



# 颞下颌关节紊乱病的 RDC/TMD 标准化诊断

傅开元

北京大学口腔医学院颞下颌关节病口颌面疼痛诊治中心

1991 年在美国国立牙科研究院 (National Institute of Dental Research) 资助下, 制定了 TMD 研究用诊断标准 (Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders, 简称 RDC/TMD), 并从全美召集一部分 TMD 临床和流行病学研究人员对此标准进行讨论, 达成共识。这个诊断标准发表在 J. Craniomandib Disord Facial Oral Pain, 1992; 6: 301-355, 目前在国际上已被广泛采用。我们翻阅了 Journal of Orofacial Pain 2005 年 4 期杂志, 有 TMD 临床研究论文 19 篇, 论文中明确表明采用 RDC/TMD 诊断标准 13 篇。该诊断系统已有英、法、德、西班牙语、日语、朝鲜语、汉语等 17 种语言版本。

我们把其中一部分临床诊断标准 (轴 I) 不作任何修改的翻译成中文, 供大家参考。该诊断标准最大特点是, 根据详细的病史问卷、临床检查和 X 线平片 (曲面体层片也可以) 就可以作出诊断和分类, 不必一定要依赖关节造影或磁共振影像检查。

## 一、前言

关于 TMD 分类诊断有很多方案, 它们的优缺点在第二部分进行了评述。基于目前所掌握的关于 TMD 相关知识, 我们这次提出的 TMD 分类的目的是, 为临床研究提供一个标准化诊断。有一点必须强调, 在设计评估方法和分类标准时, 使诊断结果达到最大的可信度, 并最大程度减少检查方法和临床判断带来的偏差。这一分类标准为临床研究和流

行病学研究而设计, 临床实践应用的效果和局限性尚未进一步考察。

以下几个方面在设计时尽可能做到标准化: ① 每条标准中用词明确而不含糊, 如避免使用“经常”或“很少”等, “最大主动开口度小于/等于 35mm”代替“开口受限”; ② 每条标准中的内容和结果都可以从检查或门诊问卷中相关栏目中获得, 每一检查项目均提供了详细的操作和测量说明, 按此说明, 检查者能获得量化的可靠的结果; ③ 这一标准已经对几百例 TMD 病人和对照人群进行了试验, 获得了合适的、较一致的结果。这些工作使我们确信, 这一分类标准是具有可操作性、可获得看起来合理的发病情况、合于逻辑的复合式诊断、同一类别下的诊断不会发生重复。当然, 尽管做了这些工作, 还有含糊或不一致之处, 在使用这一分类标准时如发现任何问题, 请通知我们, 以便我们在制定新版本时可以得到改进。我们必须认识到, 这一诊断标准获得广泛接受, 需要大家在临床研究中反复使用和评估 (如应用于病因机制、预后、治疗反应、临床结果判断的一致性)。

这一诊断系统应用于具体的 TMD 病例时, 不一定是单一的诊断, 可以是复合式诊断。

## 二、诊断分类

### 第 I 类 肌肉疾患

- a. 肌筋膜疼痛
- b. 肌筋膜疼痛伴开口受限

**第Ⅱ类 关节盘移位**

- a. 可复性关节盘移位
- b. 不可复性关节盘移位, 开口受限
- c. 不可复性关节盘移位, 无开口受限

**第Ⅲ类 关节痛、关节炎、关节病**

- a. 关节痛
- b. TMJ 骨关节炎
- c. TMJ 骨关节病

书写诊断时注意, 一位病人肌肉疾病诊断只有一个(肌筋膜疼痛或者肌筋膜疼痛伴开口受限)。另外, 一个关节在第Ⅱ类诊断最多只有一个诊断, 第Ⅲ类诊断也只有一个诊断, 不会重复。但Ⅰ、Ⅱ和Ⅲ类之间可重复。也就是说原则上, 一位病人可以是一个诊断甚至无(正常或无法分类), 也可以是5个诊断(一个肌肉疾患诊断+第Ⅱ类关节盘一个诊断/关节+第Ⅲ类关节病一个诊断/关节)复合式。实际应用中, 多于3个诊断的很少见。

下面列出每一诊断的标准, 句子后面的数字表示相应检查表(E#’s)和/或病史问卷中(Q#’s)相应的问题所在次序(翻译本省略)。

**三、诊断的标准****第Ⅰ类: 肌肉疾患**

肌肉疾患包括疼痛和非疼痛性肌肉疾患。这个分类只含最常见的TMD有关的肌疼痛疾患, 不包括肌痉挛、肌炎和肌挛缩, 这些肌疾患的诊断标准另见附录中。RDC标准中只含两个肌肉疾患诊断Ia和Ib。

Ia 肌筋膜疼痛: 肌肉源性的疼痛, 包括疼痛主诉及主诉相关的局部肌肉疼痛。

1. 主诉颌骨、颞面部、耳前区或耳内静息时或下颌功能运动时疼痛; 加
2. 下述20处肌肉压诊有三处以上痛觉敏感, 左右侧各自计数。颞肌前、中、后束、咬肌起始处、咬肌体部、咬肌终止部、颌后区、颌下区、翼外肌(口内)、颞肌肌腱(口内)。至少有一处压痛位于主诉疼痛侧。

Ib 肌筋膜疼痛伴开口受限: 肌筋膜疼痛伴有下颌运动有限和肌肉僵硬感。

1. 符合肌筋膜疼痛(Ia); 加
2. 无痛开口度<40mm; 加

3. 最大被动开口度要大于无痛开口度5mm以上。

**第Ⅱ类: 关节盘移位**

Ⅱa 可复性盘前移位: 关节盘在髁突与关节结节之间发生移位, 向前和向内或外移位, 但大张口后能充分回复。通常有弹响声。如伴有关节疼痛, 则可能同时还要诊断关节痛(Ⅲa)或骨关节炎(Ⅲb)。

符合a或b

a. 往返性关节弹响(开闭口过程同一位置点出现弹响, 下颌前伸位开闭口能消除弹响), 连续检查3次出现2次以上。

b. 垂直向(开口或闭口)和侧向或前伸运动均有关节弹响, 连续检查3次可出现2次以上。

Ⅱb 不可复性盘前移位, 伴开口受限: 这种情况指的是关节盘在髁突和关节结节之间的正常位置上发生移位, 向前和向内或向外移位, 且伴有下颌开口受限。

1. 突然开口受限的病史; 加
2. 最大自由开口度 $\leq$ 35mm; 加
3. 有一定的被动开口, 但一般仅增加4mm以内; 加
4. 对侧侧向运动受限( $<$ 7mm)和/或开口时下颌偏斜, 偏向病变侧; 加
5. 无关节弹响或有关节弹响但完全不同于可复性前移位诊断的关节弹响。

Ⅱc 不可复性盘前移位, 无开口受限: 这种情况指的是关节盘不可复性前移位, 但没有明显的开口受限。

1. 突然的开口受限病史; 加
2. 最大自由开口度 $>$ 35mm; 加
3. 有被动开口, 且开口度可增加5mm以上; 加
4. 对侧侧向运动 $\geq$ 7mm; 加
5. 出现关节弹响但不符合可复性前移位的诊断标准

6. 如果接受影像学检查, 则应符合不可复性盘前移位诊断。作出Ⅱc诊断应明确说明是基于临床检查和病史还是基于影像学检查结果。影像学检查包括关节造影或MRI, 证实关节盘不可复性前移位。

**第Ⅲ类 关节痛、关节炎、关节病**

首先应排除多关节炎、急性创伤、关节感染(后附有详细的描述)。

Ⅲa 关节痛: 指颞下颌关节囊和/或关节滑膜层的疼痛和触压痛。

1. 一处(或两处)关节部位(关节外侧和/或后附着区)的触压疼痛;加

2. 至少有以下一条的疼痛主诉:关节区疼痛、大张口关节痛、被动开口时关节痛、侧向运动关节痛

3. 诊断单一的关节痛,必须没有关节杂音。

Ⅲ b TMJ 骨关节炎:指关节组织退行性改变导致关节内炎症病变。

1. 关节痛诊断;加

2. a 或 b 或同时符合 a 和 b

a. 关节杂音(摩擦音或破碎音)

b. 影像学明确的骨关节炎 X 线表现:皮质骨破坏、骨质硬化、关节面磨平、骨质增生(骨赘形成)。

Ⅲ c TMJ 骨关节病:指关节的形态和结构的异常,即退行性改变。

1. 没有关节痛的任何临床表现;加

2. a 或 b 或同时符合 a 和 b

a. 关节杂音(摩擦音或破碎音)

b. 影像学明确的骨关节炎 X 线表现

#### 四、轴 I 诊断附录:RDC 标准需要排除的疾患

##### 1. 肌痉挛、肌炎和肌挛缩

关于肌痉挛、肌炎和肌挛缩尚无确切的诊断标

准,下面是简单的临床特征说明。肌痉挛的特点是持续性的肌收缩;肌炎指某一块肌肉广泛的压痛,有外伤或感染史;肌挛缩:下颌运动受限,无丝毫的被动开口。因为我们对这些疾患缺乏了解和研究,不能象 RDC 分类中那样有确切特异的诊断标准。

##### II. 多关节炎、急性创伤

遇到 TMJ 关节痛,并发现有身体其他关节症状,而无外伤原因,应考虑有无特异性多关节炎情况,如类风湿性关节炎、幼年型类风湿性关节炎、晶体沉积性关节病、莱姆病或其他少见的系统性疾病累及关节。由于缺乏确切的诊断手段和目前诊断试验有限的可靠性,不同的风湿病家可能会采用不同的诊断标准来明确有或没有多关节炎存在。风湿病学家的诊断应认为是诊断的“金”标准。这些怀疑为系统性多关节炎累及 TMJ 的病例不应再归为 RDC/TMD 分类中。问卷中问题 16 用来筛选是否存在多关节炎。如果问题 16 Part A 或 Part B 回答“是”,或 part C 和 Part D 都回答“是”,那么这病例应考虑存在系统性关节疾病。

如有急性面部或颌骨外伤史,应考虑急性创伤性关节炎。临床表现为疼痛、受累关节压痛、因疼痛而下颌运动受限、创伤侧咬合接触不良。这一诊断也不归类为 RDC/TMD 中,问卷中问题 17 用来筛选急性创伤性关节炎。



#### 《口腔正畸无托槽隐形矫治临床指南》(The Invisalign System)

著者:Orhan C. Tuncay

主译:白玉兴

定价:288 元

图片:400 张

四色印刷、精装

出版时间:2008 年 11 月

##### 内容简介

无托槽隐形矫治技术因其美观、舒适、可随时摘戴、高效、卫生及患者复诊次数少等优点而正受到广大口腔正畸医师的欢迎,而对该技术进行全面而系统地介绍的目前只有这一本。该书由著名口腔正畸专家 Tuncay 教授组织国际上多名对该技术有深入研究的资深口腔正畸学专家、计算机专家、数学专家、市场管理专家与学者共同编写完成,全书内容丰富,涉及面广,向读者全面介绍了无托槽隐形矫治技术的发展背景、基本原理、关键技术、临床设计与应用等内容。

本书译者白玉兴教授在国内首次开发和研制了具有我国自主知识产权的口腔正畸无托槽隐形矫治系统,在临床上得到了广泛地应用,且取得了良好的矫治效果。该项技术填补了我国在这方面的空白,是当今先进的数字化技术在口腔正畸诊断与治疗中应用的最新成果,这对不断提高我国正畸临床诊断与治疗的水平具有一定的促进作用。

本书购买、咨询方式:首都医科大学附属北京口腔医院正畸科(北京市崇文区天坛西里 4 号),邮编:100050、电话:010-67099220