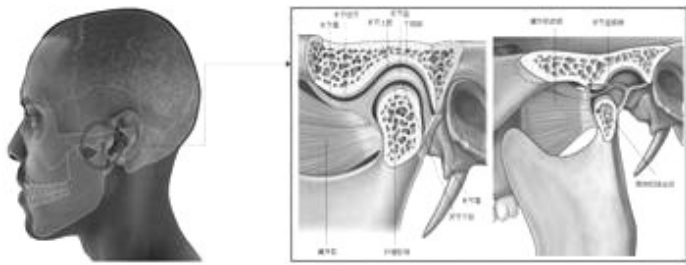


■ 技术·思维

颞下颌关节病的防治策略

□ 张月兰 文/图

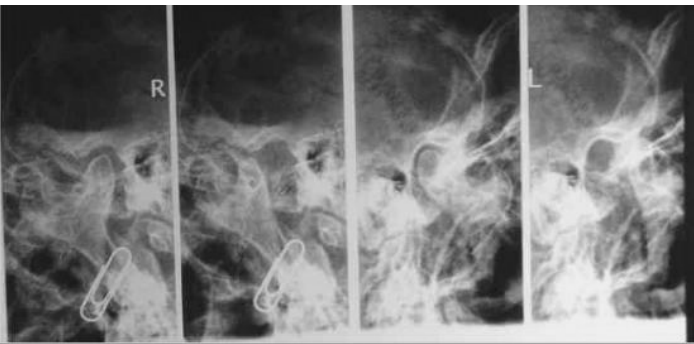


颞下颌关节的位置和解剖示意图

颞下颌关节位于双侧耳前的面部区域,我们日常张口、吃饭、说话时耳前那个会动的小关节就是颞下颌关节,由下颌骨髁突、颞骨关节面、两者之间的关节盘,以及周围的关节囊及关节韧带组成。它是人体唯一一个双侧联动、多向活动关节,是头部(颅面部)唯一能活动的关节,也是人体较为复杂的关节之一。由于一天中我们所进行的咀嚼运动多达数千次,咀嚼力可高达数十公斤,因此小小的颞下颌关节其实是一个极其负重的关节,而且由于这个小关节所处的位置以及它与口腔组织结构的密切相关性,当它发生疾病时,患者要到口腔科就诊。

颞下颌关节的结构有以下几个特点:

1. 后方紧邻耳部,因此颞下颌关节紊乱病(TMD)患者偶尔有耳部症状;同样,耳部的



薛氏位



CBCT 检查,可见髁突吸收



关节镜手术

患者非常痛苦。

病因分析

颞下颌关节紊乱病并非指单一疾病,它是一类病因尚未完全清楚而又有相同或相似临床症状的一组疾病的总称。颞下颌关节紊乱病是多因素致病,其病因目前尚无统一论,通常认为与心理社会因素、咬合因素、免疫因素、关节负荷过重、关节解剖因素等有关。根据致病因素在颞下颌关节紊乱病的发生、发展过程中的主要作用来看,可以分为易感因素、促发因素和持续因素。

易感因素:降低机体对疾病的耐受力,增加颞下颌关节紊乱病的发生率。局部易感因素包括咬合紊乱、口颌系统发育异常、不良口腔习惯等。全身易感因素包括机体全身健康不良、心理性易感等。

促发因素:促使颞下颌关节紊乱病的发生。局部促发因素包括咬合紊乱、创伤或口颌系统过度负荷、深部疼痛的刺激。全身促发因素包括环境刺激、应激和生活事件等精神创伤等。

持续因素:颞下颌关节紊乱病不断发展,并影响治疗效果。主要包括心理因素、代谢因素和免疫因素等。

其中,咬合因素在颞下颌关节紊乱病中兼顾易感因素和促发因素。比如有咬合干扰、牙尖的早接触、多数后牙缺失、牙齿磨耗过度等,有时消除这些牙齿咬合因素,症状可缓解或消失。比如一侧后牙缺失,咀嚼肌功能不全,打破了口颌系统的平衡,双侧下颌骨所受应力及髁突均发生变化。为了达到功能活动时的所需的咬合稳定状态,下颌骨发生偏移后牙齿咬合在牙尖交错位上,这时虽然到了咬合稳定的位置,但是髁突不再是稳定的,这种肌骨不稳定,可能在异常的载荷时出现问题。这时,髁突为了获得稳定的位置就会出现异常运动,这种异常运动使得盘-突复合体压力增大,最终导致关节囊内紊乱。

颞下颌关节紊乱病一般都有颞下颌关节区和(或)咀嚼肌肌痛、下颌运动异常和伴有功能障碍,以及关节弹响、破碎音及杂音等症状。

颌面部疼痛

主要表现为开口和咀嚼运动时关节区或关节周围肌群的疼痛,一般无自发性疼痛。常表现为颞下颌关节区疼痛、咀嚼肌痛、耳痛、枕后痛,甚至颈、肩、臂、背等部位的疼痛。如有关节有器质性破坏或肌痉挛时,相应的关节区和肌组织有压痛。此外,一些经久不愈、病程迁延的患者,常常有关节区发沉、酸胀、咀嚼肌易疲劳,以及面部部、颞部、枕区等慢性疼痛和感觉异常。

关节杂音

正常关节在下颌运动过程中无明显弹响和杂音。一旦关节结构发生紊乱,关节面有

增生、退变或炎症,滑膜损伤引起润滑液分泌的改变,下颌运动时即出现关节杂音。开口运动时有“咔、咔”的声音,多为单音,有时为双音,可复性关节盘移位和翼外肌上下两头功能紊乱时可出现这类弹响音。破碎音即开口运动时有“咔吧、咔吧”的破碎音,多为双声或多声,关节盘穿孔、破裂或移位时可出现此类杂音。摩擦音即在开口运动时有连续的似揉玻璃纸样的摩擦音,有骨关节病、软骨面粗糙时可出现此类杂音。

下颌运动异常包括开口度异常(过大或过小)、开口型异常和关节绞锁。正常成人自然开口度平均为4厘米,开口型无偏斜,呈“↓”。

开口度异常

当颞下颌关节半脱位时会出现开口度过大的现象。另外有一些表现为开口受限,开口受限的关节外原因有升颌肌痉挛、发炎和挛缩,关节外原因造成的开口受限的程度与肌受累程度呈正变关系,可由轻度受限到完全受限不等;开口受限的关节内原因有多种,如盘髁结构紊乱、盘髁复合体与关节窝粘连。

开口型异常

当患者开口时,下颌并非直线向下,而是偏向一侧或者向两侧偏摆,或有微小颤抖等。可见于双侧咀嚼肌的运动不协调,关节盘移位、脱位。

关节绞锁

即开闭口过程中遇到阻碍,如关节盘脱出、破裂等,而不能继续开口或闭口的现象,是由关节盘移位或病变引起的。可分为开口绞锁、闭口绞锁、一过性绞锁。

有人会问,关节区出现过弹响,后来不响了,是关节病好了吗?

不是这样的,并不是关节不响了就意味着关节病好了。

关节杂音只是颞下颌关节紊乱病的一个症状,是否存在关节杂音可以帮助判断关节盘的位置、状态,但是不存在关节杂音并不一定意味着关节盘位于正常位置。有研究表明,15%无杂音、无症状关节的X线片提示有关节盘移位。要采用多种手段进行检查,并综合考虑结果后才能得到准确诊断。例如当患者有可复性关节盘移位时,在开口过程中,髁突越过关节盘后带到达关节盘中带,从而使移位的关节盘复位,发生开口弹响;在闭口过程中,髁突越过关节盘后带,发出第二声弹响,关节盘再次移位。随着关节盘向前内方向移位的时间越来越长,关节盘后带就会越来越薄,盘侧韧带和盘后附着的上部伸长就会越明显。当患者无法自行将关节盘回到正常位置时,关节盘紊乱进入另一个阶段——“不可复性关节盘移位”,此时患者无法张大张口,最大开口度为35毫米,被打开开口度不能增加,此时关节

区可能无弹响,但往往有弹响史。因此,仅仅通过是否出现关节区弹响来判断关节病是否治愈,是错误的,还应结合患者的病史、临床表现和相关检查结果进行综合分析,才能准确判断。

有以下几个症状一定要就医:有的患者感觉张不开口,开口度达不到三横指的程度;有的患者有张口过大,总有一种下巴要掉下来的感觉;有的患者感觉在张口、闭口的过程中,下颌不受控制地总要绕一下,偶尔还会卡住动不了,不能直上直下地自如张闭。

在开口说话或吃饭咀嚼时,如果出现双侧耳前关节区域甚至更大范围的肌肉疼痛,也可能是颞下颌关节出现疾病的信号。

医学检查

得了颞下颌关节紊乱病要做什么检查?

颞下颌关节紊乱病的检查主要包括手法检查及影像学检查。

手法检查主要检查开口度、开口型、关节区或相关肌肉是否有压痛,开闭口的过程中是否偶尔发生弹响等。

影像学检查包括:X线平片薛氏位(可观察关节间隙、骨质和运动度);CBCT检查(锥形束CT检查,可观察关节骨质改变);关节MRI(磁共振成像)检查(可直接观察关节盘位置、囊内粘连和骨质等);关节腔造影(可间接观察关节盘位置、盘穿孔和囊内粘连);关节镜检查(可详细观察关节腔内各结构的情况,经常与治疗一起进行)。

治疗方法

颞下颌关节紊乱病常见的治疗方法有:

健康教育。解释疾病的性质,纠正不良习惯、提供饮食指导、局部湿热敷、减轻工作压力等。

功能锻炼。调整翼外肌训练和进行开口训练。

心理治疗。接受心理治疗,服用抗抑郁药物。

物理治疗。使用频谱仪、红外线、激光或采用钙离子导入法。

药物治疗。服用非甾体类消炎镇痛药、肌松弛药、调节植物神经功能类药、抗抑郁焦虑药。

注射治疗或关节腔灌注(利多卡因+维生素B₁₂/利多卡因+维生素B12+硝苯舒松/硬化剂)。

使用咬合板(松弛咬合板、稳定性咬合板、再定位咬合板、枢轴咬合板、调位性咬合板)。

关节镜手术

开放性手术

正畸治疗

修复治疗

颞下颌关节紊乱病的治疗应以可逆性保守治疗为主,比如药物、理疗、咬合板等,然后用不可逆性保守治疗,最后选用关节镜手术等。

■ 医 技 在 线

恶性肿瘤患者中约40%的患者会发生脊柱转移,多累及胸椎和腰椎,原发病灶主要为乳腺、肺、前列腺和肾等部位。在脊柱转移癌患者中,14%会发生脊髓压迫,临床主要表现为疼痛、神经功能损害及进行性畸形等,严重影响患者的生存质量。

脊柱转移癌的好发人群:一是长期暴露在辐射环境中的人。电离辐射是常见的物理致癌因素,电离辐射能够直接穿透组织、细胞,将能量随机沉积在细胞中,对基因有一定的毒性。长期接触电离辐射的人容易致癌,出现脊柱转移癌。二是有其他部位恶性肿瘤史的人。有乳腺癌、肺癌、肾癌、前列腺癌、甲状腺癌、肝癌等其他部位癌症的患者,容易发生脊柱转移,出现脊柱转移癌。

既往对脊柱转移癌的治疗以放疗为主。随着治疗理念的发展,现在对有脊髓压迫症状或脊柱不稳的脊柱转移癌患者采取以手术治疗为主的综合疗法,已经成为临床医生的共识。一项多中心前瞻性随机对照研究证明,外科手术联合放疗明显优于单纯放疗,同时外科手术是治疗脊柱转移癌的重要方法。外科手术治疗的目的是切除肿瘤、解除神经压迫、稳定脊柱、防止神经受损、减轻局部顽固性疼痛。

特别是在肿瘤生长到压迫脊髓或神经出现瘫痪症状时,要及早手术,在这个时期存在治疗“黄金时间窗”。什么是脊柱转移癌的治疗“黄金时间窗”?发生脊柱转移癌,从出现脊髓压迫神经症状到运动完全消失需要1周~2周的时间,患者在存在部分运动功能时及早进行脊髓减压手术,可恢复80%以上的肌力,这是第一个“黄金时间窗”。

从运动功能丧失到感觉功能丧失大约需要3天时间,此时实施脊髓减压手术后可能有部分肌力恢复;超过3天,肌力可能不会再次恢复。这是第二个治疗“黄金时间窗”。

近期,王先生和朱先生同时住进了郑州市中心医院神经脊柱外科。朱先生76岁,王先生78岁,患的都是前列腺癌脊柱转移,一个转移到第八、第九胸椎,一个转移到第九、第十胸椎,都是在2月15日前后出现下肢麻木无力。根据检查结果,医生确诊二人是转移癌压迫了胸段脊髓。王先生积极配合我所带领的脊柱转移癌协作团队的诊疗方案,于2月20日做了胸椎管减压手术,手术后下肢肌力改善明显,不到半个月就可以下床活动了。而朱先生因担心手术风险大,不愿意做手术,下肢活动肌力向坏处发展,不到半个月就完全瘫痪。

在这里,我要提醒医生、患者及其家属,对于生存期较长的转移癌患者,如果患者出现瘫痪的神经症状,切莫错过“黄金时间窗”,及早手术,以减轻患者的痛苦及家属护理的负担。

(作者供职于郑州市中心医院)



胸椎管减压内固定术后CT三维重建



征 稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《精医懂药》《医学检验》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件给我们。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1张~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

联系人:贾领珍
电话:(0371)85966391
投稿邮箱:337852179@qq.com
邮编:450046
地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社编辑部

■ 临床笔记

对一例眼病病例的诊治体会

□ 王印其

近日,一个一岁多的患儿,由家长带着从300公里远的地方来到河南省立眼科医院,早晨5时挂的急诊号,患儿被诊断为右眼角膜上皮糜烂。

接诊医生予以左氧氟沙星及小牛去血清蛋白点眼,并嘱咐家长带患儿到角膜病门诊做检查。

检查时,我们发现患儿双眼睑结膜充血,右眼下睑结膜有假膜,角膜中央上皮糜烂。这显然是红眼病,是由腺病毒感染引发的急性流行性结膜炎。追问病史后得知,患儿一个月前因流泪曾多次在当地医院就诊,医生提示有医源性感

染可能。

对于这个病例,有几个需要注意的地方:

1. 医源性感染常见,四季都可以发生。其发生与否,与机体的免疫力有关。

2. 角膜上皮糜烂与结膜假膜有关,在急性期用小牛去血清蛋白点眼可以商榷。

3. 本病属于自限性疾病,有自愈趋向,药物干预帮助不大。

4. 对年幼患者进行眼病检查,需要医生有爱心、耐心、细心、有技巧。

在诊治这个病例的过程中,我有以下体会:

其一是在临床诊疗过程中,

需要区别眼病的治愈究竟是身体自我康复的结果,还是药品或者手术干预的作用,当然这里有关主次之分,有君臣佐使(中医用语)之别,并非非黑即白,是有大学问的,在总结经验时要注意这一点。

其二是安慰剂效应。安慰剂效应被学者视为医学中强有力的功能法则,在临床实践及各种诊疗过程中占有一席之地。它是指病人虽然获得无效的治疗却“预料”或“相信”治疗有效而让症状得以改善的现象。汉诺威医学院教授布卡德·耶格尔指出:“只要是具有明显治疗目的的医疗或心理手

段,都有可能成为安慰剂效应的工具。药物、手术、照射乃至谈话皆有可能。”弗兰克·波兹索特指出:“如果严格看待卫生体系成果的话,那就不得不得出这样的结论:不少案例要归功于患者的自愈力。”有人估计这样的案例要占到1/3。医学周刊《柳叶刀》里有一段话值得记住:“从表面上看,临床医学有一些事务是为人所知的,但也有若干事务是我们只知其然却不知其所以然的;还有若干事务,我们则根本一无所知。”

其三,重视手术在眼科治疗中的重要作用,50%的眼病要依赖手术治疗。在现代医学眼科

学中,手术的发展最为瞩目、最为突出,但也不能唯手术论,要精准手术,要善于用药。

客观事物是极为复杂生动的,它本身就包含着丰富的含义,眼病亦如此。对同一个患者,同一个诊断结果和同样治疗方法,不同的医生有不同的认识和看法。正如古代诗人苏轼所言:“横看成岭侧成峰,远近高低各不同。不识庐山真面目,只缘身在此山中。”倘若跳出庐山看庐山,则远近高低,各显异彩,自有体现,看病亦如此。

(作者供职于河南省立眼科医院)