



11802



دانشگاه علوم پزشکی شیراز
دانشکده دندانپزشکی

پایان نامه جهت دریافت درجه دکترای عمومی دندانپزشکی

عنوان:

طراحی روشی پیشنهادی جهت افتراق
نورالژی تری ژمینال از سایر دردهای دهانی_ صورتی
و بررسی کارآیی آن

اساتید راهنما:

دکتر عبدالعزیز حق نگهدار

دکتر هومن ابراهیمی

استاد مشاور:

دکتر سارا پورشهیدی - ۱۳۸۹/۲/۲

نگارش:

مریم السادات توانگر

مرضیه ناصری مجرد

شماره پایان نامه : ۱۲۱۲

سال تحصیلی ۱۳۸۸-۸۹

۱۳۵۰۰۲

تقدیم به

آنان که به بهای دردمندیشان آموختیم،

بیماران

و به همراهان هر روز و همیشه،

آنان که تمام حسنگی هایمان را به بهانه یک لبخندشان فراموش می کنیم

خانواده های مهربانان

باتقدیر و تسکیر

از اساتید فرزانه

جناب آقای دکتر حق نگهدار، جناب آقای دکتر ابراهیمی و سرکار خانم دکتر پور شهیدی
که رهنمودهایشان کره گشای راهمان بود و بی لطف و سنگیناییشان این کار هرگز به انجام نمی رسید

از اساتید محترم، هیئت داوران، به پاس حضورشان

از اساتید گرامی، جناب آقای دکتر نکونیان، جناب آقای دکتر یوسفی پور، جناب آقای دکتر اعرابی و

سرکار خانم دکتر خسرو پناه، برای همراهی صمیمانه شان

و همه عزیزانی که یاریمان کردند

به نام خدا

ارزیابی پایان نامه

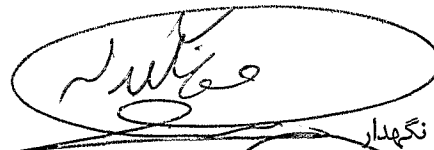
پایان نامه جهت اخذ مدرک دکترای عمومی دندانپزشکی شماره ۱۲۱۲

تحت عنوان :

«طراحی روشی جهت افتراق نورالژی تری ژمینال از سایر دردهای دهانی_ صورتی و بررسی کارایی آن»

با نگارش مریم السادات توانگر و مرضیه ناصری مجرد در تاریخ ۱۳۸۸/۱۰/۱۲ در کمیته بررسی پایان نامه با نمره ۱۰۰ مورد تأیید قرار گرفت.

اساتید راهنما :



۱. جناب آقای دکتر عبدالعزیز حق نگهدار

۲. جناب آقای دکتر هومن ابراهیمی

استاد مشاور :

سرکار خانم دکتر سارا پورشهیدی

اساتید هیئت داورى :

۱. سرکار خانم دکتر شعله شهیدی

۲. سرکار خانم دکتر مریم مردانی

۳. سرکار خانم دکتر پگاه برونوش

چکیده

هدف: طراحی روش پیشنهادی (فرم ارزیابی و جدول تشخیصی) جهت افتراق نورالژی تری ژمینال از سایر دردهای دهانی_صورتی و بررسی کارآیی آن

مقدمه: تشخیص افتراقی دردهای دهانی_صورتی را باید یکی از چالش برانگیزترین و با ارزش ترین زمینه های دانش دندانپزشکی به حساب آورد. تنوع عوامل ایجاد کننده درد، وجود دردهای ارجاعی، تأثیر عوامل روانی، پیچیدگی سیستم عصبی در ناحیه سر و صورت و نیاز به همکاری های بین رشته ای بر دشواری این امر می افزاید. این عوامل ضرورت استفاده از نگاه نظام مند و پیروی از دستورالعمل های استاندارد تشخیصی را جهت افتراق دردهای دهانی_صورتی مشخص می کند. نورالژی تری ژمینال یکی از دردهای شایع دهانی_صورتی و یکی از دردناک ترین شرایطی است که بیمار با آن درگیر می شود. عدم تشخیص صحیح آن اغلب سبب انجام درمان های دندانپزشکی غیر ضروری و غیر قابل بازگشت برای بیمار می گردد و نیز در موارد بسیاری سایر دردها به اشتباه تحت عنوان نورالژی تری ژمینال مورد درمان قرار می گیرند.

مواد و روش ها: جهت تشخیص افتراقی نورالژی تری ژمینال از سایر دردهای دهانی_صورتی یک فرم ارزیابی بیمار و یک جدول تشخیصی طراحی گردید. این فرم علاوه بر تاریخچه و توصیف درد، اقداماتی که بیمار تا کنون جهت تسکین درد انجام داده بود را در بر می گرفت. بیمارانی که با تشخیص دردهای دهانی_صورتی با منشأ غیر دندانی از تاریخ اسفند ۸۷ تا شهریور ۸۸ از مراکز دندانپزشکی شهر شیراز به دانشکده دندانپزشکی شیراز ارجاع داده شده بودند، به وسیله فرم مذکور مورد ارزیابی قرار گرفته و شدت درد آنها با استفاده از شاخص VAS اندازه گیری شد. از میان ۷۲ بیمار، ۴۵ نفر حائز شرایط ورود به مطالعه بودند که بر اساس اطلاعات موجود در فرم ارزیابی و جدول تشخیصی، نوع بیماری آنان تشخیص داده شده و مورد درمان قرار گرفت. شدت درد پس از درمان نیز بر اساس شاخص VAS ارزیابی و ثبت گردید. درجه بهبودی بر اساس مقایسه شدت درد اولیه و ثانویه تعریف شد. از آزمون های کروسکال والیس، یومان ویتنی، ویلکاکسون و ضریب همبستگی اسپیرمن برای تحلیل نتایج استفاده شد.

نتایج: با تحلیل نتایج مشخص شد که کاهش شدت درد معنادار بوده و ۹۳٪ بیماران به درمان پاسخ داده اند. همچنین کاهش شدت درد تحت تأثیر هیچ یک از عوامل سن، جنس، نوع و طول بیماری نبوده است. اطلاعات دموگرافیک، طول مدت بیماری، علائم همراه، وجود ناتوانی در انجام امور روزمره و اختلال خواب، میزان مراجعات قبلی به پزشک و دندانپزشک عمومی و متخصص، میزان رادیوگرافی های انجام شده و انواع داروهای مصرف شده جهت تسکین درد مورد نظر نیز مورد جمع بندی قرار گرفت.

نتیجه گیری: این مطالعه نشان می دهد که استفاده از فرم ارزیابی و جدول پیشنهادی جهت تشخیص افتراقی دردهای دهانی_صورتی در کاهش شدت درد بیماران موفقیت آمیز بوده و عدم استفاده از روش نظام مند منجر به درمان های دندانپزشکی و دارویی بی تأثیر و انجام رادیوگرافی های غیرضروری می گردد.

فهرست مطالب

- ۱- مقدمه..... ۱
- ۲- مروری بر متون..... ۴
- ۲-۱- دردهای دهانی_ صورتی ۵
- ۲-۲- لزوم استفاده از الگوریتم جهت تشخیص بیماران مبتلا به دردهای دهانی-صورتی..... ۷
- ۲-۳- عصب دهی ناحیه سر و صورت..... ۱۳
- ۲-۴- نورالژی..... ۱۶
- ۲-۴-۱- نورالژی تری ژمینال..... ۱۸
- ۲-۴-۱-۱- ویژگی های بالینی..... ۱۹
- ۲-۴-۱-۲- پاتوفیزیولوژی..... ۲۲
- ۲-۴-۱-۳- تشخیص..... ۲۴
- ۲-۴-۱-۴- درمان..... ۲۹
- ۲-۴-۱-۵- نورالژی پری تری ژمینال..... ۳۸
- ۲-۴-۱-۶- نورالژی تری ژمینال در بیماران مبتلا به MS..... ۳۹
- ۲-۴-۱-۷- استئونکروز حفره ساز ایجادکننده نورالژی (NICO)..... ۴۰
- ۲-۴-۲- نورالژی گلوسوفارنژیال..... ۴۳
- ۲-۴-۳- نورالژی اکسپیتال..... ۴۶
- ۲-۴-۴- نورالژی نرووس اینترمدیوس..... ۴۶
- ۲-۴-۵- نورالژی سوپریور لارنژیال..... ۴۸
- ۲-۵- سردردهای تری ژمینال همراه با علائم اتونومیک..... ۴۹
- ۲-۵-۱- سردرد خوشه ای..... ۵۰

۵۳.....	۲-۵-۲- پاروکسیمال همی کرانیا.....
۵۵.....	۲-۵-۳- همی کرانیا کانتینوا
۵۶.....	۲-۵-۴- سندرم SUNCT.....
۵۸.....	۲-۵-۵- سندرم SUNA
۶۰.....	۲-۶- سردردهای عروقی
۶۰.....	۲-۶-۱- میگرن.....
۶۲.....	۲-۶-۲- آرتريت تمپورال
۶۵.....	۲-۷- دردهای نوروپاتیک.....
۶۶.....	۲-۷-۱- نورالژی پس از ضربه.....
۶۷.....	۲-۷-۲- نوروما.....
۶۷.....	۲-۷-۳- نوریت.....
۶۸.....	۲-۷-۴- تومورهای مغزی.....
۶۹.....	۲-۷-۵- سندرم درد ناحیه ای کمپلکس (CRPS).....
۷۱.....	۲-۷-۶- نورالژی به دنبال هرپس.....
۷۳.....	۲-۷-۷- دردهای صورتی آتیپیک.....
۷۸.....	۲-۷-۸- سندرم سوزش دهان.....
۸۰.....	۲-۸- دردهای سوماتیک.....
۸۰.....	۲-۸-۱- دردهای دندان و پریدنشیوم.....
۸۸.....	۲-۸-۲- اختلالات مفصل تمپورومندیبولار.....
۹۰.....	۲-۸-۳- رینوسینوزیت.....
۹۳.....	۲-۸-۴- سردرد تنشی.....
۹۵.....	۲-۸-۵- دردهای دهانی-صورتی با منشأ قلبی.....
۹۶.....	۲-۸-۶- گوش درد.....
۹۹.....	۳- مواد و روش ها.....
۱۰۴.....	۴- نتایج.....
۱۲۴.....	۵- بحث.....
۱۲۹.....	۶- نتیجه گیری.....
۱۳۱.....	۷- پیشنهادات.....

- ۸- پیوست ها..... ۱۳۳
- ۸-۱- فرم ارزیابی پیشنهادی..... ۱۳۴
- ۸-۲- جدول تشخیصی پیشنهادی..... ۱۴۰
- ۹- منابع..... ۱۳۳
- ۱۰- چکیده انگلیسی..... ۱۵۶

فهرست جداول

- جدول ۱-۲: توزیع فراوانی حملات TN در شاخه های مختلف عصب تری ژمینال.....۲۱
- جدول ۱-۳: درجه بندی میزان درد.....۱۰۲
- جدول ۲-۳: درجه بندی پاسخ بیماران به درمان.....۱۰۲
- جدول ۱-۴: اطلاعات دموگرافیک افراد تحت مطالعه به تفکیک نوع بیماری.....۱۰۶
- جدول ۲-۴: توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر حسب انواع بیماری.....۱۰۷
- جدول ۳-۴: توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر حسب وجود علائم همراه، اختلال در فعالیت روزمره و اختلال خواب به تفکیک نوع بیماری.....۱۰۹
- جدول ۴-۴: توزیع فراوانی شدت و درجه درد بیماران تحت مطالعه قبل از درمان به تفکیک نوع بیماری.....۱۱۱
- جدول ۵-۴: توزیع فراوانی شدت و درجه درد بیماران تحت مطالعه پس از درمان به تفکیک نوع بیماری.....۱۱۲
- جدول ۶-۴: میزان بهبودی افراد تحت مطالعه بر اساس VAS به تفکیک نوع بیماری.....۱۱۳
- جدول ۷-۴: توزیع فراوانی درجه پاسخ به درمان در افراد تحت مطالعه به تفکیک نوع بیماری.....۱۱۴
- جدول ۸-۴: تفاوت میان شدت درد اولیه و ثانویه در افراد تحت مطالعه بر اساس شاخص VAS... ۱۱۸
- جدول ۹-۴: رابطه میزان بهبودی در افراد تحت مطالعه، با ناتوانی روزمره، جنسیت، محل زندگی، اختلال خواب و وجود علائم همراه.....۱۱۹
- جدول ۱۰-۴: بررسی همبستگی بین بهبود درد در افراد تحت مطالعه و سن و طول بیماری۱۲۰

فهرست نمودارها

- نمودار ۴-۱: توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر حسب جنس..... ۱۰۵
- نمودار ۴-۲: توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر حسب محل زندگی..... ۱۰۶
- نمودار ۴-۳: توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر حسب انواع بیماری..... ۱۰۷
- نمودار ۴-۴: توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر حسب وجود علائم همراه..... ۱۰۸
- نمودار ۴-۵: توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر حسب وجود اختلال در فعالیت روزمره..... ۱۰۸
- نمودار ۴-۶: توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر حسب وجود اختلال خواب..... ۱۰۹
- نمودار ۴-۷: میانگین طول بیماری در افراد تحت مطالعه به تفکیک نوع درد..... ۱۱۰
- نمودار ۴-۸: توزیع فراوانی درجه درد بیماران تحت مطالعه قبل از درمان..... ۱۱۱
- نمودار ۴-۹: توزیع فراوانی درجه درد بیماران تحت مطالعه پس از درمان..... ۱۱۲
- نمودار ۴-۱۰: مقایسه میزان VAS افراد تحت مطالعه قبل و پس از درمان به تفکیک نوع بیماری..... ۱۱۳
- نمودار ۴-۱۱: توزیع فراوانی درجه پاسخ به درمان در بیماران تحت مطالعه..... ۱۱۴
- نمودار ۴-۱۲: توزیع فراوانی مراجعات قبلی بیماران تحت مطالعه به سایر پزشکان و دندانپزشکان..... ۱۱۵
- نمودار ۴-۱۳: توزیع فراوانی بیماران مورد مطالعه که تحت درمان ها و رادیوگرافی های اضافی قرار گرفته اند..... ۱۱۶
- نمودار ۴-۱۴: توزیع فراوانی بیماران مورد مطالعه که تحت درمان ها و رادیوگرافی های اضافی قرار گرفته اند به تفکیک نوع بیماری..... ۱۱۷

نمودار ۴-۱۵: فراوانی تجمعی بیماران مورد مطالعه که تحت درمان‌ها و رادیوگرافی‌های اضافی

قرار گرفته‌اند به تفکیک نوع بیماری.....۱۱۷

مقدمه

Introduction

بخش اول

درد یک تجربه شخصی و ذهنی است که عوامل حسی، رفتاری و عاطفی را درگیر می نماید. (۱)

طبق آخرین تعریف ارائه شده توسط موسسه بین المللی تحقیق درد (IASP)، درد یک احساس ناخوشایند و تجربه ای حسی همراه با تخریب واقعی یا بالقوه بافت ها می باشد. (۲،۳) وجود درد محرکی است که افراد را برای جستجوی درمان یا مراقبت های لازم بر می انگیزد، ولی درد مزمن طولانی مدت، ناتوان کننده بوده و کیفیت زندگی شخص را به صورت قابل توجهی دچار اختلال می سازد (۴) طبق تعریف IASP، درد مزمن درد پایداری است که به وسیله روش های معمول کنترل درد مثل مصرف داروهای ضد درد غیر مخدر قابل مهار نمی باشد. اخیراً درد هایی که بیش از ۳ ماه تداوم می یابند را جزء درد های مزمن طبقه بندی می کنند. (۲)

از آنجا که بروز دردهای مزمن و مداوم در سرو گردن شایع تر از سایر قسمت های بدن است، دندانپزشکان با بسیاری از موارد پیچیده آن مواجه می شوند. (۵،۶) شیوع گسترده دردهای دهانی_صورتی زندگی میلیون ها انسان را در سراسر جهان تحت تاثیر قرار داده است (۱) و سبب تحمیل هزینه اقتصادی سنگینی بر سیستم درمانی می شود. (۷) مطالعات نشان داده اند که افراد مبتلا به دردهای مزمن سر و صورت میزان بالاتری از ناتوانی های روانی و اجتماعی را تجربه می کنند. (۸) به این ترتیب تشخیص و درمان درد را باید یکی از چالش برانگیزترین و با ارزش ترین زمینه های دانش پزشکی و دندانپزشکی به حساب آورد. (۶)

چالش اساسی در مورد دردهای دهانی_ صورتی، تشخیص افتراقی بین این دردها می باشد. (۹)

عوامل ایجاد کننده این دسته دردها بسیار متنوع هستند، از جمله عوامل نوروپاتیک، روانی، عروقی، اسکلتی_عضلانی، دندانی، ایدیوپاتیک و انواع پاتولوژی های موضعی، سیستمیک، دور دست و...

(۱۶) تنوع عوامل ایجاد کننده درد، (۱۰) وجود دردهای ارجاعی، (۱۱) تاثیر عوامل سایکولوژیک، (۱) پیچیدگی سیستم عصبی در ناحیه سر و صورت، (۱۱) نیاز به همکاری های بین رشته ای جهت تشخیص دقیق تر (۱۳،۱۲،۷) و سن بالای اغلب بیماران و ابتلا به سایر بیماری های سیستمیک در آنان (۱۴) بر دشواری تشخیص در این درد ها می افزاید. به همین سبب تشخیص های نادرست دردهای دهانی_ صورتی بسیار شایع هستند. (۶)

از آنجا که بسیاری از این دردها به خوبی درد دندان را تقلید می کنند، اغلب بیماران برای رهایی از درد به دنبال راه حل های دندانپزشکی می باشند. به دلیل دشواری شناسایی این نوع دردها، تشخیص دقیق بیماری ممکن است تنها بعد از درمان های پرهزینه، گسترده و غیر قابل برگشت انجام شود. (۱۵)

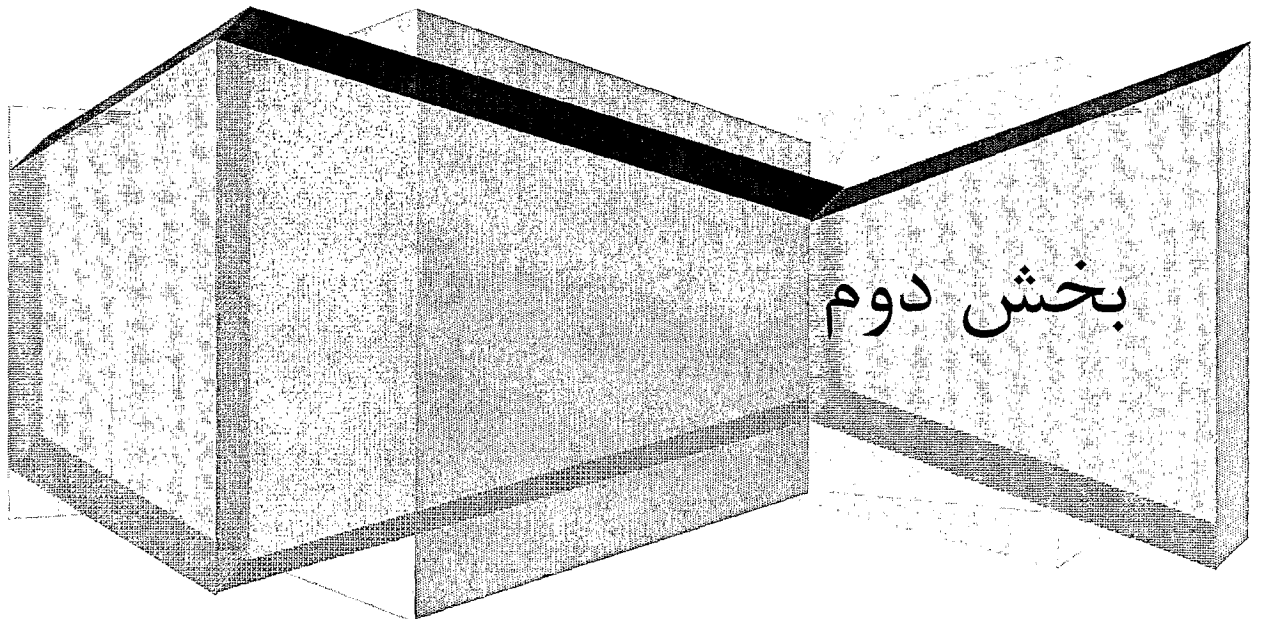
نورالژی تری ژمینال یکی از دردهای شایع دهانی_ صورتی است که به نظر یکی از دردناک ترین شرایطی است که بیمار با آن درگیر می شود. (۱۶) به گونه ای که معمولاً توسط بیماران به بدترین درد دنیا تعبیر می شود. (۱۷) شیوع نورالژی تری ژمینال و شدت آن و نیز تشخیص های نادرستی که سبب انجام درمان های دندانپزشکی غیر ضروری و غیر قابل بازگشت برای بیمار می گردد، ضرورت استفاده از جدول تشخیص افتراقی را برای آن بیش از پیش مشخص می کند.

مطالعات نشان داده اند که با استفاده از نگاه نظام مند و پیروی از دستورالعمل های استاندارد

تشخیصی، می توان به تشخیص دقیق دردهای صورتی مزمن دست یافت. (۱۰)

مروری بر متون

Review of
literature



۱-۲- درد های دهانی_ صورتی

دردهای دهانی_ صورتی در جمعیت عادی شایع می باشند. (۱۰) منابع مختلف، شیوع آن را از ۱۲ تا ۲۲ درصد در یک بازه زمانی ۶ ماهه و تا ۲۰ درصد در یک بازه زمانی ۱۲ ماهه گزارش می کنند. (۷) در یک مطالعه گزارش شده است که ۲۲ درصد جمعیت عادی آمریکا در یک دوره ۶ ماهه حداقل یکی از انواع درد صورت را تجربه کرده اند. (۴،۶،۱۰) که شایع ترین آنها (۱۲/۲ درصد) درد دندان بوده است. (۴)

دراکثر موارد ادعا می شود دردهای صورتی توسط درد دندان و مفصل تمپرومندیبولار ایجاد می شود. (۱۱) اما در مجموع دردهای دهانی_ صورتی نمایانگر علائم طیف گسترده ای از بیماری ها هستند. دردهای دهانی_ صورتی ممکن است به عنوان علائمی از بیماری ساختارهای دهانی_ صورتی، بیماری های سیستم عصبی مرکزی یا محیطی، ناهنجاری های روانی و یا درد ارجاعی از سایر منابع مثل ماهیچه های گردنی یا ضایعات مغزی ایجاد شود. (۲)

گام اول برای کنترل درد های دهانی_ صورتی، تشخیص ماهیت درد است که باید قبل از هرگونه اقدام درمانی با دقت انجام پذیرد. (۱۵) تشخیص افتراقی مناسب که منجر به یک تشخیص قطعی شود، نیاز به دانش طبقه بندی دردهای دهانی صورتی دارد. (۱۸،۱) طبقه بندی های متفاوتی از دردهای دهانی_ صورتی وجود دارد. به طور کلی و به عنوان مثال می توان این دردها را به انواع سوماتیک، نوروپاتیک و سایکوزنیک تقسیم کرد. (۱۹)

در طبقه بندی دیگری که بیشتر در میان جراحان فک و صورت رایج است، دردهای مزمن

سر و گردن به سه دسته تقسیم می گردند :

۱- دردهای نورولوژیک ۲- دردهای عضلانی_اسکلتی_مفصلی ۳- دردهای عروقی (۳)

جامعه بین المللی سردرد (IHS) دو عنوان از سیزده گروه سردردها را به دردهای دهانی_صورتی

اختصاص داده است :

گروه ۱۱ _ سردرد و درد صورتی همراه با بیماریهای مغزی، اختلالات ناحیه گردن، چشم، گوش،

بینی، سینوس، دندان، دهان و سایر ساختارهای دهانی_صورتی

گروه ۱۳ _ نورالژی های مغزی و عوامل مرکزی دردهای صورتی

انجمن بین المللی مطالعات درد (IASP) و آکادمی دردهای دهانی صورتی آمریکا (AAOP) نیز

طبقه بندی های دیگری برای این دردها ارائه نموده اند. (۲)

در یک طبقه بندی ساده تر، دردهای دهانی_صورتی به هفت دسته تقسیم می شوند :

۱- عضلانی_اسکلتی ۲- نوروپاتی ۳- عروقی ۴- عصبی_عروقی ۵- ایدیوپاتیک

۶- دردهای ایجاد شده توسط بیماری های سیستمیک، موضعی و دور دست

۷- دردهای با منشأ روانی (سایکوژنیک) (۱۲،۱)

از آنجا که رویکرد این مطالعه ارزیابی روش نظام مند جهت تشخیص و افتراق کلینیکی نورالژی

تری ژمینال از میان سایر دردهای دهانی_صورتی می باشد، شایسته است از دردهای شایع که در

تشخیص افتراقی نورالژی تری ژمینال مورد توجه قرار می گیرند و نیز دردهای نورالژیک، نوروپاتیک،

سردردهای تری ژمینال با علائم اتونومیک (TACS)^۱ و سردردهای عروقی شناخت بیشتری ارائه گردد.

۲-۲- لزوم استفاده از الگوریتم جهت تشخیص بیماران مبتلا به دردهای دهانی - صورتی

تشخیص صحیح کلید درمان موفقیت آمیز دردهای مزمن دهانی_صورتی است. (۱۲، ۹، ۱) درد دیده نمی شود، محل دقیق آن مشخص نمی شود، شدت آن را نمی توان با هیچ وسیله ای به طور دقیق اندازه گیری کرد. بنابراین پزشک باید به توصیف بیمار از نوع، محل و مدت درد اعتماد کند و از این رو است که تاریخچه درد نقشی حیاتی ایفا می کند.

تست های تشخیصی به صورت صد در صد دقیق نمی باشند اما در بسیاری از روندهای کلینیکی مخصوصاً در تشخیص دردهای دهانی_صورتی بسیار کمک کننده می باشند. (۹) از آنجا که هیچ تست و آزمایشی وجود ندارد که تشخیص را کاملاً تضمین کند، تشخیص بالینی دردها به میزان قابل توجهی به توانایی معاینه کننده برای تهیه تاریخچه مرتبط، علائم دقیق و نبود سایر فاکتورهای اتیولوژیک وابسته است. (۲)

علاوه بر لزوم توانایی درمانگر در تهیه تاریخچه، انجام معاینه و تست های تشخیصی، آگاهی وی از طبقه بندی دردهای صورتی و نیز توانایی غلبه بر مشکلات و پیچیدگی های تشخیص و درمان این گونه دردها ضروری است؛ چرا که در تشخیص دردهای دهانی_صورتی دندانپزشکان و پزشکان با مشکلات متعددی مواجه می باشند.

سر و صورت منطقه ای از بدن است که شامل حیطه عمل بسیاری از متخصصان اعم از پزشکان و دندانپزشکان است (۱۰) یکی از چالشهای مهم در زمینه تشخیص دردهای مزمن دهانی_صورتی این

است که لازمه تشخیص و درمان این دردها برخورداری از یک نگاه جامع و بین رشته ای است. (۱۲) به عنوان مثال تأثیر عوامل روانی می تواند تشخیص دردهای دهانی_صورتی را به مراتب پیچیده تر سازد و لزوم طرح درمان مشترک بین چند رشته پزشکی را روشن می نماید. (۱)

علاوه بر این علل ایجاد دردهای صورتی بسیار متنوع است (۱۰) به عنوان مثال درد دندان ممکن است ناشی از اختلال در سیستم عصبی_عروقی، عضلات صورت، مخاط بینی و سینوس باشد و یا در اثر اختلالات نوروپاتی، قلبی و یا سایکولوژیک روی دهد. (۴)

در واقع ناحیه صورت، ناحیه ای غنی از رشته های عصبی درد است و در هیچ ناحیه ای از بدن دردهای ارجاعی تا این اندازه شایع نیستند. صورت یک محل شایع برای ارجاع درد از سرو گردن و حتی قفسه سینه است. (۱۱) وجود پدیده هایی در سیستم عصبی مانند هایپرالژزی ثانویه^۱ و یا همگرایی می توانند بر پیچیدگی تشخیص دردهای دهانی_صورتی بیفزایند. (۴)

شیوع دردهای دهانی_صورتی در افراد مسن بیشتر است. به علت احتمال همراهی با چندین بیماری مزمن و پاسخ تغییر یافته این بیماران به درد، تشخیص در این افراد دشوارتر است. (۱۴)

در سال ۲۰۰۷، در مطالعه ای، بیمارانی که از طریق دندانپزشکان عمومی به متخصصین درمان ریشه ارجاع داده شده بودند را جهت تشخیص علت درد بررسی کردند. ۹ درصد این بیماران، بیماری پالپ را در کنار یک درد دهانی_صورتی مجزا تجربه می کردند و ۲/۲ درصد آنان از یک درد با منشأ غیر دندانی رنج می بردند. در مطالعه گذشته نگر دیگری، اطلاعات موجود از ۱۰۰ بیمار که با درد غیر دندانی به جراحان فک و صورت ارجاع داده شده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. ۴۴ نفر از این بیماران برای تسکین درد تحت درمان ریشه یا کشیدن دندان قرار گرفته بودند. اکثر این بیماران حداقل به یک پزشک و یا دندانپزشک عمومی و معمولاً حداقل یک متخصص مراجعه نموده بودند. (۱۵) در مطالعات دیگری میزان درمان های غیر ضروری و بی اثر برای نورالژی تری ژمینال ۶۵٪ (۲۰) و برای درد آتیبیک صورت ۷۹٪ (۲۱) گزارش شده است.

۱. افزایش پاسخ به تحریک دردناک در ناحیه درد ناشی از تغییرات سیستم عصبی مرکزی، برخلاف هایپرالژزی اولیه که پایین آمدن آستانه درد به علت حساس شدن نورو ن های محیطی است.