

مقایسه فراوانی شکایت‌ها، نوع و شدت حوادث استرس‌زا در بیماران مبتلا به درد آتیپیک صورت و درد با منشأ مشخص در مراجعه کنندگان به دانشکده دندانپزشکی زاهدان

زهره دلوریان^۱، عباس جوادزاده بلوری^۱، ابوالفضل پاینده^۲، طاهره نصرت زهی^{۳*}، مصطفی محمدی^۴

^۱ استاد گروه بیماری های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۲ استادیار آمار زیستی گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان،

ایران

^۳ دانشیار گروه بیماری های دهان، فک و صورت، مرکز تحقیقات بیماری های دهان و دندان، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، دانشکده

دندانپزشکی زاهدان، ایران

^۴ دندانپزشک، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

تاریخ ارائه مقاله: ۹۸/۷/۱۳ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۱۴

Comparison of the Frequency of Complaints the Type and Severity of Stressful Events in Patients with Atypical Facial Pain and Pain with Specific origin Referring to the Faculty of Dentistry, Zahedan, Iran

Zahra Delavarian¹, Abbas Javad Zadeh Bolouri¹, Abolfazl Payandeh², Tahereh Nosratzahi^{3*}, Mostafa Mohammadi⁴

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

² Assistant Professor, Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

³ Associated Professor, Department of Oral Medicine, Oral and Dental Disease Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

⁴ Dentist, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Received: 5 October 2019; Accepted: 3 February 2020

Introduction: Atypical Facial Pain (AFP) refers to the sensation of pain in oral mucosa without any visible mucosal lesions and can be diagnosed during a clinical examination. Doctors who are not aware of AFP do not take the symptoms seriously and consider it as an unrealistic feeling. The ignorance of doctors in this regard increases anxiety and the sense of pain in patients.

Materials and Methods: The present study was performed on 47 eligible patients with AFP who were similar to the control group regarding their age and gender. The Holmes-Rahe stress inventory and the complaint registration form were used to collect the required data which were used to compare the frequency of complaints and the type and severity of stressful events. The collected data were analyzed using t-test, chi-square, Mann-Whitney, multiple regression, and logistic tests. Moreover, a p-value of 0.05 was considered statistically significant.

Results: According to the findings, 80.9% of the patients complained of non-dental pain. The results of the Mann-Whitney test revealed no significant difference between the case and control groups regarding the severity of pain ($P=0.251$). Moreover, the results of the Chi-square test indicated that the duration of pain complaints had a significant difference in the two groups ($P=0.004$). Furthermore, a comparison of stressful life events revealed that the death of a spouse or a family member, changes in lifestyle (e.g., change of location, activities, diet, sleeping habits, and responsibilities), and changes in living conditions and financial status were the cause of stress in 12.7%, 17.02%, and 14.58% of cases in the control group. In addition, the results of the t-test showed that the level of stress was significantly higher in the case group, compared to the control group ($P=0.032$).

Conclusion: Based on the findings, there was a significant difference between the patients with AFP and other patients referring to the clinic of Zahedan dental school, regarding the frequency of complaints as well as the type and severity of stressful events.

Key words: Atypical facial pain, Stressful events, Holmes-Rahe stress inventory

Corresponding Author: nosratzheim@yahoo.com , nosratzahi@zaums.ac.ir

J Mash Dent Sch 2020; 44(2): 127-37.

چکیده

مقدمه: Atypical Facial Pain (AFP) به صورت احساس درد مخاط دهان بدون هیچگونه اختلال مخاطی قابل مشاهده، در حین معاینات کلینیکی مشخص می‌شود. پزشکیانی که با درد آتیپیک صورت آشنا نیستند علائم بیماران را جدی نمی‌گیرند و این حس را یک حس غیر واقعی می‌دانند، این عدم توجه پزشکان نه تنها موجب افزایش اضطراب بیمار بلکه باعث افزایش حس درد بیماران نیز می‌شود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه، تعداد ۴۷ نفر از بیماران مبتلا به AFP پس از کسب شرایط ورود به مطالعه از نظر سن و جنس با گروه شاهد هماهنگ شدند و پرسشنامه‌های هولمزراهه و فرم ثبت شکایت‌ها را به منظور مقایسه فراوانی شکایت‌ها، نوع و شدت حوادث استرس‌زا تکمیل نمودند. سپس اطلاعات توسط آزمونهای آماری تی (t)، کای دو، من ویتنی، رگرسیون چندگانه و لوجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین سطح معناداری آماری ۰/۰۵+ نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در این مطالعه دو گروه مورد و شاهد مورد مطالعه قرار گرفتند. بررسی نوع شکایت بیماران در گروه مورد نشان داد که در ۸۰/۹ درصد انواع دردهای غیردندانی عامل بروز درد هستند. آزمون من ویتنی نشان داد که اختلاف معنی داری در شدت درد بین دو گروه شاهد و مورد وجود نداشت ($P=0/251$) مدت زمان شکایت‌ها بین بیماران مبتلا به درد آتیپیک صورت و گروه شاهد از لحاظ آماری تفاوت معنی داری داشت ($P=0/004$) مقایسه حوادث استرس‌زا نشان داد که در گروه مورد در ۱۲/۷ درصد فوت همسر یا اعضای خانواده عامل استرس بود. نتایج آزمون تی نشان داد شدت حوادث استرس‌زا در دو گروه از لحاظ آماری تفاوت معنی داری داشت. ($P=0/032$)

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌ها، فراوانی شکایت‌ها، نوع و شدت حوادث استرس‌زا در بیماران مبتلا به درد آتیپیک صورت با افراد سالم مراجعه کننده به کلینیک دانشکده دندانپزشکی زاهدان از لحاظ آماری تفاوت معنی داری داشت.

کلمات کلیدی: درد آتیپیک صورت، حوادث استرس‌زا، هولمزراهه
مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۹۹ دوره ۴۴ / شماره ۲: ۳۷-۱۲۷.

مقدمه

معمولاً درد را به عنوان یک احساس سوزش و یا یک درد شدید توصیف می‌کنند و در معاینات و آزمایشات کلینیکی اختلال و مشکلی دیده نمی‌شود.^(۳)

AFP یک وضعیت کمتر شناخته شده است که تشخیص و درمان آن برای درمانگرها چالش برانگیز است.^(۴) درد آتیپیک صورت می‌تواند موجب ناتوانی معیشتی و اختلال در سلامت هر فرد شود، به همین علت باید درمانگرها شکایت بیماران مبتلا به درد صورت را جدی بگیرند و لیست کاملی از تشخیص‌های افتراقی براساس تاریخچه و انجام معاینه کامل کلینیکی بیمار تهیه کنند. برخی مطالعات نشان داده اند که تا ۲۶ درصد از افراد جامعه در برخی اوقات از زندگی‌شان با درد آتیپیک صورت درگیر بوده‌اند.^(۵) درد مزمن صورت و دهان یک مشکل رایج و ناتوان کننده است که حداقل ۱۰ درصد از جمعیت بزرگسالان و ۵۰ درصد از جمعیت افراد مسن را تحت تأثیر قرار می‌دهد.^(۶) AFP

درد آتیپیک صورت (Atypical Facial Pain) یک وضعیت نادر ولی شدید است که ناحیه صورتی را درگیر می‌کند و می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی داشته باشد.^(۱) انجمن‌های بین‌المللی دردهای دهان و صورت به توصیف خصوصیات درد در AFP پرداخته‌اند. (International Classification of Headache Disorder) ICHD آن را درد نسبتاً شدیدی که غیرقابل تحمل نیست، ماهیت حمله‌ای دارد، توسط لمس ناحیه‌ای خاص (Trigger) یا فعالیت روزانه تشدید نمی‌شود و از ناحیه آناتومیک خاصی هم پیروی نمی‌کند توصیف می‌کند.^(۲) درد آتیپیک صورت یک اختلال است که معمولاً با نورالژی تریژمینال (Trigeminal Neuralgia) مقایسه می‌شود. برخلاف نورالژی تریژمینال علائم درد آتیپیک بصورت مداوم است نه متناوب و درد معمولاً یکطرفه است و علائم و نشانه‌های خودمختار (Autonomic) وجود ندارد. بیماران

به جهت گوناگونی تعاریف، معیارهای تشخیصی و علل مطرح شده برای اختلالاتی چون AFP و ... بر آن شدیم که ضمن شناخت و معرفی انواع شکایات دارای منشأ ذهنی با تشخیص های AFP و سایر مشکلات حسی آتپیک، فراوانی اختلالات روانپزشکی، نوع و شدت حوادث استرس زا را در این دسته از بیماران که باعث اختلال در تفکر و روند با بیمارانی که با شکایتهای دارای منشأ ارگانیک به دانشکده دندانپزشکی زاهدان مراجعه نموده اند، مقایسه نمائیم تشخیص زودهنگام این اختلالات، از ادامه یافتن مشکل بیماران و آسیبهای اقتصادی، جسمانی، عاطفی و روانی، بررسی های پاراکلینیکی-درمانهای غیرضروری و بی حاصل جلوگیری نموده و کارآمدی افراد در جامعه را افزایش می دهد.

مواد و روش ها

تشخیص درد آتپیک صورت براساس رد کردن تمام عواملی که می تواند باعث بروز آن شکایات در ناحیه گردن، مطرح و با گرفتن تاریخچه و توصیف دقیق درد یا سوزش، خصوصیات همچون نبود درد یا سوزش در مسیر یک عصب یا شاخه های اصلی آن و حضور آن بصورت مداوم در تمام طول روز، اغلب دو طرفه بودن، سیر مزمن چندین ماهه و حتی چند ساله، داشتن مشاوره ها و درمانهای متعدد بی حاصل و افزایش شدت شکایات با فشارهای روحی و روانی اثبات شد. همچنین بیماران از شکایاتی چون افزایش ترشح بزاق، احساس حضور چرک در دهان، بی حسی در لب یا دهان، اختلال مزه و ... نیز نام می بردند. در مجموع ۴۷ بیمار با تشخیص درد آتپیک صورت با منشأ ذهنی یا آتپیک یا ناهمگون، به عنوان گروه مورد و ۹۷ فرد مبتلا به درد با علت ارگانیک به عنوان گروه شاهد، مورد مطالعه قرار گرفتند، در صورت وجود بیماری سیستمیک و مصرف داروهای خاص به صورت مزمن افراد از مطالعه خارج

شیوعی برابر با ۱ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر دارد و عمدتاً بزرگسالان را درگیر می کند.^(۷)

اتیولوژی AFP ناشناخته مانده است، زمانی اعتقاد بر این بود که عامل درد سایکوزنیک است. از جمله عوامل سایکولوژیک که می توانند موجب درد آتپیک صورت شوند می توان افسردگی اندوژنوس (Endogenous Depression) افسردگی آتپیکال (Atypical Depression) هیستریا (Hysteria)، وضعیت اضطرابی (Anxiety State) و نوروزیس وسواسی (Obsessional Neurosis) را نام برد.^(۸) گزارشهای اخیر در مورد درد آتپیک صورت نشان می دهد که دو سوم از افراد مبتلا به AFP یک اختلال روانپزشکی همراه دارند.^(۹) همچنین نقش هورمون های زنانه نیز در اتیولوژی AFP پیشنهاد شده است، همانطور که زنها بیشتر با این وضعیت مواجه می شود.^(۱۰)

تشخیص AFP به سختی صورت می گیرد و تنها با کنار گذاشتن بیماریهای ارگانیک می توان به تشخیص رسید. بیماریهای ارگانیک هم ممکن است دردهای مزمن اوروفیشیال مشابه ایجاد کنند که معمولا در نواحی موضعی باعث درد می شوند. اما ممکن است هرجایی در سروگردن و یا حتی سینه واقع شده باشند، از این رو تشخیص آن مشکل می باشد.^(۱۱)

ابراهیمی و همکاران^(۱۲) مطالعه ای را با عنوان بررسی دردهای دهانی - صورتی در دانشجویان دوره دکتری انجام دادند. نتایج نشان داد ۲۴/۹ درصد از افراد تحت مطالعه، دردهای دهانی - صورتی را گزارش کردند. بیشترین شیوع مربوط به درد در داخل یا اطراف چشمها (۱۰/۹ درصد) بود. فاکتورهای روحی، عامل درد در ۳۰/۸ درصد دانشجویان با دردهای دهانی-صورتی بوده است. جستجوی حرفه ای جهت درمان دردهای دهانی - صورتی در ۸۷/۸۵ درصد از دانشجویان وجود داشت.

شدند. پس از ورود به مطالعه و امضای رضایت نامه، نوع شکایات بیماران (براساس چک لیست طراحی شده توسط مجری)، مدت زمان شکایت تا هنگام مراجعه بیماران (کمتر از ۶ ماه، بین ۶ ماه تا ۲ سال، ۲ تا ۵ سال، بیشتر از ۵ سال) نوع و شدت حوادث استرس‌زا طبق پرسشنامه هولمز راهه (Holmes-Rahe inventory) شماره و شدت شکایات آنان بر اساس معیار دیداری شکایت (Visual Analogue scale) ثبت شد. در صورتی که $VAS > 1$ شدت شکایت خفیف، $VAS > 4$ متوسط، $VAS > 7$ شدید طبقه بندی شد.

یافته‌ها

در این تحقیق، ۱۴۴ بیمار وارد تحقیق شدند. ۴۷ بیمار مبتلا به درد آتیپیک صورت (مورد) و ۹۷ نفر به عنوان گروه شاهد مورد بررسی قرار گرفتند. جوان ترین فرد ۱۲ سال و مسن ترین فرد ۷۸ سال داشتند.

در گروه مورد، ۳۱/۹ درصد از بیماران مرد و ۶۸/۱ درصد زن و در گروه شاهد ۳۶/۱ درصد مرد و ۶۳/۹ درصد زن بودند. نتایج آزمون (کای-دو) نشان داد که دو گروه از نظر توزیع جنس همگن بودند ($X^2 = 0/24$, $df = 1$, $P = 0/62$). در گروه شاهد میانگین سنی کل بیماران ۳۴/۴ سال بود که در مردان $32/5 \pm 11/8$ سال و در زنان $35/5 \pm 11/6$ سال بود. در گروه مورد میانگین سنی کل بیماران ۴۵ سال بود که در مردان $42/6 \pm 12/4$ سال و در زنان $46/1 \pm 14/9$ سال بود.

بررسی نوع شکایت بیماران مطابق با جدول ۱ در گروه مورد نشان می‌دهد که در ۸۰/۹ درصد انواع دردهای غیردندانی و در ۱۹/۱ درصد دردهای دندانی عامل بروز درد هستند.

در ۱۱ نفر (۲۳/۴ درصد) از بیماران فقط درد غیردندانی بدون وجود هیچ مشکل دیگری وجود داشت، در ۶ بیمار

شدند. پس از ورود به مطالعه و امضای رضایت نامه، نوع شکایات بیماران (براساس چک لیست طراحی شده توسط مجری)، مدت زمان شکایت تا هنگام مراجعه بیماران (کمتر از ۶ ماه، بین ۶ ماه تا ۲ سال، ۲ تا ۵ سال، بیشتر از ۵ سال) نوع و شدت حوادث استرس‌زا طبق پرسشنامه هولمز راهه (Holmes-Rahe inventory) شماره و شدت شکایات آنان بر اساس معیار دیداری شکایت (Visual Analogue scale) ثبت شد. در صورتی که $VAS > 1$ شدت شکایت خفیف، $VAS > 4$ متوسط، $VAS > 7$ شدید طبقه بندی شد.

حجم نمونه با توجه به فراوانی شکایت و حوادث استرس‌زا با اطمینان ۹۵ درصد و توان ۸۰ درصد برای رسیدن به تفاوت ۰/۲۵ بین دو گروه تعیین گردید. لازم به ذکر است نسبت گروه شاهد به مورد ۲ برابر در نظر گرفته شد. بر این اساس تعداد ۴۸ بیمار در گروه مورد و ۹۶ بیمار در گروه شاهد بدست آمد.

برای ۹۷ نفر در گروه شاهد نیز بعد از پر نمودن فرم رضایت نامه پرسشنامه هولمزراهه^(۱۳) توسط روانشناس تجزیه و تحلیل شد. پرسشنامه استاندارد هولمز و راهه که اغلب در مطالعه‌های بررسی رابطه استرس و بیماری به کار می‌رود، در جوامع مختلف تست شده است. تمام ۳۰ سؤال اول جدول هولمزراهه، بالاترین امتیاز استرس‌زایی را دارا می‌باشد. اگر جمع کل امتیازها بین ۱۵۰ تا ۲۰۰ باشد، ۳۷ درصد احتمال دارد که فرد در مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا دچار آسیب شود. اگر جمع کل امتیازها بین ۲۰۰ تا ۳۰۰ و بالاتر از ۳۰۰ باشد، احتمال آسیب فرد به ترتیب ۵۰ و ۸۰ درصد خواهند بود نوع و شدت حوادث استرس‌زا (طبق جدول هولمز راهه) که در طی یک ماه اخیر برای افراد رخ داده بود نیز ثبت شد. پس از گردآوری داده‌های خام، اطلاعات وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ شد. نخست،

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که در گروه مورد در ۶ بیمار (۱۲/۷ درصد) فوت همسر یا اعضای خانواده عامل استرس بود. در ۸ بیمار (۱۷/۰ درصد) تغییر سبک زندگی (تغییر محل سکونت، تغییر در فعالیت ها، تغییر عادات غذایی، تغییر ساعات خواب، تغییر مسئولیت ها)، و در ۱۲ بیمار (۲۵/۵ درصد) تغییر شرایط زندگی و مباحث مالی بیشترین فراوانی را در ایجاد استرس داشت.

در گروه شاهد تغییر شرایط زندگی و وضعیت اقتصادی ۱۴ بیمار (۱۴/۵۸ درصد) و تغییر سبک زندگی ۱۲ بیمار (۱۲/۵ درصد) بیشترین فراوانی را در ایجاد استرس داشت. نتایج نشان داد که شدت حوادث استرس زا در گروه بیماران مورد برابر با $۸۰/۴۳ \pm ۲۱/۵۵$ و در گروه شاهد برابر با $۷۰/۶۴ \pm ۳۷/۷۷$ بود. نتایج مدل رگرسیون خطی چندگانه نشان داد که با کنترل اثر سن دو گروه از نظر شدت حوادث استرس زا با هم تفاوت آماری معناداری نداشتند. ($P=۰/۰۹$)

(۱۲/۸ درصد) دردهای غیردندانی و بوی بد دهان، در ۶ بیمار (۱۲/۸ درصد) دردهای غیردندانی و تغییرات مخاط، در ۴ بیمار (۸/۵ درصد) دردهای غیردندانی و احساس خشکی و بی حسی در زبان و دهان، در ۴ بیمار (۸/۵ درصد) دردهای غیردندانی و احساس خشکی و مزه غیرطبیعی در دهان وجود داشت. همچنین ۵ بیمار (۱۰/۶ درصد) درد در محل کشیدن دندان و ۴ بیمار (۸/۵ درصد) درد دندان و احساس حضور چرک در دهان داشتند.

در گروه مورد، ۷ نفر (۱۴/۹ درصد) از بیماران حدود ۶ ماه تا دو سال دچار بیماری بودند، ۱۹ نفر (۴۰/۴ درصد) ۲ تا ۵ سال و ۲۱ نفر (۴۴/۷ درصد) بیش از ۵ سال دچار مشکل بودند. در گروه شاهد ۳۶ نفر (۳۷/۱ درصد) کمتر از شش ماه، ۱۸ نفر (۱۸/۶ درصد) ۶ ماه تا دو سال، ۲۱ نفر (۲۱/۶ درصد) ۲ تا ۵ سال و ۲۲ نفر (۲۲/۷ درصد) بیش از ۵ سال دچار مشکل بودند. نتایج مدل رگرسیون لجستیک نشان داد که دو گروه از نظر میانگین مدت زمان شکایت ها تفاوت آماری معنی داری داشتند ($P=۰/۰۰۱$).

جدول ۱: توزیع فراوانی انواع شکایت های بیماران در گروه مورد

نوع شکایت	شکایات شایع	تعداد	درصد
دردهای غیردندانی	درد	۱۱	۲۳/۴
	درد و تغییرات مخاط	۷	۱۴/۹
	درد و احساس زخم و یا تورم زبان	۶	۱۲/۸
	درد و بوی بد دهان	۶	۱۲/۸
	درد و احساس خشکی و بی حسی مخاط	۴	۸/۵
	درد و احساس خشکی و مزه غیر طبیعی	۴	۸/۵
دردهای دندانی	درد محل کشیدن دندان	۵	۱۰/۶
	درد دندان و احساس حضور چرک در دهان	۴	۸/۵
کل		۴۷	۱۰۰/۰

جدول ۲: توزیع فراوانی انواع حوادث استرس‌زا در بیماران دوگروه

گروه		انواع حوادث استرس‌زا		
شاهد	مورد	درصد	تعداد	
۱۴/۵	۱۴	۲۵/۵	۱۲	تغییر شرایط زندگی و وضعیت اقتصادی
۱۲/۵	۱۲	۱۷/۰	۸	تغییر سبک زندگی
۸/۳	۸	۶/۳	۳	تغییر در ساعات و شرایط کاری
۷/۲	۷	-	-	وام و ناتوانی در پرداخت وام
۷/۲	۷	۴/۲	۲	ارتکاب جرم
۷/۲	۷	۱۲/۷	۶	فوت همسر یا اعضای خانواده
۶/۲	۶	۰/۰	۰	بیماری خود یا اعضا خانواده
۶/۲	۶	۲/۱	۱	حاملگی
۶/۲	۶	۰/۰	۰	اختلافات خانوادگی (اختلاف یا آشتی با همسر، اختلاف با خانواده همسر)
۴/۱	۴	۰/۰	۰	ازدواج
۳/۱	۳	۲/۱	۱	بازنشستگی
۵/۲	۵	۶/۳	۳	مشکل با والدین و خانواده و تغییر شرایط زندگی
۴/۱	۴	۴/۲	۲	مسایل جنسی
۴/۱	۴	۴/۲	۲	ورود عضو جدید به خانه
۳/۱	۳	۲/۱	۱	رفتن فرزند از خانه
۱۰۰/۰	۹۶	۱۰۰/۰	۴۱	کل

بحث

شکایات هیچ شواهد فیزیکی قانع کننده ای یافت نمی شود. متأسفانه در بسیاری از مواقع درد و سوزش بیماران به غلط به حضور دندانهای عفونی، پوسیدگی، سینوزیت و حتی به تغییرات طبیعی مخاط دهان (که گاه بیماران به غلط آن را به عنوان سرطان مطرح می کنند) و ... نسبت داده می شود. در این مدت ممکن است روشهای تشخیصی غیرضروری مانند MRI و CT-scan صورت گیرد و حتی تحت درمان های غیرضروری (خارج نمودن دندان ها، معالجه ریشه دندان ها، جراحی و ...) و نادرست قرار گیرند که نه تنها

یکی از مهمترین چالش های تشخیصی و درمانی، مربوط به بیمارانی است که با شکایات مختلف و گوناگون به دندانپزشکان و پزشکان مراجعه می کنند. گرچه اکثر این شکایات از تغییرات فیزیکی در دندان ها، مخاط، لثه، عضلات و ... ناشی می شوند و در طی معاینه عینی یا فیزیکی مشخص می گردند ولی در بسیاری از موارد شکایت های بیماران، منشأ ذهنی و فکری داشته و حکایت از بروز اختلال روانی در بیماران دارد. برای اینگونه از

می توان تشخیص کلی اختلالات حسی مزمن با منشأ ذهنی یا آتپیک یا نا همگون (ناهمگون با علل ارگانیک یا نورولوژیک شناخته شده) را عنوان نمود. در برخورد با این بیماران باید سایر علل ایجاد کننده شکایات رد شوند.

هنوز هم برای بسیاری محققین باور کردن ذهنی بودن این تشخیص ها قطعی نشده است و این باعث آسیب دیدن بیماران می شود. پزشکان بارها و بارها آنها را ویزیت می کنند و حق ویزیتشان را می گیرند، آزمایش می دهند، اقدامات تهاجمی و آسیب های جسمانی که گاهی غیرقابل جبران است وارد می کنند، در حالی که به اعتقاد ما تشخیص هایی همچون AFP، (Burning Mouth Syndrome)، AO (Atypical Odontalgia) و BMS تنها باید وقتی مطرح گردند که بیش از هر چیز با تاریخچه دقیق گرفتن و یک معاینه کامل به منشأ ذهنی آنها رسیده باشیم نه اینکه هنوز شبهه هایی در تشخیص منشأ ذهنی آنها وجود داشته باشد. در این مطالعه ما به مقایسه فراوانی شکایت ها و شدت حوادث استرس زا و همچنین میانگین شدت شکایت ها و فراوانی انواع حوادث استرس زا در افراد مبتلا به درد آتپیک صورت با افرادی که علت شکایتشان ارگانیک و قابل توجیه است پرداختیم.

در مطالعه حاضر شدت درد در گروه مورد (۷/۳۸±۱/۶۰) مشابه با گروه شاهد (۷/۷۳±۱/۷) بود. ولی بررسی شدت حوادث استرس زا در دو گروه نشان داد که در گروه مورد شدت حوادث استرس زا (۸۵/۶۸±۳۹/۳۵) بطور معنی داری بیشتر از گروه شاهد (۷۰/۶۴±۳۷/۷۷) بود. مطالعات بسیاری، ارتباط قوی بین فاکتورهای سایکولوژیک و دردهای دهانی- صورتی را گزارش کرده اند.^(۱۴و۱۵)

در مطالعه حاضر علی رغم شدت درد مشابه در دو گروه مورد و شاهد، شدت حوادث استرس زا در گروه مورد بیشتر

سبب تخفیف مشکل آنها نمی گردد بلکه موجب اتلاف وقت بیماران و صرف هزینه و انرژی بی ثمر می شود که تأخیر در تشخیص صحیح و درمان به موقع و موفقیت آمیز، عدم اعتماد بیمار به پزشک و عدم پذیرش درمان اصلی و درست را به دنبال خواهد داشت. بنابر عقیده و تجربه ما لازمه ی منشأ ذهنی داشتن شکایات، سابقه ابتلا به اختلال روانپزشکی نمی باشد، چرا که گاهی شکایات بیماران و رفتار آنها و مصاحبه و تکمیل پرسشنامه است که منجر به آشکارسازی حضور یک اختلال روانپزشکی در بیماران می شود. بنابراین حضور یک اختلال روانپزشکی در بیمارانی که به دندانپزشکان مراجعه می کنند می تواند هم در بیماران دارای شکایت های با منشأ ذهنی و هم در بیماران دارای شکایت های با منشأ ارگانیک (عضوی) مثل بیماریهای دندانی و مخاط ولته وجود داشته باشد. به عنوان مثال درد دندان، درد صورت، سوزش لثه یا زبان، خشکی دهان، تغییر مزه و ... می تواند هم منشأ ذهنی و هم منشأ ارگانیک (عضوی) داشته باشد.

در همه این موارد، در بسیاری از اوقات می توان زمینه ای برای بروز شکایت ها، تغییر رفتارها، پریشان شدن و به هم ریختن روحیه و ... پیدا نمود که بسته به جوامع گوناگون و فرهنگ های آن ممکن است قدری متفاوت باشد. بنابراین اطلاع از انواع شکایات با منشأ ذهنی بیمارانی که به دندانپزشکان مراجعه می کنند بسیار مهم است.

شکایت های با منشأ ذهنی بر حسب نوع، با تشخیص های گوناگونی که گویای منشأ ذهنی یا روانپزشکی آنهاست مطرح می شوند از قبیل درد آتپیک صورت، سندرم سوزش دهان، درد آتپیک دندانی، خشکی دهان ذهنی، افزایش جریان بزاق ذهنی، عدم احساس یا احساس طعم های غیرطبیعی در دهان و سایر موارد نظیر بی حسی و احساس مورمور شدن، خارش، احساس حضور چرک و ... همچنین

راه‌های نازل درد که از کورتکس مغز، هیپوتالاموس و سیستم لیمبیک آغاز شده و به تالاموس، تشکیلات رتیکولر و هسته‌های رافه نخاع ختم می‌گردند، واسطه‌های شیمیایی آزاد می‌کنند که می‌توانند سبب تشدید یا مهار امواج عصبی وارد شده به نخاع یا تالاموس گردند. از واسطه‌های شیمیایی مهم انتهایی سیستم حسی نازل سروتونین (5-HT) و نوراپی نفرین (NE) می‌باشد که در جریان بیماری‌های روحی روانی این نوروترانسمیترها دستخوش تغییر می‌گردند و در نتیجه اثر سیستم حسی نازل در متعادل ساختن اطلاعات حسی وارد به تالاموس و نخاع تغییر پیدا کرده و نتیجه آن معمولاً به صورت درد یا سوزش که محرک فیزیکی واضحی ندارد و یا درد و سوزش آنها تناسبی با حضور عامل محرک احتمالی ندارد، ظاهر می‌شود. از طرفی اضطراب سبب اختلال در گیرنده‌های گاما آمینوبوتیریک اسید (GABA) در CNS شده و از طرف دیگر، ترشح آندروفین‌ها در CNS موجب کاهش پدیده تعادل نورون (Modulation) احساس‌های ورودی به نخاع یا تالاموس گشته و در نهایت درد با شدت بیشتری احساس می‌گردد. با این وجود عده‌ای عوامل دیگری با منشأ عروق و سیستم عصبی مرکزی را به عنوان عامل ایجادکننده این شکایات می‌دانند.^(۲۱)

در مطالعه حاضر بررسی نوع درد نشان داد که در گروه آتیپیک در ۸۰/۹ درصد از بیماران انواع دردهای غیردندانی و در ۱۹/۱ درصد، دردهای دندانی عامل بروز درد بودند. همچنین در ۲۳/۱ درصد فقط احساس درد (غیر دندانی) بدون هیچ عارضه دیگری وجود داشت. در سایر بیماران درد به همراه عارضه‌هایی چون احساس بوی بد، احساس زخم و یا تورم زبان، احساس خشکی و بی‌حسی، مزه غیرطبیعی و احساس تغییرات مخاط وجود داشت.

بود. که نشان می‌دهد افراد مورد، شرایط روحی نامساعدتری داشتند.

در دو مطالعه مجزا که در ایالات متحده و بریتانیا انجام شدند مشاهده شد که ارتباطی بین دیسترس سایکولوژیک و درد وجود دارد. همچنین در این مطالعات مشاهده شد که سطوح بالای دیسترس سایکولوژیک در ابتدا فاکتور پیش‌بینی کننده‌ای برای بروز درد در آینده بوده و بالعکس، وجود درد در ابتدا با دیسترس سایکولوژیک در آینده همراه بوده است.^(۱۶و۱۷)

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 این که افسردگی دارای نقش اتیولوژیک در ایجاد اختلالات حسی مزمن می‌باشد.

با این وجود اکثر محققین بر لزوم درمانهای روانپزشکی برای بیماران مبتلا به اختلالات حسی غیرقابل توجیه ناحیه دهان، فک و صورت تأکید کرده‌اند.^(۱۸و۱۹) اما مطالعات زیادی درخصوص چگونگی انجام این درمان‌ها صورت نگرفته است که شاید علت آن عدم پذیرش این طرح درمانها از سوی بیماران باشد.

در همین راستا خلیقی و همکاران^(۲۰) نشان دادند که رابطه مثبتی میان درمان‌های روانپزشکی و کاهش شدت اختلالات حسی در ناحیه دهان، فک و صورت بیمار وجود دارد. بطوریکه بیماران بعد از اتمام دوره درمان که بطور غالب همراه با تجویز یک داروی ضدافسردگی به همراه یک آرامبخش بود، به طور معنی داری با کاهش شدت شکایت اولیه خود مواجه گردیدند. میانگین شدت اختلالات حسی قبل از شروع درمان ۴ واحد و بعد از درمان به ۱/۱ واحد رسید.^(۲۰)

گروه آتیبیک ۸۵/۱ درصد از بیماران بیش از دو سال دچار ناراحتی بودند در حالی که در بیماران گروه شاهد ۴۴/۳ درصد بیش از دو سال دچار مشکل بودند. همچنین بررسی عوامل استرس زا در دو گروه نشان داد که مشکلات و مسایل مالی بیشترین فراوانی را در بروز استرس دارند. در گروه مورد فوت همسر و یا بستگان و تغییر سبک زندگی افراد از عوامل دیگر ایجاد استرس بودند.

مطالعه Von Korff و همکارانش^(۲۷) نشان داد که درد عمدتاً برای مدت طولانی، راجعه، با شدت‌های خفیف تا متوسط و معمولاً بدون ایجاد محدودیت در فعالیت‌های فرد بودند.

مطالعه Garro و همکارانشان^(۲۸) داد که عواملی همچون مصرف دارو، اختلال خواب ناتوانی شغلی، توسط برخی افراد مبتلا به درد دهانی - صورتی گزارش شده است.

با این وجود، بسته به شرایط درد، ۴۰-۹ درصد عنوان کردند که در شش ماه گذشته به دلیل مشکل درد قادر به انجام فعالیت‌های معمول خود به مدت یک یا چند روز نبوده‌اند. مطالعات متعددی بر روی درد دهانی - صورتی نشان‌دهنده بیکاری و کاهش کارآیی شغلی در بین افراد مبتلا بوده‌اند.^(۲۹،۳۰)

هر چند قبلاً مطالعاتی در ارتباط با همراهی اختلالات حسی مزمن دارای منشأ ذهنی در ناحیه دهان و فک و صورت با اختلالات سایکولوژیک صورت گرفته است اما در مطالعه ما بر اساس سایر مطالعات گذشته و تجربیات کلینیکی در برخورد با این گونه بیماران چک لیستی طراحی شده بود که بسیار جامع‌تر و کامل‌تر از مطالعات گذشته بود. حوادث استرس زایی که باعث ایجاد اختلالات سایکولوژیک می‌شوند در جوامع و فرهنگ‌های مختلف، متفاوت می‌باشند و شناسایی آنها در جوامع گوناگون می‌تواند محورهای فعالیت‌های سازمان‌های ذیربط

خلیقی و همکاران^(۲۰) در بیماران با اختلالات حسی غیرقابل توجه دهان، شایعترین ناحیه شکایت از اختلال حسی را صورت، زبان و لثه گزارش کردند. به نظر می‌رسد که نمی‌توان نوع خاصی از دردهای دهانی - صورتی را به عنوان شایع‌ترین انتخاب کرد و در هر مطالعه‌ای نتایج متفاوتی نسبت به مطالعات دیگر به دست آمده است.

در مطالعه حاضر فراوانی زنان در گروه آتیبیک ۶۸ درصد و میانگین سنی در بیماران آتیبیک ۴۵ سال بود.

براساس مطالعه خلیقی و همکاران^(۲۰) میانگین سنی بیماران با اختلالات حسی غیر قابل توجه دهان، فک و صورت حدود ۵۲ سال بود و ۸۰ درصد از بیماران را زنان تشکیل می‌دادند. که نتایج مطالعه این محققین همسو با مطالعه حاضر است. اختلالات حسی غیرقابل توجه ناحیه دهان، فک و صورت اغلب در سنین بزرگسالی رخ می‌دهند، بطوری که بیشتر موارد گزارش شده در دهه چهارم تا ششم بوده است.^(۲۲،۲۳)

از لحاظ شیوع جنسی، این مشکلات بیشتر در زنان دیده می‌شود. چرا که زنان در این محدوده سنی اغلب دچار کاهش ترشح استروژن و به دنبال 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 توجه‌کننده بروز بیشتر اختلالات حسی غیرقابل توجه در آنها باشد.^(۲۴،۲۵)

مطالعه Locker نشان داد که میزان تاثیر درد دهانی - صورتی بر زندگی روزمره با مشخصات درد و خصوصیات اجتماعی - دموگرافیک فرد از جمله سن رابطه دارد.^(۳۶) در مطالعه حاضر اختلاف معنی داری در مدت زمان بروز شکایت و ناراحتی بیمار وجود داشت. بطوریکه در

تشخیص این بیماری را تنها منوط به رد سایر دردهای سر و صورت بدانند. با توجه به طبیعت درد آتیپیک صورتی و اینکه درمان رایجی برای رفع آن وجود ندارد و نیز با توجه به مشخص شدن رابطه این بیماری با اختلالات روانی، درمان روانپزشکی این بیماران برای بهبود درد آنها توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این مطالعه، فراوانی شکایت‌ها، و نیز نوع و شدت حوادث استرس‌زا در بیماران مبتلا به درد آتیپیک صورت با افراد سالم مراجعه‌کننده به کلینیک دندانپزشکی زاهدان تفاوت معناداری داشت. بررسی دقیق ارتباط شدت اضطراب، شدت افسردگی و شدت استرس دریافتی با میزان شکایت و درد بیماران آتیپیک صورت پیشنهاد می‌شود. از آنجا که AFP یک اختلال بسیار آزاردهنده می‌باشد و نیز با توجه به این نکته که تشخیص و درمان این بیماران در حال حاضر در هیچ مرکز درمانی صورت نمی‌پذیرد، به نظر می‌رسد تأسیس و تقویت کلینیک‌های درد چندتخصصی گامی موثر در درمان این بیماران باشد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل پایان‌نامه دانشجوی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با شماره پایان‌نامه ۹۰۴۳ می‌باشد. نویسندگان این مقاله از معاونت پژوهشی دانشکده دندانپزشکی و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان تقدیر و تشکر می‌نمایند.

همچون وزارت بهداشت را مشخص نماید. اگرچه پرسشنامه مورد استفاده در طرح، پرسشنامه هولمزراهه بود که براساس جامعه ما طراحی نشده است و استرس‌ها و فشارهای روانی را به صورت کلی طبقه‌بندی کرده است لذا پیشنهاد می‌شود پرسشنامه دیگری متناسب با جامعه ما با جزئیات دقیق‌تر طراحی و مورد ارزیابی قرار گیرد. به هر حال در این تحقیق، تغییر در شرایط زندگی و تغییر در وضعیت اقتصادی بیشترین حوادث استرس‌زای بیماران بودند.

با توجه به مطالب فوق میزان حوادث استرس‌زا و میانگین شدت آن در افراد مبتلا به درد آتیپیک صورت بیشتر از افراد گروه کنترل بود. همچنین شدت شکایت هم در این افراد بیشتر بود. این شکایات حکایت از فشار روانی در افراد هستند، بنابراین باید بیماران دارای این نوع شکایات را تشخیص داد و آنها را جهت مشاوره و درمان به روانپزشک معرفی نمود. هدف ما عینیت بخشیدن به منشأ ذهنی داشتن بسیاری از شکایات بیماران است و اینکه چگونه آنها را تشخیص دهیم و یا حداقل به آنها مشکوک گردیم زیرا گرچه تشخیص دقیق آنها مستلزم اطلاعات و دانش کافی و گرفتن یک تاریخچه‌ی دقیق و طولانی است. برای همه پزشکان و دندانپزشکان امکان‌پذیر می‌باشد تا با تشخیص و یا مشکوک شدن به چنین تشخیص‌هایی، از انجام رادیوگرافی، آزمایشات و درمان‌های غیرضروری و گاهی تهاجمی و غیرقابل‌جبران جلوگیری کنند. این تحقیق نشان داد که گروه پزشکی درگیر با درمان AFP نباید

منابع

1. Koopman JS, Dieleman JP, Huygen FJ, de Mos M, Martin CG, Sturkenboom MC. Incidence of facial pain in the general population. *Pain* 2009; 147(1-3):122-7.
2. Maximova MY, Suanova ET. Emotional and personality disorders in atypical facial pain. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova* 2015; 115(12):65-9.
3. Weiss AL, Ehrhardt KP, Tolba R. Atypical facial pain: a comprehensive, evidence-based review. *Curr Pain Headache Rep* 2017; 21(2):8.

4. Agostoni E, Frigerio R, Santoro P. Atypical facial pain: clinical considerations and differential diagnosis. *Neurol Sci* 2005; 26(2):S71-4.
5. Elrasheed AA, Worthington HV, Ariyaratnam S, Duxbury AJ. Opinions of UK specialists about terminology, diagnosis, and treatment of atypical facial pain: a survey. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2004; 42(6):566-71.
6. Madland G, Feinmann C. Chronic facial pain: a multidisciplinary problem. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001; 71(6):716-9.
7. Mueller D, Obermann M, Yoon MS, Poitz F, Hansen N, Slomke MA, et al. Prevalence of trigeminal neuralgia and persistent idiopathic facial pain: a population-based study. *Cephalalgia* 2011; 31(15):1542-8.
8. Gayford JJ. The aetiology of atypical facial pain and its relation to prognosis and treatment. *Br J Oral Surg* 1970; 7(3):202-7.
9. Nguyen CT, Wang MB. Complementary and integrative treatments: atypical facial pain. *Otolaryngol Clin North Am* 2013; 46(3):367-82.
10. Woda A, Pionchon. A unified concept of idiopathic orofacial pain: pathophysiologic features. *J Orofac Pain* 2000; 14(3):196-212.
11. Oghli I, List T, John M, Larsson P. Prevalence and oral health-related quality of life of self-reported orofacial conditions in Sweden. *Oral Dis* 2017; 23(2):233-240.
12. Ebrahimi M, Shahrokhi F, Khorakian F. Orofacial pain in doctorate students (Medical Dentistry Pharmacy) in Mashhad University of medical sciences in 2012-2013. *J Mashhad Dent Sch* 2015; 39(2):99-108.
13. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences clinical psychiatry. Philadelphia: Williams & Wilkins Co; 1988. P. 516-30.
14. Macfarlane TV, Kincey J, Worthington HV. The association between psychological factors and oro-facial pain: a community-based study. *Eur J Pain* 2002; 6(6):427-34.
15. Velly AM, Gornitsky M, Philippe P. Contributing factors to chronic myofascial pain: a case-control study. *Pain* 2003; 104(3):491-9.
16. Hotopf M, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. Temporal relationships between physical symptoms and psychiatric disorder. Results from a national birth cohort. *Br J Psychiatry* 1998; 173:255-61.
17. Magni G, Moreschi C, Rigatti-Luchini S, Merskey H. Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain* 1994; 56(3):289-97.
18. Fishbain DA, Cutler RB, Rosomoff HL, Rossomoff RS. Clonazepam open clinical treatment trial for myofascial syndrome associated chronic pain. *Pain Med* 2000; 1(4):332-9.
19. Reddy S, Patt RB. The benzodiazepines as adjuvant analgesics. *J Pain Symptom Manage* 1994; 9(8):510-4.
20. Khalighi H, Javadzadeh A, Tabatabai M, Mortazavi H. The effect of psychiatric treatments on unexplained oral and maxillofacial sensory disorders. *Shahid Beheshti Univ Dent J* 2011; 29(5):322-7.
21. Okeson JP. Management of temporomandibular disorder and occlusion. 6th ed. New York: Elsevier Health Sciences; 2008. P. 130-375.
22. 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(2):161-5.
23. Rojo L, Silvestre F, Bagan JV, De Vicente T. Prevalence of psychopathology in burning mouth syndrome. A comparative study among patients with and without psychiatric disorders and controls. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1996; 78(3):312-6.
24. Bonica J, Loeser J, Chopman R, Fordyce W. The management of pain. 2nd ed. Philadelphia: Lea and Febiger; 1990. P. 700-60.
25. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins Co; 1995. P. 530-970.
26. Locker D, Grushka M. The impact of dental and facial pain. *J Dent Res* 1987; 66(9):1414-7.
27. Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L, Kruger A. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain* 1988; 32(2):173-83.
28. Garro LC, Stephenson KA, Good BJ. Chronic illness of the temporomandibular joints as experienced by support-group members. *J Gen Intern Med* 1994; 9(7):372-8.
29. Morris LD, Grimmer-Somers RA, Louw QA, Sullivan MJ. Cross-cultural adaptation and validation of the South African Pain Catastrophizing Scale (SA-PCS) among patients with fibromyalgia. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10:137.
30. Wong HM, McGrath CP, King NM, Lo EC. Oral health-related quality of life in Hong Kong preschool children. *Caries Res* 2011; 45(4):370-6.