

تشخیص دردهای دندانی و دهانی – صورتی:

راهنمای بالینی

مترجمین:

دکتر کاترین جعفری میناب (جراح دندانپزشک)

دکتر کتایون کاتبی

(استادیار بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز)

ویراستار:

دکتر فرزانه پاکدل

(دانشیار بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز)

سرشناسه	: مال، الکس ج.، ویراستار (Alex J) Moule.
عنوان و نام پدیدآور	: تشخیص دردهای دندانی و دهانی صورت: راهنمای بالینی / [ویراستاران الکس ج. مال، ام. لامار هیکس]؛ مترجمین کاترین جعفری میناب، کتابون کاتبی؛ ویراستار فرزانه پاکدل.
مشخصات نشر	: تهران: شایان نمودار، ۱۴۰۲.
مشخصات ظاهری	: ۱۶۷ ص.: مصور.
شابک	: ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۷۱۹-۰
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: عنوان اصلی: Diagnosing dental and orofacial pain : a clinical manual, 2016.
موضوع	: دندان درد، Toothache، درد دهانی و صورتی - تشخیص، Orofacial pain - Diagnosis، درد صورت، Facial pain
شناسه افزوده	: هیکس، ام. لامار، ویراستار
شناسه افزوده	: Hicks, M. Lamar
شناسه افزوده	: جعفری میناب، کاترین، ۱۳۵۱- مترجم
شناسه افزوده	: کاتبی، کتابون، ۱۳۷۰- مترجم
شناسه افزوده	: پاکدل، فرزانه، ۱۳۵۶-، ویراستار
رده بندی کنگره	: RK۲۲۲
رده بندی دیویی	: ۶۱۷/۵۲
شماره کتابشناسی ملی	: ۹۴۹۶۸۰۰

نام کتاب: تشخیص دردهای دندانی و دهانی - صورتی: راهنمای بالینی

مترجمین: دکتر کاترین جعفری میناب، دکتر کتابون کاتبی

ویراستار: دکتر فرزانه پاکدل

ناشر: انتشارات شایان نمودار

شمارگان: ۵۰۰ جلد

مدیر تولید: مهندس علی خزعلی

حروفچینی و صفحه آرایی: انتشارات شایان نمودار

طرح جلد: آتلیه طراحی شایان نمودار

نوبت چاپ: اول

تاریخ چاپ: زمستان ۱۴۰۲

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۷۲۱-۳

قیمت: ۴۰۰،۰۰۰ ریال



شایان نمودار

دفتر مرکزی: تهران / میدان فاطمی / خیابان چهلستون / خیابان دوم / پلاک ۵۰ / بلوک B / طبقه همکف / تلفن: ۸۸۹۸۸۸۶۸



وب سایت: shayannemoodar.com



اینستاگرام: Shayan.nemoodar

(تمام حقوق برای ناشر محفوظ است. هیچ بخشی از این کتاب، بدون اجازه مکتوب ناشر، قابل تکثیر یا تولید مجدد به هیچ شکلی، از جمله چاپ،

فتوکپی، انتشار الکترونیکی، فیلم و صدا نیست. این اثر تحت پوشش قانون حمایت از مولفان و مصنفان ایران قرار دارد.)

مقدمه

درد یکی از بدیهی ترین مفاهیم زندگی انسان است که میتواند از روزهای اول زندگی با او همراه باشد. کمتر کسی را می توان یافت که تجربه درد را نداشته باشد. تعریف هر فردی از درد بر اساس خاطرات و تجربه هایی است که داشته است یعنی بیان درد اغلب جنبه ی فردی دارد و عوامل گوناگونی در نحوه ی ابراز آن نقش دارند. بنابراین نمی توان تعریف تک بعدی برای آن بیان کرد و بهتر است گفته شود که درد در همه ی ابعاد یک احساس ناخوشایند است که علت آن اغلب یک محرک دردآور است و به عنوان هشدار برای مشخص کردن وجود آسیب در بدن عمل می کند. البته گونه ای از دردها نیز وجود دارند که نشانگر آسیب محیطی نیستند و منشأ سیستم عصبی دارند. با توجه به اینکه عوامل گوناگون فرهنگی، علمی، شناختی، عاطفی، خاطرات و تجارب مختلف در بیان درد موثر هستند باید با دیدگاه های مختلف و مربوطه آشنا شده و شناخت کافی کسب نمود زیرا برای دستیابی به تشخیص و درمان موفق، ضروری است. درد فقط جنبه ی فیزیکی ندارد چه بسا دردهای جسمی که می توانند به دردهای روانی تبدیل شوند و برعکس. نکته ی مهم، تشخیص و حل مشکل است. اغلب دردها پس از حذف عامل درد برطرف می شوند اما گاهی اوقات درد به دلیل عدم تشخیص و شرایط پیچیده اش ناشناخته باقی می ماند و یا حتی افزایش می یابد. نمونه ای از دردهای رایج و چالش برانگیز، دردهای دهانی صورتی هستند که در این کتاب به این بخش مهم بدن، یعنی دهان و دندان پرداخته شده است. از آنجایی که سلامت دهان و بدن در تعامل با یکدیگر هستند و ارتباطی مهم و مستقیم دارند، اختلال در سلامت دهان کیفیت زندگی را تحت الشعاع قرار میدهد. دردهای دهانی صورتی بسیار آزاردهنده هستند و می توانند موجب مشکلات و ابهاماتی در درمانهای دندانپزشکی شوند. تشخیص نادرست منشأ درد می تواند منجر به انجام درمانهای اشتباه شود که گاهی نیز اثرات مخرب تری از خود درد دارند. با توجه به عواقب نامطلوب این دردها، برای رسیدن به تشخیص صحیح و درمان موفق باید تمام عوامل موثر در ایجاد درد را شناخت و به نقش گسترده و مهم عوامل گوناگون در بیان درد توجه داشت. این آگاهی از اهمیت ویژه ای برای درمان موفق برخوردار است. این راهنمای بالینی به راهکارهای رسیدن به تشخیص صحیح که مقدمه درمان موفق است، پرداخته و توجه آن معطوف به پرسش سوالهای درست از بیمار و تفسیر پاسخهای بیمار است. امید است دندانپزشکان، دانشجویان دندانپزشکی و پزشکان با مطالعه این کتاب به تشخیص به موقع و صحیح دست یافته، و به تسکین آلام بیماران دارای درد کمک کنند.

بهمن ۱۴۰۲

مترجمین

فهرست مطالب

فصل اول: مقدمه	۵
فصل دوم: هنر گوش دادن و ارتباط موثر با بیمار دارای درد	۷
فصل سوم: علل درد در ناحیه دهانی صورتی	۱۱
فصل چهارم: جمع آوری اطلاعات برای تشخیص دقیق و صحیح درد	۲۳
فصل پنجم: تجزیه و تحلیل بیماران در طی درد - توصیف درد و اهمیت توصیف‌گرها	۲۷
فصل ششم: تجزیه و تحلیل بیماران مبتلا به درد - مشاهده ی بیماران در حال درد	۳۲
فصل هفتم: تجزیه و تحلیل درد بیماران - ارتباط با سرما و گرما	۴۶
فصل هشتم: بررسی توصیف درد، درد هنگام جویدن - غذا خوردن و دیگر ملاحظات	۵۱
فصل نهم: تجزیه و تحلیل توصیف درد - تحلیل زمان و تشخیص دردهای دهانی صورتی	۵۷
فصل دهم: تجزیه و تحلیل توصیف درد - عوامل موثر بر درد	۶۱
فصل یازدهم: تستها	۶۵
فصل دوازدهم: تشخیص درد دندان	۷۴
فصل سیزدهم: تشخیص دندانهای ترک خورده (تاجهای شکسته شده)	۸۲
فصل چهاردهم: تشخیص دردهای مفصلی و عضلانی	۹۵
فصل پانزدهم: تشخیص دردهای ارجاعی از گردن و شانه ها	۱۰۶
فصل شانزدهم: تشخیص درد با منشأ سینوس ها	۱۱۵
فصل هفدهم: تشخیص سردردهای تنشی و میگرن	۱۲۳
فصل هجدهم: تشخیص سردردهای خوشه ای	۱۲۷
فصل نوزدهم: تشخیص نورالژی تری ژمینال	۱۳۱
فصل بیستم: ویروس‌ها به عنوان عامل دردهای دهانی صورتی	۱۳۶
فصل بیست و یکم: علل عروقی سردرها	۱۴۱
فصل بیست و دوم: تشخیص دردهای نوروپاتیک دهانی صورتی	۱۴۸
فصل بیست و سوم: استراتژی‌های ارجاع برای دردهای دهانی صورتی	۱۵۸

فصل ۱

مقدمه

مقدمه

ساده است: آنکه تعیین کند آیا بیمار مشکل درد دندانی دارد یا خیر، آیا یک مشکل درد غیر دندانی قابل درمان یا دردی که نیاز است به متخصص ارجاع داده شود دارد یا خیر. هنگامی که این طبقه بندی کلی انجام شد، تشخیص و طرح درمان اختصاصی برای هر بیمار می تواند به بهترین شکل صورت بگیرد. قرار دادن بیمار در یکی از این دسته بندی ها معمولاً ساده است. با اینحال گاهی خطاهایی رخ می دهد زیرا پزشک قبل از ارزیابی همه ی شواهد، به نتیجه گیری می پردازد و به این دلیل قبل از تشخیص اطلاعات کافی جمع آوری نمی شود. بنابراین هنگام تشخیص درد، شرح حال مهم تر از آزمایشات است. در حقیقت این تاریخچه است که تعیین می کند کدام تست انجام شود.

تاریخچه با پرسیدن سؤالات مناسب به دست می آید. تشخیصی براساس این سؤالات تعیین می شود:

۱. مشاهده ی بیمار (باید به دنبال چه چیزی باشیم؟)
۲. دانستن سؤالاتی که باید پرسیده شود (چه چیزی بپرسم؟)
۳. تجزیه و تحلیل پاسخهای دریافتی (معنی این پاسخ بیمار چیست؟؛ چه چیز دیگری باید بدانم؟)
۴. انجام تستهای مناسب

۵. به کار بردن تمام اطلاعات به دست آمده برای شناسایی مشکل هنگام تشخیص درد دو دسته کلی از سؤالات وجود دارد که پزشک باید بتواند از آنها استفاده کند. دسته اول مجموعه ای از سؤالات غربالگری عمومی است که یک دیدگاه کلی از درد ارائه می دهد در حقیقت تصویر کلی از درد، پایه و اساس مطرح شدن سؤالات دسته ی دوم هستند که پرسشهای این بخش اختصاصاً برای هر نوع خاصی از درد به کار می روند.

کلینیسین ها هر روز برای تشخیص درد دهانی صورتی فراخوانده می شوند. تشخیص دردهای دهانی صورتی در بیشتر مواقع یک روند عادی و بدون مشکل است که از الگوهای قابل پیش بینی و خاصی پیروی می کنند و علائم و نشانه های مشخصی را نشان می دهند که در صورت مشاهده، تشخیص درد را آسان می کنند. اگر چه بیماران گاهی دردهایی را بروز می دهند که تشخیص دشوار می گردد و در واقع از الگوهای شناخته شده پیروی نمی کنند. این موارد دشوار می توانند نتایج غیر رضایت بخشی هم برای بیماران و هم برای پزشکان داشته باشند.

کتب علمی متعددی وجود دارد که به تشخیص درد می پردازند. در بیشتر موارد مروری جامع از علائم، نشانه ها و پاتولوژی مرتبط با بیماری مختلف که می توانند باعث دردهای دهانی صورتی شوند، ارائه می کنند. تعداد کمی از این کتب به فرآیند واقعی تشخیصی دردهای دهانی صورتی، و معدودی نیز با شرح جزئیات به سؤالات و تست های خاص و ضروری که برای تشخیص هر بیماری لازم است، می پردازند.

این کتاب راهنما به برخی از مشکلات در ارزیابی بیماران مبتلا به دردهای دهانی صورتی پرداخته است و به سؤالاتی که باید از بیمار پرسیده شود و تجزیه و تحلیل پاسخ های بیماران به این سؤالات تاکید می کند. این برخلاف توصیف صرف از شرایط دردناک مختلف است. در این کتاب توجه ویژه ای به توصیف بیماران از دردشان در حین شرح حال شده است.

از نگاه عملی، وظیفه ی اولیه ی یک پزشک در ارزیابی بیماران مبتلا به دردهای دهانی صورتی توجه به یک فرآیند



شکل ۱-۱: بیمار مبتلا به درد غیر دندانی که در تلاش ناموفقی برای تسکین درد دهانی صورتی، چندین ترمیم و درمان ریشه انجام شده است.

در فصول بعدی علل درد دهانی صورتی توضیح داده می‌شود و فرآیندهای لازم برای رسیدن به تشخیص دقیق مورد بحث قرار می‌گیرد. به نکات زیر توجه ویژه ای شده است:

- ۱- چگونگی ثبت مشخصات درد
 - ۲- چگونگی گوش دادن و مشاهده بیمار دارای درد
 - ۳- چگونگی تحلیل پاسخهای داده شده به سؤالات.
 - ۴- چگونگی مطرح کردن سؤالات لازم.
- سؤالات غربالگری اختصاصی برای هر شرایط درد توصیف شده است.

مثلاً دردهای دندانی، عضلانی، نورالژی تری ژمینال، سردرد خوشه‌ای. تشخیص دقیق دردهای چالشی برانگیز مشکل یا گاهی غیرممکن است، مگر اینکه پزشک از سؤالات مختص مرتبط به حالات مختلف درد آگاه باشد.

زمانی در تشخیص درد اشتباه رخ می‌دهد که پزشکی بدون اینکه پاسخ بیمار را به سؤالات تجزیه و تحلیل کند خیلی سریع نتیجه گیری می‌کند و زمانی که سعی می‌کند به جای تطابق تشخیص با شواهد، شواهد را با تشخیص داده شده تطبیق دهد. هنگام مراجعه با هر موقعیت تشخیصی، باید به قانون طلایی «اگر با عقل جور در نمی‌آید، حتما مشکلی وجود دارد» توجه کرد.

زمانی که پزشک در هر موقعیت تشخیص قرار بگیرد که «با عقل جور در نمی‌آید» یادآوری قانون طلایی دوم مفید است که «اگر با عقل جور در نمی‌آید، پس دوباره بررسی کن یا ارجاع بده».

همینطور در صورت روبرو شدن با هر موقعیت تشخیصی که منطقی به نظر نمی‌رسد و به درمان اولیه پاسخ نمی‌دهند لازم است قانون مهم سوم را به خاطر آورد که «توجه فقط معطوف به درد دندانی نباشد».

زمانی که بیمار دارای دردهای پیچیده باشد باید دقت کرد که فقط برای پیدا کردن دردهای با منشأ دندانی تلاش نشود و با هدف تسکین درد که ممکن است منشأ دندانی نداشته باشند دندانها یکی پس از دیگری درمان نشوند. قبل از شروع درمان باید یک تشخیص دقیق انجام شده باشد (شکل ۱-۱).

فصل ۲

هنر گوش دادن و ارتباط موثر با بیمار دارای درد

مقدمه

یک مراقبت پزشکی خوب و مناسب بستگی به ارتباط بین بیمار و پزشک و سایر تیم پزشکی دارد و کانون این مشارکت، ارتباط موثر است. تحقیقات نشان می دهد که ارتباط بین پزشک و بیمار، بخش جدایی ناپذیر ارائه مراقبت درمانی است.^۱ مشارکت بین پزشک و بیمار باید براساس یک اعتماد بنا شود و مستلزم آن است که پزشک بیمار را تشویق کند، به او آرامش بدهد، خوب گوش کند، توضیحاتی ساده و شفاف ارائه دهد.^۲ بیشتر بیمارانی که دچار دردهای دهانی صورتی هستند در ابتدا برای درمان به دندانپزشک مراجعه می کنند. حائز اهمیت است که ارتباط خوب و اعتماد بین دندانپزشک و این بیماران ایجاد شود. ایجاد ارتباط فردی مناسب، تبادل اطلاعات و تصمیم گیری در مورد بهترین روش درمانی هدف اصلی پروسه ی تشخیص و درمان است.^۳ اکثر مطالعاتی که به رابطه بین دندانپزشک و بیمار پرداخته اند متمرکز بر دندانپزشکان بوده اند و توجه ای به نیازهای ارتباطی بیماران نشده است. برای مثال در یک نظر سنجی ملی که در مورد راهبردها و استراتژیهای ارتباطی دندانپزشکان انجام گرفت،^۴ مشخص گردید که استراتژیهای مفیدی چون ارتباطات بین فردی، روشهای آموزش و کمک به بیمار، ارتباط دوستانه با بیمار، برای تشخیص و درمان موفق، موثر و به کار برده شده است. این تکنیکهای ارتباطی همان نکاتی است که دندانپزشک باید در تعامل با بیماران بگوید و به کار برد. از آنجایی که ارتباط پزشکان با بیمار پایه و رکن اصلی درمان خوب و مفید

است باید به طور گسترده تر به تعامل بین دندانپزشک و بیمار توجه کرد نه به عنوان دندانپزشک محوری بلکه توجه به خوب شنیدن و گوش کردن به بیمار، زیرا تحقیقات تاکید می کنند ارتباط مناسب پزشک و بیمار فقط شامل مهارتهای گفتاری نیست بلکه در برگزیده ی مهارتهای شنیداری و گوش دادن دقیق به توصیف بیمار از درد و مشکلش است.

درمان و مراقبت بالینی خوب و نتیجه بخش، مستلزم آن است که با گوش و چشم خود گوش دهید تا آنچه که شما و بیمار نیاز است بدانید را بررسی و ارزیابی کنید.^۵ این خیلی مهم است که هر تعامل ارتباطی با گوش دادن خوب شروع شود.^۶ باید بدانید که بیمار چه چیزی را تجربه می کند؛ در نظر بگیرید که تعامل خود را با بیمار با صحبت های کوتاه و خلاصه شروع کنید که می تواند به ایجاد یک ارتباط اولیه کمک کند. اغلب اوقات این مرحله مهم نادیده گرفته می شود که برای بیمار بسیار مهم است تا آنجا که ممکن است در تعامل با پزشک احساس آرامش کند. البته اگر بیمار درد دهانی صورتی شدید و قابل توجه داشته باشد، بدون شک در مورد اینکه دلیل دردش چیست و اینکه شما چه کاری برایش انجام خواهید داد تا مشکلش حل شود، نگران خواهد بود. شروع ارتباط شما با بیمار با مکالمات کوچک می تواند با گوش دادن خوب و درک کردن بیمار در ابتدا، نکات و مسائل زیادی را در مورد مشکل بیمار آشکار کند و در نظر داشته باشید که با احوالپرسی سنتی و کلیشه ای «حالت چطور است» شروع نکنید، زیرا او نمی تواند پاسخ بدهد. ممنون خوبم! بلکه ترجیح می دهد پاسخ بدهد من اینجا هستم برای اینکه شما معلوم کنید من چطور هستم!!

است بیماری به شما بگوید که سطح دردش از مقیاس ۱۰ عدد ۲ است اما اخم و فشار چهره اش عدد ۸ را نشان دهد یا برعکس. همچنین تحقیقات در مورد ارتباطات غیر کلامی نشان می دهند که ۵۵٪ از مولفه‌ی احساسی یک پیام تنها از طریق چهره منتقل می شود، زیرا افراد در کنترل حالت چهره خود خصوصاً حالت چشمها، به ویژه زمانی که درد دارند مهارت ندارند.^۶ علاوه بر این، به روشی که بیمار محل درد خود را توصیف می کند توجه ویژه ای داشته باشید. از آنجایی که حرکات و حالات چهره اغلب برای علت درد به تشخیص کمک می کنند. همانطور که بیمار در مورد مشکل و درد خود به شما می گوید، خیلی مهم است که به آنچه می گوید توجه کنید و علاوه بر مشاهده ی بالینی، از نظر عاطفی و احساسی با بیمار همدلی کنید و درکش کنید. البته در بسیاری از مواقع وسوسه انگیز است که مستقیماً به یک تشخیص برسید، اما همان موقع که بیمار شروع به توصیف دردش می کند، یک مطالعه نشان داده است که پزشکان تمایل دارند تشخیص را ۲۳ ثانیه پس از مصاحبه ی اولیه با بیمار شروع کنند.^۸ قبل از اینکه بیمار وقت کافی برای توضیح مشکلش داشته باشد. چنین تشخیص های زودهنگامی می تواند پزشک را گمراه کند. شما باید مطمئن شوید که شرح کامل را از دیدگاه بیمار خود قبل از نتیجه گیری شنیده اید و آگاه باشید که تشخیص باید با واقعیتها مطابقت داشته باشد نه برعکس. گوش دادن دقیق به بیمار کلید ارتباط موثر است. هنگامی که تمام جزئیات مورد نیاز را به دست آورید هدف شما این است که به طور کامل توضیح دهید مشکل آنها چیست و چه درمانی مشکل آنها را حل می کند. البته این می تواند روند چالش برانگیزی باشد، زیرا اکثر بیماران مضطرب هستند، بنا براین ممکن است آنچه را که توصیه می کنید کاملاً درک نکنند. از طرفی ممکن است دانش دندانپزشکی بیمار به مشکل ارتباط تان با بیمار اضافه شود. بسیاری از بیماران اغلب قبل از مراجعه به شما برای تشخیص مشکلات خود به اینترنت مراجعه می کنند و به تشخیص اشتباهی می رسند.

در نتیجه، توضیح قابل درک و شفافی که علت درد و راه حل آن چیست بسیار مهم است. در صورت نیاز به استفاده از اصطلاحات و واژه های دندانپزشکی حتماً آنها را برای بیمار توضیح دهید و تعریف کنید. سعی کنید برای قابل درک بودن توضیحات خود از تکنیکهای بصری کمک بگیرید. راه بصری در نحوه ی گوش دادن نقش اساسی دارد. تحقیقات شنیداری

به جای این سوال با پرسش قابل پاسخ مثل «امروز هوا بیرون چطور بود؟ یا اینکه ترافیک چطور بود؟» شروع کنید. این پرسش ها می تواند به شما کمک کند تا با بیمارتان ارتباط برقرار کنید و در فرآیند تشخیص و درمان، اضطراب او را کاهش دهید.

هنگامی که راهی برای صحبت باز شود آنگاه می توانید سوالی مانند «چه کاری من می توانم برایتان انجام دهم؟» را پرسید که پایه ی خوبی برای شروع تشخیص شماست. پس از آن به آنچه که بیمارتان در مورد مشکلش به شما می گوید به دقت گوش دهید. سپس سؤالات بعدی لازم را پرسید تا جزئیات مورد نیاز برای تشخیص را بدست آورید. بیشتر بیماران شما تحصیلات دندانپزشکی ندارند! بنابراین نیاز است خودتان بررسی بیشتر و دقیق تری داشته باشید تا ببینید مشکل چیست. برای گوش دادن موثر به بیمار، باید تمام سؤالات مرتبط را پرسید تا جزئیات مورد نیاز برای تشخیص دقیق را بیابید. پی بردن به این جزئیات مهم است. قطعاً نمی خواهید در معرض خطر سندروم «دستگیره در» قرار بگیرید که بیمار زمانی که پایان مشاوره و صحبت است مشکل اصلی اش را با درمانگرش مطرح می کند. علاوه بر این شما می خواهید درک خود را از سخنان بیمار بررسی کنید و به اطمینان برسید که آیا آنچه که شنیده اید همان چیزی است که بیمار قصد دارد به شما منتقل کند و در واقع مشکلات بیمار را با پرسیدن سؤالاتی مانند: "اینطور که من فهمیدم شما سه روز است این درد را در سمت راست بالای صورت دارید که بدتر می شود؟" تکرار کنید.

هنگام بررسی سؤالات، یادآوری دستور کار و روش روزنامه نگاری ممکن است مفید باشد. چه؟ چه وقت؟ کجا؟ چرا؟ چطور؟ یا به طور کلاسیک، در تشخیص درد، شروع، مدت، فرکانس، مکان، مشخصات، الگوی ارجاع، شدت، عوامل تشدید کننده و تسکین دهنده درد همگی باید مورد توجه قرار گیرند. چگونه بیان کردن این سؤالات و عبارات و مرتبط بودن پاسخها، موضوع مهم این کتاب راهنما هستند. البته نباید اهمیت مشاهده دقیق بیمار نادیده گرفته شود. اغلب، می توان میزان درد بیمار را از رفتار غیر کلامی اش متوجه شد. مثلاً مشاهده ی اخم صورت، حالت سفت و سخت عضلات صورت، چنگ زدن به صدلی.

همچنین باید توجه کرد که آیا واکنشهای غیر کلامی با پاسخهای کلامی که می شنوید مطابقت دارد یا خیر. ممکن

راهنما هم به صورت شفاهی و هم در یک یادداشت یا دستور العمل کتبی که بیمار بتواند به آن مراجعه کند مفید است. همانطور که ارائه ی اطلاعات برای مراقبتهای پس از درمان رایج است، بیماران معمولاً به راهنمایی های طولانی مدت در مورد اینکه چه مدت برای بهبودی زمان لازم است، نیز نیاز دارند. پیگیری درمان و توضیح نحوه برخورد با عوارض درمان نیز باید مشخص شود. گذراندن دقایقی با بیمار در پایان هر نوبت درمانی، برای رفع ابهامات و درک احساسات بسیار می تواند تاثیر بسیار مثبتی در ایجاد اعتماد و بهبود روابط بالینی بیمار- داشته باشد.

توجه به ارتباط موثر باید به همه ی ارائه دهندگان خدمات در مطب شما تعمیم یابد. همانطور که شما باید شنونده ی موثر و گفتگو کننده مناسبی در تعامل خود یا بیماران باشید، کارکنان شما نیز باید به این مسئولیت توجه کنند و به شکل اطمینان دهنده ای به بیمار پاسخگو باشند که بیمار تجربه ی مثبتی را از محل کارتان داشته باشد و با درک کامل و شفافیتی در مورد جلسات بعدی و پیگیری ها آنجا را ترک کند.

در ارتباط موثر بین بیمار و پزشک، بیمار نیز مسئولیتهایی دارد. با اینکه وظیفه عمده ارتباط بر عهده کادر درمانی است، بیماران نیز باید به خوبی ارتباط برقرار کنند. وقتی بیماری درد دارد و مضطرب است که چه درمانی باید انجام شود، گوش دادن کامل و دقیق او به تشخیص و طرح درمان می تواند چالش برانگیز باشد، پس ممکن است بیمار مجبور شود تصمیمی سریع برای درمان بگیرد. لازم است که بیماران توضیح کاملی در مورد مشکل خود، محل درد و شدت آن ارائه دهند. کادر درمان نیز باید اطلاعات کامل و واضحی در مورد اینکه چه درمانی برای بیمار بهتر است، ارائه دهند. بیمار باید درک کاملی از مشکل و برنامه درمانی اش داشته باشد. اگر مشکل بیمار بسیار پیچیده باشد داشتن یک همراه به بیمار کمک می کند که سوالات لازم را بپرسد و به توضیحات پزشک گوش دهد و طرح درمان را درک کند.

ارتباط خوب پایه و بنای مهم هر درمان بالینی مؤثر است و ایجاد آن یک چالش است که نیازمند رعایت اصول زیر است:

- تعهد به ارتباطات موثر به عنوان یک رکن اساسی در

عمل بالینی

- تلاش برای شنیدن دقیق و همدلانه به پیامهای کلامی و

غیر کلامی بیماران

نشان می دهند که ما همانطور که گوش می دهیم، تجسم می کنیم. استفاده از تصاویر یا فیلم هایی از دهان و دندان می تواند برای بیمار قابل درک و قانع کننده باشد.

پیام غیر کلامی شما (صوتی یا تصویری) به همان اندازه کلام شفاهی مهم است. حتی برخی از تحقیقات نشان می دهند که روش غیر کلامی موثرتر است و ۹۳٪ از تاثیر یک پیام بر شنونده ممکن است از طریق کانالهای صوتی و تصویری منتقل شود.^{۹۱۰}

بنابراین سعی کنید موقعیت تان به گونه ای باشد که در حین انجام مشاوره با بیمار خود تماس چشمی داشته باشید. این ارتباط بصری به بیماران این اطمینان را می دهد که شما پزشک دقیقی هستید و تماس چشمی شما را قادر می سازد تا چگونگی پاسخ بیمار به تشخیص خود را تجزیه و تحلیل و روند آن را بررسی کنید. درحین مشاوره با بیمار به ارتباط گرم، لحن رسا و خوشرویی توجه کنید و هرچند ممکن است این ارتباط و مصاحبه برایتان مهم باشد اما گاهاً وسوسه انگیز است که هنگام صحبت با بیمار به رادیوگرافی یا صفحه نمایش کامپیوتر خود نگاه کنید. اغلب پیش آمده که هنگام بررسی مشکل و تشخیص مطلقاً به بیمار نگاه نمی شود و حتی پشت به بیمار قرار می گیرند.

تعامل بیمار با پزشک با مصاحبه اولیه تمام نمی شود. بیمار برای درمان نیز مراجعه می کند. حفظ یک ارتباط شفاف و دلسوزانه در طول هر فرآیند درمانی مهم است. البته می تواند مشکل باشد چون شما روی ابعاد تخصصی و کلینیکی درمان تان متمرکز هستید. اما بیمار شما باید بداند که شما قرار است برای او چه درمانی انجام دهید. باید به بیمار توضیح داده شود که حتی پس از پایان درمان، مراقبتهای به چه شکل است. ممکن است از بیمار بخواهید آموزشهایی را که به او داده اید را تکرار کند که وقتی مطب شما را ترک می کند چه کاری باید پس از درمانش انجام دهد و چه مواردی را رعایت کند. مثلاً اگر درمان دندانی را انجام داده اید بخواهید که تا آخر روز در سمت دندان درمان شده نبوده. پس از اینکه اقدامات پس از درمان را برای بیمار توضیح دادید از او بخواهید آنچه را که قرار است انجام دهد را بازگویی کند تا مطمئن شوید که یاد گرفته و می تواند نکات لازم که باید پس از درمان برای نتیجه بهتر انجام شود را، انجام می دهد.

تحقیقات نشان داده اند که سطح یادآوری دستورالعمل های بعد از اتمام درمان توسط بیمارها کم است. بنابراین ارائه این

که داشته اند باشند. بعضی از آنها نکات کلیدی تاریخچه ی درد خود را حذف می کنند و از شرح کامل مشکل خود طفره می روند. بعضی از بیماران احتمالاً قبلاً در مورد تشخیص مشکلشان متقاعد شده اند و سوال و توصیه ای را نمی پذیرند. علاوه بر این شما با کارکنان خود در ارتباطید که مسائل و مشکلاتشان را گاهاً به محل کار می آورند. همینطور گاهاً فشار ناشی از تنگی وقت نیز وجود دارد زیرا بیماران دیگری منتظر هستند. گاهی در بعضی از شرایط تفاوت‌های زبانی ممکن است منجر به نیاز به مترجم شود که در این حالت مشکل تفسیر صحبتها توسط مترجم نیز به مسئله اضافه می شود. این موانع می تواند کیفیت و پویایی یک ارتباط صحیح بین بیمار و پزشک را تغییر دهد.

ارتباط موثر به خودی خود در یک محیط درمانی اتفاق نمی افتد، بلکه باید فراهم شود که به زمان و تعهد نیاز دارد و مستلزم سطح قابل توجهی از مهارتها و صلاحیتهای ارتباطی^۲ است که در آن ارتباط گیرندگان بدانند چه کاری انجام می دهند، چرا انجام می دهند و به آن اهمیت دهند تا نتایج برای شما، کارکنان و بیمارانتان رضایت بخش شود.

- استفاده از سؤالات لازم و مناسب برای تشخیص دقیق و درمان صحیح
 - ارائه ی توضیحات شفاهی واضح در هر مرحله از تشخیص درمان، و پیگیری
 - مشارکت کل کارکنان در ارتباط خوب با بیماران و با یکدیگر
 - استفاده از مهارتهای مشاهده بالینی که در تمام فصل های این کتاب راهنما توضیح داده شده است.
 موانع ایجاد یک روش ارتباطی موثر می تواند قابل توجه باشد. اگر با فردی که درد شدیدی دارند مواجه هستید، آنها از لحاظ احساسی و عاطفی آسیب دیده و ناراحت هستند. هر بیمار رویکردهای متفاوتی به لحاظ توانایی های ارتباطی دارد. بیماری که درد مزمن دارد نیز ممکن است به پزشکان زیادی مراجعه کرده باشد، از درمانهای گذشته و پزشکان سابقش عصبانی باشد.
 بسیاری از آنها در توضیح درد خود گیج و ناتوان و از تشخیص مشکلشان ناامید هستند. برخی از آنها ممکن است بیشتر علاقمند به توصیف کردن پزشک قبل و تشخیص هایی

فصل ۳

علل درد در ناحیه دهانی صورتی

مقدمه

محرک معمولاً دردناک احساس می‌کند. پاسخ درد در طول زمان از بین می‌رود.

موضعی بودن به محل خاصی از درد که می‌تواند در یک عضو یا بافت باشد اشاره می‌کند که به آسانی شناخته و مشخص می‌شود.

هیپرآلژی افزایش پاسخ درد به یک محرک دردناک است. **هیپوآلژی** کاهش پاسخ درد به محرک دردناک است. این حالت می‌تواند نتیجه سازگاری یا انطباق باشد. **آلودینیا** یک پاسخ دردناک به یک محرک بی‌خطر یا غیردردناک است.

نورالژیا یک سوزش یا درد خنجری شدید است که معمولاً متناوب و به شکل حمله‌ای است که در مسیر توزیع یک عصب رخ می‌دهد.

درد نورونیک دردی است که از یک عصب یا بافت عصبی منشأ می‌گیرد.

درد نوروپاتیک درد مزمنی است که ناشی از آسیب به سیستم عصبی محیطی یا مرکزی است.

دردهای دهانی صورتی به طور کلی به دردهای منشأ گرفته از زیر خط اوربیتوماتال و بالای گردن و قدام گوش اطلاق می‌شود.^{۱۱} این دردهای دهانی صورتی ممکن است حاد یا مزمن باشند. درد حاد اغلب به دلیل تروما یا بیماریهایی مانند سرطان و عفونت رخ می‌دهد، گاهی درد حادی که با درمان برطرف

درد تجربه حسی و احساسی ناخوشایندی است که با آسیب حقیقی یا بالقوه بافت بدن همراه است.^{۱۱} درد یک تجربه چند وجهی است که نه تنها موجب احساسات ناخوشایند جسمی بلکه باعث رنج و ناراحتی‌های روحی و روانی می‌گردد که می‌تواند هر جنبه‌ای از زندگی فرد را مختل کند. درک بیمار از درد و واکنشش به آن، تحت تأثیر این عوامل قرار دارد. تمامی دردها واقعی هستند، اما متأسفانه از لحاظ تشخیص، تنها بیمار است که درد را حس می‌کند. برای پزشک درد قابل مشاهده نیست. به غیر از عوامل احساسی، تجربه فیزیکی بیمار از درد تحت تأثیر مکانیسم‌های عصبی-فیزیولوژیکی خاصی می‌باشد. دردی که حس می‌شود می‌تواند به صورت علامتی توصیف شود، هر چند به شکل بیولوژیکی نیز تعریف می‌شود. تأکید مهم در این کتاب راهنما بر روی مورد اول است یعنی اینکه بیمار به چه شکل درد را توصیف می‌کند و چگونه این توصیف کننده‌ها و شرح حال بیمار به تشخیص پزشک کمک می‌کند. در مورد دردهای دهانی صورتی نیاز است مفاهیم و اصطلاحات خاصی تعریف شود:

آستانه به سطح اولیه‌ای گفته می‌شود که درد در آن تجربه می‌گردد که بسته به عوامل زمینه‌ای ژنتیکی، فیزیولوژیکی، اجتماعی و محیطی از فردی به فرد دیگر متفاوت است.

انطباق یا سازگاری حالتی است که در آن با گذشت زمان فرد دیگر احساس درد نمی‌کند یا درد محدودی را به یک

، ابریژن، اروژن، ترک های دندانی یا شکستگی ها در تماس مستقیم با محیط دهان قرار بگیرد. درد ضربان دار عمیق معمولاً در التهاب پالپ و بافتهای پری اپیکال ایجاد می شود.

بعد از یک معاینه کلینیکی دقیق و انجام رادیوگرافی درد حاد دندانی به راحتی تشخیص داده می شود. عوامل شروع کننده ی شایع درد تغییرات حرارتی و نیروی جویدن هستند. همچنین درد دندانی می تواند به مکانی دور تر در همان فک یا فک متقابل ارجاع یابد که موجب می شود تشخیص سخت تر گردد. اما درد به ندرت از خط وسط عبور می کند مگر این که علت درد در خط وسط یا اطراف آن باشد. درد ناشی از بافتهای سخت و نرم اطراف دندان معمولاً به علت پریودونتیت حاد، زخم یا گیر غذایی بین دندانها است. برخلاف درد پالپی که شدت آن متفاوت بوده و پیدا کردن محل آن دشوار است، درد بافت نرم معمولاً ثابت بوده و به راحتی پیدا می شود.

علل مخاطی :

بسیاری از بیماریهای موضعی یا سیستمیک می توانند باعث آسیب مخاطی یا زخم شوند و درد داخل دهانی موضعی ایجاد کنند.^{۱۶-۱۹} اروژن ها از بین رفتن سطحی اپتیلیوم لثه هستند که قرمز به نظر می رسند و ممکن است توسط آگزودای مایل به زرد پوشیده شوند. زخمهای از بین رفتن اپتیلیوم هستند که لامینار پروپریای زیرین را درگیر می کنند. افتراق بین زخم و بیماری مرتبط با دندان مهم است. زخم ها معمولاً جراحات باز زرد رنگ یا خاکستری رنگ با حاشیه ی قرمز رنگ هستند. اروژنها و زخم های لثه به لمس حساس هستند و با غذاهای اسیدی، تند و شور بدتر می شوند و معمولاً به آسانی تشخیص داده می شوند. اغلب بیماران از وجود آن اطلاع دارند اما ممکن است بعضی بیماران هنگام دادن شرح حال، با اینکه علت اصلی مشکلشان زخم است از دندان درد شکایت کنند. ضایعات زخمی بسیار دردناک شامل زخمهای آفتی، هرپسی، اریتم مالتی فرم (از دید حساسیت نوع چهارم) و بیماریهای تاولی شامل پمفیگوس و پمفیگوئید است.

دردهای ناشی از اختلالات گیجگاهی فکی (TMD):

اختلالات گیجگاهی فکی یک عبارت کلی بیان کننده ی مشکلات سیستم جویده است. درد TMD معمولاً از عضلات جونده، مفصل گیجگاهی فکی یا مکانیسمهای نوروپاتی مزمن ناشی از آنها منشا می گیرند.^{۲۰}

می شود، می توانند به درد مزمن تبدیل شوند. این نوع درد همراه با التهاب عصبی است می تواند علائم گیج کننده ای داشته باشد و تنها با توجه به شرح حال بیمار قابل تشخیص است. در حالیکه درد حاد، گذرا و محافظت کننده است، درد مزمن می تواند ماهها یا سالها ادامه داشته باشد و عموماً محافظت کننده نیست. برخی از بیماری های مزمن علت ارگانیکی ندارند و عامل آنها ناشناخته است..

ناحیه دهان و صورت بر خلاف بسیاری از نواحی دیگر بدن، آناتومی بسیار پیچیده ای دارد. این بخش از بدن در معرض طیف وسیعی از عوامل خارجی قرار دارد. بنابراین در بسیاری از شرایط ممکن است درد رخ دهد. علاوه بر این، ناحیه ی دهانی صورتی توسط چندین تنه عصب سوماتیک اصلی عصب دهی می شود؛ تری ژمینال، فاسیال، گلوسوفاژیال، اعصاب کرانیال واگ و اعصاب گردنی نخاعی اول، دوم، سوم.

این کمپلکس عصبی بزرگ، امکان ارجاع درد را نه تنها در ناحیه دهانی صورتی بلکه از سایر نواحی بدن را نیز فراهم می کند. به همین دلیل طبقه بندی این دردها، خصوصاً دردهایی که مزمن هستند و علت ناشناخته دارند و تحت تاثیر عوامل روحی - روانی هستند دشوار است. طبقه بندی کلی^{۱۳} بیماریهای سر و گردن و صورت مرتبط با دردهای دهانی صورتی شامل: دردهای داخل دهانی، دردهای عضلانی - اسکلتی فک (اختلالات مفصل گیجگاهی فکی)، بیماریهای سیستمیک و زمینه ای که مستقیماً باعث ایجاد درد در ناحیه ی دهانی صورتی یا ارجاع درد به آن بخش می گردد.

علل دردهای دهانی صورتی:

علل دندانی :

دلایل زیادی برای دردهای دهانی صورتی وجود دارد که بسیار همراه کننده هستند اما بیشتر آنها علت و منشأ دندانی دارند.^{۱۴} درد دندان ممکن است از حساسیت خفیف به لمس تا درد شدید منتشر و ناتوان کننده متفاوت باشد. درد می تواند از حساسیتهای عاجی، التهاب پالپ دندان یا از بافتهای پریودونتال ناشی شود. کیفیت درد بسیار متفاوت است اما دردهای دهانی صورتی ناشی از دندان معمولاً به شکل درد تیز سوزنی شروع می شوند و به تدریج گنگ و ضربان دار می شوند. درد می تواند خود به خود یا تحریک شده باشد. درد شدید و لحظه ی می تواند به دلیل حرکت مایع در لوله های عاجی باشد.^{۱۵} این حالت معمولاً وقتی اتفاق می افتد که عاج به دلیل تحلیل لثه

دیسک مفصلی بین سرکندیل و برجستگی مفصلی استخوان تمپورال قرار گرفته و مفصل را به دو نیمه تقسیم می کند. این ترتیب قرارگیری به کندیل اجازه می دهد ابتدا بچرخد و سپس با افزایش باز شدن فک به سمت جلو بچرخد. بخش قدامی دیسک به سر فوقانی عضله ی تریگوئید خارجی متصل است (شکل ۳-۳).

اصطلاح آرتالژی به درد ناشی از التهاب داخل کپسول مفصلی اشاره دارد.^{۲۰} در این اختلال، حساسیت به لمس در بخش راس جانبی کندیل و یا درد در مفصل هنگام زیاد باز شدن دهان وجود دارد. درد ممکن است با صداهای مفصلی و محدودیت در حرکت همراه باشد. ناحیه ای که درد احساس می شود معمولاً جلوی گوش است و می تواند با اختلال عملکرد عضلات، بیماریهای دژنراتیو مفصل و اختلالات دیسک همراه باشد. کندیل به ندرت درگیر می شود.

سردردهای مرتبط با TMD :

سردرد ممکن است به دلیل اختلالات گیجگاهی فکی تجربه شود.^{۲۱} این دردها معمولاً دوطرفه و مبهم هستند. لمس یک نقطه ی محرک در عضله ی آسیب دیده معمولاً تمپورالیس، باعث شروع سردرد یا تشدید آن خواهد شد.

TMD می تواند به این سه حالت تظاهر یابد:

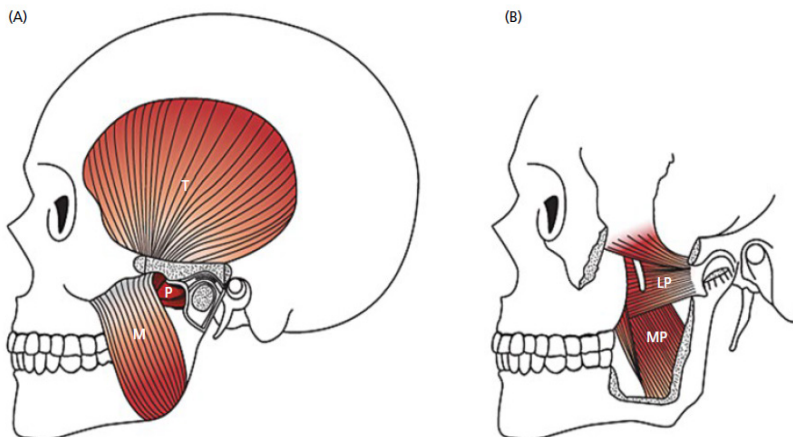
- ۱- اختلالات عضلات جونده (درد عضلانی)
- ۲- آرتالژیا (درد در مفصل گیجگاهی فکی)
- ۳- سردرد مرتبط با TMD

درد ناشی از عضلات جونده :

شایعترین علت دردهای غیر دندانی دهانی صورتی، درد عضلات جونده است.^{۲۰} عمل جویدن شامل حرکت دو طرفه همزمان عضلات بالا برنده ی فک بویژه عضلات تمپورالیس، مستر و تریگوئید است (شکل ۳-۱). هرگونه التهاب، استفاده بیش از حد یا اختلال در عملکرد این عضلات می تواند منجر به ایجاد درد عضلانی شود. بیماران اغلب عضلات فک خود را هنگام استرس منقبض می کنند که منجر به درد عضله می شود. درد می تواند حاد باشد زمانی که آسیب یا التهاب قابل توجهی وجود دارد مانند تریسموس یا مبهم باشد که مشخصه ی اختلال عملکرد عضلانی مزمن است. درد عضلات جونده می تواند به دندان یا سایر نواحی دهان و صورت ارجاع یابد.^{۲۱} عضلات پایین آورنده فک پایین که شامل تریگوئید خارجی، دیگاستریک، مایلوهیوئید و زنبو هیوئید است هم ممکن است ملتهب و دردناک شوند (شکل ۳-۲).

درد مفصل گیجگاهی فکی:

فک پایین با یک مفصل لولایی دو طرفه با استخوان تمپورال مفصل می شود که مفصل گیجگاهی فکی نامیده می شود. یک



شکل ۳-۱ (A) عضلات جونده اصلی عضله مستر (M)، تمپورال (T)، تریگوئید (P)، (B) عضلات لترال (LP) و مدیال تریگوئید (MP).

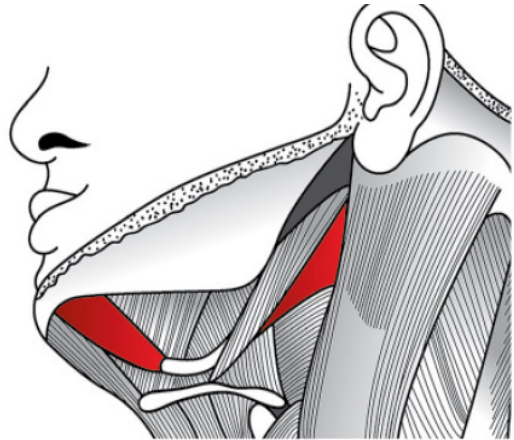
کننده دردهای سرویکوژنیک هستند. لمس نقطه محرک در عضلات خلفی گردن که شامل اسپلینیوس، اسکاپولا بالا برنده، لانگیسموس و تراپزیوس هستند، ممکن است موجب سر درد در ناحیه پیشانی شود.^{۲۴}

دردهای دهانی صورتی مرتبط با سینوس پارانازال :

در دوطرف بینی در جمجمه، چهار جفت سینوس پارانازال پر از هوا وجود دارد که به کاهش وزن جمجمه، بهبود رزونانس صدا و مرطوب کردن حفره بینی کمک می کنند (شکل ۵-۳). التهاب حفره بینی و سینوسهای پارانازال که رینوسینوزیت نام دارد می تواند موجب انواع دردهای دهانی صورتی شود.

بزرگترین سینوس، سینوس ماگزیلاری است که از طریق استئوم به مئاتوس میانی حفره ی بینی مرتبط است. در بیماری‌های که سینوس ماگزیلاری دچار اختلال می گردد منجر به دردهای دهانی صورتی می شوند.^{۲۵} درد سینوس ماگزیلاری می تواند به شکلهای متفاوتی بروز کند؛ از درد شدید و احتقان موضعی که می تواند همراه یا بدون بیماری های مرتبط سیستمیک باشد تا سردردهای مداوم قسمت میانی صورت. درد این ناحیه ممکن است با تغییر موقعیت بیمار تشدید شود و همچنین می تواند همراه با علائم دندانی مانند حساسیت حرارتی دندان های فک بالا، حساسیت اینفرا اوربیتال و درد هنگام تغییرات جوی باشد.

التهاب مخاط اطراف استئوم موجب درد شدید در طی دوره سینوزیت حاد می شود. عفونت دندانی می تواند به سینوس ماگزیلاری گسترش یابد و سینوزیت ایجاد کند. رینوسینوزیت مزمن یکطرفه به صورت یک پروسه ی التهابی که سینوسهای پارانازال را مبتلا می کند و برای ۱۲ هفته یا بیشتر ادامه می‌یابد بیان کننده ی دندانی بودن منشا آن است.^{۲۶}

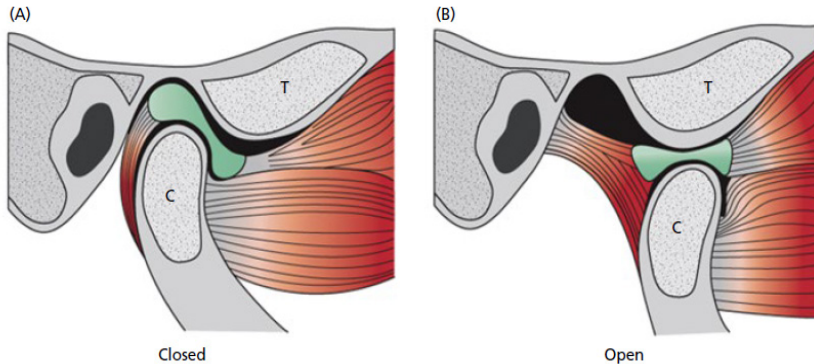


شکل ۲-۳ تصویر (قرمز رنگ) بخش قدام (چپ) و خلفی (راست) عضله ی دیگاستریک را نشان می دهد که پایین آورنده ی مندیبل است.

دردهای ارجاعی از گردن :

گاهی اختلالات یا صدمه ستون فقرات گردنی و دیسکها می تواند موجب درد در ناحیه‌ی دهانی صورتی شود (شکل ۴-۳). عوامل موثر ضعف عضلات یا وضعیت بدنی نامناسب است.^{۲۳} همزمان بودن مشکلات TMD و مشکلات سرویکوژنیک اثبات شده است. ارجاع درد از ساختارهای ستون فقرات گردنی و اعصاب و عضلات مرتبط می تواند به درد دهانی صورتی به ویژه دردهای دهانی صورتی مزمن کمک کند.

دردهای سرویکوژنیک معمولاً یکطرفه بوده و در نواحی اکسیپیتال یا تمپورال و دیگر بخشهای دهانی صورتی احساس می شوند. محدودیت در حرکت و داشتن علائم درد در حین حرکات چرخشی و عمودی که شامل خم شدن و کشیدگی گردن می‌باشند بیان



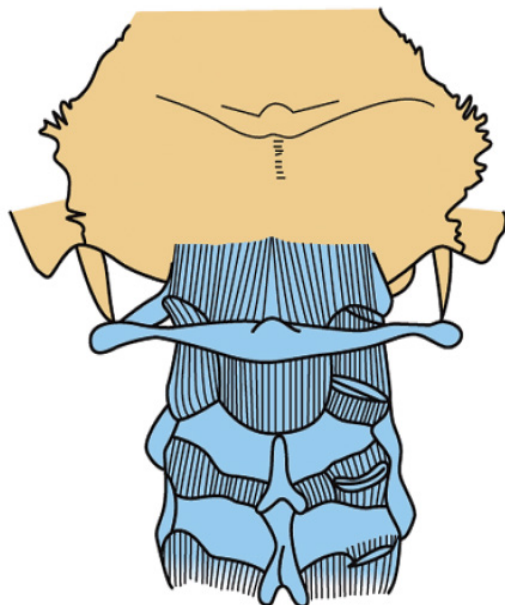
شکل ۳-۳ تصویری از بخش‌های مفصل گیجگاهی فکی. در موقعیت بسته (A) سر کندیل (C) در گلوئید فوسا قرار گرفته و دیسک مفصلی (سبز رنگ) در بالا و قدام آن قرار دارد. در حالت با دهان باز (B) محلی که سر کندیل و دیسک (سبز رنگ) به جلو حرکت کرده بالای استخوان تمپورال (T) قرار می گیرند.

تغییر دما فعال شود. نورالژی تری ژمینال غالباً از تحت فشار قرار گرفتن عصب توسط یک ضایعه یا یک رگ به دلیل فرآیند افزایش سن ناشی می شود. اگر نورالژی تری ژمینال در بیماران جوان اتفاق بیفتد باید به مولتیپل اسکلروزیس مشکوک شد. یک ضایعه فضا گیر در مغز می تواند عصب را تحت فشار قرار دهد و منجر به نورالژی تری ژمینال شود. ترومای عصب تری ژمینال نیز می تواند منجر به درد و بی حسی مداوم شود.

دردهای دهانی صورتی ناشی از عصب فاسیال :

عصب زوج هفتم یا فاسیال، عملکردهای حسی اتونومیک (پاراسمپاتیک پره گانگلیونی) و حرکتی دارد.^{۳۷} عملکرد اصلی آن شامل کنترل حرکت عضلات حلقه دهنده صورت و کوچکترین عضله ی بدن یعنی عضله ی استاپیدیوس در گوش میانی است (شکل ۷-۳). همچنین از طریق شاخه کوردا تیمپانی داخل جمجمه ای مسئول حس چشایی دو سوم قدامی زبان است. پنج شاخه ی خارج جمجمه ای آن از غده ی پاروتید عبور می کنند اما آن را عصب دهی نمی کنند. عصب فاسیال ایلاف پاراسمپاتیک را از طریق شاخه کوردا تیمپانی برای غدد بزاقی تحت فکی، زیر زبانی و غدد اشکی فراهم می کند. عصب زوج هفتم همچنین عصب دهی حسی لاله ی گوش را انجام می دهد.

دردهای دهانی صورتی به ندرت از عصب فاسیال ناشی می شوند زیرا عملکرد حسی آن ثانویه به عملکرد حرکتی است. درد زمانی اتفاق می افتد که ویروس واریسلوزوستر مجدداً در گانگلیون ژنیکولیت (عصب فاسیال) فعال شود که علائم و نشانه های معروف سندرم رامزی هانت شامل نوروپاتی حاد محیطی صورت، بثورات تاولی اریتماتوز پوست کانال گوش، گوش (هرپس زوستر اوتیکوس)، غشای مخاطی اوروفارنکس را بروز می دهد. همچنین می تواند موجب فلج صورت و از دست رفتن شنوایی گردد. تفاوت اصلی بین سندروم رامزی هانت و زونا ی صورت ، توزیع وزیکلها در امتداد شاخه ی عصب فاسیال و فلج صورت است.



شکل ۳-۴ تصویری از پشت گردن که ساختارهای نخاع گردنی و استخوان اکسیپیتال (زرد رنگ) را نشان می دهد. آسیب مهره های گردن یا دیسکها می تواند درد موضعی و ارجاعی با منشأ دهانی صورتی را موجب شود.

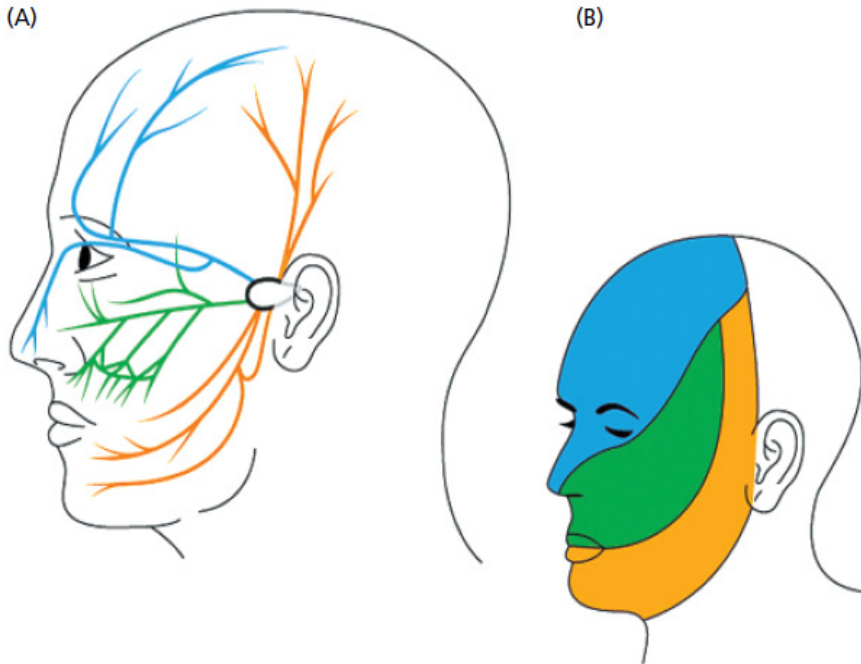
درد عصب تری ژمینال :

عصب تری ژمینال یا عصب زوج پنجم، بزرگترین عصب جمجمه ای است.^{۳۷} این عصب حس ساختارهای صورت، چشم، دهان و پوست سر را تأمین می کند. شاخه مندیبولار آن، ایلاف حرکتی عضلات جونده اصلی بخش قدامی دیگاستریک، تنسور ولی پالاتینی و تنسور تیمپانی را تأمین می کند. عصب از ریشه ی عصب تری ژمینال یا گانگلیون در ساقه ی مغز منشأ می گیرد و سپس به سه شاخه مندیبولار، ماگز یلاری و افتالمیک منشعب می شود (شکل ۶-۳).

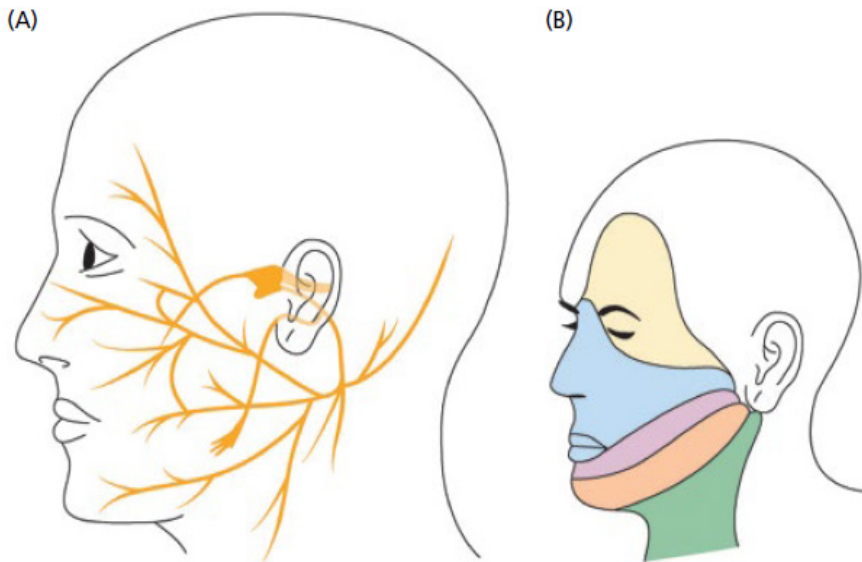
این عصب می تواند در بسیاری از دردهای دهانی صورتی درگیر باشد. اختلال در عصب تری ژمینال می تواند منجر به نورالژی تری ژمینال شود، که یک اختلال بسیار دردناک است. نورالژی تری ژمینال رایج ترین نورالژی ایجاد کننده دردهای دهانی صورتی است. این درد به صورت دردی شبیه به یک شوک الکتریکی است که به مدت چند ثانیه تا چند دقیقه در ناحیه عصب دهی شده با عصب تری ژمینال، ادامه دارد. این درد معمولاً یکطرفه و آزاردهنده است که می تواند با تحریک نقطه آغازگر همان سمت با لمس، صحبت، جویدن، بلعیدن یا



شکل ۳-۵ موقعیت نسبی سینوسها پاراناژال. سینوس ماکزیلاری (نارنجی)، سینوس فرونتال (سبز) ، سینوس اتموئید (بنفش)، سینوس اسفنوئید (قرمز).



شکل ۳-۶ نمای عصب تری ژمینال CN بزرگترین عصب کرانیال (A) مسیر عصب (B) نواحی عصب دهی سه بخش مندیبولار (خردلی) ماکزیلاری (سبز)، افتالمیک (آبی)

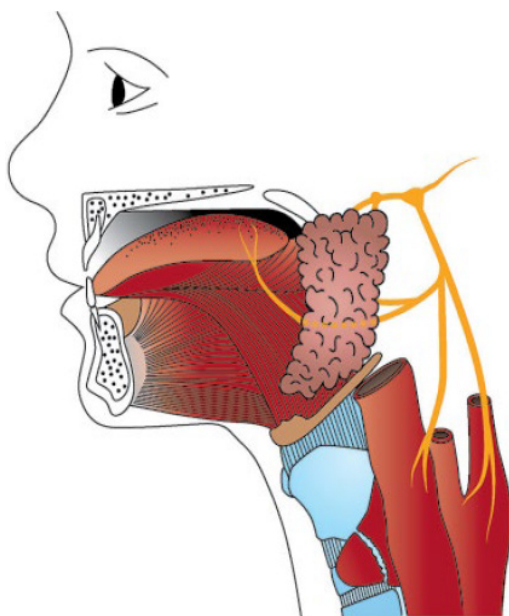


شکل ۳-۷ عصب فاسیال (A) مسیر عصب (B) نواحی عصب دهی پنج شاخه تمپورال (خردلی)، باکال (بنفش)، زایگوماتیک (آبی)، مندیبل (نارنجی)، گردن (سبز).

دردهای مرتبط با عصب گلو سوفارنژیال :

عصب زوج نهم یا گلو سوفارنژیال یک عصب ترکیبی است.^{۲۷} وظایف زیادی از جمله دریافت پیام های حسی از حلق، گوش میانی و یک سوم خلفی زبان دارد. همچنین پیامهای حسی اختصاصی طعم را از یک سوم خلفی زبان دریافت می کند. الیاف پاراسمپاتیک عصب دهی غده پاروتید را به عهده دارند. هم چنین الیاف حرکتی آن عضله استیلوفارنژیوس را عصب دهی می کنند (شکل ۳-۸).

اختلال در عصب گلو سوفارنژیال موجب نورالژی گلو سوفارنژیال می شود که یک بیماری ناتوان کننده و نادر است. این بیماری باعث درد شدید گلو، لوزه ها، زبان و گوش میانی می شود. درد ناشی از فشردگی عصب گلو سوفارنژیال توسط عروق خونی ست که در مجاورت عصب قرار دارد. درد تیز و ضربه زنده است و چند دقیقه طول می کشد و با بلع، سرفه، صحبت کردن و یا خندیدن آغاز می شود.



شکل ۳-۸ تصویر مسیر (نارنجی) عصب گلو سوفارنژیال. عصب تامین کننده ی حس شاخه های حلق، گوش میانی و یک سوم خلفی زبان (شامل حس چشایی)