Original Article

Epidemiologic assessment of trigeminal neuralgia in patients referred to the Imam clinic of Hamedan city during 2013-2015

Ghiasian M[1], Daneshyar S[2*], Mazaheri Sh[1], Azimi H[1]

1- Department of Neurology, Faculty of Medicine, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, I. R. Iran.
2- Student Research Committee, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, I. R. Iran.

Received August 27, 2017; Accepted November 6, 2017

Abstract:

Background: Trigeminal neuralgia is the most common disease of the fifth cranial nerve. This study aimed at evaluating the epidemiology of patients with the trigeminal neuralgia referred to Imam Clinic in Hamedan City, Iran.

Materials and Methods: In this descriptive cross-sectional study, 40 patients with trigeminal neuralgia symptoms were studied. Diagnosis of patients was made based on the history, physical examination and paraclinical tests.

Results: This study was conducted on 27 (67.5%) females and 13 (32.5%) males with the mean ages of 43.3±16.9 and 51.7±21.5 years, respectively (P=0.526).The incidence of this disease was higher among young women than others. The right side involvement was detected in 47.5%, left side involvement in 40% and bilateral involvement in 12.5% of the cases. Regarding the engaged nerve branch, simultaneous engagement of maxillary and mandibular nerves was seen in 47.5%, mandibular in 27.5%, maxillary in 20%, and ophthalmic in 5% of the individuals. The primary causes were seen in 42.5% and secondary causes in 57.5% of the cases. Among the secondary causes, face surgery and multiple sclerosis had the highest rate (39.1%), followed by tumors (21.7%). Also, 65% of the patients had normal MRI and 35% had abnormal one.

Conclusion: Due to the similar symptoms of the disease such as dental pain, and also maxillofacial surgery in the elderly as one of the most common secondary causes of this disease, facial surgeons and dentists should know more about this disease to avoid unnecessary surgeries.

Keywords: Neuralgia, Trigeminal nerve, Facial pain

*** Corresponding Author.**
Email: s.danshyar72@yahoo.com
Tel: 0098 936 653 1472
Fax: 0098 81 3450 4402

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, February, 2018; Vol. 21, No 6, Pages 596-601

Please cite this article as: Ghiasian M, Daneshyar S, Mazaheri Sh, Azimi H. Epidemiologic assessment of trigeminal neuralgia in patients referred to the Emam clinic of Hamedan city during 2013-2015. ***Feyz*** 2018; 21(6): 596-601.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-15]

بررسی اپیدمیولوژیک نورالژی تریژمینال در بیماران مراجعه کننده به کلینیک امام شهر همدان طی سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۴

مسعود غیاثیان [۱]، سجاد دانشیار [۲*]، شهیر مظاهری [۳]، حسنا عظیمی [۴]

خلاصه:

سابقه و هدف: نورالژی تریژمینال شایع‌ترین بیماری عصب زوج پنج مغزی است. این مطالعه به‌منظور بررسی اپیدمیولوژیک نورالژی تریژمینال در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک امام صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-مقطعی ۴۰ بیمار با علایم نورالژی تریژمینال مورد مطالعه قرار گرفتند. تشخیص بیماران بر اساس شرح حال و معاینه فیزیکی و تست‌های پاراکلینیک صورت گرفت.

نتایج: در این مطالعه ۲۷ زن (۶۷/۵ درصد) و ۱۳ مرد (۳۲/۵ درصد) با میانگین سنی به‌ترتیب ۱۶/۹±۴۳/۳ و ۲۱/۵±۵۱/۷ سال بررسی شدند (P=۰/۵۲۶). بروز بیماری در زنان در سنین پایین‌تر دیده شد. درگیری سمت راست در ۴۷/۵ درصد افراد، سمت چپ در ۴۰ درصد موارد و درگیری هردو سمت در ۱۲/۵ درصد افراد مشاهده شد. از نظر شاخه درگیر، همراهی دو شاخه ماگزیلاری و مندیبولار در ۴۷/۵ درصد، مندیبولار در ۲۷/۵ درصد، ماگزیلاری در ۲۰ درصد و افتالمیک در ۵ درصد افراد وجود داشت. علل اولیه در ۴۲/۵ درصد موارد و علل ثانویه در ۵۷/۵ درصد موارد مشاهده شد و در بین علل ثانویه، جراحی صورت و بیماری اماس با شیوع ۳۹/۱ درصد، و تومورها با شیوع ۲۱/۷ درصد از علل اصلی بودند. همچنین، ۶۵ درصد بیماران MRI طبیعی و ۳۵ درصد بیماران MRI غیرطبیعی داشتند.

نتیجه‌گیری: به‌علت تشابه علائم بیماری با دردهای دندانی و همچنین انجام اعمال جراحی فک و صورت به‌عنوان یکی از شایع‌ترین علل ثانویه این بیماری به‌خصوص در افراد مسن، آشنایی بیشتر جراحان صورت و دندانپزشکان با این بیماری مانع از انجام اعمال جراحی غیرضروری می‌شود.

واژگان کلیدی: نورالژی، عصب تریژمینال، درد صورت

دو ماه‌نامه علمی- پژوهشی فیض، دوره بیست و یکم، شماره ۶، بهمن و اسفند ۱۳۹۶، صفحات ۶۰۱-۵۹۶

مقدمه

نورالژی تریژمینال شایع‌ترین نورالژی مغزی است که ویژگی‌های آن محدود شدن درد به مسیر یک یا چند شاخهٔ عصب زوج پنج، ماهیت تیز، تیرکشنده و شبیه شوک الکتریکی بودن آن، اپیزودهای کوتاه‌مدت حمله‌های درد (چند ثانیه)، دفعات متعدد و دوره‌های بدون درد بین حملات می‌باشد [۱]. شیوع این بیماری به‌طور تقریبی ۱۲/۶ در ۱۰۰ هزار نفر در سال می‌باشد [۲]. شیوع این بیماری در زنان شایع‌تر از مردان است.

[۱] استادیار، گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

[۲] دانشجوی پزشکی، مرکز پژوهش دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

[۳] دانشیار، گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

[۴] پزشک عمومی، گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

* **نشانی نویسنده مسئول:**

همدان، خیابان میرزاده عشقی، بیمارستان سینا، بخش نورولوژی

تلفن: ۰۹۳۶۶۵۳۱۴۷۲ **دورنویس:** ۰۸۱۳۴۵۰۴۴۰۲

پست الکترونیک: s.danshyar72@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۶/۵ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۳۹۶/۸/۱۵

در جمعیت کمتر از ۴۰ سال شیوع کمتری دارد (۰/۲ در ۱۰۰ هزار نفر در سال) و با افزایش سن بروز این بیماری افزایش می‌یابد؛ به‌طوری‌که در افراد مسن‌تر از ۸۰ سال به ۲۵/۹ در ۱۰۰ هزار نفر در سال می‌رسد [۳]. علت اصلی نورالژی تریژمینال مورد بحث است، اما در نزدیک به ۱۰ درصد موارد بیماری‌های پاتوژنیک مشخصی از قبیل تومورهای زاویه مخچه، اماس و یا یک مالفورماسیون عروقی از علل ایجاد آن به‌شمار می‌آیند. بقیه موارد نورالژی تریژمینال ایدیوپاتیک هستند [۵،۴]. شروع درد به‌صورت خودبه‌خودی و یا متعاقب تحریک نقاط خاص به‌نام Trigger zone، وجود دوره‌های پس‌رفت بیماری و در نهایت پاسخ به درمان دارویی به‌خصوص کاربامازپین اتفاق می‌افتد [۱]. در این بیماری درگیری شاخه‌های دوم و سوم بیشتر دیده می‌شود [۷،۶]. در بررسی‌های انجام شده درگیری سمت راست صورت از سمت چپ بیشتر است [۸،۷]. بیماران مبتلا به فرم دوطرفه این بیماری اغلب سابقه خانوادگی مثبت دارند [۹]. و فاکتورهای تشدید کننده آن شامل لمس چانه، مسواک زدن یا عمل جویدن، شست‌وشو یا اصلاح صورت، سیگار کشیدن، باد ملایم، صحبت کردن، خمیازه کشیدن، جویدن و حرکت دادن اجزا صورت می-

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-15]

باشد. این درد بسیار شدید گاهی با اشک ریزش یک‌طرفه همراه است [۱۱،۱۰]. تشخیص بیماری براساس ملاک‌های تشخیصی نورالژی تریژمینال طبق سومین و آخرین ویرایش طبقه‌بندی جهانی بیماری سردرد (ICHD-3) در سال ۲۰۱۷ صورت گرفته که عبارتند از: ۱- دست‌کم سه حمله درد صورت به‌صورت یک‌طرفه و ۲- رخ‌دادن درد در یک یا بیشتر از یک شاخه از عصب تریژمینال بدون انتشار به زیر محل توزیع عصب. این درد باید حداقل سه ویژگی از این چهار ویژگی را داشته باشد: ۱- شدت درد بسیار شدید باشد؛ ۲- حملات پاروکسیسمال عودکننده‌ای باشد که از یک لحظه تا دو دقیقه طول بکشد؛ ۳- درد ماهیت تیز و مانند شوک الکتریکی داشته باشد و ۴- دست‌کم سه حمله با تحریک‌های سطحی در سمت صورت مبتلا باعث تشدید آن شود. باتوجه به علایم بیماری که بسیار شدید و غیرقابل‌تحمل است و نه‌تنها جسم بیمار که روان فرد را هم تحت تاثیر قرار می‌دهد و ریسک خودکشی را در این بیماران بالا می‌برد [۱۲]، و با توجه به این مطلب که یک دندانپزشک باید از علایم دهانی بیماری اطلاع کافی داشته باشد، زیرا ممکن است وی اولین فرد تشخیص‌دهنده بیماری باشد، شناسایی اپیدمیولوژی و علل ایجاد کننده و تشخیص و درمان آن از اهمیت زیادی برخوردار است؛ این مطالعه در همین راستا جهت بررسی اپیدمیولوژی نورالژی عصب پنج در بیماران مراجعه کننده به کلینیک امام طی سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۴ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

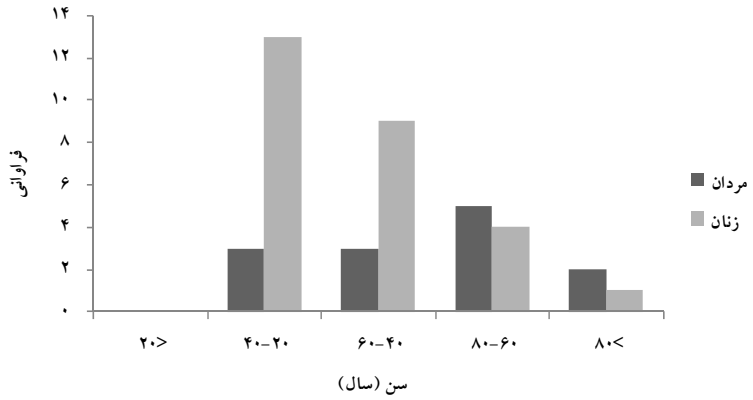
برای انجام این مطالعه توصیفی–مقطعی از میان بیمارانی که طی سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۴ با علائم مشکوک به نورالژی عصب پنج به کلینیک امام شهر همدان مراجعه کرده بودند، تعداد ۴۰ بیمار که ملاک‌های تشخیصی نورالژی تریژمینال را پر می‌کردند، پس از انجام معاینات توسط یک پزشک، وارد طرح شدند. برای بیمارانی که تشخیص قطعی نورالژی تریژمینال گذاشته شد، پرونده سرپایی تشکیل شده و پرسشنامه طراحی شده توسط محقق براساس پرونده سرپایی بیماران که حاوی متغیرهای سن، جنس، سمت درگیر، شاخه درگیر و علل ایجاد کننده آن بود، تکمیل شد. همچنین، از تمام بیماران MRI ۱/۵ تسلا در مقاطع آگزیال و ساژیتال و کرونال با تزریق و بدون تزریق به‌عمل آمد و براساس یافته‌های MRI که به تایید یک رادیولوژیست می‌رسید، اطلاعات جمع‌آوری گردید. درصورت شک به ضایعات عروقی از MRI استفاده می‌شد. لازم به‌ذکر است که نورالژی تریژمینال به‌طور کامل شرح داده شده، از افتراق آن با دردهای دندانی اطمینان حاصل شده بود. افراد وارد شده به مطالعه بیمارانی بودند که ملاک‌های تشخیصی نورآلژی تریژمینال را طبق سومین و آخرین ویرایش طبقه‌بندی جهانی بیماری سردرد (ICHD-3) در سال ۲۰۱۷ داشتند. بیمارانی که تمایل به همکاری در انجام مطالعه نداشتند و همچنین بیمارانی که به‌هردلیل MRI غیرطبیعی به غیر از ضایعات مرتبط با نورالژی تریژمینال مثل سکته مغزی داشتند، نیز از مطالعه خارج شدند. در پایان، داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ شد و مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌های کمی از آزمون میانگین و انحراف معیار و برای داده‌های کیفی از فراوانی مطلق و نسبی استفاده شد. لازم به‌ذکر است که این مطالعه با هماهنگی دانشگاه علوم پزشکی و بررسی هیئت مدیره اخلاقی آن دانشگاه و بدون ذکر نام بیماران انجام شده و اطلاعات شخصی بیماران در اختیار هیچ نهادی قرار نخواهد گرفت.

نتایج

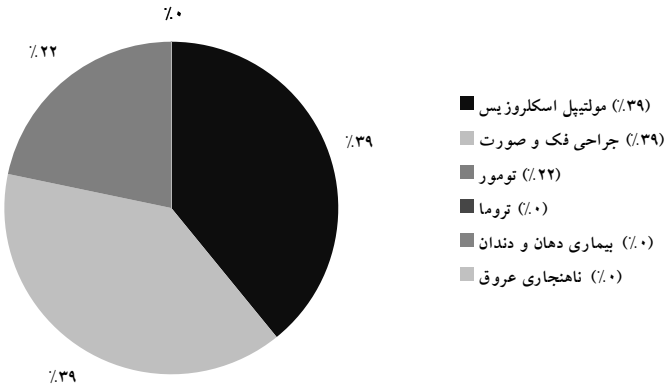
داده‌های توصیفی ۴۰ بیماری که مورد بررسی قرار گرفتند، به قرار زیر می‌باشد: از نظر میانگین سنی و جنسیت، بیشترین فراوانی جنسی در این مطالعه مربوط به گروه زنان با ۲۷ نفر زن (۶۷/۵ درصد) می‌باشد. میانگین سنی زنان مورد مطالعه ۱۶/۹±۴۳/۳ سال و میانگین سنی مردان ۲۱/۵±۵۱/۷ سال بود. اگرچه میانگین سنی زنان ۲/۶±۸/۴ سال از مردان کمتر بود، اما این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود (P=۰/۵۲۶) (نمودار شماره ۱). براساس آزمون به‌عمل آمده نورالژی تریژمینال در گروه‌های سنی بالای ۴۰ سال به‌صورت معنی‌داری بیشتر از گروه‌های سنی زیر ۴۰ سال دیده شد (P=۰/۰۳۱). سن شیوع نورالژی در بیماران مبتلا به اماس به‌صورت معنی‌داری از سایر بیماران پایین‌تر بود (P=۰/۰۰۲). علل اولیه یا ایدیوپاتیک ۴۲/۵ درصد موارد (۱۷ نفر) و علل ثانویه ۵۷/۵ درصد (۲۳ نفر) را تشکیل می‌داد؛ در بین علل ثانویه جراحی‌های فک‌وصورت و بیماری اماس هر دو با ۳۹/۱ درصد بیشترین مقدار را به‌خود اختصاص دادند. همچنین، تومورها با ۲۱/۷ درصد در مقام بعدی بوده و شایع‌ترین تومورها به‌ترتیب اپیدرموئید سیست، شوآنوما و مننژیوم در ناحیه CP Angle بودند. در هیچ‌یک از بیماران مورد مطالعه حاضر آنومالی عروقی مسئول علل ثانویه ایجادکننده نورالژی تریژمینال نبود (نمودار شماره ۲). از نظر فراوانی شاخه‌های درگیر عصب تریژمینال، بیشترین درگیری مربوط به درگیری هم‌زمان شاخه ماگزیلاری–مندیبولار با ۴۷/۵ درصد تعداد مشاهدات بود. بعد از آن شاخه‌های مندیبولار و ماگزیلاری و افتالمیک به‌ترتیب ۲۷/۵، ۲۰ و ۵ درصد

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-15]

موارد درگیری را به‌خود اختصاص دادند. تعداد ۱۹ نفر از بیماران (۴۷/۵ درصد) درگیری عصب سمت راست داشتند، بعد از آن ۱۶ نفر (۴۰ درصد) درگیری عصب سمت چپ و ۵ نفر (۱۲/۵ درصد) درگیری هردو سمت را داشتند. درگیری دوطرفه در بین علل ثانویه در مبتلایان به ام‌اس به‌طور معنی‌داری بیشتر دیده شد (P=۰/۰۰۱). از نظر یافته‌های MRI نیز ۲۶ نفر (۶۵ درصد) از بیماران مبتلا به نورالژی تریژمینال، دارای MRI طبیعی بوده و تنها ۱۴ نفر (۳۵ درصد) از بیماران MRI غیرطبیعی داشتند.



نمودار شماره ۱- توزیع سنی مردان و زنان مبتلا به نورالژی تریژمینال در مطالعه حاضر



نمودار شماره ۲- فراوانی علل ثانویه ایجاد کننده نورالژی تریژمینال در بیماران مطالعه حاضر

بحث

هدف از انجام این مطالعه بررسی اپیدمیولوژی بیماران مبتلا به نورالژی تریژمینال بود. این مطالعه برای اولین بار در ایران در جمعیت عمومی صورت گرفته و نمونه مشابه کشوری ندارد. در این مطالعه درصد بیشتری از بیماران را (نسبت ۲ به ۱) جنس مونث به‌خود اختصاص داد که در مقایسه با سایر مطالعات انجام شده از نسبت بیشتری برخوردار بوده است. میانگین سنی بیماران ۴۷/۵ سال و محدوده سنی ۲۱ تا ۷۸ سال بود. درگیری سمت راست بیشتر (۱/۲ برابر) از درگیری سمت چپ بود. در مطالعه ما همه ۵ بیماری که درگیری هردو سمت را داشتند، مبتلا به بیماری ام‌اس بوده و همگی MRI غیرطبیعی (ضایعات مرتبط با نورالژی تریژمینال و درگیرکننده عصب زوج پنج به‌خصوص در ناحیه ساقه مغز) داشتند. از بین ایشان، ۳ نفر از قبل بیماری ام‌اس داشتند و در ۲ نفر دیگر شروع اولیه بیماری ام‌اس با نورالژی تریژمینال همراه بوده است. بیشترین موارد درگیری مربوط به همراهی دو شاخه ماگزیلاری و مندیبولار بود. شاخه‌مندیبولار خود به‌تنهایی بیش از یک‌سوم موارد را به‌خود اختصاص می‌داد و کمترین درگیری مربوط به شاخه افتالمیک (تنها ۲ بیمار) بود. بیش از نیمی از موارد MRI طبیعی داشتند (با نسبت ۳/۷ به ۲) که البته MRI طبیعی رد کننده این بیماری نیست، ولی به‌دلیل اینکه ضایعات ساختمانی از علل نورالژی تریژمینال است، انجام MRI برای این بیماران منطقی است. انجام MRI در بیماران مبتلا به نورالژی تریژمینال بهتر است به هر دو صورت با تزریق و بدون تزریق انجام شود؛ چون بسیاری از تومورها در ناحیه‌ی CP Angle و ضایعات دمیلینه در MRI با تزریق ظهور بهتری دارند. در مطالعه Jainkittivong و همکاران که درسال ۲۰۱۲ روی ۱۸۸ مریض تایلندی با علایم نورالژی

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-15]

تریژمینال انجام شد، ۷۰ نفر مرد (۳۷/۲ درصد) و ۱۱۸ نفر زن (۶۲/۸) حاضر بودند. نسبت زن به مرد ۱/۷ به ۱ بوده و محدوده سنی ۲۰-۸۵ سال و میانگین سنی ۵۲/۵ سال برآورد شد. درگیری سمت راست بیشتر از سمت چپ بود (با نسبت۱/۸ به ۱). در این مطالعه فقط ۲ نفر درگیری دوطرفه داشتند و بیشترین درگیری هم مربوط به شاخه مندیبولار بود (۳۰/۳ درصد) [۶]. در این مطالعه همانند مطالعه ما نسبت زن به مرد بیشتر است و همچنین درگیری سمت راست نیز بیشتر از سمت چپ است، ولی برخلاف مطالعه ما بیشترین درگیری مربوط به شاخه مندیبولار بود که از دلایل آن می‌تواند شیوع بیشتر نورالژی تریژمینال در بیمارانی باشد که اعمال جراحی فک‌وصورت انجام داده‌اند. در مطالعه Sabalys و همکاران که از سال ۱۹۶۵ تا ۲۰۱۲ انجام شد، ۳۲۶۳ نفر مریض که به بخش فک و صورت مراجعه کرده بودند، بررسی شدند. ایشان علل نورالژی عصب پنج را به ۳ دسته تقسیم کرده‌اند: دسته اول شامل بیماری‌های مرتبط (عروقی، دیابت، ام‌اس و بیماری‌های کلاژن وسکولار). دسته دوم که به‌علت درگیری مستقیم عصب پنج است و خود شامل علل محیطی مثل عفونت‌های دهان، دندان و گوش، سرماخوردگی، و تروما و علل مرکزی شامل مالفورماسیون-های عروقی، شوانوما، منتژیوما، اپیدرموید سیست، آنوریسم و سایر تومورها، کیست‌ها و آراکنویدیت می‌شود. دسته سوم هم شامل تمام مواردی است که باعث دیستروفی عصب پنج می‌شود [۱۳]. در مطالعه ما از میان علل به‌وجود آورنده نیز علل ثانویه (با نسبت تقریبی ۱/۴ به ۱) درصد بیشتری از علل بیماری را نسبت به علل اولیه شامل می‌شد. از میان علل ثانویه جراحی ناحیه فک‌وصورت و بیماری ام‌اس بیشترین درصد را داشتند و سپس تومورها. ولی از میان علل ثانویه دیگر مانند آنومالی عروقی و بیماری‌های دهان و دندان موردی مشاهده نشد. و افرادی که علت ایجاد بیماری آنها، جراحی فک‌وصورت بود، مسن‌تر بودند. در مطالعه‌ای که از دسامبر ۲۰۰۸ تا دسامبر ۲۰۰۹ روی ۱۰۰ مریض مبتلا به نورالژی تریژمینال که به بخش دهان و ماگزیل و فیشیال در پاکستان مراجعه کرده بودند، انجام شد، سن بیماران بین ۴۰ تا ۸۰ سال و میانگین سنی ۵۴ سال بود. نسبت زن به مرد ۱/۹ به ۱ بود. درگیری سمت راست بیشتر از سمت چپ برآورد شد (۶۴ نسبت به ۳۶ درصد). و در این مطالعه درگیری دوطرفه ذکر نشد. بیشترین درگیری در شاخه مندیبولار (۵۵ درصد) بود و بعد از آن به‌ترتیب شاخه ماگزیلاری ۳۹ درصد، شاخه افتالمیک ۶ درصد و هر دو شاخه باهم ۹ درصد موارد را تشکیل می‌دادند. درگیری هرسه شاخه باهم دیده نشد [۱۴]؛ تفاوت این مطالعه نسبت به مطالعه ما درگیری شاخه مندیبولار به‌تنهایی به‌عنوان بیشترین شاخه درگیر بود.

Grasso و همکاران یک مورد نادر معرفی کرده‌اند که از نورالژی سمت چپ شاکی بوده و درگیری هر دو شاخه ۲ و ۳ از عصب پنج را به همراه داشته است. ایشان با استفاده از ابزارهای تصویر-برداری متوجه کیست آراکنوید در حفره مکل در لوب تمپورال چپ وی شده و درد بیمار با درمان‌های دارویی بهبود یافته است [۱۵]. همچنین، در یک گزارش دیگر بیان شده، خانمی ۳۴ ساله از سه سال پیش به‌دنبال درد شدید گونه سمت راست با تشخیص نورالژی تریژمینال تحت درمان با کاربامازپین بوده، اما درمان نشده و با معاینه و انجام اقدامات پاراکلینیک، در سمت راست بینی وی آنژیوم ونوس مشاهده شده و به‌عنوان علت نورالژی بیمار درنظر گرفته شده است. برای وی درمان دکمپرس انجام شده و بیمار بهبود یافته است [۱۶]. در مطالعه Sarnvivad و همکاران که طی سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۶ در تایلند روی ۹۹ بیمار مبتلا به نورالژی تریژمینال که از درد ۵ ساله صورت رنج می‌بردند انجام شد، بیشترین فراوانی جنسی را زنان (۷۵/۶ درصد) تشکیل می‌دادند. درگیری سمت راست بیشتر از سمت چپ بود (۷۲/۸ نسبت به ۲۷/۲ درصد) و بیشترین درگیری در شاخه مندیبولار (۷۸/۸ درصد) دیده شد. همچنین، درگیری شاخه ماگزیلاری ۱۹/۲ درصد و درگیری هم‌زمان هردو شاخه باهم ۳۰ درصد برآورد شد. و نیز درگیری دوطرفه گزارش نشد [۷]. در این مطالعه نیز همانند مطالعه ما زنان بیشترین فراوانی جنسی را داشتند و درگیری سمت راست بیشتر از سمت چپ بود. ولی برخلاف مطالعه ما بیشترین درگیری در شاخه مندیبولار مشاهده شد. در یک تقسیم بندی علل نورالژی تریژمینال در دو گروه کلاسیک و سیمپتوماتیک قرار می‌گیرند. نوع کلاسیک علتی به‌جز فشار ناشی از عروق ندارد، اما نوع علامت‌دار علت زمینه‌ای دارد (ام‌اس و تومورها). تقریباً ۸۵ درصد بیمارانی که از نورالژی تریژمینال رنج می‌برند، جزء دسته کلاسیک هستند [۴]. در مطالعه فوق علل اولیه شایع‌ترین علت می‌باشد، اما در مطالعه ما علل ثانویه نسبت به علل اولیه شایع‌تر بودند (بانسبت ۱/۴ به ۱). همچنین، در یک مطالعه که در سال ۱۳۸۴ با عنوان بررسی شیوع نورالژی تریژمینال در بیماران ام‌اس در انجمن ام‌اس ایران انجام شد، بیماران مورد مطالعه شامل ۷۲ زن و ۵۳ مرد با متوسط سن شروع بیماری ۲۶/۵ سالگی بودند. درگیری نورالژی تریژمینال در ۵۰ درصد موارد دوطرفه بوده و شاخه ماگزیلاری و مندیبولار به‌ترتیب بیشترین درگیری را داشتند [۱۷]. در مقایسه با مطالعه ما نسبت بیماران زن به مرد از درصد کمتری برخوردار بودند. برعکس مطالعه ما که ۱۲/۵ درصد موارد دوطرفه بود، در این مطالعه نیمی از موارد دوطرفه بود؛ با این توضیح که کل جمعیت مورد بررسی از میان افراد مبتلا به ام‌اس بوده است، اما

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-15]

تعداد بیماران مطالعه ما که هم‌زمان اماس هم داشتند، ۹ نفر بوده و از میان ایشان، ۵ بیمار (حدود ۵۵ درصد) درگیری دوطرفه داشتند. از بین ۴۰ هزار بیمار مراجعه‌کننده به کلینیک امام شهر همدان ۴۰ بیمار به نورالژی تریژمینال مبتلا بودند که وارد مطالعه ما شدند. پیشنهاد می‌شود مطالعه مشابه با حجم نمونه بالاتر جهت بررسی بیشتر انجام شود. و بهتر است که برای بررسی رابطه مدت زمان انجام اعمال جراحی فک‌وصورت و شیوع نورالژی تریژمینال تحقیقات جامع‌تری صورت پذیرد، زیرا به‌نظر می‌رسد مدت طولانی‌تر اعمال جراحی در این ناحیه می‌تواند با شیوع بیشتر بیماری همراه باشد.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه ما نشان داد که در ۴۲/۵ درصد موارد نورالژی تریژمینال به علل اولیه ایجاد شده و از میان علل ثانویه اعمال جراحی فک‌وصورت و بیماری اماس شایع‌ترین علل هستند. داده‌ها نشان می‌دهد ایجاد نورالژی تریژمینال به‌دنبال انجام اعمال جراحی فک‌وصورت با دست‌کاری‌های طولانی‌مدت در حین عمل تاثیرگذار و حائز اهمیت است؛ ازاین‌رو می‌توان با توصیه به جراحان فک‌وصورت و دندانپزشکان در مورد عواقب جراحی طولانی‌مدت این ناحیه از عوارض ناشی از آن به‌میزان زیادی کاست. به‌علاوه، وجود نورالژی تریژمینال به‌خصوص در موارد دوطرفه و در افراد جوان نیازمند پیگیری و انجام MRI جهت رد کردن بیماری‌های دمیلینه کننده و ضایعات تومورال می‌باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله برخود لازم می‌دانند از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان که بررسی و تایید مسایل اخلاقی این مطالعه را برعهده داشتند و همچنین از همکاری معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان تشکر و قدردانی نمایند.

References:

[1] Greenberg MS. Ulcerative, vesicular, and bullous lesions. Burket's Oral Medicine Diagnosis and Treatment. 2003.
[2] Koopman JS, Dieleman JP, Huygen FJ, de Mos M, Martin CG, Sturkenboom MC. Incidence of facial pain in the general population. ***Pain*** 2009; 147(1-3): 122-7.
[3] Katusic S, Beard CM, Bergstralth E, Kurland LT. Incidence and clinical features of trigeminal neuralgia, Rochester, Minnesota, 1945–1984. ***Ann Neurol*** 1990; 27(1): 89-95.
[4] Porto F. Trigeminal Neuralgia: A Condition to Be Better Understood. ***Anesth Pain Med*** 2012; (3, Winter): 201-2.
[5] Nurmikko TJ, Eldridge PR. Trigeminal neuralgia—pathophysiology, diagnosis and current treatment. ***Br J Anaesth*** 2001; 87(1): 117-32.
[6] Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Trigeminal neuralgia: a retrospective study of 188 Thai cases. ***Gerodontology*** 2012; 29(2). 11-7
[7] Sarnvivad P, Bumpenboon A, Chumnanvej S. Retrospective long term outcome following microvascular decompression surgery in Thai patients with trigeminal neuralgia. ***J Med Assoc Thai*** 2013; 96(7): 801-6.
[8] Obermann M. Pain Lateralization in Trigeminal Neuralgia. ***Anesth Pain Med*** 2012; 2(1): 46-7.
[9] Pollack IF, Jannetta PJ, Bissonette DJ. Bilateral trigeminal neuralgia: a 14-year experience with microvascular decompression. ***J Neurosurgery*** 1988; 68(4): 559-65.
[10] Mazziotta JC, Fenichel GM, Daroff RB, Jankovic J. Bradley's Neurology in Clinical Practice: Elsevier Health Sciences; 2012.
[11] Faryabi J, Joolhar M. Treatments' Outcomes of Patients Suffered from Trigeminal Neuralgia in Kerman, Iran. ***J Dent (Shiraz)*** 2014; 15(3): 140.6
[12] Merritt HH. Merritt's neurology: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
[13] Sabalys G, Juodzbalys G, Wang HL. Aetiology and pathogenesis of trigeminal neuralgia: a comprehensive review. ***J Oral Maxillofac Res*** 2013; 3(4): e2.
[14] Bangash TH. Trigeminal neuralgia: frequency of occurrence in different nerve branches. ***Anesth Pain Med*** 2011;1(2):70.
[15] Grasso G, Passalacqua M, Giambartino F, Cacciola F, Caruso G, Tomasello F. Typical trigeminal neuralgia by an atypical compression: case report and review of the literature. ***Turk Neurosurg*** 2014; 24(1): 82-5.
[16] Yamamoto T, Suzuki M, Esaki T, Nakao Y, Mori K. Trigeminal neuralgia caused by venous angioma. ***Neurol Med Chir (Tokyo)*** 2013; 53(1): 40-3.
[17] Darbandi A, Rezaei S. Prevalence of trigeminal neuralgia in patients with multiple sclerosis referrals to Iranian society of multiple sclerosis (2005). ***J Dental Sch Shahid Beheshti Univ Med Sci*** 2007; 25(1): 34-40.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-15]