

مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۲۷، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۸: ۳۲۳-۳۱۷

● 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 رشته 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.

روش کار: این تحقیق یک پژوهش توصیفی و مقطعی است که در آن پرونده‌ی 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 پرونده‌ها 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 علائم بیماری در مخاط دهان تا مراجعه به بخش بیماری‌های دهان $24/05 \pm 4/14$ ماه بود. ۴۵ درصد از بیماران جهت درمان ضایعات مخاط دهان ابتدا به پزشک و ۳۶/۲ درصد از این افراد ابتدا به دندانپزشک مراجعه نموده بودند. میزان قصور پزشکی ارتباط معنی‌داری را با تعداد و نوع ضایعات نشان داد ($P < 0/05$). این مطالعه همچنین نشان داد که برای ۳۷/۶ 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 در جهت 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 نوابی ۱

دکتر گلی چمنی *۲

دکتر محمدرضا 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 مسؤؤل:
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].

دلوریان و زوار (۱۳۸۳) به بررسی الگوها و علل مراجعه به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد پرداختند. اکثر بیماران به دلیل مشکلات دندانی و تعداد کمتری به دلیل علائم 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 موضعی مخاط دهان، بیماری‌های پوستی مخاطی و یا تظاهر بیماری‌های سیستمیک مختلف باشند.

متأسفانه، 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 اینترن‌های 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 بر این است که سلامتی را تا حد ممکن برای بیماران خود تامین نماید و این مهم جز با مراجعه‌ی 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٪ خطاها در بیماری‌های رخ داده است که به صورت سرپایی تحت درمان قرار گرفته‌اند و این خطاها منجر به مرگ ۱۲۰۰۰ نفر شده است [۵].

بیمارانی که دچار ضایعات دهانی می‌باشند، با مشکلات بسیاری روبه‌رو 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 تخصصی پزشکی ساختمان دهان و بیماری‌های این قسمت از بدن به طور دقیق و بعنوان سر فصلی 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، سندرم سوزش دهان و لیکن پلان شایع‌ترین دلیل معرفی بیماران به این کلینیک تخصصی بوده‌اند. این مطالعه نشان داد که متوسط زمانی که از هنگام ظهور سمپتوم‌های اولیه تا هنگام ارزیابی بیمار توسط پاتولوژیست دهان تلف می‌شود، حدود ۱۵ ماه است [۷].



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 گذشته‌نگر (retrospective cross-sectional) است که در آن پرونده‌ی 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، به صورت سرشماری مورد بررسی قرار گرفت (کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کرمان با شماره ۸۶/۷۶/کا این مطالعه را تصویب نموده است).

ابتدا برای تمام بیماران فرم شماره یک شامل اطلاعات مربوط به خصوصیات دموگرافیک (سن و جنس)، علت مراجعه، 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 شماره‌ی ۲ فاصله زمانی بین شروع بیماری و مراجعه 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.

بیمارانی که پرونده آنها ناکامل بود یا برای ادامه درمان مراجعه 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 پرونده‌ها و تکمیل فرم‌های مربوطه و یکسان سازی فرم‌های اطلاعاتی، داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS V.17 و با استفاده از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و آزمون مجذور کای آنالیز گردید.

یافته‌ها

در این پژوهش، پرونده ۷۳۵ فرد مبتلا به بیماری‌های دهان مورد بررسی قرار گرفت. ۵۸/۴ درصد از این بیماران زن و ۴۲/۶ درصد مرد بودند. دامنه سنی بیماران جامعه پژوهش بین ۱ تا ۹۱ سال و میانگین سنی آنها $37/7 \pm 17/5$ بود. نتایج تحقیق حاضر نشان داد که برای ۳۷/۶ درصد از بیماران (۲۸۳ نفر) درمان نادرست یا غیرضروری انجام شده است. درمان‌های نادرست، در مجموع توسط ۳۰۳ نفر انجام شده بود و ۷۰/۷ درصد از این درمان‌ها توسط پزشکان و دندانپزشکان عمومی و به نسبت مساوی صورت گرفته بود. ۷۲۴ 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 (۵۷/۲ درصد) و عدم انجام بیوپسی ضروری (۵۱/۹ درصد) از بقیه شایع‌تر بودند (جدول ۱). میزان درمان نادرست در بیماران مذکر و مؤنث تقریباً مشابه بود (۳۵/۵ درصد در مقابل ۳۹/۶ 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 پمفیگوس دهان و کمترین درمان نادرست برای ضایعات پیگمانته و اگزوفیتیک 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 علائم بیماری تا مراجعه به بخش بیماری‌های دهان $24/05 \pm 4/14$ ماه بود. این زمان

بدیهی است که با حذف هزینه‌های زاید مربوط به این چرخه معیوب می‌توان توسعه و پیشرفت قابل توجهی در سیستم درمانی ایجاد نمود.

در مطالعه حاضر، میانگین فاصله زمانی بین بروز علائم بیماری تا مراجعه به بخش بیماری‌های دهان ۲۴/۷ ماه (۲ سال) بود. این رقم در مطالعه Haberland در آمریکا ۱۵ ماه یعنی ۶۰ درصد زمان تلف شده برای بیماران پژوهش حاضر می‌باشد [۷]. تشخیص زود هنگام ضایعات دهانی فرصت درمان موفق‌تر با عوارض جانبی کمتر را فراهم می‌کند. مطالعه حاضر نشان داد که درمان بیماری‌هایی مانند ضایعات برجسته و پیگمانته مخاط دهان با قصور پزشکی کمتری همراه می‌باشد. شاید بتوان گفت که علت این وضعیت محدود بودن روش‌های تشخیصی و درمانی این قبیل ضایعات می‌باشد. بر عکس، در بیماری‌هایی مانند لیکن پلان و پمفیگوس که دارای طیف تشخیصی افتراقی وسیع‌تری می‌باشند و روش‌های درمانی مختلفی نیز برای آنها وجود دارد، قصور پزشکی بیشتری ملاحظه گردید. این موضوع بیان‌گر ضعف جامعه پزشکی در برخورد با چنین بیماری‌هایی می‌باشد که ممکن است بتوان ریشه آن را در آموزش نامناسب دوره عمومی یا تخصصی یافت. شایان ذکر است که قصور پزشکی در تشخیص و درمان چنین بیماری‌هایی ضمن اثر منفی بر روی کیفیت زندگی بیمار، ممکن است به انتشار بیماری و گاه مرگ بیمار منتهی شود. لذا، پزشکان و دندانپزشکان باید با ارجاع صحیح و به موقع فرصت طلایی تشخیص و درمان را در زمانی که ضایعات هنوز محدود به دهان می‌باشند، به بیمار بدهند [۱۰].

مطالعه حاضر نشان داد که در نیمی از موارد بیوپسی ضروری برای بیمار انجام نشده است. انجام بیوپسی از ارزشمندترین روش‌های تشخیص ضایعات مخاط دهان است که توسط متخصصان بیماری‌های دهان با داشتن امکانات و وسایل مناسب به صورت ایده‌آل صورت می‌گیرد. متأسفانه، انجام بیوپسی توسط اکثر پزشکان و دندانپزشکان نادیده گرفته می‌شود. در بسیاری از موارد نیز به علت عدم انتخاب محل صحیح برای نمونه‌برداری و یا نحوه برداشت غیرصحیح، بیوپسی بی‌نتیجه بوده و تکرار آن ضروری می‌باشد [۱۱]. در مطالعه Diamanti، اکثر دندانپزشکان تمایلی برای انجام بیوپسی از ضایعات دهانی نداشتند و علت آن را فقدان مهارت عملی و احتمال بروز خطا در گذاشتن تشخیص افتراقی قبل از انجام بیوپسی بیان کرده بودند [۱۰].

در مطالعه حاضر، ۳۶/۲ درصد از بیماران که دچار بیماری دهان بودند، قبل از مراجعه به بخش بیماری‌های دهان به یک دندانپزشک عمومی و ۴۶ درصد از آنان حداقل به یک پزشک مراجعه کرده بودند. در مطالعه Haberland، بیماران مورد مطالعه قبل از مراجعه

در بیماری‌های دهان نادرست دریافت کرده بودند (۳۱/۸۷±۳/۳۸ ماه)، با کسانی که قصور پزشکی برای ایشان انجام نشده بود (۲۵/۲۷±۴/۳۱ ماه)، مقایسه گردید ولی تفاوت معنی‌داری ملاحظه نشد. به عبارت دیگر میان فاصله زمانی شروع علائم بیمار تا مراجعه وی و میزان قصور پزشکی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($P>0.5/0$).

بررسی الگوی ارجاع بیماران نشان داد که ۵۰/۲ درصد از بیماران به بخش بیماری‌های دهان معرفی شده بودند. ۴۷/۱ درصد از بیماران به تشخیص خود به این بخش مراجعه کرده بودند و ۲/۷ درصد از بیماران نیز که از وجود ضایعه دهانی بی‌اطلاع بودند، در جریان معاینه روتین بطور تصادفی در بخش شناسایی شده بودند. ۳۴/۴ درصد از بیماران قبل از مراجعه به بخش بیماری‌های دهان جهت درمان به یک پزشک، ۹/۷ درصد به دو پزشک، ۱/۵ درصد به سه پزشک و سه نفر (۰/۴ درصد) به چهار پزشک مراجعه کرده بودند. ۴۹/۸ درصد از بیماران قبل از مراجعه به بخش یا به پزشک مراجعه نکرده بودند و یا احتمالاً این مورد در پرونده آنها ثبت نشده بود.

۳۶/۲ درصد از بیماران قبل از مراجعه به بخش بیماری‌های دهان، جهت درمان به دندانپزشک عمومی مراجعه کرده بودند و مراجعه به دندانپزشک متخصص تنها توسط ۸ درصد از بیماران صورت گرفته بود. در بین تخصص‌های پزشکی، بیشترین مراجعه به متخصصان پوست (۱۰/۲ درصد)، گوش، حلق، و بینی (۷/۳ درصد)، و داخلی (۶/۷ درصد) صورت گرفته بود. بیشترین میزان مراجعه قبلی در بین متخصصان دندانپزشکی به ترتیب به جراح فک و صورت، جراح لثه و متخصص بیماری‌های دهان (به ترتیب ۲/۷، ۲/۷ و ۲ درصد) صورت گرفته بود.

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر، فراوانی درمان‌های غلط انجام شده قبل از مراجعه به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی کرمان مورد بررسی قرار گرفت و با بررسی ۷۳۵ پرونده در ۳۷/۶ درصد از بیماران انجام درمان‌های نادرست قبلی مشاهده گردید.

انجام قصور پزشکی علاوه بر متضرر شدن بیمار، بار اضافی بر سیستم بهداشتی و درمانی کشور تحمیل می‌نماید. با توجه به اینکه تحقیق حاضر نشان داد که برای بیش 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 هزینه‌های 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 ۲-۱ 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 شانس بهبود 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 تخصصی 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 تخصص‌های وابسته به آن، چنین نگرشی زمینه را برای درمان‌های نادرست و غیر ضروری و تحمیل هزینه‌های بی‌مورد به دولت و بیمار فراهم می‌کند [۱۱ و ۴].

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 پرونده‌ها 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 حرفه‌ای نزدیک‌تر میان آن دسته از تخصص‌های 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 paterrens. 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. Burket'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 Educ2007; 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		
نوع درمان یا اقدام نادرست	تعداد	درصد
ارجاع نادرست	۳	۱/۴
عدم ارجاع ضروری	۱۶۲	۵۷/۲
درخواست غیر ضروری رادیوگرافی	۱	۰/۳۵
انجام درمان‌های دندانپزشکی غیر ضروری	۲۰	۷/۱
درمان ناقص	۸۷	۳۰/۷
تجویز داروی سیستمیک	۱۲۵	۴۴/۲
داروی موضعی	۱۰۵	۳۷/۱
داروی گیاهی	۸	۲/۸
عدم انجام بیوپسی	۱۴۷	۵۱/۹
انجام بیوپسی غیر ضروری	۴	۱/۴
برداشت ناکامل ضایعه	۸	۲/۸
پی گیری بی مورد بیمار	۱۰	۳/۵
درخواست آزمایشات غیر ضروری	۵	۱/۸
عدم درخواست آزمایشات ضروری	۳۹	۱۳/۸
کل	۷۲۴	-

جدول ۲: میزان قصور پزشکی صورت گرفته در ضایعات مختلف بیماران				
ضایعه	بلی		خیر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
لیکن پلان	۳۶	۷۳/۵	۱۳	۲۶/۵
پمفیگوس	۱۳	۷۲/۲	۵	۲۷/۸
آفت	۴۴	۴۲/۳	۶۰	۵۷/۷
سایر انواع زخم	۲۲	۳۸/۶	۳۵	۶۱/۴
ضایعه سفید	۵۵	۴۴/۴	۶۹	۵۵/۶
پیگمانتاسیون	۰	۰	۱۷	۱۰۰
اکزوفیتییک	۶۹	۲۳/۹	۲۲۰	۷۶/۱
داخل استخوانی	۲۶	۴۵/۶	۳۱	۵۴/۴
سایر موارد	۱۰	۵۰	۱۰	۵۰