

فراوانی شکایات اصلی با منشا ذهنی و اختلالات روانپزشکی در مراجعین به دانشکده دندانپزشکی مشهد در سال ۱۳۹۰

زهرا دلاوریان^۱، عباس جوادزاده بلوری^۱، زهره دلیرسانی^{۱*}، پیمان هاشمیان^۲، طاهره نصرت زهی^۳
^۱ مرکز تحقیقات بیماریهای دهان، فک و صورت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۲ مرکز تحقیقات علوم رفتاری و روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۳ مرکز تحقیقات بیماریهای دهان و دندان، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
 تاریخ ارائه مقاله: ۹۸/۱۲/۱۰ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۵/۷

Frequency of Chief Complaints with Mental Origins and Psychiatric Disorders in Patients Referring to the Faculty of Dentistry in Mashhad in 2011

Zahra Delavarian¹, Abbas Javadzadeh Bolouri¹, Zohreh Dalirsani^{1*}, Peyman Hashemian², Tahereh Nosratzahi³

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

² Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Ibn-e-Sina Hospital, Mashhad Faculty of Medicine, Mashhad, Iran

³ Oral and Dental Diseases Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

Received: 29 February 2020; Accepted: 28 July 2020

Introduction: One of the most important challenges in the diagnosis and treatment of patients in dental offices, is the management of the patients, who refer with various complaints with mental origins, without any convincing clinical findings. In such cases, incorrect diagnosis and treatment could cause some complications in the physical and psychological conditions of the patients. In this regard, the present study aimed to investigate the frequency of chief complaints and psychiatric disorders among patients, who have complaints with mental origins.

Materials and Methods: The present cross-sectional study was performed on 132 patients, who had complaints with mental origins (case group) and 132 patients with complaints with organic origins (control group). For the purposes of the study, the type of mental complaints was recorded and the severity of mental complaints was evaluated by visual analogue scale. The required data were collected using the Symptom Checklist-90 (SCL-90) for the identification of the psychiatric disorders, which was filled by participants in both groups. The collected data were statistically analyzed using the t-test, Chi-square, and Pearson tests.

Results: Based on the findings, the most prevalent complaints with mental origins in the case group were pain without dental origin (33.3%), burning (16.7%), and atypical odontalgia (13.6%). Moreover, the severity of the complaints of the majority of patients was moderate and the most prevalent clinical diagnosis was atypical facial pain. In the case group, 31.1% and 53.8% of the subjects had psychiatric disorders and were predisposed to psychiatric disorders, respectively. Furthermore, in the control group, 2.3% and 28.0% of the participants had psychiatric disorders and were predisposed to psychiatric disorders, respectively.

Conclusion: The most common complaints with mental origins were pain (except odontalgia) and burning, which can be misdiagnosed with dental pain and treated with the incorrect treatment if their psychiatric causes are neglected. The majority of patients, who had complaints with mental origins, suffered from some psychiatric disorders. Therefore, proper diagnosis of such complaints could be beneficial in the diagnosis of psychiatric problems and the administration of suitable treatments.

Key words: Burning mouth syndrome, Facial pain, Pain, Psychiatric

Corresponding Author: dalirsaniz@mums.ac.ir

J Mash Dent Sch 2021; 44(4): 337-48.

چکیده

مقدمه: یکی از مهمترین چالش های تشخیصی و درمانی در دندانپزشکی، مراجعه بیماران با شکایاتی با منشا ذهنی بدون توجیه بالینی است. در این بیماران ممکن است تشخیص و حتی درمانهای نابجا سبب پیچیده تر شدن شرایط جسمی و روانی آنان گردد. هدف این مطالعه تعیین فراوانی شکایات اصلی و اختلالات روانپزشکی در این بیماران بود.

مواد و روش ها: در این مطالعه مقطعی، ۱۳۲ بیمار با شکایات با منشا ذهنی بعنوان گروه مورد و ۱۳۲ بیمار با شکایات با منشا ارگانیک بعنوان شاهد وارد مطالعه شدند. نوع شکایات ذهنی بیماران تعیین و شدت شکایات با معیار VAS ثبت شد. برای هر دو گروه (SCL-90)

* مولف مسؤؤل، نشانی: مشهد، ابتدای بلوار وکیل آباد، روبروی پارک ملت، دانشکده دندانپزشکی، گروه بیماری های دهان، تلفن ۰۵۱-۳۸۸۲۹۵۰۱

E-mail: dalirsaniz@mums.ac.ir

Symptom Checklist-90 برای ارزیابی اختلالات روانپزشکی تکمیل گردید. برای آنالیز آماری از آزمونهای Chi-square، t-test و پیرسون استفاده شد.

یافته ها: شایع ترین شکایت ذهنی در گروه مورد، درد بدون منشا دندانی (۳۳/۳ درصد)، سوزش (۱۶/۷ درصد) و درد آتیپیک دندانی (۱۳/۶ درصد) بود. بیشترین تعداد بیماران از شدت متوسط شکایت رنج میبردند و شایع ترین تشخیص بالینی اختلال حسی آنان، درد آتیپیک صورتی بود. در گروه مورد، ۳۱/۱ درصد مبتلا به اختلالات روانپزشکی و ۵۳/۸ درصد دارای گرایش به اختلالات روانپزشکی بودند. در گروه شاهد نیز به ترتیب ۲/۳ درصد مبتلا به اختلالات روانپزشکی و ۲۸/۰ درصد دارای گرایش به اختلالات روانپزشکی بودند.

نتیجه گیری: در این مطالعه شایع ترین شکایت با منشا ذهنی، درد بدون منشا دندانی و سوزش بود، که در صورت عدم توجه به خصوصیات شکایت و زمینه های روانی ایجادکننده آن، می تواند با دردهای با منشا دندانی اشتباه گرفته شده و درمانهای نابجا برای آنان صورت گیرد. این مطالعه همچنین نشان داد که اکثر بیمارانی که شکایت با منشا ذهنی داشتند، از مشکلات روانپزشکی رنج می بردند، بنابراین دقت به این دسته شکایات می تواند به تشخیص احتمالی مشکل روانپزشکی بیمار و درمانهای مناسب کمک کند.

کلمات کلیدی: سندرم سوزش دهان، درد صورتی، درد، روانپزشکی
مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۹۹ دوره ۴۴ / شماره ۴ : ۴۸-۳۳۷.

مقدمه

(Atypical odontalgia)، خشکی دهان ذهنی

(Subjective Xerostomia (SX))، درد در مخاط دهان

(Stomatodynia) می باشد. در سایر موارد، برای شکایاتی

نظیر خارش در مخاط دهان (Stomatopyrosis) و احساس

حضور چرک و ... می توان تشخیص کلی اختلالات حسی

مزمین با منشا ذهنی یا آتیپیک (Other atypical sensory

disorders) را مطرح کرد. از شایع ترین اختلالات حسی

می توان به سندرم سوزش دهان و درد آتیپیک صورت

اشاره نمود. سندرم سوزش دهان وضعیتی است که در آن

شکایت بیمار از درد و سوزش مزمین در دهان است درحالی

که مخاط دهان کاملاً نرمال است و بیماری موضعی یا

سیستمیک که توجه کننده سوزش آنها باشد دیده

نمی شود.^(۱) درد آتیپیک صورت (AFP) که درد مداوم

ایدیوپاتیک صورت نیز گفته می شود، بیماری مزمینی است

که مسیر توزیع عصب محیطی را دنبال نمی کند و مشخصه

نورالژی های کرانیال را ندارد.^(۲،۳)

بعضی مطالعات، شیوع بیشتر اختلالات سایکولوژیک از

جمله افسردگی و اضطراب و فوبیا در بیماران مبتلا به این

نوع اختلالات حسی را نشان داده اند.^(۴-۶) در مطالعه ای در

سال ۲۰۱۸، اختلالات افسردگی با ۱۵/۴ درصد و اختلالات

تشخیص و درمان بیمارانی که با شکایاتی نظیر درد و

سوزش در ناحیه دهانی صورتی مراجعه می کنند، بدون

اینکه شواهدی از یک مشکل ارگانیک وجود داشته باشد،

یکی از چالش های مهم کلینیک های دندانپزشکی است.

گاه بیماران سال های طولانی در جستجوی درمان هستند و

حتی تحت روشهای تشخیصی و درمانهای نامناسب قرار

می گیرند که علاوه بر تحمیل هزینه اضافی، خود سبب

افزایش شکایات و نارضایتی این بیماران می شود. بسیاری

از این مشکلات ریشه سایکولوژیک دارند و در حقیقت

اضطراب و افسردگی و سایر اختلالات روانی این بیماران،

خود را بدین شکل نشان می دهند. طبیعی است که تاخیر

در تشخیص و درمان ناصحیح بیماران سبب افزایش مشکل

روانشناختی این بیماران می شود.

تشخیص شکایات با منشا ذهنی (نظیر درد و سوزش و

...)، اغلب بدون دلیل ارگانیک مشخصی که توجه کننده

آنها باشد بروز می کند و گویای منشا ذهنی یا روانپزشکی

آنها، شامل اختلالاتی نظیر درد غیرتیپیک صورتی

(Atypical Facial Pain (AFP))، سندرم سوزش دهان

(Burning Mouth Syndrome (BMS))، درد آتیپیک دندانی

از سوی دیگر با شناسایی نوع شکایات بدون توجه بالینی و یا شدت و الگوی نامتناسب با مشکل بالینی می توان به منشا غیر ارگانیک و زمینه سایکولوژیک آنها پی برد. از این رو بر آن شدیم تا انواع این شکایات ذهنی و اختلالات روانپزشکی را در بین مراجعین به دانشکده دندانپزشکی مشهد در سال ۱۳۹۰ بررسی کنیم.

مواد و روش ها

این مطالعه مقطعی روی مراجعین به دانشکده دندانپزشکی مشهد در سال ۱۳۹۰ انجام شد. برای همه بیماران، مراحل طرح توضیح داده شد و همگی فرم رضایت آگاهانه را امضا کردند. در ضمن پروتکل این مطالعه توسط شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد ۸۷۸۰۲ تصویب گردیده است.

۱۳۲ بیمار که از درد دهانی یا فکی-صورتی، سوزش، خشکی دهان یا سایر حس های ناخوشایند رنج می بردند، در این مطالعه بعنوان گروه مورد وارد شدند. ۱۳۲ بیماری که برای اعمال دندانپزشکی به دانشکده دندانپزشکی مراجعه کرده بودند و منشا فیزیکی برای شکایات آنان شناخته شده بود بعنوان گروه شاهد انتخاب شدند. این گروه شامل افرادی بودند که سابقه هیچ گونه اختلال روانپزشکی نداشته و داروهای مسکن یا آرامبخشی که می تواند بر روی شدت شکایات اثر بگذارد یا باعث تغییر طعم چشایی شود، مصرف نمی کردند.

معیارهای ورود برای گره مورد شامل: وجود درد یا سوزش در ناحیه سر و گردن بدون هیچ دلیل ارگانیک از نظر بالینی یا پاراکلینیک، مخاط دهان طبیعی و عدم دریافت درمان طی ۴ هفته گذشته بود. درضمن، داشتن توانایی یا تمایل به همکاری برای تکمیل پرسشنامه SCL-90 شرط لازم برای هر دو گروه مطالعه بود.

اضطرابی با ۱۰/۱ درصد شایع ترین اختلالات سایکولوژیک در مبتلایان به درد دندانی غیر تیبیک بودند.^(۷) در مطالعه دیگری نیز که بر روی درد آتیبیک صورتی انجام شد، دوره های منفرد اختلال افسردگی (۳۳/۶ درصد) و دیس ریتمی (۱۴/۳ درصد)، اختلال درد سوماتوفرم (۱۰/۸ درصد) و اختلال افسردگی شدید راجعه (۹/۲ درصد)، شایع ترین این اختلالات روانی بودند.^(۴)

اختلالات روانپزشکی مجموعه ای از اختلالات است که تاثیر بارزی در تفکر و روندهای ذهنی به خصوص در ارتباط با خلق و رفتار انسانی ایجاد می کند و باعث اختلال عملکرد و ایجاد تنش می شود. اضطراب یک احساس طبیعی است که در موقعیت های تهدید کننده تجربه می شود. ویژگی های اختلالات اضطرابی همانند اضطراب طبیعی است، تنها تفاوت در مدت و شدت آن و عدم تناسب با عامل تهدیدکننده می باشد. در افراد سالم، یک احساس طبیعی غم و اندوه در برخورد با ناملايمات زندگی به ویژه از دست دادن عزیزان رخ می دهد که به طور موقتی و کوتاه مدت است ولی گاهی این احساس، شدید و طولانی مدت می شود و با سایر حالات مثل کاهش انرژی و کسالت عمومی، خستگی و کم خوابی و از دست دادن علاقه همراه است و به عنوان اختلال افسردگی شناخته می شود.^(۸)

با توجه به اینکه مطالعاتی که درباره رابطه با این گونه احساس های ناخوشایند غیر تیبیک و اختلالات روانپزشکی صورت گرفته است، در جمعیت هایی با خصوصیات اجتماعی- اقتصادی و فرهنگی متفاوت انجام شده است، انتظار می رود نتایج متفاوتی را گزارش کرده باشند. زیرا درد جنبه های متعدد فیزیکی، پاتولوژیکی و آناتومیکی دارد و شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بر روی بیان، شدت و الگوی بروز آن اثر می گذارد.^(۹،۱۰)

پس از تکمیل چک لیست شامل اطلاعات دموگرافیک و مشخصات شکایت ذهنی بیماران، پرسشنامه SCL-90 جهت تعیین نوع آسیب روانپزشکی (۱- بیماران بدون اختلال روانپزشکی، ۲- بیماران دارای گرایش به اختلال روانپزشکی، ۳- بیماران دارای اختلال روانپزشکی) برای هر دو گروه تکمیل گردید. (۱۳)

پرسشنامه SCL-90 توسط روانشناس تجزیه و تحلیل شد. جمع نمرات به دست آمده از سوالات مربوط به هر اختلال بر تعداد سوالات مربوط به همان اختلال تقسیم شد. بدین ترتیب میانگین نمره فرد در هر اختلال بدست آمد. میانگین نمره کمتر از دو: بدون اختلال روانپزشکی، بین دو و سه: گرایش به اختلال روانپزشکی و سه یا بیشتر به معنای اختلال روانپزشکی بود. (۱۳) این پرسشنامه یک مقیاس استاندارد جهت بررسی اختلالات روانپزشکی است که توسط روانشناسان استفاده می شود. این پرسشنامه قبلا در جمعیت ایرانی اعتبارسنجی شده و در مطالعه اخوان و همکاران (۱۴)، پایایی و روایی نسخه ترجمه شده آن به زبان فارسی، به میزان قابل قبول ذکر شده است.

برای تجزیه و تحلیل داده ها، آنها وارد نرم افزار SPSS با ویرایش ۱۳/۵ شدند. اطلاعات دموگرافیک و داده های توصیفی با استفاده از آنالیزهای توصیفی بررسی شدند. برای مقایسه خصوصیات دموگرافیک و اختلالات روانپزشکی دو گروه از آنالیزهای t-test، Chi-square و پیرسون استفاده شد. از آنالیز پیرسون برای بررسی رابطه بین نوع اختلال حسی با منشا ذهنی، جنس و سن استفاده شد. سطح معنی داری برای آزمونهای آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

دو گروه از نظر جنس و سطح تحصیلات همگن بودند (بترتیب $P=۰/۰۸$ و $P=۰/۸۵$). میانگین سنی گروه شاهد و مورد بترتیب $۳۱±۱۰/۰۶$ و $۴۳±۱۴/۷۵$ سال بود. سن گروه

معیارهای تشخیصی برای گروه مبتلا به سندرم سوزش دهان بر اساس معیارهای پیشنهاد شده توسط Scala و همکارانش (۱۱) شامل موارد زیر بود:

- احساس سوزش دوطرفه روزانه مخاط دهان
 - احساس سوزش دهان برای حداقل ۶-۴ ماه
 - شدت سوزش ثابت و یا افزایش یافته در طول روز
 - عدم بدتر شدن و گاهی بهبود با خوردن و آشامیدن
 - عدم تداخل با خواب بیمار.
- معیارهای ورود به مطالعه برای گروه مبتلا به درد آتپیک صورتی شامل موارد زیر بود:

- درد در صورت، روزانه و ادامه دار در تمام یا بیشتر روز
- شروع درد در ناحیه ای محدود از یک طرف صورت
- عدم گزارش کاهش حس یا سایر علائم جسمی همراه درد (۱۲)

این نوع درد از مسیر یک عصب خاص پیروی نمی کند و شخص برای ماه ها یا سالها با آن درگیر است. معیارهای خروج شامل داشتن دلایل موضعی یا سیستمیک برای درد یا سوزش بود.

سایر شکایات با منشا ذهنی، در گروهی بنام دیگر اختلالات حسی غیر تیپیک (Other sensory disorders) طبقه بندی شدند.

از نظر مدت زمان تداوم شکایات تا هنگام مراجعه، بیماران در چهار دسته قرار گرفتند: کمتر از شش ماه، بین شش ماه و دو سال، بین دو و پنج سال، بیشتر از پنج سال. طبقه بندی شدت شکایت بر اساس معیار VAS بصورت زیر بود:

- درجه خفیف : $0 < VAS \leq 3.5$
- درجه متوسط : $3.5 < VAS \leq 7$
- درجه شدید: $7 < VAS \leq 10$

شاهد بیکار و ۲۰/۴ درصد گروه مورد و ۴۴/۷ درصد گروه شاهد دانشجوی یا دانش آموز بودند ($P < ۰/۰۰۱$). جدول ۱ مشخصات دموگرافیک افراد مورد مطالعه را نشان می دهد. بر اساس پرسشنامه SCL-90 بیشترین افراد گروه مورد، در دسته گرایش به اختلال روانپزشکی (۵۳/۸ درصد) و در گروه شاهد، در دسته بدون اختلال روانپزشکی (۶۹/۷ درصد) بودند (جدول ۲). بر اساس آزمون پیرسون، اختلاف بین دو گروه معنی دار بود ($P = ۰/۰۱۲$).

مورد بین ۱۲ و ۸۰ سال و شاهد بین ۱۳ و ۷۰ سال بود. دو گروه از نظر سنی اختلاف معنی داری داشتند ($P < ۰/۰۰۱$). ۶۳/۶ درصد افراد گروه مورد و ۵۳ درصد افراد گروه شاهد، زن بودند. ۲۵ درصد افراد گروه شاهد و ۲۵ درصد گروه مورد، سطح تحصیلات لیسانس و بالاتر داشتند. ۵۹/۱ درصد افراد گروه شاهد و ۶۸/۹ درصد گروه مورد مجرد و مابقی متأهل بودند. از نظر وضعیت اشتغال دو گروه باهم متفاوت بودند، بطوریکه ۳۹/۴ درصد افراد گروه مورد و ۱۵/۱ درصد گروه

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک افراد گروه مورد و شاهد

P - value	شاهد		مورد		متغیرها	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
$P = ۰/۰۰۸^a$	۷۰	۵۳/۰	۸۴	۶۳/۶	زن	جنس
	۶۲	۴۷/۰	۴۸	۳۶/۴	مرد	
	۱۳۲	۱۰۰/۰	۱۳۲	۱۰۰/۰	کل	
$P = ۰/۰۸۵^a$	۵۳	۴۰/۲	۵۰	۳۷/۹	پایینتر از دیپلم	تحصیلات
	۴۶	۳۴/۸	۴۹	۳۷/۱	دیپلم و فوق دیپلم	
	۳۳	۲۵/۰	۳۳	۲۵/۰	لیسانس و بالاتر	
	۱۳۲	۱۰۰/۰	۱۳۲	۱۰۰/۰	کل	
$P < ۰/۰۰۱^a$	۲۰	۱۵/۱	۵۲	۳۹/۴	بیکار	شغل
	۳۴	۲۵/۸	۳۴	۲۵/۸	آزاد	
	۱۹	۱۴/۴	۱۹	۱۴/۴	کارمند	
	۵۹	۴۴/۷	۲۷	۲۰/۴	در حال تحصیل	
	۱۳۲	۱۰۰/۰	۱۳۲	۱۰۰/۰	کل	
$P < ۰/۰۰۱^b$	میانگین \pm انحراف معیار		میانگین \pm انحراف معیار		سن	
	۳۱ \pm ۱۰/۰۶ سال		۴۳ \pm ۱۴/۷۵ سال			

^a آزمون کی دو پیرسون

^b t-test

جدول ۲: توزیع فراوانی افراد گروه مورد از نظر ابتلا به اختلال روانپزشکی بر اساس پرسشنامه SCL-90

P - value	شاهد		مورد		وضعیت اختلال روانپزشکی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۰۱۲	۶۹/۷	۹۲	۱۵/۱	۲۰	بدون اختلال
	۲۸/۰	۳۷	۵۳/۸	۷۱	گرایش به اختلال روانپزشکی
	۲/۳	۳	۳۱/۱	۴۱	دارای اختلال روانپزشکی
	۱۰۰/۰	۱۳۲	۱۰۰/۰	۱۳۲	کل

پیرسون نشان داد که دو جنس از نظر توزیع شکایات باهم اختلاف معنی داری نداشتند (کلیه موارد $P > ۰/۰۵$).

بیشترین شکایات در گروه مورد، درد غیر دندانی در زنان با ۴۰ درصد و در مردان با ۲۱/۲ درصد بود. در مجموع افراد گروه مورد نیز، درد غیر دندانی با ۳۳/۳ درصد بیشترین شکایت افراد مراجعه کننده بود (جدول ۳).

همانطور که جدول ۴ نشان می دهد بیشترین افرادی که شکایت از درد داشتند مربوط به گروه سنی ۵۰ تا ۵۹ ساله و بیشترین افراد با شکایت سوزش مربوط به سنین کمتر از ۳۰ سال بودند (جدول ۴). شکایات گروه شاهد، شامل درد دندانی، ضایعه مخاطی، تورم بافت نرم یا سخت، تغییر رنگ دندانی و از این قبیل شکایات رایج بودند که برای آنان علت و توجیه ارگانیک پیدا می شد.

شدت شکایت بیشتر افراد (۴۷/۷ درصد) مربوط به درجه متوسط از نظر معیار VAS بود و ۱۰/۶ درصد بیماران مورد، شدت شکایت شدید را گزارش کردند. بر طبق جدول ۵ بیشترین فاصله بین بروز اختلال حسی و مراجعه بیماران به دانشکده دندانپزشکی مربوط به دسته بین ۶ ماه و ۲ سال بود (۳۸/۶ درصد). حتی ۱۲/۱ درصد بیماران بیشتر از ۵ سال قبل مراجعه، از اختلال رنج می بردند (جدول ۵).

نمودار ۱ توزیع فراوانی انواع اختلالات حسی مزمن بدون توضیح فیزیکی در گروه مورد را نشان می دهد. درد آتیپیک صورتی، سایر اختلالات مزمن بدون توضیح فیزیکی

در گروه مورد، بر اساس این پرسشنامه، ۱۱ نفر اختلال فوبیا، ۱۰ نفر اختلال افسردگی، ۵ نفر اختلال وسواس اجباری و ۱۵ نفر بطور همزمان چند اختلال روانپزشکی داشتند (در کل ۳۱/۱ درصد). در حالیکه تنها در دو فرد در گروه شاهد اختلال افسردگی وجود داشت و یک نفر مبتلا به وسواس و افسردگی و اضطراب بطور همزمان بود. البته تعداد ذکر شده در دو گروه شامل افراد با گرایش به اختلال روانپزشکی نمی شود (جدول ۲).

در هر دو گروه مورد و شاهد زنان بیشترین بیماران دارای اختلال روانپزشکی و یا گرایش به اختلال روانپزشکی را تشکیل می دادند. بر اساس آنالیز پیرسون بین نوع اختلال روانپزشکی و جنس در هر دو گروه ارتباط معنی داری وجود نداشت (کلیه موارد $P > ۰/۰۵$).

بیشتر بیماران دارای اختلال روانپزشکی در گروه مورد در گروه سنی ۳۰ تا ۳۹ و ۴۰ تا ۴۹ سال قرار داشتند و در گروه شاهد کمتر از ۳۰ سال بودند (به ترتیب: گروه مورد ۲۹/۳ درصد و ۲۹/۳ درصد و شاهد: ۴/۲ درصد). هرچند آنالیز پیرسون بین نوع اختلال روانپزشکی و گروه های سنی در هر دو گروه ارتباط معنی داری نشان نداد (کلیه موارد $P > ۰/۰۵$).

جدول ۳ فهرست شکایات بیماران در کل افراد گروه مورد در دو جنس را نشان می دهد که آزمون کی دو

بین گروه های سنی مختلف هم از نظر نوع اختلالات حسی تفاوت معنی داری وجود نداشت ($P=0/15$).
 آنالیز پیرسون نشان داد که بین شایع ترین شکایات با منشا ذهنی (درد غیر دندانی و سوزش مخاطی) و اختلال روانپزشکی ارتباط معنی داری وجود نداشت. (به ترتیب $P=0/06$ و $P=0/54$).

و سندرم سوزش دهان شایع ترین اختلالات حسی در افراد گروه مورد بودند. همانطور که در جدول ۶ مشاهده می شود، درد آتیپیک صورتی شایع ترین اختلال حسی در زنان، و سایر اختلالات مزمن بدون توضیح فیزیکی، شایع ترین اختلال حسی در مردان بود (جدول ۶). هرچند اختلاف بین دو جنس معنی دار نبود ($P=0/80$).

جدول ۳: توزیع فراوانی انواع شکایات بیماران در موقع مراجعه در گروه مورد بر حسب جنس

شکایت ذهنی	جنسیت	
	مرد	زن
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
درد (غیر از دندان)	۱۰ (۲۱/۳)	۳۴ (۴۰/۰)
جز جز کردن یا سوزش	۸ (۱۷/۰)	۱۴ (۱۶/۵)
درد دندان	۸ (۱۷/۰)	۱۰ (۱۱/۷)
افزایش جریان بزاق	۲ (۴/۳)	۶ (۷/۱)
احساس جسم خارجی در بزاق	۲ (۴/۳)	۶ (۷/۱)
بوی بد دهان	۲ (۴/۳)	۲ (۲/۳)
احساس مزه غیرطبیعی (نوع مزه)	۱ (۲/۱)	۳ (۳/۵)
عدم احساس مزه غذاها	۲ (۴/۳)	۲ (۲/۳)
احساس حضور چرک یا خروج چرک	۲ (۴/۳)	۲ (۲/۳)
حرکت کرم زیر مخاط	۲ (۴/۳)	۱ (۱/۲)
قفل شدن فک ها و مشکل صحبت کردن	۳ (۶/۴)	۰ (۰/۰)
ضعف و ناتوانی در جویدن غذا	۱ (۲/۱)	۱ (۱/۲)
شکایت از تغییر رنگ	۱ (۲/۱)	۱ (۱/۲)
خشکی دهان	۱ (۲/۱)	۰ (۰/۰)
کاهش حس چشایی	۰ (۰/۰)	۱ (۱/۲)
خارش	۱ (۲/۱)	۰ (۰/۰)
گرفتگی یا سفتی عضلات فک	۰ (۰/۰)	۱ (۱/۲)
احساس تورم در صورت	۰ (۰/۰)	۱ (۱/۲)
احساس تورم زبان	۱ (۲/۱)	۰ (۰/۰)
کل	۴۷ (۱۰۰/۰)	۸۵ (۱۰۰/۰)

جدول ۴: توزیع فراوانی بیشترین شکایات بیماران در موقع مراجعه به تفکیک سن در گروه مورد

نوع شکایت	گروه سنی									
	کمتر از ۳۰ سال		۳۰-۳۹ سال		۴۰-۴۹ سال		۵۰-۵۹ سال		۶۰ و بالاتر از ۶۰ سال	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
درد غیر دندانی	۱۰	۷/۶	۶	۴/۵	۱۱	۸/۳	۱۲	۹/۱	۵	۳/۸
سوزش	۶	۴/۵	۵	۳/۸	۴	۳/۰	۴	۳/۰	۳	۲/۳
درد دندان	۴	۳/۰	۷	۵/۳	۵	۳/۸	۲	۱/۵	۰	۰/۰
احساس جسم خارجی در بزاق	۲	۱/۵	۳	۲/۳	۰	۰/۰	۱	۰/۷	۲	۱/۵
افزایش بزاق	۱	۰/۷	۰	۰/۰	۳	۲/۳	۰	۰/۰	۴	۳/۰

جدول ۵: توزیع فراوانی مدت زمان تداوم شکایات بیماران تا هنگام مراجعه در گروه مورد

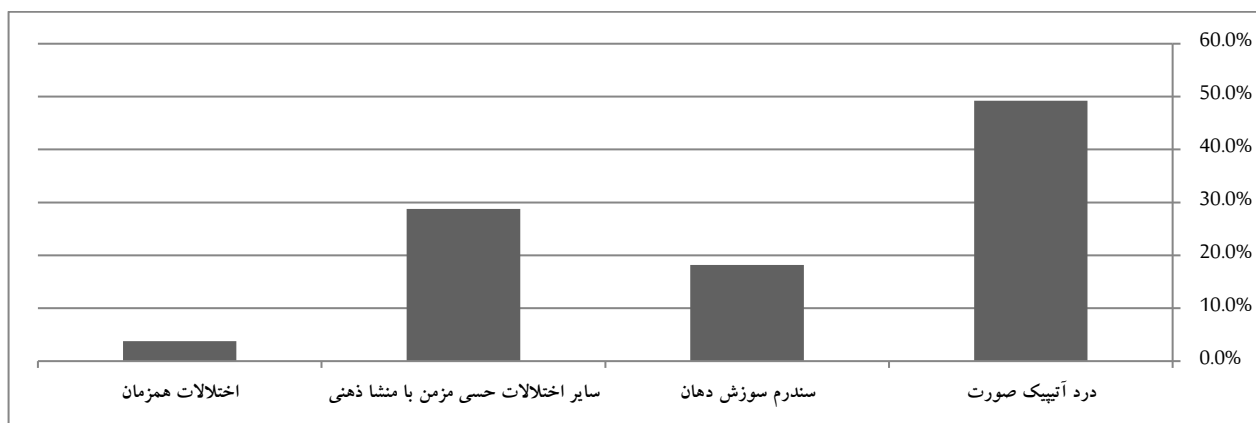
مدت زمان شکایت تا مراجعه	تعداد	درصد
کمتر از ۶ ماه	۳۸	۲۸/۸
بین ۶ ماه تا ۲ سال	۵۱	۳۸/۶
بین ۲ تا ۵ سال	۲۷	۲۰/۵
بیشتر از ۵ سال	۱۶	۱۲/۱
کل	۱۳۲	۱۰۰/۰

جدول ۶: توزیع فراوانی نوع اختلال حسی مزمن بدون توضیح فیزیکی بر حسب جنس در گروه مورد

نوع اختلال	جنس				P-value*
	مرد		زن		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
درد آتیبیک صورت	۳۴	۴۰/۰	۱۰	۲۱/۳	۰/۴
سایر اختلالات مزمن بدون توضیح فیزیکی	۱۵	۱۷/۶	۱۴	۲۹/۸	۰/۵
سندرم سوزش دهان	۱۴	۱۶/۵	۹	۱۹/۱	۰/۸
درد آتیبیک دندان	۱۰	۱۱/۷	۸	۱۷/۰	۰/۹
تغییر چشایی	۶	۷/۱	۳	۶/۴	۰/۳
افزایش بزاق	۶	۷/۱	۲	۴/۳	۰/۴
خشکی دهان	۰	۰/۰	۱	۲/۱	۰/۳
کل	۸۵	۱۰۰/۰	۴۷	۱۰۰/۰	

دو زن و یک مرد همزمان بیشتر از یک نوع اختلال داشتند.

*آزمون کی دو پیرسون



نمودار ۱: توزیع فراوانی انواع اختلالات حسی مزمن بدون توضیح فیزیکی در گروه مورد

بحث

درد مداوم ایدیوپاتیک صورت نیز گفته می شود، بصورت درد در دهان، فک یا صورت بدون عامل ارگانیک و بدون تبعیت از یک مسیر عصبی خاص یا غیر وابسته به عامل تحریک کننده (Trigger zone) تعریف می شود.^(۳)

سندرم سوزش دهان نیز دیگر اختلال حسی تشخیص داده شده در بیماران گروه مورد بود. سندرم سوزش دهان بعنوان حس سوزش یا خارش درمخاط طبیعی دهان بدون هیچ عامل توجیه کننده موضعی یا سیستمیک تعریف می شود. گرچه ماهیت آن بدرستی شناخته شده نیست اما مجموعه ای از علل بیولوژیک و روانشناختی می تواند در ایجاد آن نقش داشته باشد.^(۱۶)

شکایت در اغلب بیماران مطالعه حاضر، با شدت متوسط، گزارش شد و اغلب بیماران چندین ماه تا چند سال از این وضعیت رنج می بردند. برخی بیماران شروع اختلال را پس از یک محرک مثل درمان دندانپزشکی گزارش می کردند. در مطالعه دیگری بطور متوسط حدود ۱۹ ماه از زمان شروع علائم درد ایدیوپاتیک صورتی تا تشخیص صحیح فاصله بود که این زمان در مورد دردهای لوکالیزه در حفره دهان بیشتر از دردهای خارج دهانی بود.^(۱۷) این

بیماران در این مطالعه گاه از ماه ها تا سالها از انواع شکایات با منشا ذهنی رنج می بردند. این گونه بیماران اغلب به دنبال درمان با متخصصین مختلف مشاوره کرده و حتی روشهای درمانی بی فایده و گاه مضر را تجربه می کنند. اختلالات حسی مزمن بدون توضیح فیزیکی، اغلب اتیولوژی مشخصی ندارند ولی زمینه های سایکولوژیک می تواند در شروع یا پیشرفت آنان موثر باشد. بیماران مبتلا به این اختلالات حسی ممکن است از سوزش، درد، خارش، اختلال چشایی، بیخوابی و یا اختلالات مربوط به خوردن شکایت داشته باشند.

در مطالعه حاضر، بیشترین شکایات بیماران، درد بدون منشا دندانی، سوزش و درد آتیبیک دندانی بودند. در تحقیق دیگری در بیماران مبتلا به درد ایدیوپاتیک صورتی، هیپوستزی، درد دوطرفه، درد شدید و درد در هنگام لمس، از شایع ترین علائم بیماران مورد مطالعه بودند.^(۱۵)

در این مطالعه، شایع ترین اختلال حسی، دردهای آتیبیک غیر دندانی بودند که برای ۳۳/۳۳ درصد بیماران مراجعه کننده تشخیص داده شد. درد آتیبیک صورتی که

و پرسشنامه های تشخیصی مختلف، در اغلب این تحقیقات، فراوانی بیشتر اختلالات روانی و مشکلات عاطفی در بیماران با مشکلات حسی گزارش شده است.^(۵۱۹)

در مطالعه ای در ژاپن مشخص شد که در بیماران مبتلا به درد آتپیک دندان، اختلالات افسردگی و اضطرابی شایع ترین اختلالات روانپزشکی بودند و مشکلات روانی جدی تر مثل اختلالات دو قطبی و شیذوفرنی در بین آنان نادر بود.^(۷) در مطالعه دیگری نیز شیوع بیشتر اختلال افسردگی شدید، اختلال اضطرابی منتشر، هیپوکندریا و ترس از سرطان در بیماران مبتلا به سندرم سوزش دهان گزارش شد.^(۶)

در مطالعه کنونی، بر اساس پرسشنامه SCL-90، بیشترین افراد مبتلا به اختلالات حسی مزمن، از نظر وضعیت روانپزشکی، در دسته گرایش به اختلال روانپزشکی (۵۳/۸ درصد) بودند که از این نظر اختلاف معنی داری با افراد گروه شاهد داشتند. همچنین ۳۱/۱ درصد این افراد اختلالات روانپزشکی مثل فوبیا، افسردگی و وسواس اجباری رنج می بردند، که این نتیجه مشابه اکثر مطالعات است که شیوع بیشتر این اختلالات در این افراد را گزارش کرده اند.^(۴ و ۵۱۹)

در مطالعه حاضر، ۱۵ نفر از بیماران بطور همزمان چند اختلال روانپزشکی داشتند. شیوع همزمان دو یا چند اختلال همزمان در مطالعات دیگر نیز تایید شده است، که از آن میان، همراهی افسردگی و اختلال اضطرابی بیشتر مشاهده می شود.^(۶) محققان دیگر نیز شیوع بیشتر اختلالات روانی نظیر فوبیا، اختلال پانیک، اختلال سوماتو فرم، اختلالات خواب و هیپوکندریا را در بیماران مبتلا به سوزش دهان یا دردهای آتپیک صورتی گزارش کرده اند.^(۷ و ۲۰)

همچنین در این بیماران، اختلالات شخصیتی مثل شخصیت وسواسی اجباری، شخصیت وابسته، شخصیت

نتیجه نشان می دهد که این بیماران ممکن است برای تشخیص عامل درد خود و درمان آن، مدت های طولانی در کلینیک های پزشکی و دندانپزشکی سرگردان باشند و حتی تحت درمان های نامناسب قرار گیرند که این امر لزوم آشنایی پزشکان و دندانپزشکان با این قبیل شکایات و عامل بوجود آورنده آنها را مشخص می کند.

بررسی اطلاعات دموگرافیک بیماران نشان داد که بیشتر مبتلایان در مطالعه کنونی، زنان با میانگین سنی ۴۳ سال بودند. در برخی تحقیقات دیگر نیز اغلب مبتلایان به این اختلالات حسی زنان بودند^(۱۸ و ۱۷) که این امر ممکن است مرتبط با مراجعه و یا جستجوی بیشتر زنان جهت درمان باشد. گرچه میانگین سنی بیماران در مطالعه حاضر کمتر از برخی مطالعات دیگر بود.^(۷) اما طبق اکثر تحقیقات، این نوع اختلالات حسی، بخصوص سندرم سوزش دهان، در زنان میانسال و بالاتر و بخصوص در دوران نزدیک یا پس از منوپوز شایع تر است. احتمالاً تغییرات هورمونی در شیوع بیشتر اختلالات حسی در زنان میتواند موثر باشد.^(۱۷ و ۱۶)

مطالعه دیگری در ایتالیا نشان داد که سندرم سوزش دهان در زنان، افراد بیکار و با تحصیلات پایین و متاهل شایعتر است.^(۹) در تحقیق حاضر، گرچه بیکاری در افراد گروه مورد بیش از شاهد بود، ولی بیشتر افراد گروه مورد و شاهد افراد مجرد بودند و همچنین درصد قابل توجهی از افراد هر دو گروه، تحصیلات لیسانس و بالاتر داشتند. بنظر می رسد وضعیت فرهنگی اجتماعی متفاوتی که این دو تحقیق در آن صورت گرفته در کسب نتایج متفاوت موثر باشد.

از آنجا که برای این شکایات اغلب توجیه فیزیکی مشخصی پیدا نمی شود، محققان توجه خود را به سمت یافتن رابطه احتمالی اختلالات روانی و وقوع این مشکلات ذهنی جلب کرده اند. علیرغم حجم نمونه متفاوت و معیارها

به این نکته که تشخیص و درمان این بیماران نیازمند کار گروهی متخصصین مختلف است که در حال حاضر در مراکز درمانی محدودی صورت می‌گیرد، تاسیس و تقویت کلینیک‌های درد با همکاری متخصصین مختلف، گامی موثر در درمان این بیماران خواهد بود. همچنین پیشنهاد می‌شود که آشنایی با علل و زمینه‌های روانپزشکی شکایات ذهنی بیماران و مدیریت آنها در برنامه‌های آموزشی دندانپزشکان مدنظر قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که شایع‌ترین شکایت با منشا ذهنی در بیماران، درد بدون منشا دندانی و سوزش دهانی بودند، که در صورت عدم توجه به زمینه‌های روانی ایجادکننده آنها می‌تواند به اشتباه تشخیص داده شده و درمان‌های نابجا برای آنان صورت گیرد. اکثر بیمارانی که شکایت با منشا ذهنی داشتند، از مشکلات روانپزشکی رنج می‌بردند، بنابراین مشاوره روانپزشکی برای تشخیص احتمالی اختلال روانی بیمار و درمان‌های مناسب ضروری بنظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد برای حمایت مالی از این مطالعه سپاسگزارند.

اجتنابی و همچنین شیروفرنی ممکن است وجود داشته باشد.^(۷و۵) برخی تفاوت‌ها در شیوع بعضی اختلالات روانی، می‌تواند مربوط به معیارها و روش‌های متفاوت بررسی این اختلالات و نیز سایر شرایط اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی متفاوت در جوامع مختلف باشد که زمینه‌های ایجاد استرس یا حوادث استرس‌زای مختلفی را برای افراد ایجاد کرده و زمینه‌ساز بوجود آمدن یا بدتر شدن برخی اختلالات روانپزشکی می‌شود.^(۱۰)

بنظر میرسد که با توجه به اینکه اغلب این بیماران با عوامل زمینه‌ساز یا اختلالات روانپزشکی مواجه هستند و گاه تحت درمان‌های غیرضروری قرار گرفته‌اند، در اولین گام، توضیح دقیق ماهیت و علت درد برای آنان و سپس مشاوره روانپزشکی برای بررسی علل بوجود آورنده این اختلالات و درمان مقتضی ضروری است. گرچه راضی کردن برخی بیماران به مشاوره روانپزشکی با توجه به مراجعات مکرر و اغلب بی‌نتیجه این افراد به مراکز درمانی متعدد، گاه چندان راحت نیست. این موضوع یکی از محدودیت‌های تحقیق حاضر نیز بود.

از آنجا که اختلالات حسی مزمن دهان، فک و صورت بدون توضیح فیزیکی، بسیار آزاردهنده می‌باشند و با توجه

منابع

1. Rabiei M, Leili EK, Alizadeh L. Burning mouth syndrome: A comparative cross-sectional study. Contemporary clinical dentistry. 2018;9(Suppl 2):S256.
2. Hagelberg N, Forssell H, Aalto S, Rinne JO, Scheinin H, Taiminen T, et al. Altered dopamine D2 receptor binding in atypical facial pain. Pain. 2003;106(1-2):43-8.
3. Weiss AL, Ehrhardt KP, Tolba R. Atypical facial pain: a comprehensive, evidence-based review. Current pain and headache reports. 2017;21(2):8.
4. Medvedev V, Frolova V, Fofanova Y, Drobyshev A. Psychiatric disorders in patients with atypical facial pain. European Psychiatry. 2016;33:S502.
5. Taiminen T, Kuusalo L, Lehtinen L, Forssell H, Hagelberg N, Tenovuo O, et al. Psychiatric (axis I) and personality (axis II) disorders in patients with burning mouth syndrome or atypical facial pain. Scandinavian journal of pain. 2011;2(4):155-60.
6. de Souza FT, Teixeira AL, Amaral TM, dos Santos TP, Abreu MH, Silva TA, et al. Psychiatric disorders in burning mouth syndrome. Journal of psychosomatic research. 2012;72(2):142-6.
7. Miura A, Tu TT, Shinohara Y, Mikuzuki L, Kawasaki K, Sugawara S, et al. Psychiatric comorbidities in patients with atypical odontalgia. Journal of psychosomatic research. 2018;104:35-40.

8. Najaran B, Davoodi I. Constructio and validation of a short form of the SCL-90-R (SCL-25). *JournalL of Psychology* 2001;2(18):136- 49.
9. Adamo D, Celentano A, Ruoppo E, Cucciniello C, Pecoraro G, Aria M, et al. The relationship between sociodemographic characteristics and clinical features in burning mouth syndrome. *Pain Medicine*. 2015;16(11):2171-9.
10. Takenoshita M, Sato T, Kato Y, Katagiri A, Yoshikawa T, Sato Y, et al. Psychiatric diagnoses in patients with burning mouth syndrome and atypical odontalgia referred from psychiatric to dental facilities. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2010;6:699.
11. Scala A, Checchi L, Montevecchi M, Marini I, Giamberardino MA. Update on burning mouth syndrome: overview and patient management. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*. 2003; 14(4): 275-91.
12. Lang E, Naraghi R, Tanrikulu L, Hastreiter P, Fahlbusch R, Neundörfer B, et al. Neurovascular relationship at the trigeminal root entry zone in persistent idiopathic facial pain: findings from MRI 3D visualisation. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2005;76(11):1506-9.
13. Holi MM, Marttunen M, Aalberg V. Comparison of the GHQ-36, the GHQ-12 and the SCL-90 as psychiatric screening instruments in the Finnish population. *Nordic journal of psychiatry*. 2003;57(3):233-8.
14. Akhavan Abiri F, Shairi MR. Validity and Reliability of Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) and Brief Symptom Inventory-53 (BSI-53). *Scientific Journal of Clinical Psychology & Personality*.
15. Maarbjerg S, Wolfram F, Heinskou TB, RoCHAT P, Gozalov A, Brennum J, et al. Persistent idiopathic facial pain—a prospective systematic study of clinical characteristics and neuroanatomical findings at 3.0 Tesla MRI. *Cephalalgia*. 2017;37(13):1231-40.
16. Bookout GP, Short RE. *Burning Mouth Syndrome*. 2019.
17. Hassona Y, El-Ma'aïta A, Amarin J, Al Tae'e A. Diagnostic delay and suboptimal management in persistent idiopathic facial pain and persistent dentoalveolar pain; a cross-sectional study. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology*. 2019; 127(6): 498-503.
18. Elrasheed A, Worthington H, Ariyaratnam S, Duxbury A. Opinions of UK specialists about terminology, diagnosis, and treatment of atypical facial pain: a survey. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2004;42(6):566-71.
19. Halac G, Tekturk P, Eroglu S, Cikrikcioglu MA, Cimendur O, Kilic E, et al. Evaluation of Clinical and Laboratory Findings. *Szemle Ideggyógyászati*. 2016;69(7-8):269-74.
20. Lee C-F, Lin K-Y, Lin M-C, Lin C-L, Chang S-N, Kao C-H. Sleep disorders increase the risk of burning mouth syndrome: a retrospective population-based cohort study. *Sleep medicine*. 2014;15(11):1405-10.