

بررسی فراوانی اختلالات روانپزشکی در بیماران مبتلا به سندرم درد ناشی از اختلال عملکرد عضلات جونده

دکتر ماریه هنرمند*#، دکتر عباس جوادزاده**، دکتر حمید طوفانی اصل***، دکتر اعظم السادات مدنی****

* استادیار گروه بیماری های دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

** دانشیار گروه بیماری های دهان دانشکده دندانپزشکی و مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

*** استادیار گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

**** دانشیار گروه پروتزهای دندانی دانشکده دندانپزشکی و مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

تاریخ ارائه مقاله: ۸۷/۹/۲ - تاریخ پذیرش: ۸۷/۱۱/۱۹

Frequency of Psychiatric Disorders in Patients with Myofascial Pain Dysfunction Syndrome

Marieh Honarmand*#, Abbas Javadzade**, Hamid ToofaniAsl***, Madani AA****

* Assistant Professor, Dept of Oral Medicine, Dental School, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

** Associate Professor, Dept of Oral Medicine, School of Dentistry and Dental Research Center of Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

*** Assistant Professor, Dept of Psychiatry, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

**** Associate Professor, Dept of Prosthetics, School of Dentistry and Dental Research Center of Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Received: 22 November 2008; Accepted: 7 February 2009

Introduction: One of the most important factors in myofascial pain dysfunction syndrome is mental disorder which increases muscle tonicity and causes myalgia. The purpose of this study was to determine the frequency of psychiatric disorders in patients with Myofascial Pain Dysfunction Syndrome (MPDS).

Materials & Methods: In this descriptive cross sectional study, all patients with MPDS referred to oral medicine department of Mashhad dental school (from September 2003 to October 2004) were examined by a psychiatrist and according to the criteria set by DSM-IV-IR, the presence and type of psychiatric disorders were evaluated. The data were analysed by chi-square test and One-Way ANOVA.

Results: Among 57 patient examined, 100% subjects were diagnosed with at least one psychiatric disorder. 93.1% of subjects were categorized as anxiety disorders.

Conclusion: According to existence of psychiatric disorders in 100% of patients with MPDS, improvement of their mental condition should be considered in the therapy provided.

Key words: Psychiatric disorders, dysfunction, pain.

Corresponding Author: honarmand56@yahoo.com

J Mash Dent Sch 2009; 33(1): 77-82.

چکیده

مقدمه: یکی از مهم ترین علل ایجاد سندرم درد ناشی از اختلال عملکرد عضلات جونده و تاندون آنها اختلال روانی است که افزایش تونوس عضلات و دردهای عضلانی را به همراه دارد. هدف از این مطالعه بررسی فراوانی انواع اختلالات روانی در بیماران مبتلا به سندرم درد ناشی از اختلال عملکرد عضلات جونده و تاندون آنها بود.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی-مقطعی بر روی بیماران مبتلا به سندرم درد ناشی از اختلال عملکرد عضلات و تاندونها (MPDS) مراجعه کننده به بخش بیماری های دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد (مهر ۸۲ تا آذر ۸۳) انجام شد. کلیه بیماران توسط یک نفر متخصص روانپزشک، معاینه و وجود یا عدم وجود اختلال روانی و نوع این اختلال روانی بوسیله معیار DSM-IV-IR مورد بررسی قرار گرفت. سپس داده ها توسط آزمون Chi-square و آنالیز واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: ۵۷ بیمار معاینه شدند. حداقل یک نوع اختلال روانپزشکی در صددرصد بیماران مبتلا به MPDS مشاهده شد. ۹۳/۱٪ بیماران اختلالات اضطرابی داشتند.

نتیجه گیری: با توجه به وجود اختلال روانپزشکی در صددرصد بیماران دچار MPDS بایستی جهت درمان این بیماران بهبود وضعیت روحی و روانی آنان مد نظر قرار گیرد.

واژه های کلیدی: اختلالات روانپزشکی، اختلال عملکرد، درد.

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۸۸ دوره ۳۳ / شماره ۱ : ۸۲-۷۷.

مقدمه

سندرم درد ناشی از اختلال عملکرد عضلات جونده و تاندون آنها Myofascial Pain Dysfunction Syndrome (MPDS) اختلالی است که عضلات جونده را مبتلا می کند. این حالت با دردی مبهم که در طی فعالیت فک بصورت حاد ظاهر می گردد؛ مشخص می شود. اختلال عملکرد بصورت محدودیت در باز شدن دهان دیده می شود و در طی معاینات، حساسیت به لمس در یک یا چند عضله جونده یا تاندون های چسبیده به آن ظاهر می گردد.^(۱) یک زمینه اصلی بروز دردهای عضلانی در MPDS اختلالات ذهنی به ویژه اضطراب است که افزایش تونوس عضلات و دردهای عضلانی را به همراه دارد. بطور کلی هنگامی که با اختلالی برخورد می نمایم که عامل ایجاد کننده و یا یکی از عوامل دخیل در بروز آن افزایش فعالیت عضلانی است، بایستی نقش فشارهای روانی (استرس های هیجانی) را در نظر گرفت.^(۲،۳) شواهد نشان می دهد که بیشتر بودن فشارهای روانی می تواند موجب افزایش فعالیت های پارافانکشنال یا غیر فیزیولوژیک همچون فشار دادن دندان ها و یا ساییدن آنها در سیستم جونده گردند. عامل ایجاد کننده این استرس ها می تواند از یک پدیده فیزیولوژیک مثل امتحان و فوت نزدیکان و ... که مدت زمان محدود و کوتاهی (معمولاً کمتر از یک ماه) طول می کشند تا اختلالات شخصیتی و اختلالات روانی همچون افسردگی و انواع اختلالات اضطرابی و اختلالات شبه جسمانی که بسیار شایع هستند متفاوت باشد. اگرچه دندانپزشکان قادر به درمان روانپزشکی نمی باشند ولی باید از این رابطه آگاه بوده و قادر به انتقال این اطلاعات به بیمار باشند و ضمن تشریح و شناساندن نقش فشارهای روحی روانی در ایجاد دردها، بر کاهش فشارهای روانی و پرهیز از حرکات پارافانکشن فک بوسیله ورزش و پیاده روی و حتی درمان های روانپزشکی تاکید نمایند. هنگامی که درمان روانپزشکی مورد نظر است بیمار بایستی به روانپزشک

کارآزموده و آشنا با این بیماری معرفی شود.^(۱،۲) نحوه برقراری رابطه پزشک-بیمار در موفقیت درمان بی نهایت اهمیت دارد. زیرا گاهی تنها، تشخیص علت درد حتی بدون درمان کمک بزرگی به کنار آمدن صحیح با استرس های موجود می کند. در مطالعه Yap Au ۵۰/۶٪ بیماران MPDS به افسردگی متوسط تا شدید مبتلا بودند.^(۴) در مطالعه Esenyel و همکاران ۸۹/۳٪ بیماران مبتلا به MPDS اختلال اضطرابی داشتند.^(۵) همانطور که گفته شد، یکی از مهم ترین علل ایجاد MPDS اختلالات روانی است که افزایش تونوس عضلات و دردهای عضلانی را به همراه دارد؛ ما نیز در این تحقیق بر آن شدیم که فراوانی اختلالات روانی را در بیماران مبتلا به MPDS بررسی کنیم.

مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی-مقطعی بر روی بیماران مبتلا به سندرم درد ناشی از اختلال عملکرد عضلات و تاندونی (MPDS) مراجعه کننده به بخش بیماری های دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد از مهر ۸۲ تا آذر ۸۳ انجام شد. اطلاعات مربوط به متغیرهای کیفی و کمی زیر در بیماران از طریق مصاحبه و مشاهده و همچنین کدبندی اطلاعات و ثبت در فرم اطلاعاتی آنان بدست آمد. معیارهای تشخیص MPDS بر اساس وجود حساسیت در لمس عضلات جونده، درد در ناحیه عضلات جونده در حین حرکات فک و در حین استراحت، Deflection (انحراف فک از خط وسط حین باز شدن)، محدودیت در باز کردن دهان که بایستی با احساس نرمی انتهایی مثبت همراه باشد، بود. بطور کلی ۵۷ بیمار مبتلا به MPDS وارد این مطالعه شدند و وجود یا عدم وجود اختلال روانی و نوع این اختلال در آنان توسط متخصص روانپزشک بوسیله معیارهای DSM-IV-TR تعیین شد.^(۶) (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder) DSM-IV-TR یک روش طبقه بندی اختلالات روان پزشکی می باشد که توسط انجمن روانپزشکان آمریکا ارائه گردیده

رجلی داخلی، ۳۳ نفر (۰/۵۷/۸) در عضله رجلی فوقانی، ۳۴ نفر (۰/۵۹/۶) در عضله رجلی تحتانی و ۳۳ نفر (۰/۵۷/۸) در مفصل گیجگاهی فکی درد داشتند.

کلیه بیماران (۱۰۰٪) حداقل مبتلا به یک نوع اختلال روانی بودند. درصد قابل توجهی از بیماران (۹۳/۱٪) مبتلا به اختلال اضطرابی منتشر بودند و اختلال افسردگی در رتبه دوم قرار داشت (جدول ۱). از طرفی برخی از بیماران چند اختلال روانی را با هم داشتند (جدول ۲).

ارتباط متغیرهای سن، جنس با انواع اختلالات روانپزشکی مورد بررسی قرار گرفت. متغیر سن با انواع اختلالات روانی رابطه معنی دار نداشت. متغیر جنس با اختلالات اضطرابی ($P=۰/۰۲۶$ ، $df=۱$ ، $X^2=۴/۹۷$)، اختلالات افسردگی ($P=۰/۰۰۲$ ، $df=۱$ ، $X^2=۹/۳۷$)، اختلال شخصیت وسواسی اجباری ($P<۰/۰۱$ ، $df=۱$ ، $X^2=۱۷/۳۹$) رابطه معنی دار داشت و با اختلالات سوماتوفرم ($P=۰/۴۹۴$ ، $df=۱$ ، $X^2=۰/۳۰۳$) ارتباط معنی دار نداشت.

است. براساس این طبقه بندی اختلالات روانپزشکی بیماران در گروه اختلالات اضطرابی، اختلالات افسردگی، اختلالات سوماتوفرم و اختلالات شخصیت قرار می گیرد. بدین ترتیب افراد دارای اختلال روانپزشکی و نوع اختلال روانپزشکی آنان که می توانست یکی یا بیشتر باشد مشخص گردید. جداول توزیع فراوانی با استفاده از نرم افزار SPSS محاسبه گردید. جهت بررسی ارتباط متغیرهای سن، جنس با انواع اختلالات روانپزشکی از آزمون Chi-square و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد.

یافته ها

از ۵۷ بیمار مورد مطالعه ۵۰ نفر (۸۹/۴٪) مونث و ۷ نفر (۱۰/۶٪) مذکر بودند. بطور کلی بیماران در محدوده سنی ۱۴-۶۵ سال (میانگین سنی $۳۱ \pm ۱۲/۱۵$) قرار داشتند. در ۳۲ مورد (۵۶٪) از بیماران، میزان باز شدن بدون درد دهان کمتر از ۳۵ میلیمتر بود. ۲۶ نفر (۴۵/۶٪) از بیماران براکسیسم داشتند. ۴۰ نفر (۷۰/۲٪) از بیماران در عضله مستر، ۲۶ نفر (۴۵/۶٪) در عضله گیجگاهی، ۴۴ نفر (۷۷/۲٪) در عضله

جدول ۱: توزیع فراوانی بیماران بر حسب نوع و دسته اختلال روانی

نوع اختلال روانپزشکی	تعداد	درصد
اختلال اضطرابی منتشر	۳۶	۶۳/۲
اختلال اضطرابی فاقد معیارهای مشخص شده	۴	۷/۰
اختلال وسواسی اجباری	۱۲	۲۱/۱
اختلال اضطرابی بعد از حادثه	۱	۱/۸
اختلال افسردگی شدید	۲۲	۳۸/۶
اختلال افسردگی خفیف	۱۴	۲۴/۶
خودبیمارانگاری	۱	۱/۸
اختلال سوماتوفرم	۳	۵/۳
اختلال تبدیلی	۱	۱/۸
اختلالات شخصیتی	۲	۳/۵

جدول ۲: توزیع فراوانی بیماران برحسب تعداد اختلالات روانی همزمان

تعداد اختلال در هر بیمار	تعداد	درصد
یک اختلال	۲۷	۴۷/۴
دو اختلال	۲۳	۴۰/۳
سه اختلال و بیشتر	۷	۱۲/۳

بحث

در این مطالعه ۸۹/۴٪ بیماران، زن و ۱۰/۶٪ مرد، بودند که نتایج آن منطبق با سایر تحقیقات است. از نظر Stanley، ۸۲٪ بیماران مبتلا به MPDS خانم‌ها می‌باشند.^(۷) Altindag و همکاران گزارش کردند، ۸۴/۴٪ بیماران MPDS خانم‌ها هستند.^(۸) در مطالعه مدنی و مهدیزاده مطرح گردید که ۸۳٪ بیماران مبتلا به اختلالات گیجگاهی فکی (TMD) خانم‌ها هستند و تنها ۱۷٪ آنها مرد می‌باشند.^(۹) در برخی مطالعات بیان شده که زنان بیشتر به اختلالات روانپزشکی مبتلا می‌شوند، تحمل کمتری نسبت به درد دارند و در طول زندگی بیشتر تحت استرس قرار می‌گیرند که همه اینها می‌تواند اهمیت نقش وضعیت روحی و روانی را در بروز اختلالات سیستم عضلات جوته نشان دهد.^(۲)

بیماران در این مطالعه در محدوده سنی ۶۵-۱۴ سال قرار داشتند (با میانگین سنی ۳۲/۴ سال). در مطالعه Altindag بیماران میانگین سنی ۳۱/۳ سال داشتند^(۸) و در مطالعه Stanley بیماران در محدوده سنی ۶۰-۲۰ سال قرار داشتند.^(۷) در این مطالعه تفاوت قابل ملاحظه‌ای از نظر محدوده سنی با سایر مطالعات انجام شده وجود نداشت.

در این مطالعه ۴۵/۶٪ بیماران مبتلا به براکسیسم بودند. در مطالعه Daniel Manfredini ۶۸/۹٪ بیماران مبتلا به MPDS براکسیسم داشتند.^(۱۰) در مطالعه مدنی و مهدیزاده ۳۸٪ بیماران TMD مبتلا به براکسیسم بودند.^(۱۱) در طی اعمال پارافانکشنال، عضلات به مدت طولانی در حال انقباض باقی می‌مانند که مانع از خونرسانی به بافت عضلانی می‌گردد که

نتیجه آن افزایش دی‌اکسیدکربن و فرآورده‌های حاصل از متابولیسم مواد در مجاورت دوک عضلانی بوده که باعث بروز علایمی همچون درد، خستگی و اسپاسم عضلانی می‌شود.^(۲) با تظاهر MPDS همواره باید استرس‌های هیجانی را به عنوان عامل ایجاد کننده مد نظر داشت. چه بسا افرادی که انواع مختلف تداخلات دندانی را دارند اما به MPDS دچار نمی‌شوند و یا اینکه با برطرف کردن یا برطرف شدن عوامل هیجانی و اختلالات روانپزشکی در بیماران بدون توجه به تداخلات دندانی آنها بیماران از نظر MPDS بهبود پیدا می‌کنند.^(۱۲)

Cohen بیان کرده است که ۸۰٪ بیماران MPDS را خانم‌ها تشکیل می‌دهند در صورتیکه تداخلات اکلوزالی در مردان هم مانند زنان زیاد است پس چرا بیشتر بیماران MPDS را خانم‌ها تشکیل می‌دهند؟ و یا افراد بی‌دندان بطور نادر به MPDS مبتلا می‌شوند.^(۷) این موارد نقش عوامل سایکولوژیک در ایجاد MPDS را نشان می‌دهد. در مطالعه Greene و همکارانش نیز نقش استرس، اضطراب و افسردگی در ایجاد و پیشرفت MPDS مهم دانسته شده است.^(۱۳) Kafas و همکاران گزارش کردند افسردگی و اضطراب در بیشتر بیماران با دردهای مزمن وجود دارد و نقش فاکتورهای روانی را در دائمی شدن دردها مهم دانسته‌اند.^(۱۴)

Okeson معتقد است که عوامل استرس‌زا، بدن را با فعال نمودن هیپوتالاموس تحت تأثیر قرار می‌دهند. هیپوتالاموس بدن را آماده پاسخ می‌سازد. این قسمت از مغز فعالیت الیاف و ابران گاما را افزایش داده و این فرآیند موجب انقباض

همکاران بیان شده که بیماران مبتلا به MPDS که به درمان‌های رایج پاسخ نمی‌دهند بایستی احتمال ابتلا به اضطراب و افسردگی در آنها بررسی شود، این اختلالات بایستی تشخیص داده شود و بطور مناسبی درمان شود.^(۵) بطور کلی ارزیابی و مداخلات روانپزشکی یک قسمت مهم از درمان هر بیمار با درد مزمن مثل TMD است. در بسیاری از بیماران با درد مزمن اختلالات افسردگی، اضطرابی، سوماتوفرم دیده می‌شود. از اینرو مداخلات و درمان‌های روانپزشکی می‌تواند یک درمان قدرتمند در دردهای مزمن نسبت به بسیاری از درمان‌های دیگر باشد.^(۱۱)

نتیجه‌گیری

با توجه به وجود اختلال روانپزشکی در صددرصد بیماران دچار MPDS بایستی جهت درمان این بیماران بهبود وضعیت روحی و روانی آنان مد نظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه اساتید گروه بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد که در زمان انجام تحقیق ما را یاری رساندند تشکر می‌نمایم.

رشته‌های مخطط داخل دوک عضلانی می‌گردد. به دنبال این فرآیند، دوک عضلانی به حدی حساس می‌شود که هرگونه کشیدگی مختصر در عضله باعث واکنش انقباضی آن خواهد شد. اکثر کارهای استرس‌زا به ازدیاد فعالیت در عضلات جویده منجر می‌شود.^(۲)

در این مطالعه بیماران توسط روانپزشک بررسی شدند از ۵۷ بیمار مورد مطالعه ۹۳/۱٪ اختلالات اضطرابی (اضطراب منتشر، اختلال اضطرابی بعد از حادثه، اختلال وسواسی اجباری و اختلال اضطرابی NOS) و ۶۳/۲٪ اختلالات افسردگی (شدید و خفیف)، ۸/۹٪ اختلالات سوماتوفرم (اختلال خودبیمارانگاری، اختلال درد، اختلال تبدیلی) داشتند (جدول ۱) که البته برخی بیماران بطور همزمان دو یا سه اختلال روانپزشکی را نشان می‌دادند. در مطالعات مختلف بر ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به MPDS تأکید شده است. در مطالعه Esenyel ۸۹/۳٪ بیماران MPDS اختلال اضطرابی داشتند.^(۵) در مطالعه Ong ۶۵٪ بیماران با درد مزمن، افسردگی داشتند.^(۳) در مطالعه Yap ۵۰/۶٪ بیماران TMD به افسردگی متوسط تا شدید مبتلا بودند.^(۴) در مطالعه Robert و

منابع

1. Laskin DM, Block S. Diagnosis and treatment of myofascial pain dysfunction (MPD) syndrome. J Prosthet Dent 1986; 56(1): 75-84.
2. Okeson JP. Management of temporomandibular disorder and occlusion. 6th ed. St. Louis: Mosby CO; 2008. P. 2-24, 130-63, 334-75.
3. Ong KS, Keng SB. The biological, social, and psychological relationship between depression and chronic pain. Cranio 2003; 21(4): 286-94.
4. Yap AU, Chua Ek, Tan KB. Depressive symptoms in Asian TMD patient and their association with non-specific physical symptoms reporting. J Oral Pathol Med 2004; 33(5): 305-10.
5. Esenyel M, Caglar N, Aldemir T. Treatment of myofascial pain. Am J Phys Med Rehabil 2000; 79(1): 48-52.
6. Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Williams and Wikins CO; 2005. P. 137-61, 2169-80.
7. Cohen SR. Follow-up evaluation of 105 patients with myofascial pain dysfunction syndrome. J Am Dent Assoc 1978; 97(5): 825-8.
8. Altindag O, Gur A, Altindag A. The relationship between clinical parameters and depression level in patient with myofascial pain syndrome. Pain Med 2008; 9(2): 161-5.

9. Madani A, Mahdizade F. Prevalence and symptom temporomandibular disorder in patient refer to oral medicine department of Mashhad dental school. Beheshti Univ Dent 2001; 20(2): 242-51. (Persian)
10. Manfredini D, Cantini E, Romagnoli M, Bosco M. Prevalence of bruxism in patients with different research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD) diagnoses. Cranio 2003; 21(4): 279-84.
11. Madani A, Mahdizade F. Prevalence of etiologic factors in temporomandibular disorder in 100 patients examined in Mashhad dental school. Beheshti Univ Dent 2004; 22(2): 292-301. (Persian)
12. Silverman S, Eversole LR, Truelove EL. Essentials of oral Medicine. 1th ed. Hamilton, London, BC Decker. 2002. P. 300-28.
13. Green CS, Olson RE, Laskin DM. Psychological factors in the etiology, progression, and treatment of MPD syndrome. J Am Dent Assoc 1982; 105(3): 443-8.
14. Kafas P, Leeson R. Assessment of pain in temporomandibular disorder: The biopsychosocial complexity. Int J Oral Maxillofac Surg 2006; 35(2): 145-9.
15. Rbert B. Myofacial pain syndrome and their evaluation. Best Practice & Research Clinical Rheumatology 2007; 21(3): 427-45.