

● مقاله تحقیقی کد مقاله: ۰۳۰

الگوهای ارجاع و قصورهای پزشکی انجام شده در مبتلایان به بیماری‌های مخاط دهان، قبل از مراجعه به کلینیک بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی کرمان

چکیده

زمینه: متأسفانه هنوز بسیاری از پزشکان و حتی برخی از دندانپزشکان با بیماری‌های مخاط دهان آشنایی کافی ندارند و این امر موجب می‌گردد که بسیاری از مبتلایان به بیماری‌های دهان قبل از مراجعه به متخصصان این رشتہ تحت درمان‌های نامناسب قرار گیرند. این اقدامات غلط باعث می‌گردد وقت و هزینه زیادی از بیماران تلف شده و گاهی عوارض جبران ناپذیری برای بیمار به بار آید. هدف از انجام این مطالعه بررسی نوع و فراوانی قصورهای پزشکی انجام شده و در صورت امکان پیدا کردن راهکارهای مناسب برای حل این مشکل می‌باشد.

روشن کار: این تحقیق یک پژوهش توصیفی و مقطعی است که در آن پروندهای ۷۳۵ بیمار که از سال ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۵ با شکایت از مشکلات مخاط دهان به بخش تخصصی بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی کرمان مراجعه نموده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. پس از ارزیابی کلیه پروندها و تکمیل فرم‌های اطلاعاتی، داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS V.17 آنالیز گردید.

یافته‌ها: نتایج بدست آمده نشان داد که میانگین فاصله زمانی بین بروز علیم بیماری در مخاط دهان تا مراجعه به بخش بیماری‌های دهان 14 ± 4 ماه بود. ۴۵ درصد از بیماران جهت درمان ضایعات مخاط دهان ابتدا به پزشک و $36/2$ درصد از این افراد ابتدا به دندانپزشک مراجعه نمودند. میزان قصور پزشکی ارتباط معنی‌داری را با تعداد و نوع ضایعات نشان داد ($P < 0.05$). این مطالعه همچنین نشان داد که برای $37/6$ درصد از بیماران قبل از مراجعه به بخش بیماری‌های دهان درمان (های) نادرست صورت گرفته است. بالاترین میزان قصور پزشکی در مبتلایان به لیکن پلان و پمفیگوس دهانی رخ داده بود.

نتیجه‌گیری: درصد بالای درمان نادرست انجام شده برای ضایعات مخاط دهان در مطالعه حاضر و همچنین فاصله زمانی بسیار زیاد میان شروع علائم بیماری‌های دهان تا مراجعه به متخصص بیماری‌های دهان ضرورت انجام اقدامات جدی را خاطر نشان می‌سازد. این اقدامات باید درجهت اصلاح الگوی ارجاع مبتلایان به ضایعات مخاط دهان و کاهش عوارضی که متعاقب قصور پزشکی متوجه بیماران می‌گردد، صورت گیرد.

واژگان کلیدی: درمان نادرست، بیماری‌های دهان، ارجاع



دکتر نادر فوابی ۱

دکتر گلی چمنی *۲

دکتر محمد رضا زارعی ۲

دکتر پوریا جلالی ۳

۱. استادیار گروه بیماری‌های دهان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۲. دانشیار گروه بیماری‌های دهان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۳. دندانپزشک، پژوهشگر

* نشانی نویسنده مسؤول: کرمان، خیابان شفا، دانشکده دندانپزشکی، گروه بیماری‌های دهان

تلفن: ۰۳۴۱۲۱۱۸۰۷۱-۰۳۴۱۲۱۱۹۰۲۱

نشانی الکترونیکی:

golichamani@yahoo.Com

مقدمه

در سال ۲۰۰۰ تحقیقی توسط Hollows و همکاران در انگلیس در مورد علل تأخیر در ارجاع و درمان مبتلایان به اسکواموس سل کارسینومای دهان انجام شد. این محققان دریافتند که پزشکان بیشتر از دندانپزشکان تمایل به ارجاع مبتلایان به سرطان دهان به درمانگاه‌های تخصصی دارند (۵۶٪ در مقابل ۳۶٪). بعضی از پزشکان و دندانپزشکان بیمار را در ابتدا به متخصص مناسب معرفی نکرده بودند و این امر باعث ارجاع غیر مستقیم و تأخیر در درمان شده بود [۸].

دلاوریان و زوار (۱۳۸۳) به بررسی الگوها و علل مراجعه به بخش بیماری‌های دهان داشکده دندانپزشکی مشهد پرداختند. اکثر بیماران به دلیل مشکلات دندانی و تعداد کمتری به دلیل عالیم یا نشانه‌های بیماری‌های مخاط دهان مراجعه کرده بودند. متوسط زمان سپری شده از هنگامی که بیمار متوجه ضایعه شده بود تا زمان معرفی یا مراجعه به کلینیک بیماری‌های دهان ۱۷/۰۷ (با محدوده ۱-۱۹۲) ماه بود. محققان نتیجه گرفتند که این بیماران به دلایل مختلف از جمله عدم رعایت اصول استاندارد معاینه و تشخیص توسط پزشکان یا دندانپزشکان به موقع به کلینیک بیماری‌های دهان مراجعه نمی‌کنند [۱].

بیماری‌های دهان یکی از رشته‌های تخصصی دندانپزشکی است که درمان ضایعات مخاطی در دامنه فعالیت متخصصان این رشته می‌باشد. این ضایعات ممکن است جزو ضایعات موضوعی مخاط دهان، بیماری‌های پوستی مخاطی و یا تظاهر بیماری‌های سیستمیک مختلف باشند.

متاسفانه، هنوز بسیاری از پزشکان و حتی برخی از دندانپزشکان با محدوده توانایی، عملکرد و امکانات درمانی رشته بیماری‌های دهان آشنایی کافی ندارند. این موضوع در کنار عدم آموزش بیماری‌های مخاط دهان به دانشجویان پزشکی و فقدان آشنایی دقیق متخصصان رشته‌های مختلف پزشکی با این بیماری‌ها موجب می‌گردد که برای بسیاری از مبتلایان به ضایعات دهان اقدامات تشخیصی نادرست و غیر ضروری و یا درمان‌های نامناسب انجام بگیرد. این اقدامات غلط باعث می‌گردد وقت و هزینه زیادی از بیماران و سازمان‌های بیمه‌گر تلف شود و گاهی عوارض جبران‌ناپذیری برای بیمار به بار آید. به عنوان مثال، تأخیر در تشخیص ضایعات بدخیم و یا بیماری‌های تاولی دهان ممکن است حتی منجر به مرگ بیمار شود.

چمنی و همکاران (۱۳۸۱) میزان آگاهی و مهارت تشخیصی ایتربن‌های پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی کرمان و زاهدان را در مورد بیماری‌های شایع دهان سنجیدند. این مطالعه نشان داد که نمره آگاهی (۳/۶۵ از ۶) و مهارت تشخیصی (۵/۷ از ۹) دانشجویان

تمام سعی و تلاش جامعه پزشکی براین است که سلامتی را تا حد ممکن برای بیماران خود تامین نماید و این مهم جز با مراجعتی به موقع، تشخیص سریع و درمان صحیح امکان‌پذیر نمی‌باشد [۱]. روند ارجاع می‌تواند نقش بسیار مهمی در کیفیت و تعدیل هزینه‌های درمان داشته باشد. استفاده درست از سیستم ارجاع باعث تشخیص و درمان سریع و صحیح بیماری‌ها می‌شود. از طرف دیگر عدم ارجاع و یا ارجاع نادرست می‌تواند باعث انجام درمان‌ها و یا درخواست آزمایشات پر هزینه و بی‌فایده شود [۲].

قصور پزشکی به اقدامی گفته می‌شود که از استانداردهای پذیرفته شده برای درمان بیماران برخوردار نیست و باعث صدمه به بیمار و یا اتلاف وقت و هزینه می‌گردد [۳]. انواع قصورهای پزشکی عبارتند از: ۱- بی‌مبالاتی -۲- بی‌احتیاطی -۳- عدم به کار بستن مهارت -۴- عدم رعایت قوانین حرفه‌ای [۴].

نتایج تحقیقی که از سال ۱۹۸۵ تا ۲۰۰۰ در مورد درمان‌های غلط انجام شده برای بیماران مراجعه‌کننده به پزشکان (به علت هر نوع بیماری) در آمریکا انجام شد، نشان داد که ۶۸٪ خطاهای در بیمارانی رخ داده است که به صورت سریعی تحت درمان قرار گرفته‌اند و این خطاهای منجر به مرگ ۱۲۰۰ نفر شده است [۵].

بیمارانی که دچار ضایعات دهانی می‌باشند، با مشکلات بسیاری روبرو هستند که تأخیر در تشخیص و درمان از جمله مهم‌ترین آنها می‌باشد [۱]. در تحقیقی که Jovanovic و همکاران در سال ۱۹۹۲ در هلند در رابطه با الگوی ارجاع در مبتلایان به ضایعات مخاط دهان انجام دادند، مشخص شد که پزشکان خانواده این بیماران را به جای دندانپزشک بیشتر به متخصصان رشته‌های مختلف پزشکی معرفی می‌کنند. این در حالی است که در اکثر دوره‌های تشخیصی پزشکی ساختمان دهان و بیماری‌های این قسمت از بدن به طور دقیق و بعنوان سرفصلی مستقل آموزش داده نمی‌شود [۶].

نتایج تحقیقی که در سال ۱۹۹۹ توسط Haberland و همکاران در رابطه با الگوی ارجاع به کلینیک پاتولوژی دهان در آمریکا انجام شد، نشان داد که ۵۵٪ از موارد ارجاع توسط دندانپزشکان و ۴۵٪ توسط پزشکان انجام گرفته است و سه بیماری کاندیدیازیس، سندروم سورش دهان و لیکن پلان شایع‌ترین دلیل معرفی بیماران به این کلینیک تخصصی بوده‌اند. این مطالعه نشان داد که متوسط زمانی که از هنگام ظهور سمت‌تومهای اولیه تا هنگام ارزیابی بیمار توسط پاتولوژیست دهان تلف می‌شود، حدود ۱۵ ماه است [۷].



بیمارانی که پرونده آنها ناکامل بود یا برای ادامه درمان مراجعت نکرده بودند، از مطالعه حذف شدند. در مورد مصرف داروهای گیاهی، مواردی که داروی گیاهی به صورت خود سرانه توسط بیمار استفاده شده بود، قصور پزشکی تلقی نمی‌شد ولی در صورتی که داروهای گیاهی تجاری توسط پزشک یا دندانپزشک تجویز شده بودند، بررسی لازم در مورد ضرورت یا عدم ضرورت تجویز دارو و قصور پزشکی احتمالی انجام می‌شد. پس از ارزیابی کلیه پروندها و تکمیل فرم‌های مربوطه و یکسان سازی فرم‌های اطلاعاتی، داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS V.17 با استفاده از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و آزمون مجدول کای آنالیز گردید.

یافته‌ها

در این پژوهش، پرونده ۷۳۵ فرد مبتلا به بیماری‌های دهان مورد بررسی قرار گرفت. ۵۸۴ درصد از این بیماران زن و ۴۲۶ مرد بودند. دامنه سنی بیماران جامعه پژوهش بین ۱ تا ۹۱ سال و میانگین سنی آنها 57.5 ± 37 بود. نتایج تحقیق حاضر نشان داد که برای ۳۷۶ درصد از بیماران (۲۸۳ نفر) درمان نادرست یا غیرضروری انجام شده است. درمان‌های نادرست، در مجموع توسط ۳۰۳ نفر انجام شده بود و ۷۰۷ درصد از این درمان‌ها توسط پزشکان و دندانپزشکان عمومی و به نسبت مساوی صورت گرفته بود. ۲۲۴ مورد اقدام تشخیصی یا درمانی نادرست در ۲۸۳ بیماری که مورد قصور پزشکی قرار گرفته بودند، صورت گرفته بود که در این میان عدم ارجاع ضروری (۵۷٪) و عدم انجام بیوپسی ضروری (۵۱٪) از بقیه شایع تر بودند (جدول ۱). میزان درمان نادرست در بیماران مذکور و مؤنث تقریباً مشابه بود (۳۵٪ درصد در مقابل ۳۹٪ درصد) و از این بابت تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. میزان درمان‌های نادرست در گروه‌های سنی مختلف نیز تفاوت معنی‌داری را نشان نداد.

میزان درمان‌های غیر صحیح انجام شده با توجه به نوع ضایعه تفاوت معنی‌داری داشت ($P < 0.05$) (جدول ۲). بیشترین درمان نادرست برای لیکن پلان و پمیگوس دهان و کمترین درمان نادرست برای ضایعات پیگماته و اگروفیتیک صورت گرفته بود. در بیمارانی که ضایعات دهانی منتشر داشتند و سطوح مخاطی بیشتری در آنها گرفتار شده بودند، درمان نادرست انجام شده به صورت معنی‌دار بیشتر از بیمارانی بود که پراکندگی ضایعات آنان کمتر بود ($P < 0.05$). میانگین فاصله زمانی بین بروز علایم بیماری تا مراجعة به بخش بیماری‌های دهان 14.5 ± 4.0 ماه بود. این زمان

مورد مطالعه در سطح قابل قبول نمی‌باشد [۹]. تاکنون، تحقیقی در مورد شیوع و انواع قصورهای پزشکی در بیماران دچار بیماری‌های مخاط دهان در ایران انجام نشده است. هدف از انجام مطالعه حاضر بررسی نوع و فراوانی قصورهای پزشکی انجام شده و در صورت امکان پیدا کردن راهکارهای مناسب برای حل این مشکل می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این تحقیق یک پژوهش توصیفی، مقطعی و گذشتمنگر (retrospective cross-sectional) است که در آن پرونده‌ی ۷۳۵ بیمار که از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۸ با شکایت از مشکلات مخاط دهان به بخش تخصصی بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی کرمان مراجعه نموده بودند، به صورت سرشاری مورد بررسی قرار گرفت (کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کرمان با شماره ۷۶/۸۶/کا این مطالعه را تصویب نموده است).

ابتدا برای تمام بیماران فرم شماره یک شامل اطلاعات مربوط به خصوصیات دموگرافیک (سن و جنس)، علت مراجعة، مراجعات قبلی به سایر مراکز جهت درمان، درمان‌های انجام شده و نوع و جایگاه ضایعه تکمیل گردید. در صورتی که درمان غلط برای بیمار انجام شده بود، فرم شماره دو نیز تکمیل می‌گردید. در فرم شماره ۲ فاصله زمانی بین شروع بیماری و مراجعة به بخش بیماری‌های دهان (بر اساس گزارش بیمار)، درجه علمی و رشته افرادی که درمان غلط انجام داده بودند، تعداد دفعاتی که درمان غلط انجام شده بود، درمان دارویی نادرست (تجویز داروهای نامناسب سیستمیک، موضعی و یا گیاهی)، درمان نادرست غیر دارویی (درمان‌های دندانپزشکی غیر ضروری - عدم انجام درمان‌های ضروری)، عدم ارجاع ضروری بیمار و یا ارجاع به فرد با تخصص غیر مرتبط، اقدامات تشخیصی نادرست (عدم انجام بیوپسی ضروری، انجام بیوپسی غیر ضروری و عدم درخواست آزمایشات ضروری) مورد بررسی قرار می‌گرفت. فرم‌های مورد نظر توسط دو نفر از متخصصان بیماری‌های دهان پس از انجام مطالعه پایلوت بر روی ۱۰۰ عدد پرونده طراحی شد. پرونده‌ها ابتدا توسط دو نفر از متخصصان بیماری‌های دهان که از نظر یکدیگر اطلاعی نداشتند، بررسی می‌شد و فرم شماره یک و در صورت وجود قصور پزشکی فرم شماره دو برای هر بیمار تکمیل می‌گردید. سپس در مواردی که اتفاق نظر وجود نداشت، پرونده بیماران مجدداً جهت بحث و بررسی و رسیدن به توافق نهایی مورد ارزیابی قرار می‌گرفت.

بديهی است که با حذف هزينه‌های زايد مربوط به اين چرخه معیوب می‌توان توسعه و پیشرفت قابل توجهی در سیستم درمانی ايجاد نمود.

در مطالعه حاضر، ميانگين فاصله زمانی بين بروز عاليم بيماري تا مراجعيه به بخش بيماري های دهان ۲۴/۷ ماه (۲ سال) بود. اين رقم در مطالعه Haberland در آمريكا ۱۵ ماه يعني ۶۰ درصد زمان تلف شده برای بيماران پژوهش حاضر می‌باشد [۷]. تشخيص زود هنگام ضایعات دهانی فرست درمان موفق‌تر با عوارض جانبی کمتر را فراهم می‌کند. مطالعه حاضر نشان داد که درمان بيماري هایي مانند ضایعات برجسته و پیگمانته مخاط دهان با قصور پژشكی کمتری همراه می‌باشد. شايد بتوان گفت که علت اين وضعیت محدود بودن روش‌های تشخیصی و درمانی این قبیل ضایعات می‌باشد. بر عکس، در بيماري هایي مانند لیکن پلان و پمیگوس که دارای طیف تشخیص افتراقی وسیع‌تری می‌باشند و روش‌های درمانی مختلفی نیز برای آنها وجود دارد، قصور پژشكی بيشتری ملاحظه گردید. اين موضوع بيان گر ضعف جامعه پژشكی در برخورد با چنین بيماراني می‌باشد که ممکن است بتوان ریشه آن را در آموزش نامناسب دوره عمومی یا تخصصی یافت. شایان ذکر است که قصور پژشكی در تشخیص و درمان چنین بيماري هایي ضمن اثر منفی بر روی کیفیت زندگی بيمار، ممکن است به انتشار بيماري و گاه مرک بيمار متنه شود. لذا، پزشكان و دندانپزشكان باید با ارجاع صحيح و به موقع فرست طالبي تشخيص و درمان را در زمانی که ضایعات هنوز محدود به دهان می‌باشند، به بيمار بدهنند [۱۰].

مطالعه حاضر نشان داد که در نيمی از موارد بيوپسي ضروري برای بيمار انجام نشده است. انجام بيوپسي از ارزشمندترین روش‌های تشخيص ضایعات مخاط دهان است که توسط متخصصان بيماري های دهان با داشتن امكانات و وسائل مناسب به صورت ايده‌آل صورت می‌گيرد. متأسفانه، انجام بيوپسي توسط اکثر پزشكان و دندانپزشكان نادیده گرفته می‌شود. در بسياری از موارد نیز به علت عدم انتخاب محل صحيح برای نمونه‌برداری و يا نحوه برداشت غيرصحيح، بيوپسي بي‌نتيجه بوده و تکرار آن ضروري می‌باشد [۱۱]. در مطالعه Diamanti، اکثر دندانپزشكان تمایلی برای انجام بيوپسي از ضایعات دهانی نداشتند و علت آن را فقدان مهارت عملی و احتمال بروز خطا در گذاشتن تشخیص افتراقی قبل از انجام بيوپسي بيان کرده بودند [۱۰].

در مطالعه حاضر، ۳۶/۲ درصد از بيماراني که دچار بيماري دهان بودند، قبل از مراجعيه به بخش بيماري های دهان به يك دندانپزشك عمومي و ۴۶ درصد از آنان حداقل به يك پزشك مراجعيه کرده بودند. در مطالعه Haberland، بيماران مورد مطالعه قبل از مراجعيه

در بيماراني که درمان نادرست دریافت کرده بودند (۲۱/۸۷±۳/۳۸ ماه)، با کسانی که قصور پژشكی برای ايشان انجام نشده بود (۲۵/۲۷±۴/۳۱ ماه)، مقایسه گردید ولی تفاوت معنی‌داری ملاحظه نشد. به عبارت ديگر ميان فاصله زمانی شروع عاليم بيمار تا مراجعيه وي و ميزان قصور پژشكی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($P>0.50$).

بررسی الگوی ارجاع بيماران نشان داد که ۵۰/۲ درصد از بيماران به بخش بيماري های دهان معرفی شده بودند. ۴۷/۱ درصد از بيماران به تشخيص خود به اين بخش مراجعيه کرده بودند و ۲/۷ درصد از بيماران نيز که از وجود ضایعه دهانی بى اطلاع بودند، در جريان معاینه روتين بطور تصادفي در بخش شناسایي شده بودند. ۳۴/۴ درصد از بيماران قبل از مراجعيه به بخش بيماري های دهان جهت درمان به يك پزشك، ۹/۷ درصد به دو پزشك، ۱/۵ درصد به سه پزشك و سه نفر (۰/۴ درصد) به چهار پزشك مراجعيه کرده بودند. ۴۹/۸ درصد از بيماران قبل از مراجعيه به بخش يا به پزشك مراجعيه نکرده بودند و يا احتمالاً اين مورد در پرونده آنها ثبت نشده بود. ۳۶/۲ درصد از بيماران قبل از مراجعيه به بخش بيماري های دهان، جهت درمان به دندانپزشك عمومي مراجعيه کرده بودند و مراجعيه به دندانپزشك متخصص تنها توسط ۸ درصد از بيماران صورت گرفته بود. در بين تخصص‌های پژشكی، بيشترین مراجعيه به متخصصان پوست (۱۰/۲ درصد)، گوش، حلق، و بیني (۷/۳ درصد)، و داخلی (۶/۷ درصد) صورت گرفته بود. بيشترین ميزان مراجعيه قبلی در بين متخصصان دندانپزشكی به ترتيب به جراح لثه و صورت، جراح لثه و متخصص بيماري های دهان (به ترتيب ۲/۷، ۲/۷ و ۲ درصد) صورت گرفته بود.

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر، فراوانی درمان‌های غلط انجام شده قبل از مراجعيه به بخش بيماري های دهان دانشکده دندانپزشكی کرمان مورد بررسی قرار گرفت و با بررسی ۷۳۵ پرونده در ۳۷/۶ درصد از بيماران انجام درمان‌های نادرست قبلی مشاهده گردید.

انجام قصور پژشكی علاوه بر متضرر شدن بيمار، بار اضافه‌ای بر سیستم بهداشتی و درمانی کشور تحمیل می‌نماید. با توجه به اینکه تحقیق حاضر نشان داد که براي بيش از ۳۰ درصد از مبتلایان به ضایعات دهانی درمان غلط انجام شده است، می‌توان پیش‌بینی نمود که به کار بستن تمهیدات لازم برای اصلاح وضعیت کنونی تأثیر شگرفی در هزينه‌های درمانی تحمیل شده بر دولت خواهد داشت.

دارند، وجود داشته باشد. وجود این ارتباط سبب می‌گردد که با ارجاع صحیح و به موقع، بر کیفیت درمان بیماران افزوده گردد. در این میان به نقش مهم دندانپزشکان عمومی نیز باید اشاره نمود. اکثر بیماران سالانه ۱-۲ بار به دندانپزشک خود مراجعه می‌کنند و معاینه دقیق مخاط دهان توسط دندانپزشک می‌تواند منجر به تشخیص زودرس و درمان مناسب بسیاری از موارد بیماری‌های دهان گردد. در مطالعه حاضر، ۳۶/۲ درصد از بیماران به دندانپزشک عمومی مراجعه کرده بودند. در مطالعه Farah نیز ۸۲ درصد از کل موارد ارجاع توسط دندانپزشک عمومی صورت گرفته بود [۱۲]. در مطالعه Sardella، پزشکان و دندانپزشکان عمومی که بیمار را به بخش بیماری‌های دهان معرفی کرده بودند، در بیش از ۵۰ درصد از موارد نتوانسته بودند به تشخیص بالینی صحیحی برای ضایعات مخاطی دهان برسند [۱۳]. در مطالعه Lydatt نیز تشخیص صحیح برای ۸۶ درصد از بیماران مبتلا به سرطان دهان داده نشده بود. پزشکان عمومی، دندانپزشکان و متخصصین گوش و حلق و بینی به ترتیب در ۱۰۰، ۸۵ و ۸۹ درصد از موارد تشخیص صحیح نداده بودند. نکته قابل توجه در مطالعه Lydatt این بود که اکثر موارد درمان نادرست مرتبط با سرطان دهان به افراد جوان (زیر ۴۷ سال) تعلق داشت [۱۴]. درمان نادرست در رابطه با ضایعاتی مانند سرطان دهان خسارات جبران‌ناپذیری را متوجه بیماران می‌نماید و در برخی از موارد با ضعیفتر نمودن پیش‌آگهی بیماری شناس بهمود را به طور کامل از بیماران می‌گیرد [۱۵].

به متخصص بیماری‌های دهان به طور متوسط توسط ۲/۲ نفر از اعضای تیم پزشکی (پزشک یا دندانپزشک) ویزیت شده بودند [۷]. به نظر می‌رسد حتی در برخی از کشورهای دیگر نیز درصد قابل توجهی از بیماران از وجود رشته متخصص بیماری‌های دهان بی‌اطلاع هستند و جهت درمان بیماری‌های مخاط دهان به پزشکان، دندانپزشکان عمومی، و یا پزشکان متخصص گوش و حلق و بینی و پوست مراجعه می‌کنند. با توجه به فقدان دروس مستقل نظری و عملی در زمینه بیماری‌های دهان، به ویژه در رشته پزشکی و متخصص‌های وابسته به آن، چنین نگرشی زمینه را برای درمان‌های نادرست و غیر ضروری و تحملی هزینه‌های بی‌مورد به دولت و بیمار فراهم می‌کند [۱۱ و ۱۲].

یکی از محدودیت‌های تحقیق حاضر عدم امکان بررسی دقیق منابع ارجاع بود. در مطالعه حاضر، ۵۰/۲ درصد از بیماران بررسی شده به بخش بیماری‌های دهان معرفی شده بودند. اما در اکثر پروندها منبع ارجاع به وضوح مشخص نبود. در تحقیق Farah در میان دندانپزشکان متخصص، بالاترین میزان ارجاع مربوط به متخصصان پریودانتیکس (۳۵ درصد) و در میان پزشکان متخصص بالاترین میزان ارجاع مربوط به متخصصان گوش، حلق و بینی (۳۹/۷ درصد) بود [۲۱]. در مطالعه Haberland نیز ۵۵ درصد از موارد ارجاع مربوط به دندانپزشکان و ۴۵ درصد آن از سوی پزشکان بود که باز هم بیشترین موارد ارجاع از سوی متخصصان پریودانتیکس (۱۷ درصد) و گوش و حلق و بینی (۲۹ درصد) صورت گرفته بود [۷].

به نظر می‌رسد سیستم درمانی باید به گونه‌ای طراحی شود که تعامل بیشتر و ارتباط حرفة‌ای نزدیک‌تر میان آن دسته از متخصص‌های پزشکی و دندانپزشکی که حیطه‌های کاری مشترکی


مراجع

- 1- Delavarian Z, Zavvar S .An evaluation on patterns and causes of referring patients to oral diseases and diagnosis Department of Mashhad Dental Faculty from September to December 2000 . The Journal of Islamic Dental Association of Iran 2004; 49(16): 62-70. [In Persian]
- 2- Shea D, Stuart B ,Vasey J ,and Nag S .Medicare physician referral patterens. Health serv Res 1999;34:331-348.
- 3- Medical malpractice From Wikipedia ,the free encyclopedia. (http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_malpractice).
- 4- Kiani M . Medical malpractice .Iranian Journal of Dermatology 2004;27(7): 199-195. [In Persian]
- 5- Malpractice claim reports can help direct prevention Of medical errors (<http://www.aafp.org/online/en/home/press/aafpnewsreleases/april/malpractice.html>).
- 6- Jovanovic A, Schulten EA, Van der waal I. Referral pattern of patients with oral mucosal lesions in the Netherlands. Community Dent Oral Epidemiol 1992;20(2):94-96.
- 7- Haberland Cm, Allen CM ,Michael B F. Referral patterns, lesion prevalence, and patient care parameteres in a clinical oral pathology practice. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1999;87:583-538.
- 8- Hollows SP, McAndrew PG, Perini MG. Delays in the referral and treatment of oral squamous cell carcinoma. British Dental Journal 2000 ; 188:262-265.
- 9- Chamani G, Zarei MR, Nemati H. A study of the level of awareness & diagnostic skills of medical interns regarding common oral diseases and their manifestations at the medical colleges of Kerman and Zahedan Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services 2003;2(11): 59-51.[In Persian]
- 10- Diamanti N, Duxbury AJ, Ariyaratnam S, Macfarlane TV. Attitudes to biopsy procedures in general dental practice. British Dental Journal 2002; 192(10):588-592.
- 11- Glick M, Greenberg MS, Ship JA. Burkett's Oral Medicine. 11th ed. Hamilton: BC Decker Inc.2008; 62-64.
- 12- CS Farah, Simanovic B, Savage NW. Scope of practice, referral patterns and lesion occurrence of an oral medicine service in Australia. Oral Diseases 2008 ;14:367–375.
- 13- Sardella A, Demarosi F, Lodi G, Canegallo L, Rimondini L, Carrassi A. Accuracy of referrals to a specialist oral medicine unit by general medical and dental practitioners and the educational implications. J Dent Educ 2007; 71(4): 487- 491.
- 14- Lydiatt DD. Medical malpractice and head and neck cancer. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2004;12(2):71-75.
- 15- Lydiatt DD. Cancer of the oral cavity and medical malpractice. Laryngoscope. 2002 May;112(5):816-819.

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی قصور پزشکی انجام شده در بیماران مورد بررسی

درصد	تعداد	نوع درمان یا اقدام نادرست
۱/۴	۳	ارجاع نادرست
۵۷/۲	۱۶۲	عدم ارجاع ضروری
۰/۳۵	۱	درخواست غیر ضروری رادیوگرافی
۷/۱	۲۰	انجام درمان‌های دندانپزشکی غیر ضروری
۳۰/۷	۸۷	درمان ناقص
۴۴/۲	۱۲۵	تجویز داروی سیستمیک
۳۷/۱	۱۰۵	"" داروی موضعی
۲/۸	۸	"" داروی گیاهی
۵۱/۹	۱۴۷	عدم انجام بیوبسی
۱/۴	۴	انجام بیوبسی غیر ضروری
۲/۸	۸	برداشت ناکامل ضایعه
۳/۵	۱۰	بی گیری بی مورد بیمار
۱/۸	۵	درخواست آزمایشات غیر ضروری
۱۳/۸	۳۹	عدم درخواست آزمایشات ضروری
-	۷۳۴	کل

جدول ۲: میزان قصور پزشکی صورت گرفته در ضایعات مختلف بیماران

ضرایعه	قصور پزشکی		بلی	خیر	درصد	تعداد
	درصد	تعداد				
لیکن پلان	۳۶	۳۶	۷۳/۵	۱۳	۲۶/۵	
پمفیگوس	۱۳	۷۲/۲	۷۲/۲	۵	۲۷/۸	
آفت	۴۴	۴۲/۳	۴۲/۳	۶۰	۵۷/۷	
سایر انواع زخم	۲۲	۳۸/۶	۳۸/۶	۳۵	۶۱/۴	
ضایعه سفید	۵۵	۴۴/۴	۴۴/۴	۶۹	۵۵/۶	
پیگماتاسیون	۰	۰	۰	۱۷	۱۰۰	
اگزوفیتیک	۶۹	۲۳/۹	۲۳/۹	۲۲۰	۷۶/۱	
داخل استخوانی	۲۶	۴۵/۶	۴۵/۶	۳۱	۵۴/۴	
سایر موارد	۱۰	۵۰	۵۰	۱۰	۵۰	