

بررسی اثر درمان‌های روانپزشکی بر اختلالات حسی غیر قابل توجه دهان، فک و صورت

دکتر حمیدرضا خلیقی*، دکتر عباس جوادزاده**، دکتر محمود طباطبایی***، دکتر حامد مرتضوی****

چکیده

سابقه و هدف: اختلالات حسی در مواردی بدون وجود عامل ارگانیک ایجاد می‌شوند که این امر می‌تواند باعث اشکال در تشخیص و درمان گردد. لذا هدف از این مطالعه بررسی میزان اثر بخشی درمان‌های روانپزشکی بر اختلالات حسی غیر قابل توجه در ناحیه دهان و فک و صورت بود.

مواد و روشها: در این مطالعه تجربی، تعداد ۲۰ بیمار با تشخیص اختلال حسی غیر قابل توجه دهان بدون وجود هیچ دلیل ارگانیکی مورد بررسی قرار گرفتند. شدت اختلالات بر اساس یک معیار عددی از صفر تا پنج توسط بیمار مشخص گردید. سپس بیماران در خصوص مشکلاتشان به یک روانپزشک ارجاع شدند. تمامی بیماران بمدت ۶ ماه، هر دو هفته مورد پیگیری قرار گرفتند و شدت علائم آنها ثبت گردید. در نهایت میانگین شدت اختلالات حسی در قبل و بعد از درمان توسط آزمون t مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه رابطه مثبتی میان درمان‌های روانپزشکی و کاهش شدت علائم بیمار بدست آمد. میانگین شدت اختلالات حسی قبل از شروع درمان ۴ واحد و بعد از درمان به ۱/۱ واحد رسید. میزان پاسخ دهی به درمان در مردان نسبت به زنان بیشتر بود و همچنین پاسخ به درمان بیماران مبتلا به Involutional melancholia نسبت به سایر بیماران مبتلا به اختلالات روانی بهتر بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان داد که شدت اختلالات حسی در ناحیه دهان، فک و صورت توسط درمان‌های روانپزشکی کاهش می‌یابد.

کلید واژگان: اختلالات حسی، درمان روان‌پزشکی، دهان.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۱۲/۶ تاریخ اصلاح نهایی: _____ تاریخ تأیید مقاله: ۱۳۹۰/۱۲/۱۱

مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دوره ۲۹، ویژه‌نامه، زمستان ۱۳۹۰، ۳۲۷-۳۲۲

مقدمه

(Subjective syndrome و خشکی زبانی دهان (Xerostomia می‌باشند (۱). این قبیل شکایات که بعنوان دردهای با منشأ روانی از آنها یاد می‌شود اولین بار توسط فروید توضیح داده شد (۲). در خصوص مکانیسم ایجاد این اختلالات حسی که غالباً از نوع درد مزمن نیز می‌باشند می‌توان عنوان نمود که راه‌های انتقال درد که از کورتکس مغز، هیپوتالاموس و لیمبیک آغاز شده و به تالاموس و نخاع ختم می‌شوند واسطه‌های شیمیایی آزاد می‌کنند که می‌توانند باعث تشدید یا مهار امواج عصبی وارد شده به نخاع و یا تالاموس گردد که می‌توان در این میان به واسطه‌هایی از جمله ۵-هیدروکسی تریپتامین (5-HT) و یا نوراپی نفرین (NE) اشاره نمود. در جریان بیماری‌های

یکی از مسائل دشوار در بحث بیماری‌های دهان، تشخیص و درمان مشکل آن دسته از بیماران است که بطور مداوم از علائمی شکایت دارند که دندانپزشک نمی‌تواند هیچ عامل ارگانیکی برای آن تعیین نماید. اختلالات حسی غیر قابل توجه (Unexplained sensory disorders) یک واقعیت در امر پزشکی و دندانپزشکی می‌باشد بطوری که وقتی جستجوهای تشخیصی در یافتن توضیح این دسته شکایات با شکست همراه می‌شود بیمار همچنان بدنبال بهبودی و درمان می‌گردد. بطور شایع مشکلات این گروه از بیماران شامل احساس درد مزمن، سوزش، طعم بد دهان، درد غیر معمول صورت (Atypical facial pain)، درد زبان (Glossodynia)، سندرم سوزش دهان (Burning mouth syndrome)

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

** دانشیار گروه بیماری‌های دهان و تشخیص، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

*** استاد گروه روانپزشکی، دانشکده روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

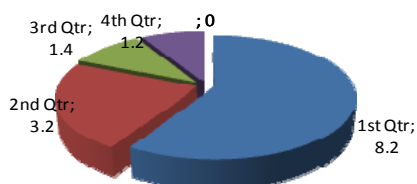
**** نویسنده مسئول: استادیار گروه بیماری‌های دهان و تشخیص، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

شکایت، پاسخ مثبت به درمان تلقی می‌گردد. پس از اینکه از غیر ارگانیک بودن شکایت بیماران اطمینان حاصل می‌شد بیمار به منظور مصاحبه به یک روانپزشک ارجاع می‌گردد و در نهایت با انجام آزمون‌های اختصاصی بر حسب شرایط بیمار، نوع اختلال روانی و داروی مورد نیاز آنها مشخص و تجویز می‌گردد.

بعد از اولین جلسه و عبارتی پس از شروع درمان‌های روانپزشکی، بیماران به فواصل هر دو هفته در ۱۰ نوبت تحت پیگیری مجدد قرار می‌گرفتند بطوریکه در هر نوبت وضعیت شکایت اولیه بیمار بر حسب معیار عددی در نظر گرفته شده ثبت می‌گردد. همچنین معاینات روانپزشکی نیز به انجام می‌رسید تا ضمن بررسی وضعیت بیمار میزان دارو یا نوع آن در صورت نیاز تغییر یابد. بدین ترتیب بیمار از ابتدای بررسی تا انتهای مطالعه بمدت حدود ۶ ماه تحت نظر بوده و کلیه تغییرات حاصله در اختلال حسی وی طی این مدت ثبت می‌شد. در خاتمه، اطلاعات به دست آمده از بیماران بصورت میانگین شدت ناراحتی در قبل و بعد از درمان در جلسات مختلف پیگیری با آزمون آماری t مورد مقایسه قرار گرفت تا میزان پاسخ دهی بیماران نسبت به درمان‌های روانپزشکی تعیین گردد.

یافته‌ها:

در این مطالعه ۲۰ بیمار (۱۶ زن، ۸٪) و (۴ مرد، ۲۰٪) که مبتلا به اختلالات حسی مزمن در ناحیه دهان، فک و صورت بدون وجود هیچ یافته فیزیکی بودند مورد بررسی قرار گرفتند. بیماران در محدوده سنی ۷۵-۲۰ سال با میانگین سنی $6 \pm 51/6$ سال بودند. نوع شکایت اصلی در این بیماران بصورت احساس ترشح چرکی داخل دهان (۲ مورد، ۱۰٪)، سوزش دهان (۱۰ مورد، ۵۰٪) و درد در ناحیه دهان، فک و صورت (۸ مورد، ۴۰٪) بود. این بیماران بطور متوسط ۴/۵ ماه از این شکایت رنج می‌بردند و نواحی شایع ابتلاء شامل صورت، زبان، لثه، فکین، لب‌ها، کام، دندان‌ها و در بعضی موارد تمام حفره دهان بود (نمودار ۱).



نمودار ۱- فراوانی محل‌های مورد شکایات در بیماران

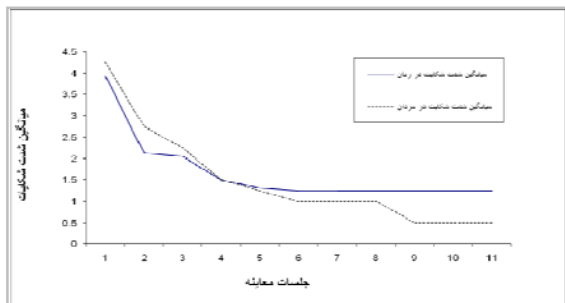
روحي- روانی این واسطه‌های شیمیایی دستخوش تغییراتی می‌گردند در نتیجه اثر سیستم نازل بر تالاموس و نخاع تغییر میکند. همچنین اضطراب نیز باعث کاهش گاما آمینوبوتیریک اسید (GABA) در CNS می‌شود و در نتیجه اثر مهارى بر روی نرون‌ها برداشته شده، فعالیت آنها بیشتر می‌شود (۴،۳).

با توجه به توضیحاتی که ارائه شد بنظر می‌رسد که اختلالات حسی غیر قابل توجهی در ناحیه سر و صورت مرتبط با یکسری مشکلات روانی - روانی باشند. توجه به این نکته از این جهت بسیار اهمیت دارد که اگر نگاه دندانپزشک و یا پزشک صرفاً یک نگاه ارگانیک باشد و به جنبه‌هایی دیگر از جمله سایکولوژیک توجهی نداشته باشد در این صورت این گروه از اختلالات بدرستی تشخیص داده نمی‌شوند و حتی در مواردی منجر به انجام درمان‌هایی غیر ضروری می‌گردند که باعث تحمیل هزینه، صرف وقت و سلب اعتماد بیماران نسبت به تیم پزشکی خواهد شد. از این رو این مطالعه سعی می‌کند تا میزان بهبودی این قبیل مشکلات را در رابطه با درمان‌های روانپزشکی بررسی نماید تا مشخص شود که آیا اینگونه درمان‌های روانپزشکی می‌توانند سبب بهبودی گردند یا خیر؟.

مواد و روشها:

این مطالعه از نوع مطالعات تجربی است که در قالب کار آزمائی بالینی "قبل و بعد از درمان" بر روی ۲۰ نفر (۱۶ مرد و ۴ زن) از بیماران مراجعه کننده به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد که مبتلا به اختلال حسی غیر قابل توجهی در ناحیه دهان، فک و صورت بودند انجام گردید. اطلاعات مربوط به متغیرهای کیفی و کمی بیماران از طریق مصاحبه و مشاهده تهیه و در فرم‌های اطلاعاتی آنها ثبت گردید. ضمناً قبل از شروع هرگونه اقدامی، از کلیه بیماران رضایت نامه کتبی گرفته شد و با توجه به نوع شکایت این بیماران، هرگونه علل ارگانیکی که ممکن بود در این خصوص مطرح باشد با توجه به انجام آزمایشات پاراکلینیکی و مشاوره با متخصصین مختلف مورد بررسی قرار گرفت و فقط آندسته از بیمارانی که هیچ عامل ارگانیکی برای مشکل آنها یافت نگردید و ضمناً دوره پیگیری ۶ ماهه این طرح را پذیرفته بودند وارد مطالعه شدند. به منظور ثبت شدت شکایت بیماران از معیار عددی صفر تا ۵ استفاده گردید و اینگونه در نظر گرفته شد که هر درجه کاهش شدت

مورد دیگری که در این مطالعه بررسی گردید بررسی مقایسه‌ای میزان پاسخ دهی به درمان در هر دو جنس بود که بر این اساس میانگین شدت شکایات بیماران زن قبل از درمان ۳/۹۴ واحد بوده که پس از پایان دوره درمان به ۱/۲۵ واحد رسیده است. در حالیکه در مردان میانگین شدت شکایات قبل از درمان ۴/۲۵ واحد و بعد از پایان درمان به ۰/۵ واحد رسیده بود که در هر دو مورد تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($P=0/001$, $P=0/031$) (نمودار ۳).



نمودار ۳- مقایسه تغییرات میانگین شدت شکایات در دو جنس طی جلسات مختلف معاینه

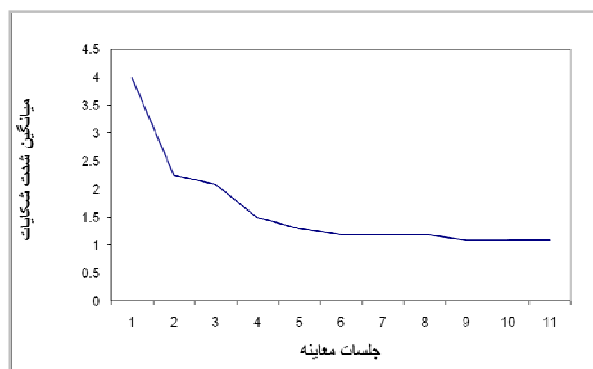
از نتایج دیگر این مطالعه مشخص شدن میزان پاسخ به درمان بر اساس نوع اختلال روانی بود بطوریکه پاسخ به درمان بیماران مبتلا به Involutional melancholia نسبت به سایر بیماران مبتلا به اختلالات روانی بهتر بود (جدول ۱).

جدول ۱ - مقایسه تغییرات میانگین شدت شکایات در بیماران تحت مطالعه بر اساس نوع اختلال روانی

نوع اختلال روانی	شدت شکایات قبل از درمان	شدت شکایات در جلسه آخر پیگیری
Masked depression	۴	۰/۸۸
Depression	۴	۱
Agitated depression	۳	۲
Involutional melancholia	۳/۵	۱
Somatozitation disorder	۳/۳۳	۱/۵
Hypochondriasis	۴	۱/۲
Brain atrophy	۳	۱

تعداد ۱۲ نفر معادل ۶۵٪ از بیماران قبل از وارد شدن در این مطالعه، توسط درمانگران قبلی درمان‌های متفاوتی از جمله خارج ساختن، دندان‌ها، تعویض پروتز، درمان‌های آنتی بیوتیکی، استفاده از دهان شویه‌ها، جراحی عصب و استفاده از ایمپلنت‌های دندان‌ها را تجربه کرده بودند که هیچ کدام از موارد مطرحه منجر به بهبودی نشده بود. در طی مصاحبه‌های روانپزشکی، هفت نوع اختلال روانی در این بیماران شناسایی شد که شامل:

Retard depression (مورد، ۹٪)، Masked depression (مورد، ۲٪)، Involutional melancholia (مورد، ۱۰٪)، Somatization disorders (مورد، ۳٪)، Hypochondriasis (مورد، ۲٪)، و آتروفی مغزی (مورد، ۱٪) بودند. در طی مصاحبه‌های روانپزشکی یکسری عوامل زمینه ساز از جمله پیری (سن بالاتر از ۶۰ سال)، مشکلات تحصیلی، مهاجرت، ناراضیاتی شغلی، بیماری اطرافیان، مشکلات خانوادگی و حاملگی‌های ناخواسته و تنهایی و فوت نزدیکان نیز وجود داشت. نتایج حاصل از تغییرات میزان شدت شکایات بیماران تحت مطالعه بعد از دریافت درمان‌های روانپزشکی طی جلسات ۱۱ گانه درمان نشان داد که میانگین شدت شکایات بیماران در اولین جلسه قبل از شروع درمان بر اساس معیار عددی صفر تا پنج برابر با ۴ واحد بود بطوریکه حداکثر این میزان ۵ واحد و حداقل آن ۳ واحد گزارش گردید که این میزان بعد از اتمام درمان یعنی در جلسه یازدهم به ۱/۱ واحد رسید که بر این اساس درمان‌های روانپزشکی به طور معنی داری منجر به بهبود مشکل بیماران شده بود ($P=0/000$) (نمودار ۲).



نمودار ۲- تغییرات میانگین شدت شکایات در بیماران طی جلسات مختلف معاینه

بحث:

می‌باشد. البته با توجه به یکسری از پاتوفیزیولوژی‌های موجود که در مقدمه نیز بدان اشاره گردید به نظر می‌رسد تئوری دوم صحیح‌تر باشد. با این وجود اکثر محققین بر لزوم درمان‌های روانپزشکی برای بیماران مبتلا به اختلالات حسی غیر قابل توجه ناحیه دهان، فک و صورت تأکید کرده‌اند (۱۹،۱۸) اما مطالعات زیادی در خصوص چگونگی انجام این درمان‌ها صورت نگرفته است که شاید علت آن عدم پذیرش این طرح درمان‌ها از سوی بیماران باشد (۲). در این مطالعه، بیماران بعد از اتمام دوره درمان که بطور غالب همراه با تجویز یک داروی ضد افسردگی به همراه یک آرام بخش بود به طور معنی‌داری با کاهش شدت شکایت اولیه خود مواجه گردیدند. داروهای ضد افسردگی می‌توانند با تنظیم نوروترانسمیترهای مغزی از جمله نور اپی نفرین و HT-5 اثر سیستم نازل را بر روی تالاموس و نخاع کنترل نمایند و از این طریق اثر مثبت خود را در این گروه بیماران بر جای بگذارند (۲۱،۲۰). در این مطالعه، مناسب بودن پاسخ به درمان اختلالات Involuntary melancholia و Masked depression نسبت به سایر اختلالات روانی نیز مشخص گردید. البته لازم به ذکر است که با توجه به اینکه تعداد بیماران مبتلا به انواع اختلالات سایکولوژیک در این مطالعه یکسان نبود بنابراین به طور قاطع و دقیق در مورد پاسخ به درمان آنها نمی‌توان اظهار نظر نمود اما با وجود این محدودیت نتایج این مطالعه می‌تواند شروعی برای مطالعات بعدی باشد. در توجه نتیجه فوق می‌توان اینگونه استدلال نمود که Involuntary melancholia در حقیقت نوعی افسردگی است که معمولاً افراد ۵۵-۵۰ ساله‌ای را مبتلا می‌کند که زندگی گذشته آنها موفقیت آمیز بوده است ولی بدلیل شرایطی از جمله از دست دادن نزدیکان اکنون دچار مشکلات روحی-روانی شده‌اند و از آنجا که ساختار شخصیتی خوبی در گذشته داشته‌اند پاسخ به درمان در آنها بهتر بوده است. چرا که اثبات شده است افرادی که دارای ساختار شخصیتی مناسب‌تری هستند پاسخ به درمان آنها نیز بهتر خواهد بود و برعکس افرادی که ساختار شخصیتی نامناسبی دارند به سختی به درمان‌های روانپزشکی پاسخ می‌دهند. از اینروست که در اختلالات سوماتوفرم و بخصوص هیپوکندریازیس شخصیت بیمار سبب مشکل‌تر شدن درمان می‌گردد (۷، ۴).

اختلالات حسی غیر قابل توجه ناحیه دهان، فک و صورت اغلب در سنین بزرگسالی رخ می‌دهند بطوریکه بیشتر موارد گزارش شده در دهه چهارم تا ششم بوده است (۶، ۵). شیوع جنسی این مشکلات بیشتر در زنان دیده می‌شود. چرا که زنان در این محدوده سنی اغلب دچار کاهش ترشح استروژن و بدنبال آن بروز ناپایداری‌های وازوموتور می‌شوند که دوره‌هایی از افسردگی و اضطراب را به همراه دارد. ضمناً تحمل کمتر زنان نسبت به مشکلات روزمره و در معرض استرس قرار گرفتن بیشتر طی دوران زندگی نسبت به مردان از دلایل دیگری است که می‌تواند توجه کننده بروز بیشتر اختلالات حسی غیر قابل توجه در آنها باشد (۷، ۲). در مطالعه حاضر میانگین سنی بیماران حدود ۵۲ سال بود و ۸۰ درصد بیماران را زنان تشکیل می‌دادند که از این جهت مطابق با یافته‌های Ong و Yap می‌باشد (۸، ۹). طول مدت شکایت از اختلالات حسی در این مطالعه ۴/۵ سال بود که این میزان توسط Browning و Lamey بین ۹ ماه تا ۳ سال گزارش شده بود (۱۱، ۱۰). از نظر نواحی شایع شکایت از اختلالات حسی در مطالعه حاضر، صورت، زبان و لثه بیشترین فراوانی را بخود اختصاص داده بودند که این نتیجه با یافته‌های حاصل از مطالعات Pilowsky و Mongini مطابقت داشت (۱۳، ۱۲). در مورد اختلالات حسی بدون توجه در ناحیه دهان، فک و صورت حضور درجاتی از اختلالات سایکولوژیک توسط محققین مختلف نشان داده شده است که از آن جمله می‌توان به مطالعات Maland و Manfredini و Hampf اشاره نمود (۱۶-۱۴). در اکثر تحقیقات از جمله مطالعه حاضر، افسردگی شایع‌ترین اختلال روانی بوده است. از معدود مطالعات صورت گرفته در ایران می‌توان به مطالعه هنرمند اشاره داشت که نشان داد اختلال اضطرابی منتشر و اختلال افسردگی شدید به ترتیب در ۶۳/۲٪ و ۳۸/۶٪ از بیماران مبتلا به سندرم اختلال عملکرد دردناک عضلات چونده (که در واقع یک درد مزمن با منشاء روانی) وجود داشته است (۱۷). با وجود مطالب مذکور هنوز ارتباط بین اختلالات حسی مزمن و افسردگی به روشنی مشخص نیست. عبارتی هنوز روشن نشده است که آیا حضور افسردگی در بیماران دچار اختلال حسی مزمن، ناشی از وجود یک حس ناخوشایند است یا اینکه افسردگی دارای نقش اتیولوژیک در ایجاد اختلالات حسی مزمن

نتیجه‌گیری:

بتوان از آن به عنوان حرکتی در جهت پیوند علوم مختلف پزشکی (روانپزشکی و دندانپزشکی) یاد کرد، صورت گیرد. چرا که انسان موجودی بایوسایکوسوشیال (Biopsychosocial) است و این واقعیت می‌باید در نگاه تشخیصی و درمانی هر عضوی از تیم سلامت نهادینه گردد.

این مطالعه نشان داد که شدت شکایت بیماران از اختلالات حسی بدون توجه ارگانیک در ناحیه دهان، فک و صورت به میزان چشمگیر و معنی داری بعد از درمان‌های روانپزشکی کاهش می‌یابد. از این رو پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی با حجم نمونه‌های بیشتر در جهت تکمیل نتایج این تحقیق، که شاید

References

1. Greenberg M, Glick M, Ship JA. Burket's oral medicine: diagnosis and treatment. 11th Ed. Ontario. BC Decker: 2008. 257-289.
2. Bonica J, Loeser J, Chopman R, Fordyce W. The management of pain. 2nd ed. Philadelphia. Lea and Febiger Co; 1990. 700-760.
3. Kanner R. pain management secrets. Philadelphia. Hanley and Belfus Co; 1997. 98-235.
4. Okeson JP. Management of temporomandibular disorder and occlusion. 6th Ed. St. Louis. Mosby Co: 2008. 130-375.
5. Altindag O, Gur A, Altindag A. The relationship between clinical parameters and depression level in patient with myofascial pain dysfunction syndrome. Pain med 2008; 9: 161-5.
6. Rojo L, Silvestre F, Bagan J, De-vicente T. prevalence of psychopathology in burning mouth syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1996;78: 312-16.
7. Kaplan H, Sadok B, Grebb J. Synopsis psychiatry. 7th Ed. Baltimore. Williams and wilkins Co: 1995: 530-970.
8. Ong KS, Keng SB. The biological, social and psychological relationship between depression and chronic pain. Cranio 2003;21: 286-94.
9. Yap AU, chua EK, Tan KB. Depressive symptoms in Asian TMD patients and their association with non-specific physical symptoms reporting. J Oral Pathol Med 2004;33: 305-10.
10. Lamey P, Lamb A. Component of burning mouth syndrome. Oral Surg Oral Med Pathol 1994;78:590-3.
11. Browing S, Hislop S, Scully C, shirlaw P. The association between burning mouth syndrome and psychosocial disorders. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1987;64:171-4.
12. Pilowsky I, Barrow G. Analysis of 50 patients with atypical odontalgia. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1998;85: 24-32.
13. Mongini F. Headache and facial pain. Stuttgart, Thime, co.1999, 325-430.
14. Madland G, Feinmann C, Newman S. Factors associated with anxiety and depression in facial arthromyalgia. Pain 2000; 84: 225-32.
15. Manferdini D, di- Poggio AB, Romagnoly M, Dell' Osso L, Bosco M. Mood spectrum in patients with different painful temporomandibular disorders. Cranio 2004;22: 234-40.
16. Sedighe Bakhtiari, Hamid Reza Khalighi, Somayyeh Azimi, Kaveh Alavi, Hasan Ayoobi Valoogerdi, Zahra Namazi. Correlation between burning mouth syndrome and anxiety in the elderly inmates of sanatoria in Tehran. JODDD 2010;4; 37-41.

17. Honarmand M, Javadzade A, Toofani-Asl H, Madani AA. Frequency of psychiatric disorders in patient with myofacial pain dysfunction syndrome. *J Mash Dent Sch* 2009;33: 77-82.
18. Fishbain DA, Cutler RB, Rosomoff HL, RossomoffRS. Clonazepam open clinical treatment trial for myofacial syndrome associated chronic pain. *Pain Med* 2000;1: 332-9.
19. Reddy S, patt RB. The benzodiazepins as adjuvants analgesics. *J pain symptom Manage* 1994;9: 510-4.
20. Cail HM. Fluoxetine: sutablelong-term treatment. *J Clinic psychiatry* 2000;62; 24-9.
21. Hosak L, Tuma I, Hanus H. Cost and outcoms of use of Amitriptyline, Citalopram and Fluoxetine in major depression: Exploratory study. *J Acta Med* 2000;43:133-7.

Archive of SID