

بررسی و مقایسه نتایج درمانی حاصل از ناراحتی‌های مفصل گیجگاهی - فکی

دکتر محمد جعفر دالایی

دانشیار گروه آموزشی جراحی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی،
درمانی شهید بهشتی

Title: Evaluation of Various Treatment Outcomes in Tempromandibular Disorder

Author: Dalaei MJ. Associate Professor

Address: Dept. of Oral and Maxillofacial, shahid Beheshty University of Medical sciences.

Abstract: Numerous techniques are used for treatment of tempromandibular disorder (TMD).

Two aims should be considered when managing patients with TMD.

a) pain reduction, feeling of improvement, prevention of untoward sequel of TMD.

b) Complete cure and enabling the patients to continue a normal life as much as possible.

For an exact and successful treatment the following certain rules should be followed:

1) The physician's competence and knowledge in anatomy, physiology, psychology of the disorder.

2) Pay attention to patient's statement and being sympathetic, developing rapport, performing a complete and careful clinical examination.

3) Considering the patient's psychological or physiological deficits.

4) Eliminating TMD Precipitating factor.

In general, treatment of this disease like other disease of bones and muscles should not be addressed aggressively such as surgery or occlusion therapy. Simple and conservative methods should be applied for treating this disorder, as some cases are self-limiting and require no intervention.

Key Words: TMD - Occlusion-Allevation of Pain

Journal of dentistry Tehran University of Medical Sciences (Vol.: 12, N.3&4, 2000)

چکیده

بطور خلاصه در مورد نتایج حاصله از روشهای مختلف درمانی Temporo Mandibular Dysfunction باید در نظر داشت که معالجه دارای دو جنبه است:

اول تخفیف درد، احساس بهبودی و عواقب حاصله از ناراحتیهای مفصل گیجگاهی - فکی (TMD)

دوم بهبود بیماری و ادامه زندگی طبیعی و عادی در حداکثر امکان

برای یک معالجه دقیق و نتیجه بخش رعایت موارد و ضوابطی لازم است که عبارتند از:

۱- آگاهی و تسلط کافی معالجه گر به آناتومی، فیزیولوژی، روانشناسی و ... در معالجه بیمار

۲- توجه کافی به مطالب اظهار شده توسط بیمار، همدردی و همراهی با وی، انجام معاینات کلینیکی دقیق، آگاهی به وضع

بیمار از طریق طرح سؤالات لازم و توجه به شرح حال وی

۳- توجه به روحیه، کمبودهای روانی یا فیزیولوژیکی بیمار

۴- برطرف کردن عواملی که به Dysfunction کمک می‌کند.

بطور کلی در درمان این بیماری همانند بیماریهای استخوانی، عضلانی و ... در اولین مرحله نباید از روشهای درمانی حاد همانند جراحی یا اکلوزال تراپی استفاده شود؛ بلکه باید با فرصت کافی و دریافت اطلاعات کامل در مورد بیمار و بیماری در آغاز از روشهای درمانی ساده و کنسرواتیو بهره گرفت؛ حتی در مواردی مشاهده گردیده که بیماری خود به خود بهبود نسبی یافته است (Self limiting) و هرگز نیازی به درمانهای حاد نبوده است.

کلیدواژه‌ها: مفصل گیجگاهی فکی - اکلوزن - درمانهای محافظه کارانه

مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران (دوره ۱۲، شماره ۳ و ۴، سال ۱۳۷۸)

مقدمه

کژکنشی مفصل گیجگاهی فکی (Dysfunction) با توجه به علل و معاینات کلینیکی به عمل آمده چنین تعریف شده است: وجود هرگونه نابهنجاری کنشی (Functional) در قسمتهای مختلف صورت و گردن که دارای علائم مشخص کلینیکی از قبیل درد، محدودیت در حرکت و عمل فک پایین و صدای حاصل از مفصل فکی - گیجگاهی باشد.

بنابر تعریف فوق از طرف آکادمی آمریکایی دردهای سر و صورت نیز TMD یک اصطلاح و نام کلی برای تمامی دردها و دیس فانکشن های موجود ایجاد شده در ناحیه گردن، صورت، دهان و بطور کلی دستگاه جوینده است که می تواند علائم خود را به طرق مختلف نشان دهد. علت ابتلا به این بیماری دلایل مختلفی دارد که یک درمانگر متخصص می تواند با مهارت و رویه درمانی

تخصصی، هر چه سریعتر بیمار را در اولین مرحله تسکین دهد و در ادامه با معالجه دقیق، وی را بطور کامل بهبود بخشد و در عین حال معالجات به طریقی انجام گیرد که لاقبل بیمار با مشکلات مختلف دیگر و جدیدی مواجه نشود. (۱)

با توجه به تعاریف به عمل آمده TMD را می توان در زیر گروه بیماریهای عضلانی - عصبی و بیماریهای روماتولوژیک قرار دارد.

بطور کلی ناهنجاریهای مفصل گیجگاهی - فکی را به دو گروه زیر تقسیم بندی کرده اند (۲):

۱- ناهنجاریهای موجود در خود مفصل و ساختمان اسکلتی آن

۲- ناهنجاریهای عضلانی

جدولی که از طرف انجمن بین المللی سردرد در این رابطه منتشر گردیده است، به شرح ذیل می باشد (۳):

طبقه بندی تشخیصی دردهای سر و صورت

طبقه بندی تشخیصی توصیه شده جهت:
۱- سردرد یا درد صورت مرتبط با اختلالات جمجمه، چشمها، گوشها، بینی، سینوسها، دندانها، دهان یا دیگر ساختمانهای جمجمه ای و صورت
۱-۱- استخوانهای جمجمه همراه با فک تحتانی
۱-۲- گردن
۱-۳- چشمها
۱-۴- گوشها
۱-۵- بینی و سینوسها
۱-۶- دندانها و ساختمانهای دهانی مربوطه
۱-۷- مفصل گیجگاهی - فکی
۱-۸- عضلات جوینده

طبقه بندی انجمن بین المللی سردرد برای سردردهای نورالژی های کرانیال و دردهای صورتی
۱- سردرد میگرن
۲- سردرد نوع کششی (Tension)
۳- سردرد خوشه ای و درد یک طرفه مزمن متناوب جمجمه ای
۴- سردردهای متفرقه، غیر مرتبط با ضایعات نسجی
۵- سردرد مرتبط با ترومای سر
۶- سردرد مرتبط با اختلالات عروقی
۷- سردرد مرتبط با اختلالات داخل جمجمه ای غیر عروقی
۸- سردرد مرتبط با مواد و یا ترک آنها
۹- سردردهای مرتبط با عفونتهای غیرسفالیک
۱۰- سردردهای مرتبط با اختلالات متابولیک
۱۱- سردرد یا درد صورت مرتبط با اختلالات جمجمه، گردن، چشمها، گوشها، بینی، سینوسها، دندانها، دهان و غیره
۱۲- نورالژی جمجمه ای (دردهای عصبی، جمجمه ای)، درد تنه عصبی
۱۳- سردرد غیرقابل طبقه بندی

باید انجام شود به صورت یک فرم که از قبل تهیه و چاپ شده، حائز اهمیت زیادی است.

با توجه به این که دستگاه جونده یکی از ارگانهای متأثر از بروز احساسات و رفتارهای عصبی در انسان می‌باشد، بنابراین این قسمت از بدن در مواردی تحت فشارهای روانی قرار می‌گیرد و این فشارها گاهی باعث سائیدگی دندانها، از دست دادن ارتفاع و خستگی عضلات سیستم جونده می‌شوند و به همین دلیل امروزه به وجود مشکلات روانی در این ناهنجاری اهمیت زیادی داده می‌شود.

نتایج

برخی از تحقیقات انجام شده، نشان می‌دهد که چگونه می‌توان به سهولت و بدون انجام هیچ نوع درمان برگشت‌ناپذیر به معالجه این بیماران با موفقیت پرداخت. برخی از تحقیقات انجام شده در این زمینه به شرح زیر می‌باشد:

- در مواردی پالپ دندان در دهان می‌تواند سبب بروز علائم TMD گردد که در چنین مواردی با یک درمان ساده دندانپزشکی می‌توان به بیمار کمک کرد (۴).
- در بیمارستان شهر منچستر انگلستان ^۱ از بیماران TMD مراجعه‌کننده به این بیمارستان با روان درمانی معالجه شده بودند (۵).
- در تحقیق دیگری آمده است که ۱۳۳ بیمار TMD که به سه گروه رفتاری - درمانی تقسیم شده بودند، توسط روان درمانی و کنسرواتيو تراپی معالجه شدند (۶).
- تحقیق دیگری نشان داد که ترکیب درمانهای مختلف کنسرواتيو، مانند روان درمانی و اکلوژال اسپلینت نتایج رضایت بخشی را در معالجه بیماران نشان می‌دهد (۷).
- در تحقیق دیگری بیماران TMD را به دو گروه تقسیم کرده بودند؛ یک گروه از اکلوژال اسپلینت بهره‌ور شده بودند و گروهی دیگر از این درمان بهره‌ای نبرده بودند.

برای نوشتن این مقاله تقریباً از تمامی تحقیقاتی که از سالهای ۱۹۷۰ میلادی تا زمان حاضر به عمل آمده بهره گرفته شده است؛ مضافاً این که در حد امکان از پیامدهای موجود در کتب مختلف و تجارب اساتید متخصص نیز در تدوین آن استفاده شده است.

در انتخاب مقالات به مدت‌زمان و عناصر انتخاب شده در تحقیق، داشتن گروهی برای کنترل و هماهنگی بین عنوان تحقیق و پیام آن بطور کامل توجه شده است؛ زیرا عوامل یاد شده مواردی هستند که صحت تحقیق را بالا برده و معتبر می‌سازند.

بحث

در گذشته نه چندان دور به اکلوژن دندانها اهمیت زیادی داده می‌شد. معالجه‌گران با تغییر سطوح اکلوژالی و بهره‌گیری از روشهای درمانی حادثر مانند جراحی، به معالجه این بیماری می‌پرداختند؛ ولی بتدریج با پیشرفت علم و قدرت رویت بیشتر در ساختمان مفصل، توسط رادیوگرافی، آرتروگرافی، سی‌تی‌اسکن، MRI، معاینات و مداوا هم در رابطه با این بیماری تغییر جهت یافت.

این مطالعه نشان می‌دهد که یکی از مهمترین عوامل موفقیت‌آمیز در مداوای این بیماری انجام گفتگوی دقیق و مصاحبه و محاوره با بیمار است. گرفتن تاریخچه‌ای دقیق از بیمار در رابطه با شغل، مسائل عاطفی و خانوادگی، بیماریهای ژنتیکی و فامیلی و دیگر سوابق پزشکی که با آن مواجه بوده یا هست، از اهمیت خاصی برخوردار است. شنیدن شرح حال بیماری و علائم آن از زبان خود بیمار و انجام یک معاینه دقیق کلینیکی و در صورت لزوم دریافت تصاویر لازم از طریق معاینات تصویری به تشخیص صحیح و دقیق این بیماری کمک می‌کند.

برای این که پزشک معالج، سؤال یا معاینه‌ای را فراموش نکند، داشتن فهرستی از سوالات و معاینه‌هایی که

نظیر جراحی و اکلوژال تراپی برای معالجه این بیماری استفاده می‌شد؛ در حالی که در حال حاضر می‌توان با روشهای درمانی کنسرواتو یا محافظه کارانه به مداوای این بیماری پرداخت و در صورت عدم دریافت نتیجه از این روشها، از روشهای حاد از جمله جراحی بهره گرفت؛ همچنین می‌توان درمان را به شکل روش درمانی حذفی (Elimination Therapy) شروع نمود و ادامه داد؛ مانند معالجه پوسیدگیهای دندانی، مشکلات پیرونتالی، کشیدن دندانهای عقل نهفته‌ای که نهفته خواهند ماند و بالاخره شروع به درمانهای کنسراتیو و برگشت پذیر و همچنین توجه به مشکلات روانی و عاطفی بیمار.

در یک تحقیق انجام شده نشان داده شد که ۶ ماه پس از شروع درمانهای کنسرواتو نتایج آن حالت ثابت و پایداری به خود می‌گیرد (۱۲).

در صورت وجود ناهنجاریهای اسکلتی در ساختمان اسکلتی مفصل و اطمینان معالجه گر از این که این ناهنجاری باعث دیس فانکشن شده است، جراحی به عنوان راه حلی مناسب و مفید می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

گرچه دانش، تشخیص صحیح و تخصص یک پزشک بیش از ۵۰ درصد از راه معالجه را روشن می‌سازد ولی نباید فراموش کرد که درصد قابل توجهی از موفقیت هر درمانگر بستگی به همکاری بیمار با وی دارد. جلب همکاری بیمار، رفتاری دوستانه و مناسب با بیمار و جلب اعتماد وی را در موفقیت درمان نباید فراموش کرد. آگاهی معالجه گر به مسائل روانشناسی و توجه به مشکلات و سابقه بیمار نیز در این رهگذر حائز اهمیت است. نباید فراموش کنیم که بیماران انسانهایی کامل، دارای احساس، عواطف و صاحب نظر هستند و نباید به آنان به صورت یک عضو یا یک ارگان بدن نگاه کرد.

دیس فانکشن یا کژکنشی در بیماران دسته اول بهبود قابل توجهی را نشان داد (۸).

• تحقیق دیگری در بیمارستان شهر Gent کشور بلژیک انجام شد و نتایج آن نشان داد که حتی بیماران TMD که دارای گوش درد نیز بوده‌اند، توسط کنسرواتو تراپی بهبود یافتند و DI (Dysfunction-Index) آنان از ۴ یا ۳ به صفر و برخی به ۱ رسیده است (۹).

• یک تحقیق طولانی مدت ۷ ساله در کشور سوئد نشان داد که از ۱۵۴ بیمار TMD که بطور کنسرواتو معالجه شده بودند (این گروه تا ۷ سال پس از درمان تحت نظر بودند)، بهبود قابل توجهی را نشان دادند و حتی تا ۷ سال پس از درمان این بهبودی پایدار بوده است (۱۰).

لازم به ذکر است که هدف از معالجه برطرف کردن خطر ناشی از دیس فانکشن، کاهش درد و بازگرداندن حرکات عادی و روزمره به بیمار است.

• یکی از ابعاد دیگر موفقیت در مداوای TMD برخورد مناسب با بیمار در جلسه اول ملاقات و قانع کردن وی در مورد روش و ادامه درمان انتخاب شده و جلب اعتماد وی نسبت به درمان و درمانگر است (۱۱).

خلاصه

کمک به بیماران TMD گاهی اوقات ساده تر از آن است که انسان تصور می‌کند و لازمه آن یک تشخیص مناسب و صحیح، انجام یک معاینه دقیق از بیمار و آگاهی کامل معالجه گر از ابعاد مختلف این بیماری می‌باشد. با یک معاینه دقیق، درمانگر می‌تواند بیماری را (چنانچه در محدوده تخصصی وی باشد)، معالجه کند و اگر بیماری مربوط به متخصصین سایر رشته‌ها باشد، بیمار را به متخصص مربوطه معرفی نماید.

در گذشته نه چندان دور از روشهای درمانی حادثتری

منابع:

1. McNEILL. Temporomandibular Disorders Guidelines for Classification, Assessment and Management. Chicago:Quintessence; 1993.
2. Okeson J. Orofacial pain guidelines for assessment, diagnosis, and management. Chicago: Quintessence; 1996.
3. Olesen J. Classification and diagnostic criteria headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalgia An Int J Headache 1998; Oslo: Norway.
4. Wright EF, Gullickson DC. Identifying acute pulpalgia as a factor of TMD pain. J Am Dent Assoc 1996; 127(6): 773-80.
5. Morris S, Gray R. Physical, psychiatric, and social characteristics of TMD pain dysfunction syndrome: The relationship of mental disorders to presentation. Br Dent J 1997; 182(7): 255-260.
6. Rudy TE, Turk DC, Kubiniski JA, Zaki HS. Differential treatment responses of TMD patients as a function of psychological characteristics. J Orofac Pain 1995; 61(1): 103-12.
7. Truk D, Rudy TE. Effects of intraoral appliance and biofeedback/ stress management. J Prosthet Dent 1993; 70: 158-64.
8. Leeuw JR, Steenks MH, Ros WJ, Lobbezoo - Scholte AM, Bosman F, Winnubst JA. Assessment of treatment outcome in patients with Craniomandibular, dysfunction. J Oral Rehabil 1994; 21(6): 655-66.
9. Keersmaekers K, De-Boever JA, Van-Den-Berghe L. Otagia in patients with temporomandibular joint disorders. J Prosthet Dent 1996 Jan; 75(1): 72-6.
10. Mejersjo C, Carlsson GE. Long-term results of treatment for temporomandibular pain-dysfunction. J Prosthet Dent 1983; 49:809-815.
11. Boever JA, Van - Wormhoudt K, Boever EH. Reasons that patients do not return for appointments in the initial phase of treatment of temporomandibular disorders. J Orofac Pain 1996; 10(1): 66-72.
12. Pavlos G, Grigoriadou E, Zarifi A. Effectiveness of conservative treatment for CMD. A 2-year longitudinal study. J Orofac Pain 1994; 8(3): 309 - 314.