颞下颌紊乱病病人危险因素与治疗结果之间的关系

Relationships between risk factors and treatment outcome in a group of patients with temporomandibular disorders

Berit Schie Krogstad, Asbjørn jokstad, Bjørn L. Dahl , Olav Vassend

原载 J Orofacial Pain 1996; 10: 48 – 53. (英文)

李盛琳　章魁华译

摘要　本研究的目的是对一组颞下颌紊乱病(TMD) 病人经过劝告、肌肉锻炼和夹板固定保守治疗前及 2 年后对与 TMD 病人有关的躯体不适、忧郁和疼痛进行比较。这组 TMD 病人的头痛和肌肉触诊分值最高,另一组为中、低分值。高分值组 23 人, 他们每周天天头痛或数次头痛; 3 块以上的肌肉严重触痛。中低分值组 28 人,较少头痛,每月 1 – 2 次或数次;肌肉中度或轻度触痛。病人在治疗前及 2 年后完成 3 个问卷(McGill 疼痛问卷【rwegian 版】, 躯体不适问卷和 Spielberger Stait – Trait Anxiety Inventory 的实验部分)。结果显示,2 组治疗前后在对疼痛的描述,全身肌肉的不适,忧郁都有差异,高分值组显示最高分值。总的来说,中低分值组的治疗结果得到改善,而高分值组无效。

颞下颌紊乱病(TMD)代表着一个综合名称,覆盖涉及颞下颌关节和咀嚼肌的数个临床问题。TMD 的主要指征和症状是疼痛和咀嚼肌及颞下颌关节触痛, 关节弹响,下颌运动受限或异常。与 TMD 有关的常见症状是紧张型头痛。与 TMD 发展有关的因素很多, 并有争论。肌肉过度运动、外伤、情感压力和咬合被认为是重要的因素。许多 TMD 的流行病学调查是多因素的,并可能是不同的, 这取决于在颞下颌紊乱病这个特殊的综合名称中考虑哪个特别的诊断。为了设计治疗, 了解所有有关因素是很重要的。75% 的 TMD 病人在经过简单的保守治疗后都有改善,如劝告,肌肉锻炼,平面咬合夹板。然而,1/4 的 TMD 病人通过自然和保守治疗都不能得到改善。这些病人真正代表了对治疗的挑战,对它们自己和整个社会问题的挑战。所以, 希望对这些病人在早期做出鉴定。由于治疗计划未针对真正的病因或仅针对部分病因, 保守治疗无效也是可能的。一般来讲,忧郁和躯体不适与这类疼痛有关。

译者:北京医科大学口腔医学院
北京海淀区白石桥路 38 号　100081

对在哪种指征和症状可以早期预示治疗效果不好还知之甚少。问题是怎样定质定量的测量 TMD 指征和症状, 这对确定病人需要进一步的治疗是很重要的, 例如,除保守治疗以外的行为和/或认识治疗。肌肉触痛是 TMD 病人最常见的症状, Magnusson 还发现与头痛有密切关系。所以,我们决定从临床的观点出发,把重点放在这些症状和指征上, 对有紧张型头痛和肌肉触诊高分值的 TMD 病人相关的疼痛、躯体不适和忧郁与中、低分值的病人进行治疗前和 2 年后的比较,它包括劝告、肌肉放松练习和夹板固定。

材料和方法

总共 103 个病人(女 79,男 24,平均 38 岁)被介绍到挪威奥斯陆大学口腔修复科或口腔心理科治疗。未使用特殊的收治或排除标准。病人被约进行谈话并进行常规方法的肌肉系统的功能检查。只有当病人主观描述有紧张型头痛和肌肉触诊有症状者进行评估。紧张型头痛的频率按下面 5 级选择:①很少;②每月 1 – 2 次;

③每月数次；④每周数次；⑤每天数次。肌肉触痛按 Helkimo 方法改良分为 3 级。分类标准：①轻度触痛；②中度触痛伴有眼睑反射；③表现为触诊时后缩的严重触痛。所有咀嚼和颈肩的 26 块肌肉都进行了触诊。

除临床检查外，还要求病人完成 3 个问卷。Norwegian 版的 McGill 疼痛问卷（MPQ），用于评价病人 TMD 相关疼痛质的方面，在 MPQ 内，描述面/颌骨区域的疼痛时，从感觉、情感方面和评价疼痛的 18 项中选择修饰性描述。感情和评价范围合并在一起，名为情感疼痛。MPQ 问卷中目前疼痛强度(PPI)分为 6 级，测量疼痛的量。

第二个问卷，躯体不适问卷（SCQ），包括 27 项指标评价病人躯体不适。下分 2 个亚级：肌肉疼痛指数，包括颈、背、臂和肩疼痛级；混合症状级包括除肌肉疼痛的其它指标。

第三个问卷，用 Spielberger Stait - Trait Anxiety Inventory(STAI) 中的性格部分评价病人的忧郁水平。

所有病人接受同样治疗（劝告，肌肉放松练习，夹板治疗[Michigan 型]，4 次复诊疗程）。2 年以后，病人再次完成 3 个同样的问卷。在这期的研究中，有 51 个病人参加。本研究对这 51 个病人进行了评估。根据病人自述紧张型头痛和肌肉触痛的分值，将其分为 2 组。高分值组 23 人，头痛分值为 4 和 5，并有 3 块以上的肌肉分值为 3。中低分值组 28 人，头痛分值低于 4，分值为 3 的肌肉少于 4 块。对 PPI、MPQ、SCQ 和 STAI 分值计算了平均数，95% 可信区，并进行了比较。对高分值组和中低分值组的差异进行了非参数 Mann - Whitney U 检验。分别对 2 组治疗前后的分值的差别进行了双相配对 t 检验。

结果

结果显示在表 1 中。2 组治疗前和 2 年后的 PPI 分值明显不同(分别为 $P = 0.01$; $P = 0.003$)。治疗后 2 年，2 组 PPI 均无任何改善。

2 组治疗前，感觉和 MPQ 的情感部分统计学相似，但治疗 2 年后有差异($p<0.001$; $p = 0.002$)。与高分值组相反，中低分值组有改善($p<0.001$)，而高分值组无改善。

对于全身肌肉疼痛，2 组的 SCQ 分值治疗前（$p<0.001$）和治疗 2 年后($p = 0.02$)都有差异。但 2 组治疗 2 年后都无改善。

混合组 2 组内治疗前后的症状统计学无明显的差别。2 组间治疗 2 年后有显著性区别($p = 0.04$)。组内治疗前到治疗 2 年后分值没有显著性区别。

2 组间治疗前后的忧郁分值都有明显的差异（$p = 0.008$; $p<0.001$）。在中低分值组，治疗后分值比治疗前分值减少($p = 0.05$)。高分值组没有减少。

讨论

本研究的 TMD 病人应该能代表临床病人，因为性别的差异和平均年龄与其它研究在同一水平。在随诊期，只有 51 个病人复诊。问卷调查只发给 96 个病人，其余 7 个病人治疗后还不足 2 年。由于资料丢失，2 个病人从研究中除去。15 份问卷由于地址不详而被退回。14 个人的新地址重新获得，但是未得到更多的答复。这显示了在这类问卷中二次获得答复的困难。低反应率会影响结果。高分值组中途退出者最多，原因还不清楚。

肌肉触诊被认为是简单而主观的检查手段，它的可信度将永远是讨论的主题。问题是观察者本身和各观察者之间客观性试验在这个领域是否可以实施。病人对肌肉触诊的反应并不象一般假设的那样稳定。根据 Dworkin 等人报告，“反应”不仅在长期，而且在短期内也可能表现为各样。当记录肌肉疼痛时，使用压力阈值计(PTM)比使用手指更可靠。然而，List 等的研究表明，PTM 值与手指触诊分值有明显的统计学相关性。据此，依靠触诊是可以接受的。根据临床经验，只有 3 块以上的肌肉触诊分值为 3 时才应分到高分值组。甚至健康人也被预期 26 块肌肉中也有 3 块以上的肌肉触诊明显疼痛。

Love 等检验了 MPQ 的可靠性，发现 MPQ 率值指数有很强的试验 - 再试验可靠系数。复习了 MPQ 三维框架的效用。感觉与情感的差异是可以接受的，但对分离情感率和评价方面还有争论。躯体不适用 SCQ 评价。

表 1 2 组病人治疗前和治疗后 2 年平均分值和 95% 可信区间 *

	中低分值组		高分值组	
	开始	2 年	开始	2 年
目前疼痛强度	P = 0.06		P = 0.09	
	2.4(1.9 – 2.9)	1.8(1.3 – 2.2)	3.3(2.7 – 3.9)	2.8(2.2 – 3.5)
	P = 0.01			
		P = 0.003		
TMD 感觉疼痛 (MPQ)	P<0.001		P = 0.66	
	18.0(11.9 – 22.9)	5.9(3.2 – 8.5)	20.4(14.1 – 26.3)	21.9(15.5 – 28.3)
	P = 0.39			
		P<0.001		
TMD 情感疼痛 (MPQ)	P<0.001		P = 0.30	
	10.7(8.1 – 13.3)	4.7(2.5 – 6.9)	10.6(7.4 – 14.4)	12.7(7.9 – 17.5)
	P = 0.85			
		P = 0.002		
全身肌肉疼痛 (SCQ)	P = 0.24		P = 0.51	
	2.9(1.8 – 4.1)	3.6(2.1 – 4.6)	6.0(5.3 – 7.5)	5.7(4.5 – 6.9)
	P<0.001			
		P = 0.02		
混合症状(SCQ)	P = 0.80		P = 0.23	
Spielberger 忧虑性格 (STA)	4.4(2.4 – 6.2)	4.3(2.4 – 5.4)	6.4(3.9 – 8.0)	7.7(4.2 – 9.9)
	P = 0.15			
		P = 0.04		
	P = 0.05		P = 0.25	
	37.6(32.9 – 42.2)	32.8(28.3 – 37.2)	48.7(43 – 54.6)	46.5(40.6 – 51.4)
	P = 0.008			
		P<0.001		

* 高分值组(n = 23)紧张型头痛的频率和触诊严重疼痛的肌肉数明显高于中低分值组(n = 28)。P 值从双尾配对 t 检验和 Mann – Whitney 组间 U 检验获得

它的可靠性和效用已经在斯堪迪那维亚的研究中讨论过几次。另外，STAI 已在不同情况下使用，可靠性和效用都是可接受的。

本研究中，应用心理学试验 STAI 时，重要的是在进行试验前与病人建立适当的信任关系。本研究中的病人是在学生门诊进行治疗，病例记录在处理病人中是非常重要的。问卷调查是在此后进行。只有一个男性病人拒绝完成问卷。

各诊断之间无不同。Laskin 和 Greene 曾争论，关节源性 TMD 由一组器质性紊乱组成，而肌源性 TMD 是心理生理异常。头痛和心理社会因素被认为在肌源性 TMD 组的病人比其它诊断的 TMD 组病人更为多见。然而，De Leeuw 等未发现肌源性 TMD 与关节源性 TMD 病人的社会心理变量有差异。临床经验表明，关节和肌肉异常同时存在并互相影响。其次，在分析 TMD 疼痛，躯体不适和忧虑之间关系前，将病人分为不同诊断亚组的价值有限。

本研究分析显示，经常头痛并有 3 块以上肌肉触痛严重的病人，经保守治疗后，感觉和情感疼痛比这些参数为中低度病人减少的少。忧虑和全身肌肉不适是高分值组的特点。这与 De Leeuw 等的发现相反。根据实验指南，本实验高分值组的忧虑分值与一般忧虑病人在同一水平；中低分值组的分值与工作的成人水平相同。以前的研究者提示，治疗前的忧虑和躯体症状化(精神病学中，精神症状转化为躯体症状)可以预测治

疗反应差。但是,在高分值组,高频率的出现全身肌肉疼痛是否可以解释为躯体症状化，还很难回答。治疗后没有一组的躯体不适减轻。可以说，治疗没有全身效果。

忧虑似乎对知觉或疼痛是重要因素。所以，信息和劝告安慰病人是治疗慢性疼痛病人的基础部分。本发现显示，高分值组病人的忧虑水平保持没变。这可能指示，对病人提供的信息和安慰不能改善这些参数。所以，或许应该在早期依赖其它类型的治疗。Oakley 等报告了一组对保守的牙科、物理医疗治疗反应不好的 TMD 病人,经认识 - 行为方法治疗后,病人的情绪,特别是忧虑得到了改善。作者陈述到，虽然病人没有说疼痛率明显改善，但说痛苦明显改善。痛苦的定议为消极的情绪状态，发生于对感受伤害的反应。随着忧虑的减轻，疼痛似乎容易忍受，所以生活质量提高了。这是治疗慢性疼痛病人的一个重要目的。对于急性疼痛的病人，医生是最重要的，只有医生可以给病人最合适的药物来缓解急性疼痛。但是与慢性疼痛斗争，让病人负起机体和精神治疗的责任是非常重要的。

我们的发现显示，肌肉严重触痛病人的忧虑水平高于肌肉触痛轻的病人。肌肉疼痛可能是肌肉紧张或物理治疗术语肌肉僵硬的一种表达。我们的发现与这种主张符合,当病人感情压抑时肌肉高度僵硬。

全身肌肉不适在高分值组发生非常频繁，这可能提示颞下颌紊乱病与全身的关系，研究者们已经发现了 TMD 与头的姿势，呼吸障碍，全身肌肉僵硬之间的关系。全身肌肉不适或异常是 TMD 的结果还是原因仍不知道。然而,临床经验显示,运动系统的任何一部分的功能或异常功能都可能影响整个运动系统。所以，口面系统应该作为与全身关联的整体来评价。

根据 McGill 疼痛问卷，我们的病人头痛非常频繁，肌肉触诊疼痛严重，治疗结果似乎与 Lobbezoo - Scholte 报告的一样差，应补充更全面的治疗手段。认识 - 行为方法可能是较好的方法。另外一个方法是精神运动性治疗。一种挪威型身心生理治疗，曾用于治疗慢性疼痛病人而显示其希望。 这些方法治疗 TMD 的效果还需进一步的研究。