavarian Z, Mosannen Mozaffari P, Talebi M, Ghazi A, Javadzadeh Bolouri A, Pournazari A. Evaluation of Medical and Diagnostic Errors in Patients with Compliant without Physical Explanations Referred to Oral Medicine Department of Mashhad Dental Faculty in 2013-2017. J Isfahan Dent Sch 2019; 15(1): 92-103.