继续教育讲座

颞下颌关节紊乱病治疗计划的确定和疗效评价

傅开元　北京大学口腔医学院颞下颌关节病口颌面疼痛中心

颞下颌关节紊乱病(temporomandibular disorders,TMD) 治疗目的应该是消除疼痛、减轻不良负荷、恢复功能、提高生活质量。为了达到理想的治疗效果，首先应制定一个合理的治疗计划和治疗程序，不仅是治疗疾病，而且要去除各种致病因素。

同许多骨胳肌疾病一样，TMD具有暂时性和自限性的特点，大多数情况下，TMD疾病本身一般不会带来严重的和长久的影响。然而，也有一些病例，症状体征和关节结构病理变化呈进行性发展，但是，哪些情况下，症状和体征会随TMD自然病程变得更加严重，还不了解。因此，我们要尽可能避免采用有争议的、不可逆的治疗措施，如复杂的殆治疗或手术治疗。对几乎所有TMD患者，首先应采用保守治疗，如行为纠正、物理疗法、药物治疗以及殆垫治疗。大多数TMD患者接受保守治疗后症状减轻或消失，大量研究支持这一观点。Carlsson(1985) 报道[1]，154名TMD患者保守治疗7年后，许多患者的症状很少复发，Apfelberg 等(1979)报道[2]，90名TMD患者保守治疗后观察10年，90%以上患者症状减轻。Okesson和Hayes(1986) 报道[3]，110名TMD患者保守治疗后2～8.5年，85.5%患者很少发生疼痛或甚至无疼痛发作。保守治疗对关节盘移位患者也具有同样的效果，虽然治疗后盘移位仍存在，但疼痛消除和功能恢复是可以做到的。事实上，颞下颌关节盘移位可能有一个自我适应和组织改建的过程，很少会导致严重的临床症状。

尽管保守治疗对大多数TMD患者有效，但仍有一部分患者保守治疗后并不能改善其临床症状。其原因有很多，但我们可以把这些患者大致分为两类：①疼痛和功能障碍是由于存在关节内结构的异常；②多种致病因素造成的慢性疼痛。对于第一类患者，可选择手术治疗，而对于第二类患者，情况要复杂得多，常需要多学科合作，一个临床医师很难单独处理引起复杂的慢性疼痛的多种致病因素。

确定治疗计划的影响因素

TMD治疗方法有许多，如何选择治疗方法和制定一个合理的治疗程序常由以下因素决定。

临床医师对TMD致病理论的认识　修复科医师和殆学专家强调咬合因素，治疗方法的选择更侧重于殆垫治疗和调殆治疗。外科医师则强调关节内结构的异常，因此，强调关节盘复位是一有效的治疗选择。康复医学家则强调机体功能的恢复，物理治疗常能做到这一点。心理学家认为，心理因素是TMD一个重要的致病因素。慢性疼痛常常导致患者的心理障碍，心理因素也是导致某些TMD治疗效果不佳的一个重要原因。

准确的诊断和明确的致病因素　现代医学的发展，如磁共振成像、牙科专用CT、各种咬合记录和分析仪，使得TMD临床诊断更为明确[4]，并可能找到某一确切的致病因素（如咬合因素）。那么可以根据临床诊断和致病因素分析，确定一针对性的治疗方法，而不必拘泥于治疗程序。如急性不可复性盘前移位，往往主诉症状严重（开口受限、疼痛），功能

障碍明显。初诊时采用手法复位（成功率达80%以上），即刻戴上殆垫。不仅使所有症状立即消除，而且可以恢复正常的盘－髁位置关系[5]。

多学科的合作 多学科诊治小组的建立，各种问题就可由不同的专家来处理，增加了治疗成功的机会。每一次治疗的成功取决于成员间的互相交流与合作。通过对各种治疗方法的选择及合理的结合，达到最佳的治疗目标。

应考虑获益／付出或好处／危险比率 一部分TMD病程进展，表现为慢性反复疼痛和明显的功能障碍。虽然保守疗法可继续使用，但应考虑更主动、更进一步的治疗措施。由于这些治疗可能具有侵入性和不可逆性，临床医师和患者双方都必须理解该治疗措施的适应证、治疗目标、可能带来的好处／危险性以及以往治疗的效果和经验。

以患者为中心 患者的经济和社会状况不同，对自身生活质量的要求就明显不同；患者生理状况不同，对症状（如疼痛）的忍受程度明显不同。因此，即使同样的一种TMD诊断，应以患者为中心，选择一个患者最能接受的治疗方案。

治疗教育不可少 TMD症状的发展往往有自限性，而且相当一部分TMD患者并没有器质性改变。所以，临床初次诊治时，很有必要提供相关的保健知识与措施，并让患者了解有关TMD的一些基本知识和懂得个人情绪和生活态度对疾病的影响。如这些治疗教育不起作用，再考虑针对TMD的保守疗法、非侵入性疗法和可逆性治疗措施。

不能忽视患者的心理社会问题 长期持续的TMD症状和体征可能会因疼痛和功能障碍而产生心理和社会问题。治疗失败和反复发作使患者产生挫折感、失望沮丧、抑郁等，从而导致紧张、焦虑、抑郁等心理问题，有些患者会主诉出现了容貌改变、对自我形象的否定等心理社会问题。虽然心理问题与TMD慢性疼痛和功能障碍两者因果关系还不明确，也没有针对TMD的特别心理治疗策略，针对其他慢性心身疾病的心理疗法可用于TMD的心理治疗。研究表明，放松和认知行为疗法对TMD慢性疼痛有效。

手术治疗的指征

颞下颌关节手术治疗是治疗TMD的一个有效的治疗手段。然而，由于手术操作的复杂性和创伤性、潜在的并发症、可能诱发的行为和心理障碍、以及合理的非手术治疗的有效性，所以应严格掌握颞下颌关节手术的适应证。是否采用手术治疗应根据以下几条而定：①关节内病变或解剖结构改变的严重程度；②这些病变应该手术尚能补救的；③接受过合理的非手术治疗；④关节病变引起的功能丧失范围和程度。手术治疗前，应先实施非手术治疗。根据患者实际的改善程度、功能丧失程度以及患者对治疗的顺从性与预期结果，来确定手术治疗的方案和治疗时间。如患者有杂难因素存在，如诉讼事件、心理因素、或无法控制的夜磨牙，可能预后较差。另外，患者应充分理解手术所带来的风险。手术前和手术后的一些治疗措施也应列入手术治疗计划内，这些措施针对减轻关节负荷、消除或纠正致病因素，如口腔不良习惯和精神因素。实施颞下颌关节手术前，必须参照美国口腔颌面外科医师学会制定的手术指征：①影像学检查确诊为TMD关节盘移位或其他的关节内结构异常；②临床阳性检查结果提示，患者的主观症状和客观体征是由于盘移位或其他的关节内病变引起的；③患者现存的疼痛和功能障碍可能导致患者某一功能的丧失；④已接受过不成功的非手术治疗，包括定位殆垫治疗、物理治疗以及行为治疗等；⑤先处理了磨牙症、口腔不良习惯、其他的口腔疾病或牙痛以及其他一些会影响手术治疗效果的致病因素；⑥取得患者同意前，向患者说明了可能出现的并发症、能达到的目标、成功率、治疗时间、术后处理以及治疗方案的选择。这样，手术成功的可能性可以达到最大限度，但不能作出保证。关节手术治疗包括关节镜手术和开放性手术。单纯的关节冲洗治疗属于外科治疗，但不属于手术治疗范畴，仍为一种保守的关节治疗手段。

手术治疗效果的评价，疼痛不常发生或疼痛程度明显减轻，下颌运动范围明显改善（开口度至少达到35mm）；恢复了正常的生活方式，包括正常的饮食。

颞下颌关节紊乱病疗效的评价

TMD治疗目标是减轻（消除）疼痛、改善功能、提高生活质量。治疗效果的评价应该反映以下几个方面：

疼痛减轻程度 多用视觉模拟量表（visual analog scales，VAS）评分法。视觉模拟量表是一条直线，用于测定疼痛的最常用的是一条垂直向或水平向的长10cm的直线，在末端有垂直的中止线。两个末端分

别代表“无痛”和“能想象的最严重的疼痛”。让患者快速地在5s或者10s内做出反应，嘱受试者在视觉模拟量表上画出一条斜线标记来表示自己当时的疼痛程度。用mm级测量尺测定直线上标记的位置来代表疼痛程度的分值。为了测定治疗结果，疼痛缓解量表（一条直线一端为“疼痛没有缓解”，另一端为“疼痛完全缓解”）可能优于直接测量疼痛程度。

功能改善程度 可用开口度、下颌侧向运动度、弹响（绞锁）是否消失等单项定量指标，但往往不够全面。事实上，已有许多研究报道用于评价TMD功能障碍严重程度或评价治疗效果的临床问卷或临床评估表，比较常用的有Helkimo临床功能障碍指数（简称Helkimo指数）和Fricton颞下颌关节指数（简称Fricton指数）[6-8]。

生活质量评价 如SF-36健康问卷调查。

解剖结构的改善 变形（或移位）的关节盘能否恢复正常？损伤（或破坏）的关节软骨和软骨下骨能否修复？尚无确切的答案。现代医学影像学检查如CT、MRI可以定性（或定量）评价骨质的修复和关节盘复位情况。

参考文献

[1] Carlsson GE. Long-term effects of treatment of craniomandibular disorders. Cranio 1985;3(4):337-42.

[2] Apfelberg DB, Lavey E, Janetos G, Maser MR, Lash H. Temporomandibular joint disease: results of a ten-year study. Postgrad Med 1979;65(5):167-72.

[3] Okesson JP and Hayes DL. Long-term results of treatment for temporomandibular disorders: An evaluation by patients. J Am Dent Assoc 1986;112:473-478

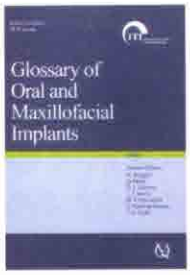
[4] 傅开元，张万林，柳登高，陈慧敏，马绪臣. 应用锥形束CT诊断颞下颌关节骨关节病的探讨. 中华口腔医学杂志 2007; 42(7):417-20

[5] 傅开元，张豪，马绪臣，张震康. 手法复位辅助合垫治疗急性不可复性盘前移位的初步报告. 中华口腔医学杂志 2002;37(1):36-38

[6] 傅开元，马绪臣，张震康，田岳红，周彦恒. 颞下颌关节紊乱指数的临床应用评价. 中华口腔医学杂志 2002; 37(5):330-32

[7] Fricton JR and Schiffman EL. Reliabilty of a craniomandibular index. J Dent Res 1986;65:1359-1364

[8] Helkimo M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. Index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state. Swed Dent J 1974;67: 101-121



《口腔颌面种植学词汇》

16开，全彩铜版纸印刷，将于10月出版。由国际口腔颌面外科种植学杂志前任主编W. R. Laney 教授组织与主编了英文版，按照英文字母排序，从5000多条较常出现的词汇里筛选了2000多条常见词汇予以了解释、定义和描述，由中华口腔医学会种植专业委员会组织翻译成中文，林野教授担任主译。这是目前国际口腔种植学界的第一本词汇参考书。本书内容权威规范，具有较高的学术性和参考价值，可以视为现阶段口腔种植学的重要工具书。

购书方式：北京市复兴路22号甲3号，人民军医出版社国际口腔医学出版中心
张怡泓（收），邮编：100842，E-mail：zhangyihong@pmmp.com.cn