

Evaluation of Diagnostic and Therapeutic Measures in Patients with Persistent Idiopathic Facial Pain before a Definitive Diagnosis

Leila Farhad Mollashahi¹, Narges Farhad Mollashahi^{2*}, Fahimeh Afzaljavan³, Amir Hossein Saati⁴

¹Associate Professor, Department of Oral and Maxillofacial Medicine, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

²Associate Professor, Department of Endodontics, School of Dentistry, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

³Research Associate, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Received: 6 May 2024 , Accepted: 10 November 2024

Background: Persistent idiopathic facial pain (PIFP) is one of the chronic pains in the oral and maxillofacial region and its diagnosis has always been challenging. This study aimed to evaluate the diagnostic and therapeutic measures patients underwent before reaching a definitive diagnosis.

Methods and Materials: This cross-sectional descriptive study, included patients referred to the pain clinic of Mashhad Dental School from April 2023 to February 2024, whom received a diagnosis of PIFP. In addition to demographic information, the average time between the onset of symptoms and the final diagnosis, the number of consultations before diagnosis and the history of undergone diagnostic and therapeutic measures for pain relief; were recorded. Spearman's correlation test was used to check for any correlation between diagnosis delay time and patients' age, number of previous consultations, and pain intensity score. Investigating the relationship between diagnosis delay and qualitative variables was done using the Mann-Whitney U or Kruskal-Wallis tests, with a significant level of 0.05.

Results: A total of 56 patients, consisting of 42 females and 14 males, with an average age of 49.18 ± 14.86 years participated in this study. The average diagnosis delay was 22.37 ± 17.45 months. Before definitive diagnosis, the patients had visited a doctor or dentist on average 6.41 ± 6.53 times and they had taken an average of 2.25 ± 0.94 classes of medication. According to Spearman's correlation test, more consultations before definitive diagnosis had a positive and significant relationship with longer time to visit the pain clinic ($P=0.012$, $r=0.335$). The rest of the investigated factors had no significant relationship with the diagnosis delay time.

Conclusion: Our study showed that most patients had undergone dental procedures in an attempt to relieve pain. Despite numerous referrals of patients to general dentists, a very small percentage of patients were referred to the pain clinic; suggesting that professional delay played an important role in delayed diagnosis.

Keywords: Atypical facial pain; Delayed diagnosis; Diagnostic errors; Persistent idiopathic facial pain; Referral and consultation

*Corresponding Author: Nargesfarhadm@zaums.ac.ir

➤ **Please cite this paper as:** Farhad Mollashahi L, Farhad Mollashahi N, Afzaljavan F, Hossein Saati A. Evaluation of diagnostic and therapeutic measures in patients with persistent idiopathic facial pain before a definitive diagnosis: A cross-sectional study in an Iranian population. *J Mashhad Dent Sch* 2024; 48(4):948-61.

➤ [DOI: 10.22038/jmds.2024.25157](https://doi.org/10.22038/jmds.2024.25157)



ارزیابی اقدامات تشخیصی و درمانی انجام شده در مبتلایان به درد مداوم ایدیوپاتیک صورت قبل از تشخیص قطعی

لیلا فرهاد ملاشاهی^۱، نرگس فرهاد ملاشاهی^{۲*}، فهیمه افضل جوان^۳، امیر حسین ساعتی^۴

^۱دانشیار، گروه بیماریهای دهان فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۲دانشیار، گروه اندودانتیکس، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
^۳دستیار پژوهشی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۴کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ ارائه مقاله: ۱۴۰۳/۴/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۸/۲۰

چکیده

مقدمه: درد مداوم ایدیوپاتیک صورت (PIFP) یکی از دردهای مزمن ناحیه دهان فک و صورت است که همواره تشخیص صحیح آن به دلایلی، با چالش‌های زیادی مواجه است. در این مطالعه اقدامات تشخیصی و درمانی انجام شده در مبتلایان را قبل از تشخیص قطعی ارزیابی کردیم. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی مقطعی شامل بیماران مراجعه کننده به کلینیک درد دانشکده دندانپزشکی مشهد از اردیبهشت تا اسفند ۱۴۰۲ بود که تشخیص PIFP دریافت کردند. علاوه بر اطلاعات دموگرافیک، میانگین زمان بین شروع علائم تا تشخیص نهایی، تعداد مشاوره قبل از تشخیص و سابقه اقدامات تشخیصی و درمانی برای تسکین درد، ثبت شدند. از آزمون همبستگی اسپیرمن برای بررسی وجود ارتباط بین زمان تاخیر تشخیص و سن بیماران، تعداد جلسات قبلی و نمره شدت درد استفاده شد. بررسی رابطه بین تاخیر تشخیص و متغیرهای کیفی با استفاده از آزمون من ویتنی یو یا کروسکال والیس با سطح معنی داری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها: در این مطالعه، ۵۶ بیمار (۱۴ مرد و ۴۲ زن) با میانگین سنی $49/14 \pm 14/68$ سال شرکت کردند. میانگین مدت زمان تاخیر تشخیص $22/37 \pm 17/45$ ماه بود. بیماران قبل از تشخیص قطعی به طور میانگین $6/41 \pm 6/53$ بار به پزشک یا دندان پزشک مراجعه کرده بودند و به طور متوسط $2/25 \pm 0/94$ دسته دارویی مصرف کرده بودند. بر اساس آزمون همبستگی اسپیرمن، تعداد بیشتر مشاوره قبل از تشخیص قطعی با زمان طولانی تر مراجعه به کلینیک درد ارتباط مثبت و معنی دار داشت ($r = 0/335$ ، $p = 0/012$) بقیه فاکتورهای مورد مطالعه با زمان تاخیر تشخیص ارتباط معنی داری نداشتند ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: مطالعه ما نشان داد اکثر بیماران در تلاش برای تسکین درد تحت اقدامات دندانپزشکی قرار گرفته بودند. علیرغم مراجعات متعدد بیماران به دندانپزشکان عمومی درصد بسیار کمی از بیماران به کلینیک درد ارجاع شدند. بنابراین شاید بتوان گفت که در مطالعه ما تاخیر حرفه ای در تاخیر تشخیص نقش مهمی داشته است.

کلمات کلیدی: درد آتیبیک صورت، تاخیر تشخیص، اشتباهات تشخیصی، درد ایدیوپاتیک مداوم صورت، ارجاع و مشاوره

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۴۰۳ / دوره ۴۸ / شماره ۴: ۶۱-۹۴۸.

* مؤلف مسؤل، نشانی: گروه اندودانتیکس، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

Email: Nargesfarhadm@zaums.ac.

مقدمه

تشخیص PIFP بدلیل معیارهای تشخیصی ضعیف، تظاهرات بالینی غیر اختصاصی و مشابه با سایر دردهای مزمن فک و صورت برای متخصصان بالینی یک چالش محسوب میشود و تشخیص قطعی، اغلب پس از مشاوره های متعدد با متخصصین مختلف و استفاده از روش تشخیصی و مداخلات درمانی متعدد صورت می گیرد و منجر به بدتر شدن شرایط بیمار می شود.^(۱۱) با اینکه از نظر بالینی، تشخیص PIFP در صورت عدم وجود هر گونه علت آسیب شناختی گذاشته می شود، برخی از بیماران سابقه انجام اقدامات دندانپزشکی رادر ناحیه دردناک، گزارش می دهند. گرچه ارتباط علت و معلولی بین انجام اقدامات دندانپزشکی و درد بیمار نامشخص است. مراجعه بیماران به دندانپزشک و تقاضای درمان دندانپزشکی بر روی دندان به ظاهر آسیب دیده ممکن است باعث تسکین موقتی درد شود ولیکن ادامه این چرخه معیوب منجر به کشیدن دندان های سالم می شود، در حالیکه همچنان درد در کل ناحیه دهانی-صورتی باقی می ماند.^(۱۰)

اخیرا Schweiger و همکاران^(۹) دریک مطالعه مشاهده ای گذشته نگر، به ارزیابی ویژگی های بالینی در جمعیتی از مبتلایان به PIFP، پرداختند. نتایج این تحلیل گذشته نگر، شیوع بالایی از انجام جراحیهای مینور دهان در ناحیه دردناک را در جمعیت مورد مطالعه نشان داد. همچنین در مطالعه دیگری نشان داده شد که بیشتر بیماران مبتلا به PIFP به علت تشخیص غلط عمدتاً درمان های اشتباهی دریافت می کنند.^(۱۱) این مطالعات اهمیت بررسی علل تاخیر در

درد مزمن، شکایتی شایع و آزاردهنده است که بر زندگی فردی و اجتماعی افراد تأثیر عمیقی میگذارد. آگاهی و درک از عوامل موثر بر درد مزمن از جمله عوامل اجتماعی-دموگرافیک، روانشناختی، بالینی و بیولوژیکی در تدوین رویکردهای پیشگیری و درمان کمک کننده است.^(۱) درد ایدیوپاتیک مداوم صورت (PIFP)، که قبلاً به آن درد غیر معمول صورت (AFP) گفته می شد،^(۲-۴) بر طبق آخرین طبقه بندی بین المللی اختلالات سردرد ICHD ویرایش سوم ۲۰۱۸، به عنوان درد مداوم صورت و یا دهان با تظاهرات متفاوت، بیش از ۲ ساعت در روز در بیش از ۳ ماه با عدم وجود نقص عصبی بالینی، تعریف شده است^(۵-۷) که پاتوفیزیولوژی آن نامشخص است.^(۸، ۹) در حالی که برخی محققین PIFP را نوعی درد نوروپاتیک می دانند، سایر محققین مکانیسم های نوروفیزیولوژیک مغز را در توجیه آن پیشنهاد کرده اند،^(۸) ضمن اینکه با توجه به گایدلاین های جدید تشخیص دردهای نوروپاتیک، عدم وجود ضایعات یا بیماری های نورولوژیک، این فرضیه را رد می کند.^(۹)

بیشتر بیماران مبتلا به PIFP دردی با شدت متوسط تا شدید را در تمام طول روز، تجربه می کنند. اگرچه ممکن است دوره های بدون درد در تعدادی از بیماران گزارش شود. به طور معمول، بیماران شبها درد ندارند و پس از بیدار شدن از خواب، مدت کوتاهی حدود ۳۰ دقیقه یا کمتر، دوره بدون دردی را قبل از عود درد تجربه می کنند. درد در ابتدایک طرف صورت را درگیر می کند و ممکن است بعداً بیماران از درد دو طرفه شکایت داشته باشند. این بیماران علائم اتونوم و نورالژیک ندارند.^(۱۰)

A. درد در ناحیه دهان و یا صورت که دو معیار B و C را به طور همزمان داشته باشد.

B. تداوم درد برای بیش از ۲ ساعت در روز برای بیش از ۳ ماه

C. درد هر دو ویژگی زیر را داشته باشد:

۱. به سختی بتوان آن را لوکالیزه کرد و از مسیر عصب محیطی پیروی نکند.
۲. درد مبهم، تیرکشنده یا آزاردهنده باشد.

D. معاینه بالینی عصب طبیعی است.

E. علت دندان‌ی با معاینه دقیق به عنوان علت درد رد شده است.

F. توان آن را در دیگر معیارهای تشخیصی انجمن بین المللی سردرد قرار داد.

تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ (IBM, SPSS Inc) انجام شد. داده‌های کمی مانند سن و شدت درد در صورت پیروی از توزیع نرمال با استفاده از میانگین و انحراف معیار و در صورت عدم پیروی از توزیع نرمال، با استفاده از میانه و چارک پایین و بالا نشان داده شدند. توصیف داده‌های کیفی با استفاده از تعداد و درصد انجام شد.

برای بررسی هر گونه همبستگی بین تأخیر تشخیص (توزیع غیرنرمال) و سن بیماران، تعداد مشاوره‌های قبلی و نمره شدت درد از آزمون همبستگی اسپیرمن استفاده شد. ارتباط بین تأخیر تشخیص با متغیرهای کیفی با استفاده از آزمونهای ناپارامتری بررسی شد. سطح معناداری به عنوان $P\text{-value} < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

الف) خصوصیات دموگرافیک بیماران

تشخیص بیماری را نشان می دهند. در این راستا مطالعه حاضر به منظور ارزیابی اقدامات تشخیصی و درمانی انجام شده در مبتلایان به PIFP مراجعه کننده به کلینیک درد دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی مشهد قبل از تشخیص قطعی طراحی شد.

مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی-مقطعی، پس از اخذ تاییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد (شناسه اخلاق: IR.MUMS.DENTISTRY.REC.1402.041) بر روی بیماران مبتلا به PIFP مراجعه کننده به کلینیک درد دانشکده دندان پزشکی مشهد انجام پذیرفت.

بیماران مراجعه کننده به کلینیک درد دانشکده دندانپزشکی که تشخیص درد صورتی آنها بر اساس معیارهای ICHD-3^(۱۲)، PIFP بود، پس از اخذ رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. سپس چک لیست طراحی شده مبتنی بر پرونده‌های موجود شامل اطلاعات دموگرافیک، میانگین زمان بین شروع علائم و تشخیص نهایی، خصوصیات درد، تعداد مشاوره‌های قبل از تشخیص قطعی، تاریخچه اقدامات تشخیصی و درمانی انجام شده برای تسکین درد تکمیل شد و در نهایت پرسشنامه‌های ناقص و مخدوش حذف گردید. شدت درد دهانی براساس شاخص دیداری درد (Visual Analogue Scale, VAS) به صورت درد خفیف (۱-۳)، متوسط (۴-۶) و شدید (۷-۱۰) تعریف شد.^(۱۳)

معیارهای تشخیصی PIFP بر اساس ICHD-3^(۱۲):

از ۵۶ فرد شرکت کننده در مطالعه، ۱۴ نفر (۲۵ درصد) مجرد بودند و از نظر تحصیلات، اکثر آنها (۴۸/۲) درصد مرد و ۴۲ نفر (۷۵ درصد) زن بودند. میانگین سن بیماران ۴۹/۱۴±۱۴/۶۸ سال بود. ۲۶/۸ درصد از شرکت کنندگان تحصیلات ابتدایی داشتند. خصوصیات دموگرافیک بیماران در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی خصوصیات دموگرافیک مبتلایان به PIFP مراجعه کننده به کلینیک درد دانشکده دندان پزشکی مشهد

متغیر	زیرگروه	(درصد) تعداد
جنس	مرد	۱۴ (۲۵/۰)
	زن	۴۲ (۷۵/۰)
وضعیت تاهل	متاهل	۴۱ (۷۳/۲)
	مجرد	۱۵ (۲۶/۸)
تحصیلات	کارشناسی ارشد/دکتر	۳ (۵/۳)
	فوق دیپلم/کارشناسی	۸ (۱۴/۳)
	راهنمایی / دبیرستان/دیپلم	۸ (۱۴/۳)
وضعیت شغلی	بیکار	۱۵ (۲۶/۸)
	شاغل	۴۱ (۷۳/۲)
درآمد	ناکافی	۳۶ (۶۴/۳)
	کافی	۲۰ (۳۵/۷)

(ب) مدت زمان بروز درد تا تشخیص قطعی میانگین مدت زمان بروز درد تا تشخیص قطعی، ۱۷/۴۵±۲۲ ماه بود. همچنین کمترین زمان شروع درد تا تشخیص بیماری ۳ ماه و بیشترین مقدار آن ۱۲۰ ماه گزارش شد.

(پ) محل درد

بر اساس محل درد، بیشترین مکان درد در ناحیه میانی صورت (گوش، TMJ، زایگوما، بینی و لب بالا، ۲۱/۲ درصد)، سپس ناحیه فوقانی صورت (تمپورال، فرونتال، چشم، ۱۸/۵ درصد)، ریح بی‌دندانی فک بالا (۱۵/۹ درصد)، ریح بی‌دندانی فک پایین (۱۳/۲ درصد)، دندان‌ها

(ت) شدت درد در بررسی شدت درد در بیماران از معیار VAS استفاده شد. بر این اساس، میانگین شدت درد ۷/۲۷±۲/۰۶ بود که در طبقه بندی درد شدید قرار می‌گرفت. ۳۰ بیمار (۵۳/۵ درصد) درد شدید، ۲۳ نفر (۴۱/۱ درصد) درد

بیماران مورد مطالعه، بیشترین مراجعه به ترتیب به متخصصین گوش و حلق و بینی (۶۶/۳ درصد)، مغز و اعصاب (۱۶/۴ درصد) و اعصاب و روان (۱۳/۷ درصد) بود.

از مجموع ۶۶ مراجعه تخصصی به دندان پزشک در بیماران مورد مطالعه، بیشترین مراجعه به ترتیب به متخصصین بیماری‌های دهان، فک و صورت (۳۱/۹ درصد)، جراحی دهان، فک و صورت (۲۱/۳ درصد) و اندودانتیست (۱۹/۶ درصد) بود. نتایج در جدول ۲ گزارش شده است.

متوسط و ۳ نفر (۵/۴ درصد) درد خفیف را تجربه کرده بودند.

ث) تعداد مراجعات قبلی

با بررسی مراجعات قبلی ۵۶ بیمار مورد مطالعه، جمعاً ۳۵۹ مورد مراجعه به پزشکان و دندانپزشکان مشاهده شد. بیماران به طور میانگین $6/41 \pm 6/53$ بار به پزشک یا دندان پزشک مراجعه کرده بودند، که بیشترین تعداد مراجعه به دندان پزشک عمومی (۳۹/۵۵ درصد)، پزشک متخصص (۳۰/۶۴ درصد)، دندان پزشک متخصص (۱۸/۳۸ درصد) و پزشک عمومی (۱۱/۴۲ درصد) بود.

ج) تعداد مراجعات قبلی بر اساس نوع تخصص پزشک

یا دندانپزشک از مجموع ۱۱۰ مراجعه تخصصی پزشکی در

جدول ۲: فراوانی تعداد مراجعات قبلی بیماران مبتلا به PIFP قبل از مراجعه به کلینیک درد

دانشکده دندان پزشکی مشهد بر اساس نوع تخصص

متخصص	نوع تخصص	تعداد (درصد)
	ENT	۵۱ (۴۶/۳)
	مغز و اعصاب	۱۸ (۱۶/۴)
	اعصاب و روان	۱۵ (۱۳/۷)
	چشم	۱۰ (۹/۰)
	داخلی	۸ (۷/۳)
پزشک	پوست	۳ (۲/۸)
	روماتولوژی	۲ (۱/۸)
	ارتوپد	۱ (۰/۹)
	قلب	۱ (۰/۹)
	درد	۱ (۰/۹)
	بیماری‌های دهان، فک و صورت	۲۱ (۳۱/۹)
	جراح دهان، فک و صورت	۱۴ (۲۱/۳)
	اندودانتیست	۱۳ (۱۹/۶)
دندانپزشک	پریودونتیست	۱۰ (۱۵/۲)
	متخصص پروتز	۶ (۹/۰)
	پاتولوژیست	۱ (۱/۵)
	رادیولوژیست	۱ (۱/۵)

دندان پزشک متخصص (۶/۴ درصد) ارجاع داده شده بودند.

بیشترین ارجاع دهندگان به ترتیب مربوط به تخصص بیماری‌های دهان، فک و صورت (۴۵/۱ درصد)، تخصص پریو (۱۶/۱ درصد) و جراح دهان، فک و صورت (۱۳/۲ درصد) بودند.

خ) اقدامات تشخیصی انجام شده

از بین روش‌های کمک تشخیصی انجام شده غیر مبتنی بر شواهد که در جدول ۴ نشان داده شده است، بیشترین اقدامات صورت گرفته به ترتیب شامل رادیوگرافی پانورامیک (۶۲/۵ درصد)، رادیوگرافی پری اپیکال (۳۹ درصد)، CBCT (۲۳/۳ درصد) و تست‌های هماتولوژیک (۱۹/۶ درصد) بوده است.

ج) ارجاع دهندگان به کلینیک درد ۴۶ نفر (۸۲/۱ درصد) از بیماران از سوی دندانپزشکان و پزشکان به کلینیک درد ارجاع داده شدند، در حالی که ۱۰ نفر (۱۷/۹ درصد) دیگر، مستقیماً به کلینیک درد، مراجعه کرده بودند. بیشترین مورد ارجاع دهندگان شامل دندانپزشک متخصص (۶/۴ درصد)، دندان پزشک عمومی (۱۹/۶ درصد)، پزشک متخصص (۸/۹ درصد) و پزشک عمومی (۷/۱ درصد) بوده است.

ح) ارجاع دهندگان به کلینیک درد بر اساس نوع تخصص

همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده است از مجموع ۳۱ بیماری (۵۵/۳ درصد) که توسط متخصص به کلینیک درد دانشکده دندان پزشکی مشهد ارجاع داده شده بودند، ۵ نفر توسط پزشک متخصص (۸/۹ درصد) و ۲۶ نفر توسط

جدول ۳: توزیع فراوانی ارجاع دهندگان بیماران مبتلا به PIFP به کلینیک درد دانشکده دندان پزشکی مشهد بر اساس نوع تخصص

متخصص	نوع تخصص	تعداد (درصد)
پزشک	پوست	۲ (۶/۴)
	ENT	۱ (۳/۲)
	روانپزشک	۱ (۳/۲)
	قلب	۱ (۳/۲)
دندانپزشک	بیماری‌های دهان، فک و صورت	۱۴ (۴۵/۱)
	پریودانتیست	۵ (۱۶/۱)
	جراح دهان، فک و صورت	۴ (۱۳/۲)
	متخصص پروتز	۲ (۶/۴)
	اندودانتیست	۱ (۳/۲)

جدول ۴: توزیع فراوانی روش‌های کمک تشخیصی انجام شده ی غیر مبتنی بر شواهد در بیماران مبتلا به PIFP

مراجعه کننده به کلینیک درد دانشکده دندان پزشکی مشهد قبل از تشخیص نهایی

اقدام تشخیصی	(درصد) تعداد بیمار	تعداد دفعات	(درصد) تعداد بیمار
		۱	۲۴ (۴۲/۹)
		۲	۵ (۸/۹)
	۳۵ (۶۲/۵)	۳	۲ (۳/۶)
رادیو گرافی پانورامیک		۴	۳ (۵/۴)
		۵	۱ (۱/۸)
		۱	۹ (۱۶/۱)
		۲	۶ (۱۰/۷)
	۲۲ (۳۹/۰)	۳	۳ (۵/۴)
رادیوگرافی پری اپیکال		۵	۲ (۳/۶)
		۸	۱ (۱/۸)
		۱۴	۱ (۱/۸)
		۱	۱۰ (۱۷/۹)
	۱۳ (۲۳/۳)	۲	۳ (۵/۴)
CBCT		۱	۸ (۱۴/۳)
		۴	۱ (۱/۸)
تست‌های آزمایشگاهی (هماتولوژیک-بیوشیمی)	۱۱ (۱۹/۶)	۵	۱ (۱/۸)
		۶	۱ (۱/۸)
		۱	۷ (۱۲/۵)
	۸ (۱۴/۳)	۲	۱ (۱/۸)
MRI		۱	۳ (۵/۴)
نوار گوش		۱	۲ (۳/۶)
	۳ (۵/۴)	۲	۱ (۱/۸)
سونوگرافی صورت و گردن		۱	۲ (۳/۶)
		۱	۱ (۱/۸)
بیوپسی بافت نرم دهان	۲ (۳/۶)		
الکتروانسفالوگرافی	۱ (۱/۸)		

دندانی که درممانی انجام شده در مجموع، ۳۵ بیمار (۶۲/۵ درصد) حداقل یک مورد از پراسیجرهای دندانپزشکی را قبل از تشخیص نهایی انجام داده بودند. (جدول ۵)

جدول ۵: توزیع فراوانی درمان‌های دندان پزشکی انجام شده جهت تسکین درد بیماران مبتلا به PIFP مراجعه کننده به کلینیک درد دانشکده دندان پزشکی مشهد قبل از تشخیص نهایی

اقدام درمانی	(درصد) تعداد بیماران	تعداد دندان	(درصد) تعداد بیماران
		۱	۱۲ (۲۱/۴)
		۲	۶ (۱۰/۷)
		۳	۲ (۳/۶)
		۴	۲ (۳/۶)
		۷	۱ (۱/۸)
		۱۵	۱ (۱/۸)
		۲۰	۱ (۱/۸)
		۱	۷ (۱۲/۵)
		۲	۱ (۱/۸)
		۳	۱ (۱/۸)
		۴	۱ (۱/۸)
		۱	۷ (۱۲/۵)
		۱	۵ (۸/۹)
		۴	۱ (۱/۸)
		۵	۱ (۱/۸)
		۵ (۸/۹)	۵ (۸/۹)
		۵ (۸/۹)	۵ (۸/۹)
		۱ (۱/۸)	۱ (۱/۸)
		۱ (۱/۸)	۱ (۱/۸)
		۱ (۱/۸)	۱ (۱/۸)

توزیع فراوانی درمان‌های غیر دندانپزشکی در جدول ۶ گزارش شده است. از بین ۵۰ بیماری (۸۹/۳ درصد) که دارودرمانی انجام داده بودند، ۶ بیمار (۱۲ درصد) نام داروهای مصرفی را به خاطر نیاوردند و ۴۴ بیمار دیگر (۸۸ درصد)، به طور متوسط $2/25 \pm 0/94$ دسته دارویی

از بین درمان‌های صورت گرفته برای تسکین درد بیمار، بیشترین فراوانی مرتبط با دارودرمانی (۸۹/۳ درصد)، کشیدن دندان (۴۴/۶ درصد)، درمان‌های سنتی (۳۵/۷ درصد) و درمان ریشه (۱۷/۸ درصد) بوده است.

مصرف کرده بودند که از این بین بیشترین فراوانی مربوط به داروهای ضد درد غیر استروئیدی و استامینوفن (۶۸/۱ درصد)، آنتی بیوتیک (۳۳ درصد)، داروهای ضد افسردگی و ضد اضطراب (۲۵ درصد) و داروهای ضد صرع (۲۲/۷ درصد) بود.

جدول ۶: توزیع فراوانی درمان‌های غیر دندانپزشکی انجام شده جهت تسکین درد بیماران مبتلا به PIFP

مراجعه کننده به کلینیک درد دانشکده دندان پزشکی مشهد قبل از تشخیص نهایی

درصد	تعداد افراد	زیر گروه دارویی	
۶۸/۱	۳۰	ضد درد ها (ضد درد غیر استروئیدی و استامینوفن)	دارو درمانی
۳۳/۰	۱۵	آنتی بیوتیک	
۲۵/۰	۱۱	ضد اضطراب و ضد افسردگی	
۲۲/۷	۱۰	ضد صرع	
۱۳/۶	۶	شل کننده عضلانی	
۱۱/۳	۵	گلوکوکورتیکوئید	
۱۱/۳	۵	مخدر ها	
۹/۰	۴	دهانشویه	
۹/۰	۴	بنزودیازپین	
۲۰/۴	۹	سایر موارد*	
۳۵/۷	۲۰	طب سنتی و طب سوزنی	سایر درمان ها
۱۷/۸	۱۰	داروهای گیاهی	
۷/۱	۴	بستری شدن در بیمارستان	

* سایر موارد شامل: ویتامین ها، آنتی هیستامین ها، داروهای ضد قارچ، اسپری بی حسی موضعی

تشخیص قطعی با زمان طولانی تر مراجعه به کلینیک درد ارتباط مثبت و معنی دار داشت ($t=0/335$ ، $p=0/012$). بقیه فاکتورهای مورد مطالعه با زمان تأخیر تشخیص ارتباط معنی داری نداشتند.

ر) ارتباط تأخیر تشخیص با فاکتورهای دموگرافیک و بالینی میانگین مدت زمان تأخیر تشخیص $17/45 \pm 22/37$ ماه بود. همانطور که در جدول ۷ نشان داده شده است، بر اساس آزمون همبستگی اسپیرمن تعداد بیشتر مشاوره قبل از

جدول ۷: ارتباط تأخیر تشخیص با فاکتورهای دموگرافیک و بالینی در بیماران مبتلا به PIFP مراجعه کننده به کلینیک درد دانشکده دندان پزشکی مشهد

ویژگی	P-value	میزان ارتباط (r)
سن*	۰/۲۲۳	۰/۱۶۵
تعداد مشاوره قبل از تشخیص*	۰/۰۱۲	۰/۳۳۵
شدت درد*	۰/۵۵۹	۰/۰۸۰
جنس**	۰/۸۲۶	
درآمد**	۰/۷۶۲	
تحصیلات**	۰/۳۴۳	
مکان درد**	۰/۵۰۸	

* آزمون اسپیرمن

** مقایسه میانگین ها با آزمون های کروسکال والیس و من ویتنی

به طور میانگین ۷ مشاوره انجام شده و ۵ نسخه تجویز شده بود.

بحث

مواردی شامل علایم غیر اختصاصی و شباهت علائم با سایر علل شایع تر درد صورت، اتیولوژی ناشناخته، معیارهای تشخیصی ضعیف، دانش و آگاهی ناکافی متخصصان در مورد علائم و انواع مختلف دردهای صورتی و ارجاع نادرست به متخصص، ممکن است در تأخیر تشخیص نقش داشته باشد.^(۱۰،۱۱) تأخیر تشخیصی شامل ۲ بخش است:

۱- تأخیر بیمار از شروع علائم تا مشاوره با یک متخصص

۲- تأخیر حرفه ای از اولین مشاوره تا تشخیص قطعی.^(۱۱) داده های حاصل از یک مطالعه نشان داد که تأخیر تشخیصی در PIFP در درجه اول ناشی از عوامل مرتبط با متخصصان مراقبت های بهداشتی است؛ بر خلاف سایر بیماری های دهان،

درد مداوم ایدیوپاتیک صورت (PIFP) یکی از دردهای مزمن ناحیه دهان فک و صورت است که همواره تشخیص صحیح آن با چالش های زیادی مواجه بوده است. این مطالعه اقدامات تشخیصی و درمانی انجام شده در مبتلایان را قبل از تشخیص قطعی ارزیابی کرد. تشخیص تأخیری PIFP یک سناریوی بالینی رایج است. با این حال، گزارش های کمی در مقالات در مورد تجربه تشخیصی و عوامل مرتبط با تشخیص تأخیری در بیماران مبتلا به PIFP وجود دارد. در این مطالعه متوسط زمان تأخیر تشخیص $22/37 \pm 17/45$ ماه بود. مدت زمان تأخیر در تشخیص درست در مطالعه Xiao و همکاران^(۱۴) و Hassona و همکاران^(۱۱)، $34/8 \pm 14/2$ و $19/3 \pm 11/1$ ماه بود.

در این مطالعه بطور میانگین ۶ مشاوره انجام شده بود و به طور متوسط $2/25 \pm 0/94$ دسته دارویی مصرف شده بود. این نتیجه مشابه مطالعه Xiao و همکاران^(۱۴) بود که

وجود داشت. طبق مشاهدات قبلی، انجام پراسیجریهای جراحی دهان مانند کشیدن دندان یا ایمپلنت ممکن است باعث ایجاد درد مزمن صورت بدون آسیب بافتی یا ضایعات عصبی پایدار شود.^(۱۸)

نقش پراسیجریهای جراحی دهان در پاتوفیزیولوژی PIFP هنوز ناشناخته است. فرض بر این است که آسیب تروماتیک ناشی از جراحیهای مینور دهانی به ساختارهای دهان و صورت می تواند منجر به تغییراتی در فیزیولوژی بافت عصبی شوند. در چندین مطالعه، فرضیه منشا نوروپاتی PIFP بر اساس یافته های نوروفیزیولوژیک گزارش شده است. با استفاده از تست کمی حسی (QST) ناهنجاری حسی فیبرهای کوچک در ۵۵ درصد بیماران مشاهده شده است.^(۹) علاوه بر این، تغییرات در سطح سیستم عصبی مرکزی شامل افزایش تحریک پذیری عصبی در سطح ساقه مغز، اختلال در عملکرد مهاری قشر جلوی مغز و تغییرات در سیستم دوپامین مرتبط با انتقال و تعدیل درد در بیماران PIFP گزارش شده است.^(۱۹)

به غیر از روش های دندانپزشکی، این مطالعه نشان داد که نیمی از شرکت کنندگان تحت درمانهای سنتی قرار گرفته بودند. این مداخلات بنا به اظهار بیماران اغلب بی اثر بودند. روی آوردن اکثر بیماران به درمانهای سنتی می تواند ناشی از مدیریت نامناسب درد بیماران باشد. مدیریت نامناسب نه تنها تجربه درد را بدتر می کند، بلکه ناامیدی و استرس عاطفی را به بیماران تحمیل می کند و بیماران را در معرض عوارض غیر قابل جبران قرار می دهد.^(۱۱و۲۰)

در مطالعه حاضر بیماران به طور متوسط $2/25 \pm 0/94$ دسته دارویی مصرف کرده بودند که از این بین بیشترین

مانند سرطان دهان و بیماری های تاولی ناشی از سیستم ایمنی، که در آن تاخیر بیمار به طور قابل توجهی منجر به تاخیر تشخیص می شود.^(۱۱، ۱۶، ۱۷)

مطالعه حاضر نشان داد که بیماران مبتلا به PIFP اغلب با چندین متخصص از تخصص های مختلف، مشورت می کنند که ماهیت پیچیده این درد دهانی صورتی را نشان می دهد. همچنین نشان داد تعداد بیشتر مشاوره قبل از تشخیص قطعی با زمان طولانی تر مراجعه به کلینیک درد ارتباط مثبت و معنی دار دارد. تعداد مراجعات به دندانپزشکان عمومی و پس از آن متخصصان گوش و حلق و بینی و متخصصان مغز و اعصاب بیشتر از سایر متخصصین بود. علیرغم مراجعات متعدد بیماران به دندانپزشکان عمومی و متخصصان گوش و حلق و بینی، درصد بسیار کمی از بیماران به منظور بررسی درد دهانی و صورتی به کلینیک درد ارجاع شدند. شاید بتوان گفت که در این مطالعه تاخیر حرفه ای در تاخیر تشخیص نقش مهمتری داشته است. بنابراین، مهم است که دندانپزشکان عمومی و بعضی از متخصصان پزشکی برای درک ویژگی های بالینی و معیارهای تشخیصی PIFP وضعیت بهتری داشته و آموزش کافی در این مورد دریافت نمایند.

در مطالعه حاضر اکثر بیماران در تلاش برای تسکین درد، تحت اقدامات دندانپزشکی قرار گرفته بودند. کشیدن دندان و درمان ریشه، شایعترین اقدامات دندانپزشکی انجام شده بود که مشابه گزارش سایر مطالعات بود.^(۱۱، ۱۴) تجزیه و تحلیل سوابق بالینی در یک مطالعه، انجام اعمال جراحی جزئی دهان در ناحیه دردناک را قبل از شروع درد نشان داد. بین شروع درد و کشیدن دندان و درمان ریشه فاصله زمانی طولانی تری در مقایسه با سایر مداخلات دندانپزشکی

بیماران معاینه شده در سایر محیط های بالینی مطابقت ندارد. سوگیری یادآوری یکی دیگر از محدودیت های مهم مطالعه بود. متأسفانه، بیماران اغلب در بازسازی توالی رویدادها مشکل داشتند. با این حال، سوگیری بالقوه ناشی از ناتوانی بیماران در به یاد آوردن تاریخچه مشاوره، با بررسی دقیق سوابق پزشکی و در صورت لزوم تماس با نزدیکان بیمار به حداقل رسانده شد.

نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد اکثر بیماران در تلاش برای تسکین درد تحت اقدامات دندانپزشکی قرار گرفته بودند. علیرغم مراجعات متعدد بیماران به دندانپزشکان عمومی، درصد بسیار کمی از بیماران به کلینیک درد ارجاع شدند. بنابراین شاید بتوان گفت که در مطالعه حاضر تاخیر حرفه ای در تاخیر تشخیص نقش مهمی داشته است.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه دانشجویی شماره ۴۰۲۰۵۸۲ دانشگاه علوم پزشکی مشهد میباشد. بدینوسیله از راهنمایهای ارزشمند استاد محترم آقای دکتر عباس جوادزاده بلوری در زمینه تشخیص و درمان بیماران مورد مطالعه تشکر میگردد.

تضاد منافع

هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

فراوانی به ترتیب مربوط به داروهای ضد درد غیراستروئیدی و استامینوفن، آنتی بیوتیک، داروهای ضد افسردگی، ضداضطراب و داروهای ضدصرع بود. ارزیابی درمان مبتلایان به PIFP در مطالعه Schweiger و همکاران^(۹)،

استفاده رایج از NSAID ها و/یا آنتی بیوتیک ها را نشان داد. در حالی که سایر مسکن ها که معمولاً در دردهای مزمن استفاده می شوند، تنها در تعداد کمی از بیماران تجویز شدند. از آنجایی که هیچ کارآزمایی بالینی کنترل شده در مورد دارودرمانی PIFP هنوز انجام نشده است، همه توصیه ها در سطح استاندارد S1 (توصیه های مدیریت مبتنی بر نظر کارشناسان) ارائه شده است. اساساً، دارو درمانی برای PIFP شامل داروهای ضد افسردگی مانند آمی تریپتیلین، دولوکستین و دوکسپین و همچنین داروهای ضد تشنج مانند گاباپنتین و پره گابالین است. همانند مدیریت درد نوروپاتیک، درمان ترکیبی ممکن است مفید باشد.^(۵،۲) همچنین رفتار درمانی بعنوان جزء مهمی از درمان بین رشته ای در درجه اول با هدف ارائه مدیریت بهتر و ارزیابی واقع بینانه درد مفید است.^(۱۰)

مطالعه حاضر دارای محدودیت هایی نیز بود. بررسی ویژگیهای اپیدمیولوژیک و اقدامات تشخیصی و درمانی PIFP هنوز فاقد تحقیقات کافی است و داده های منتشر شده نیز بحث برانگیز هستند. از این رو مقایسه نتایج مطالعه ما با سایر مطالعات با محدودیت هایی مواجه بود. مطالعه حاضر به بررسی تجربه تشخیصی جمعیت مراجعه کننده به یک کلینیک درد پرداخت که لزوماً با تجربه تشخیص

منابع

1. Mills SE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth* 2019; 123(2): e273-e83.
2. May A, Benoliel R, Imamura Y, Pigg M, Baad-Hansen L, Svensson P, et al. Orofacial pain for clinicians: A review of constant and attack-like facial pain syndromes. *Cephalalgia* 2023; 43(8): 03331024231187160.
3. Foerster Z, Kleinmann B, Schlueter N, Vach K, Wolter T. Multimodal pain therapy for persistent idiopathic facial pain—a pilot study. *Biopsychosoc Med* 2022; 16(1): 25.
4. 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.
5. Ghurye S, McMillan R. Orofacial pain—an update on diagnosis and management. *Br Dent J* 2017; 223(9): 639-47.
6. Arnold M. Headache classification committee of the international headache society (IHS) the international classification of headache disorders. *Cephalalgia* 2018; 38(1): 1-211.
7. Gerwin R. Chronic facial pain: Trigeminal neuralgia, persistent idiopathic facial pain, and myofascial pain syndrome—an evidence-based narrative review and etiological hypothesis. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(19): 7012.
8. Sukenaga N, Matsuki Y, Maeda L, Nagai T, Hashimoto K, Takao Y, et al. Neuropathic characteristics in patients with persistent idiopathic facial pain. *J Pain Res* 2019; 12: 2801-5.
9. Schweiger V, Nocini R, De Santis D, Procacci P, Zanette G, Secchettin E, et al. Persistent Idiopathic Facial Pain (PIFP) in patients referred to a multidisciplinary centre in Italy: a retrospective observational study. *J Clin Med* 2022; 11(13): 3821.
10. Ziegeler C, Beikler T, Gosau M, May A. Idiopathic Facial Pain Syndromes: An Overview and Clinical Implications. *Dtsch Arztebl Int* 2021; 118(6): 81-7.
11. Hassona Y, El-Ma'a'ita A, Amarin J, Taeae AA. Diagnostic delay and suboptimal management in persistent idiopathic facial pain and persistent dentoalveolar pain; a cross-sectional study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2019; 127(6): 498-503.
12. Jamtøy KA, Thorstensen WM, Stovner LJ, Rosén A, Maarbjerg S, Bratbak D, et al. Onabotulinum toxin A block of the sphenopalatine ganglion in patients with persistent idiopathic facial pain: a randomized, triple-blind, placebo-controlled, exploratory, cross-over study. *Cephalalgia* 2023; 43(7): 03331024231187132.
13. Xu A, Hilton E, Arkema R, Tintle NL, Helming LM. Epidemiology of chronic pain in Ukraine: findings from the World Mental Health Survey. *PloS one* 2019; 14(10): e0224084.
14. Xiao X, Jiang L, Liu L, Chai G, Luo F. Challenges of misdiagnosis and suboptimal treatment of persistent idiopathic facial pain and atypical odontalgia: a retrospective multi-centric cross-sectional investigation. *J Pain Res* 2020; 13: 2853-60.
15. Kunz M, Lautenbacher S. Improving recognition of pain by calling attention to its various faces. *Eur J Pain* 2015; 19(9): 1350-61.
16. Varela-Centelles P, López-Cedrún J, Fernández-Sanromán J, Seoane-Romero J, de Melo NS, Álvarez-Nóvoa P, et al. Key points and time intervals for early diagnosis in symptomatic oral cancer: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2017; 46(1): 1-10.
17. Hassona Y, Cirillo N, Taimeh D, Al Khawaldeh H, Sawair F. Diagnostic patterns and delays in autoimmune blistering diseases of the mouth: A cross-sectional study. *Oral Dis* 2018; 24(5): 802-8.
18. Devine M, Taylor S, Renton T. Chronic post-surgical pain following the placement of dental implants in the maxilla: A case series. *J Oral Implantol* 2016; 9(2): 179-86.
19. Forssell H, Jääskeläinen S, List T, Svensson P, Baad-Hansen L. An update on pathophysiological mechanisms related to idiopathic oro-facial pain conditions with implications for management. *J Oral Rehabil* 2015; 42(4): 300-22.
20. Zakrzewska JM. Chronic/persistent idiopathic facial pain. *Neurosurg Clin* 2016; 27(3): 345-51.