

1983-05-01

Disorder of the Temporomandibular Joint: Fundamental for Diagnosis, Etiology, and Treatment Modalities(ความผิดปกติของกระดูกข้อต่อขากรรไกร และอวัยวะที่เกี่ยวข้อง: หลักการวิเคราะห์แยกโรค สาเหตุ และการเตรียมรักษา)

Picharn Chamnannidiadha

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/cudj>



Part of the [Dentistry Commons](#)

Recommended Citation

Chamnannidiadha, Picharn (1983) "Disorder of the Temporomandibular Joint: Fundamental for Diagnosis, Etiology, and Treatment Modalities(ความผิดปกติของกระดูกข้อต่อขากรรไกร และอวัยวะที่เกี่ยวข้อง: หลักการวิเคราะห์แยกโรค สาเหตุ และการเตรียมรักษา)," *Chulalongkorn University Dental Journal*: Vol. 6: Iss. 2, Article 5. DOI: 10.58837/CHULA.CUDJ.6.2.5
Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/cudj/vol6/iss2/5>

This Original article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Dental Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.



ความผิดปกติของกระดูกข้อต่อขากรรไกร และอวัยวะที่เกี่ยวข้อง : หลักการพิเคราะห์แยกโรค สาเหตุ และการเตรียมรักษา

พิชาญ ขำนาญนิธินธร *

บทคัดย่อ

การศึกษาทางระบบการบดเคี้ยว โดยเฉพาะการทำงานอย่างปกติและผิดปกติของข้อต่อกระดูกขากรรไกร ได้เป็นที่สนใจและศึกษากันมานานหลายสิบปีแล้ว กระดูกข้อต่อขากรรไกรมีความสำคัญอย่างมากต่อการเคลื่อนที่ของขากรรไกรล่าง ถ้ามีการสูญเสียการทำงานอย่างปกติของกระดูกข้อต่อนี้ ผู้ป่วยก็จะประสบความยากลำบากในการเคี้ยว กลืนอาหาร พูด หรือ หาว เพราะการเคลื่อนที่ของขากรรไกรล่างมีความสำคัญต่อการทำงานของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว

บทความนี้มุ่งหมายที่จะเสนอวิธีการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของข้อต่อกระดูกขากรรไกร และอวัยวะที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่จะได้ทราบถึงโครงสร้างของสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค (etiology) การวิเคราะห์โรค (diagnosis) ตลอดจนการ

* อาจารย์ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(หัวหน้าภาควิชา : อาจารย์ทันตแพทย์สุพรรณ ตันตระกูล)

จัดเตรียมเพื่อรักษาความผิดปกติของข้อต่อกระดูกขากรรไกร (*Myofascial-pain dysfunction syndrome*)

ในกรณีที่ไม่สามารถวิเคราะห์โรคอย่างถูกต้องได้ควรแนะนำคนไข้ให้ไปพบกับแพทย์หรือทันตแพทย์ ผู้ที่มีความสามารถทางด้านนี้ และควรจะทำทันทีก่อนเริ่มการรักษาใด ๆ

บทนำ

Costen⁽¹⁾ ได้รายงานกลุ่มอาการต่าง ๆ (คลื่นไส้อาเจียน มีความผิดปกติของการรับฟังเสียง หูแว่ว เสียง “กร๊าก” ในหู อาการเจ็บข้อ ปวดหัว ความรู้สึกชาแปลบที่ลิ้นหรือในลำคอ) จากคนไข้ 11 ราย ที่ได้ศึกษาในปี ค.ศ. 1934 และให้ชื่อโรคที่มีกลุ่มอาการดังกล่าวว่า “Costen’s Syndrome”

Costen สันนิษฐานว่าการเกิดโรคดังกล่าวนี้ มีสาเหตุโดยตรงที่สัมพันธ์กับลักษณะการสบและสภาพของชุดฟันในช่องปาก ซึ่งหลังจากที่ Costen ได้เสนอออกมาเช่นนั้น ก็ได้มีการถกเถียงกันมากมายถึงวิธีที่จะรักษาความผิดปกติของ Temporomandibular joint (TMJ) กับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับข้อต่อขากรรไกรนี้

การศึกษาอย่างละเอียดของ Sicher⁽²⁾ กับ Zimmerman⁽³⁾ ช่วยทำให้มีการสรุปอาการหลักของความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกรแคบเข้ามา คือ มีเพียงอาการเจ็บ (pain) มีเสียง

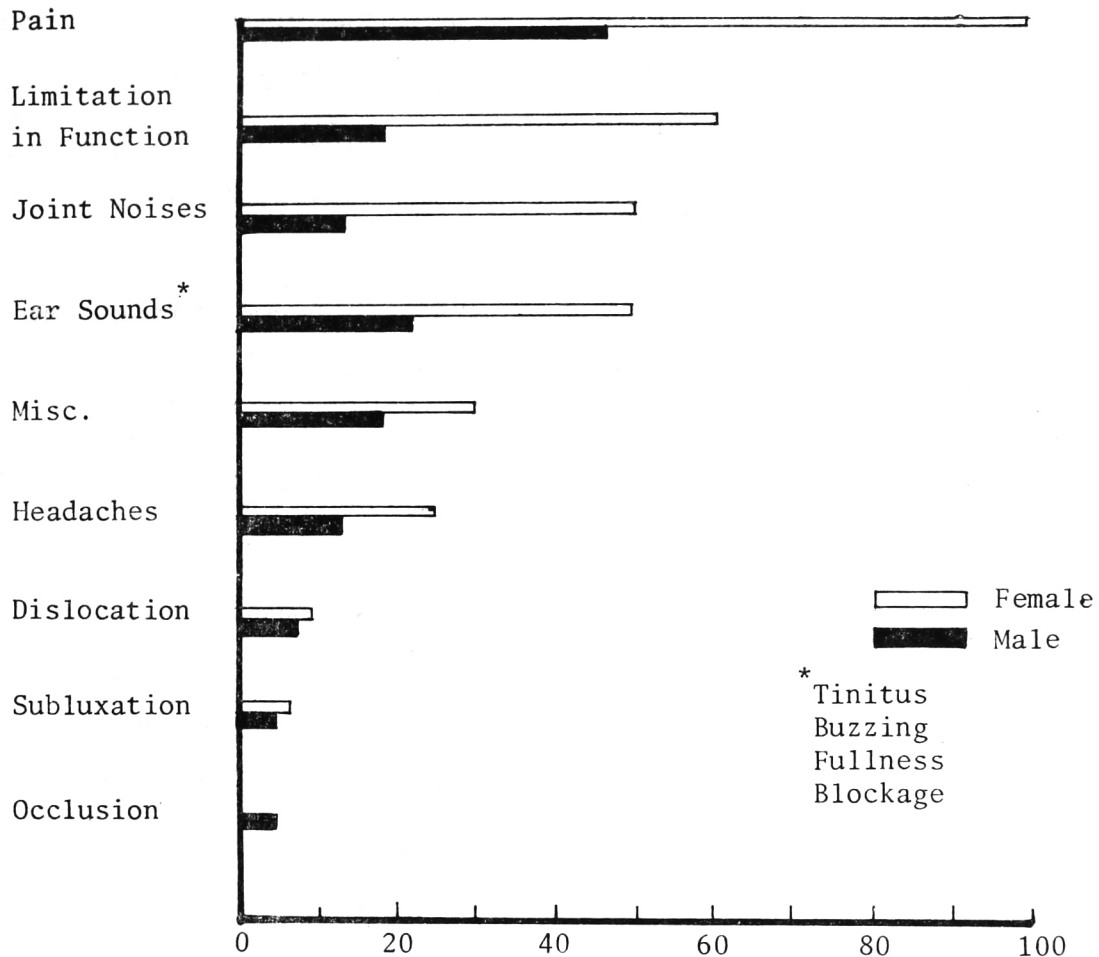
ในหู (joint noises) และมีการเคลื่อนไหวของขากรรไกรล่างอย่างจำกัด (limitation of mandibular function)

ตารางที่ 1 แสดงอาการของโรคซึ่งรวบรวมจาก TMJ Clinic, University of Pennsylvania ตารางนี้ศึกษาจากคนไข้ที่มีความผิดปกติของคนไข้ TMJ จำนวน 142 คน

ปี ค.ศ. 1950 's Schwartz^(4,5) ได้เสนอผลงานที่มีความสัมพันธ์ของอาการเจ็บ (pain symptoms) มีการเกร็ง (Spasm) ของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว และสภาพของจิตใจการรักษาพื้นฐานที่ใช้ คือ occlusal adjustments รวมทั้งการใส่ฟัน การรักษาของ Schwartz นั้นอาศัยหลักทางทฤษฎี psychophysiology

วิธีการรักษาคนไข้ที่มีความผิดปกติของข้อต่อกระดูกขากรรไกรในปัจจุบันนี้ ยังหาข้อตกลงที่แน่นอนไม่ได้ แพทย์ ทันตแพทย์ หรือจิตแพทย์ต่างกล่าวว่าตนเองได้รับผลสำเร็จเป็นอย่างดี ถึงแม้ว่าแต่ละคนจะใช้วิธีการรักษาที่ต่างกันออกไปผู้รักษาบางท่านก็อาศัย

การกระจายของอาการ - ผู้ป่วย 142 คน



จำนวนผู้ป่วย

ตารางที่ 1 การกระจายตามอาการของผู้ป่วยจำนวน 142 คน

การรวมวิธีการรักษาหลาย ๆ ชนิดมาใช้ในการปฏิบัติ เช่น อาจรวมการรักษาโดยมีรากฐานของ occlusal theory และ psychophysiologic theory เข้าร่วมในการรักษาและปรากฏว่าได้ผลดี ดังนั้น จึงยังไม่มีกฎเกณฑ์ในการรักษาที่แน่นอนสำหรับโรคนี้

ทัศนคติกับความผิดปกติของข้อต่อกระดูกขากรรไกร

เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า แพทย์และทันตแพทย์ ส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจถึงความหมายของความผิดปกติของข้อต่อกระดูกขากรรไกรรวมทั้งยังไม่เข้าใจถึงอาการของโรค

* ข้อมูลได้จากการรวบรวมขั้นต้นของ Dr. Robert N. Arm, Dept. of Oral Medicine, University of Pennsylvania, School of Dental Medicine, และ Jerry B. Goldberg, University of Pennsylvania.

โดยทั่ว ๆ ไปแล้ว ทันตแพทย์จะมีความรู้สึกเหมือนถูกบังคับให้ทำอะไรบางอย่างโดยเฉพาะการปฏิบัติให้การรักษานั้นจนเกือบจะเป็นธรรมเนียมหรือวิธีการ การที่จะไม่ทำอะไรให้คนไข้เลยอาจมีความรู้สึกสะท้อนกลับมายังชื่อเสียงของผู้ประกอบอาชีพทันตกรรม หรืออาจมีความคิดว่าถ้าจะเรียกค่าบริการโดยมิได้ให้การรักษานั้น (mechanical in nature) เลย ออกจะไม่ค่อยยุติธรรมสำหรับผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ดีผู้ประกอบวิชาชีพทางแพทยย่อมมีความคิดจรรยาที่ประเสริฐ (professional maturity) และควรที่จะแยกพิจารณาอย่างถ่องแท้ถึงการรักษานั้นที่ควรให้แก่คนไข้

บ่อยครั้งที่เดียวที่ผู้ป่วยได้ใช้ในการดูแลรักษาโดยแพทย์หรือทันตแพทย์ โดยที่แพทย์และทันตแพทย์มีสมารถจะช่วยทำให้อาการของโรคดีขึ้นหรือหาย และจะพบว่าคนไข้ที่เคยรับการรักษามาจากทันตแพทย์มาก่อนแล้ว ฟัน third molars มักจะถูกถอนออกไป เพื่อรักษาปัญหานี้ บางครั้งฟันซี่สุดท้ายของทางด้านตรงกันข้ามกับด้านที่มีอาการก็ถูกถอนออกไปด้วย Clicking ในขณะที่กำลังอ้าปากกว้างสุด (maximum opening) ก็อาจได้รับการรักษาโดยการตัดหัว condyle ออกข้างหนึ่ง (unilateral condylectomy) และจะตามมาด้วยการตัดหัว condyle อีกข้างออกไปเพื่อจะ

ลดอาการที่มีรูปหน้าบิดเบี้ยว หรือการทำงานที่ไม่ดีของขากรรไกรล่าง ซึ่งเป็นผลมาจากการทำศัลยกรรมครั้งแรก ผู้ป่วยหลายรายที่มีอาการของการเกร็งหรือการเจ็บของกล้ามเนื้ออาจถูกรักษาโดยการฉีด cortisone เข้าใน TMJ capsule “มีเหตุผลอย่างไรถึงทำการรักษาชนิดนี้ ไม่มีสิ่งใดเป็นเครื่องบ่งชี้ว่ามีการผิดปกติของข้อต่อกระดูกขากรรไกร หรือว่ามีการยื่นยื่นอย่างถูกต้องทางภาพถ่ายเอ็กซเรย์” การมี lesion ที่บริเวณปลายราก หรือ periodontium และมี occlusal traumatism ก็ได้มีการรักษาทางยา โดยใช้ยา antiinflammation พร้อมกันนั้นก็อาจรักษาอาการเจ็บโดย carbamazepine (Tegretol) ซึ่งเป็นยาที่ใช้รักษาโรค Tic Douloureux โดยเฉพาะ

ดังที่ได้กล่าวมานั้น ผู้ให้การรักษาเป็นจำนวนมากทำการรักษาด้วยความสับสนอันอาจก่อให้เกิดความกระวนกระวายแก่คนไข้เพราะไม่ทราบว่าจะหายหรือไม่และเมื่อใด

การวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้อง ไม่สามารถจะได้มาซึ่งวิธีการรักษาที่ดีและเหมาะสม ดังนั้น แพทย์หรือทันตแพทย์ที่ขาดความชำนาญของโรคนี้จึงไม่ควรจะรักษาด้วยวิธีใด ๆ นอกเสียจากแนะนำคนไข้ให้ติดต่อกับสถาบันหรือบุคคลที่มีความชำนาญทางโรคนี้ เมื่อท่านมิสามารถทำการพิจารณาโรคได้อย่างถูก

ต้อง หรือไม่สามารถหาสาเหตุ (etiology) ของโรคนี้ได้

ความเจ็บคืออะไร

ความรู้สึกเจ็บ (pain) เป็นอาการหลักทั่วไปของโรค ความเจ็บ ถ้าเราจะมาศึกษาดูจะเห็นว่ามีความยุ่งยากมาก ในบทความนี้จะกล่าวถึงเพียงคร่าว ๆ เท่านั้น อะไร คือ ความเจ็บ ความเจ็บเป็นความรู้สึกอย่างหนึ่ง ซึ่งบุคคลนั้น ๆ เคยประสบและจดจำอยู่ในสมองส่วนกลางจนสามารถแยกอย่างอัตโนมัติว่าความรู้สึกชนิดนี้ คือ ความเจ็บ แต่ก็น่าแปลกที่ความรู้สึกเจ็บเกิดขึ้นได้ในทุก ๆ คนเหมือนกัน เพียงแต่ระดับความเจ็บมากหรือน้อยต่างกันในแต่ละบุคคล การตอบสนองต่อการกระตุ้นจนเกิดอาการที่เรียกว่า “เจ็บ” นี้มีความสลับซับซ้อนมาก

การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเจ็บ (pain stimuli) จะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับอันตรายหรือการกระทำที่อาจถึงแก่เสียชีวิตเข้ามาเกี่ยวข้อง นอกจากนี้ก็เกี่ยวกับความฉลาด ลักษณะของเผ่าพันธุ์ หรือเชื้อชาติ (cultural and ethnic background) หรืออัตราความทนทานต่อสภาพทางจิตเรื้อรัง⁽⁶⁾ (ผู้เขียน ขอละที่จะไม่กล่าวถึงลักษณะทางสรีรวิทยาของเส้นประสาทที่ก่อให้เกิดความเจ็บ)

ถ้ามีคนไข้คนหนึ่งเข้ามาหาทันตแพทย์ด้วยอาการเจ็บปวดบริเวณใบหน้าอย่างมากและความเจ็บนั้นสม่ำเสมอ ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาทั้งจากแพทย์และทันตแพทย์มาแล้วเป็นจำนวนมากแต่อาการก็มิได้ดีขึ้น ถ้าผู้ให้การรักษามีความแน่ใจว่าปัญหาของผู้ป่วยนี้มิได้เกี่ยวข้องกับการมีเนื้องอกในสมอง (brain tumor) หรือโรคใดก็ตามที่จะก่อให้เกิดภัยอันตรายถึงแก่ชีวิตก็ให้การบำบัดทางทันตกรรมได้

ความเข้าใจว่าเป็นความเจ็บนั้นเป็นอย่างไร การคลำกล้ามเนื้อแล้วเกิดเจ็บ (muscle tenderness) เป็นความรู้สึกเจ็บไหม ? การเจ็บของกล้ามเนื้อ (muscle pain) กับการปวดศีรษะ (headache) เหมือนกันหรือไม่ ? ซึ่งการมีความเจ็บที่กล้ามเนื้อ temporalis เป็นการเจ็บบริเวณขมับอาจสามารถบอกได้ว่าคล้ายมีการปวดศีรษะ ซึ่งผู้ให้การรักษาที่มีความสามารถที่จะต้องพยายามแยกออกจากกัน เพราะถือว่า การปวดศีรษะนี้เป็นอาการที่ธรรมดา ๆ⁽⁷⁾

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยเป็นจำนวนน้อยที่มีอาการปวดศีรษะร่วม ซึ่งจากประสบการณ์ของผู้เขียน ยอมรับว่าการปวดศีรษะเป็นอาการชนิดหนึ่งที่อาจเป็นร่วมกับอาการอื่นของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของข้อต่อกระดูกขากรรไกร แต่อย่างไรก็ตามก็มีจำนวนน้อย ซึ่งการแสดงทางฮิสโตแกรมของผู้ป่วยที่

เข้ามารับการรักษา ณ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยด้วยโรคนี้ กำลังอยู่ระหว่างทำการศึกษา จากประสบการณ์ของผู้เขียน และจากตารางที่ 1 จึงใคร่แนะนำให้ท่านที่ประสบกับคนไข้ประเภทนี้ ให้ความสำคัญแยกการมีความเจ็บปวดที่กล้ามเนื้อหรือการปวดศีรษะออกจากกัน

วิเคราะห์โรคผิดปกติของข้อต่อกระดูกขากรรไกร

การมีความผิดปกติซึ่งกำลังพูดอยู่นี้สามารถอธิบายได้ว่าเป็น TMJ syndrome, myofascial pain dysfunction syndrome (MPDS), mandibular pain dysfunction, facial pain and mandibular dysfunction, Costen's syndrome, craniocervical-mandible syndrome, craniofacial pain and dysfunction เป็นต้น การวิเคราะห์อาการโรคซึ่งมีชื่อต่างๆ ข้างต้นนี้ต่างก็ถือเอาอาการหลักที่ปรากฏอย่างเดียวกันของโรค ดังนั้นท่านที่สนใจควรพยายามติดตามอ่านวารสารใหม่ๆ ทางด้านนี้ ทั้งจากในและต่างประเทศโดยถี่ถ้วนและเปรียบเทียบอาการหลักของโรค เพื่อกำจัดความสับสนและสามารถให้คำอธิบายและเข้าใจได้อย่างถูกต้องต่อไป

บทความนี้จะพยายามให้การวิเคราะห์โรคระหว่างความผิดปกติภายในปลอกหุ้มข้อต่อ

กระดูกขากรรไกร (disorders within the capsular ligament) กับตัวข้อต่อกระดูกขากรรไกร นั่นคือ TMJ disorders (intracapsular) และความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะข้างเคียงภายนอกข้อต่อกระดูกขากรรไกร (myofascial pain dysfunction syndrome) ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการเจ็บปวดใบหน้า (facial pain) และพวจะสรุปสาเหตุของความผิดปกติได้ดังต่อไปนี้

ความผิดปกติภายในปลอกหุ้มข้อต่อขากรรไกร (Intracapsular disorders) มีสาเหตุจาก

1. เป็นแต่กำเนิด (Congenital) เช่น การไม่มีอวัยวะบางส่วน (agenesis) ในองค์ประกอบของข้อต่อกระดูกขากรรไกร ขนาดของข้อต่อกระดูกขากรรไกรโตหรือเล็กผิดปกติอันเนื่องจากการเจริญของเซลล์มากหรือน้อยตามลำดับ (hyperplastic or hypoplastic condyle)
2. การติดเชื้อ (Infections) เช่น อาจมีการได้รับเชื้อแบคทีเรียเข้าไปภายในของกระดูกข้อต่อขากรรไกร
3. Arthritis เช่น rheumatoid, osteo-degenerative arthritis (8,9)
4. Traumatic เช่น มีการแตกหักของส่วน condyle หรือมีการฉีกขาดของ disc
5. Functional เช่น มีการ subluxation, dislocation, disc imbalance, hypermobility

6. Neoplastic เช่นการมีเนื้องอกที่ส่วนกระดูกของข้อต่อกระดูกขากรรไกร

ภาพถ่ายทางรังสีวิทยาที่ดีจะมีประโยชน์อย่างมากในการพิจารณาโรค ส่วนใหญ่ที่เกิดภายในแคปซูล การใช้ panoramic views มักจะไม่ค่อยได้ผล เนื่องจากให้ขอบเขตรายละเอียดข้อมูลของ TMJ จำกัด transcranial หรือ transorbital views นั้นสามารถใช้ได้ดี และการใช้ tomography จะได้ผลในการพิจารณาโรคสูงที่สุด

ความผิดปกติภายนอกปลอกหุ้มข้อต่อขากรรไกร (Extracapsular disorders) อาจมีสาเหตุจาก

1. สภาพของจิตที่เกี่ยวข้องกับสรีรวิทยาของร่างกาย เช่น ความเครียด กระวนกระวาย การมีนิสัยผิดปกติที่ชอบกระทำต่อช่องปาก (oral habits)

2. ผลเกิดจากการกระทำในขณะรักษา (iatrogenic) เช่น อาจเกิดจากการทำ mandibular nerve block ที่ผิดปกติทาง อ้าปากกว้างเต็มที่นานเกินควรในขณะรับการรักษา

3. Traumatic เช่น การถูกกระแทกที่บริเวณใบหน้าซึ่งไม่ได้เกี่ยวกับการแตกหักของกระดูก

4. Referred from local dental origin เช่น การมีลักษณะการสบฟันที่ผิดปกติ peria-

pical or periodontal lesions ฟันโยก หรือ ฟันเสี้ยว แผลในปาก เป็นต้น

5. การติดเชื้อ ซึ่งเป็นผลตามมาหลังจากการทำศัลยกรรมในช่องปาก

6. ความผิดปกติในช่องหู เช่น แก้วหูอักเสบหรือการติดเชื้อโรคในบริเวณช่องหู

7. Neoplastic เช่น parotid gland tumor, nasopharyngeal tumor, neuroma intracranial lesions

ปัญหาที่พบโดยทันตแพทย์ส่วนใหญ่ จะมีสาเหตุจากความผิดปกติภายนอกปลอกหุ้มข้อต่อขากรรไกร ความผิดปกติที่พบได้บ่อยที่สุดมีกำเนิดจาก psychophysiology และความผิดปกติภายนอกปลอกหุ้มข้อต่อขากรรไกร เกือบทุกชนิดจะมีอาการของโรคคล้ายกันคือ myofascial pain dysfunction (MPD)

ลักษณะที่ปรากฏและอาการของ MPDS (Signs and Symptoms) มีดังนี้

1. Pain จะมีอาการเพียงซีกเดียวของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว กล้ามเนื้อคอ หรือบริเวณรอบหรือภายในหู

2. การเจ็บนั้นมักจะไม่ใช่เจ็บพลันตำแหน่งที่เจ็บอาจคงที่แน่นอน หรืออาจกระจายเป็นบริเวณก็ได้

3. การเคลื่อนไหวของกระดูกขากรรไกรล่างทำได้น้อยลง

4. ขณะอ้าปาก มักจะมีลักษณะเบ้า/บิตของขากรรไกรล่าง

5. เสียงดังที่ข้อต่อกระดูกขากรรไกร (clicking- อาจเป็นความผิดปกติภายนอกแคปซูล ซึ่งมีต้นเหตุมาจากภายในแคปซูล)

6. หูอื้อ หูแว่ว

7. อาจมีความเครียด กระวนกระวาย หรืออาการทางประสาทร่วม (เช่นการเจ็บป่วย การตายของญาติใกล้ชิดในช่วงเวลานั้น สภาพปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม สภาพการแต่งงานที่มีปัญหา ความเครียดจากงาน เป็นต้น)

8. การมีนิสัยที่ผิดต่อการกระทำในช่องปาก (parafunction)

9. สภาพการสบฟันผิดปกติอย่างรุนแรง

10. มีประวัติความผิดปกติทางจิตใจที่แสดงออกทางความผิดปกติของร่างกาย (เช่น โรคกระเพาะอาหาร แผลที่ลำไส้ เป็นต้น)

11. เคี้ยวอาหารลำบาก

ความเจ็บ การเคลื่อนไหวของขากรรไกรล่างทำได้น้อยลง หรือการมีเสียงที่ข้อต่อกระดูกขากรรไกร อาจเป็นอาการหลักของการมีความผิดปกติภายในและภายนอกปลอกหุ้มข้อต่อขากรรไกร ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะศึกษาต่อถึงองค์ประกอบของสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค และไม่ควรนอนโลมใช้วิธีการรักษาเพียง

อย่างเดียวกับคนไข้ทุกราย โดยมีได้คำนึงถึงสาเหตุของโรค⁽¹⁰⁾

เป็นการยากที่การเจ็บจาก TMJ syndrome จะสามารถรักษาให้หายได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการใช้เวลาเพียงไม่กี่นาที เช่น ภายหลังการกรอแก้ไขการสบของฟันอย่างถูกต้องแล้ว⁽¹¹⁾ เป็นการยากที่จะให้คนไข้ยอมรับลักษณะการสบฟันใหม่ในทันทีทันใด แต่ความรู้สึกใหม่ต่อการสบฟันอาจจะสลายขึ้น

การรักษาผู้ป่วย MPDS

ในบทความนี้จะพูดถึงการรักษาของ MPDS เท่านั้น สำหรับการรักษาความผิดปกติภายในปลอกหุ้มข้อต่อขากรรไกรอาจจะหาอ่านได้จากหนังสืออื่น^(5, 12, 13)

การกระทำที่ผิดปกติกับช่องปากจนเกิดเป็นนิสัย (oral habits) ของผู้ป่วยผู้ตรวจไม่ควรละเลยที่จะสังเกตหรือสอบถาม เช่น การนอนกัดฟัน (bruxism) การกัดแทะเล็บมือ กัดกระพุ้งแก้มหรือริมฝีปาก ผู้สูบบุหรี่ (pipe smoker) นิสัยการใช้หรือวางตำแหน่งลิ้นที่ผิดปกติ เป็นต้น เกือบทุกลักษณะนิสัยดังกล่าว กล้ามเนื้อ lateral pterygoid จะมีบทบาทเกี่ยวข้องในตำแหน่งยื่นคาง (protrusive) หรือยื่นมาข้างหน้าและข้าง ๆ (latero-protrusive) ของขากรรไกรล่าง การกระทำอยู่เสมอ ๆ จะ

ก่อให้เกิดกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก (spasm) การเหนื่อยล้า (fatigue) และการเจ็บตามลำดับ การมีกล้ามเนื้อบดเคี้ยวเกร็งกระตุกและเหนื่อยล้า โดยมีนิสัยที่ผิดปกติทางช่องปากนั้นเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่ว ๆ ไปแล้วว่าเป็นสาเหตุสำคัญของ MPDS⁽¹⁴⁾

เมื่อทันตแพทย์สามารถแยกโรคต่าง ๆ ออกจาก MPDS แล้ว การรักษาอาจทำได้โดย

1. การควบคุมบุคลิกและจิตใจ

(ก) ผู้รักษาควรฟังผู้ป่วยเล่าอาการ และประวัติการรักษาให้มากที่สุด และนานเท่าที่จะเป็นไปได้ในสภาพที่สงบ โดยใช้สำเนียงและคำถามที่อ่อนนุ่ม

(ข) ให้ความมั่นใจกับคนไข้

2. แนะนำคนไข้ให้สังเกตนิสัยในช่องปากตนเอง และพยายามลดการกระทำที่เป็นนิสัยนั้น ๆ ลง เพื่อจะควบคุมการผิดปกติของกล้ามเนื้อ
3. ใช้ความเย็นพ่น (ethyl chloride spray) ลงบนจุดที่เกิดความเจ็บ (trigger points) เพื่อจะกำจัดการเกร็งกระตุก (spasm) ของกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นเสมือนทั้งการรักษาทางยาและยังช่วยในการพิจารณาโรคแยกโรค
4. ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อด้วย 2% Xylocaine ซึ่งไม่มีส่วนผสมของ vaso-

pressin, epinephrine เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บทั้งบริเวณหรือเฉพาะที่

5. รับประทานอาหารที่อ่อน เพื่อช่วยควบคุมมิให้กล้ามเนื้อบดเคี้ยวต้องทำงานมาก (hyperactivity)
6. บำบัดทางสรีรวิทยา เช่น ใช้น้ำอุ่นประคบบริเวณที่เจ็บ เพื่อช่วยให้มีการคลายตัวของกล้ามเนื้อ เนื่องจากการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น
7. ใช้อาแก้ปวด (analgesics) ยาคลายกล้ามเนื้อตึง (muscle relaxants เช่น Diazepam)
8. บริหารกล้ามเนื้อ เพื่อบูรณะการทำงานของกล้ามเนื้อ
9. การแก้ไขการสบของฟัน
10. แนะนำให้ใช้ bite plane หรือ occlusal splint เพื่อกำจัดสิ่งกีดขวาง การบดเคี้ยว และยังช่วยปรับความสมดุลของกล้ามเนื้อ
11. บูรณะหรือใส่ฟัน เพื่อให้มีสภาพสบของชุดฟันที่สมบูรณ์
12. ในรายที่มีการนอนกัดฟันร่วมด้วย จำเป็นต้องมีแผ่นพลาสติก (night guard) ให้ใส่ในกลางคืน เพื่อช่วยให้ขากรรไกรล่างมีอิสระในการเคลื่อนที่

13. แนะนำคนไข้ให้พยายามควบคุมระดับการทำงานของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวมิให้เกิดความเครียด (train patients in muscle relaxation)

บทสรุป

อันเนื่องมาจากความสับสนในความเชื่อถือ (concepts) ทางทันตกรรมและทางการแพทย์ จึงนำมาสู่วิธีการรักษาผู้ป่วย ด้วยโรคความผิดปกติของข้อต่อกระดูกขากรรไกรต่างๆ กัน ผู้รักษาจำเป็นต้องติดตามศึกษาและใช้วิจารณ์ญาณ โดยอาศัยประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยมาช่วยในการตัดสินใจบนรากฐานทางเหตุผลของวิทยาศาสตร์การแพทย์อยู่เสมอ

การตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้องย่อมจะนำไปสู่การรักษาผู้ป่วยที่ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีความต้องการบำบัดด้วยโรคนี้มีอาการหลัก คือ การบดเคี้ยวอาหารลำบากหรือไม่มีประสิทธิภาพ โดยมีการเคลื่อนที่ของขากรรไกรล่างได้อย่างจำกัด มีอาการเจ็บบริเวณใบหน้า หรือมีเสียงดังบริเวณหู นอกจากนี้ยังอาจมีอาการอื่นเข้ามาร่วมด้วยอีกมาก เช่น ปวดศีรษะ ปวดคอ เป็นต้น อาการที่เกิดขึ้นมักจะปรากฏขึ้นเพียงของใบหน้า

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความผิดปกติภายนอก ปลอกหุ้มข้อต่อกระดูกขากรรไกร ซึ่งการรักษาอาจจำเป็นต้องอาศัยหลายวิธีเข้าร่วมกัน แต่ควรเป็น การรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดการสูญเสียอวัยวะอย่างถาวร

เอกสารอ้างอิง

1. Costen, J.B. : A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint. Ann. Oral 43 : 1, 1934.
2. Sicher, H. : Temporomandibular articulation in mandibular overclosure. J. Am. Dent. Assoc. 36 : 131, 1948.
3. Zimmerman, A.A. : Evaluation of Costen's Syndrome from an anatomical point of view. In : The temporomandibular joint; abiological basis for clinical practice. (Edited. by Sarnat, B.G. and Laskin, D.M.) 2 nd ed., Springfield, Charles C. Thomas, Publisher, 1964, pp. 82-110.
4. Schwartz, L. and Cobin, H.P. : Symptoms associated with the temporomandibular joint. Oral Surg. 10 : 339, 1957.
5. Schwartz, L. : Disorders of the temporomandibular joint, Philadelphia W. B. Saunders Co., 1959. p.p. 277-290
6. Weisenberg, M. : Pain, clinical and experimental perspectives. St. Louis, The C.V. Mosby Co., 1975, pp.

7. Gelb, H, Tarte, J. : A two-year clinical dental evaluation of 200 cases of chronic headache : the craniocervical-mandibular syndrome. J. Am. Dent. Assoc 91 : 1230, 1975.
8. Kreutziger, K.L. and Mahan, P.E. : Temporomandibular degenerative Joint disease. Part I. Oral Surg. 40 : 165, 1975.
9. Kreutziger, K.L. and Mahan, P.E. : Temporomandibular degenerative joint disease. Part II. Oral Surg. 40 : 297, 1975.
10. Alderman, M.M. : Management of Oral and facial pain in the hospital environment. Dent. Clin. North Am. 19:657. 1975.
11. Dawson, P.E. : Evaluation, diagnosis and treatment of occlusal problems. St. Louis, The C.V. Mosby Co., 1974, pp 16-47.
12. Shore, N. A : Occlusal equilibration and Temporomandibular joint dysfunction, Philadelphia J.B. Lippincott, 1976. pp. 213-232.
13. Schwartz, L. and Chayes, C.M. : Facial pain and mandibular dysfunction, Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1968. pp. 220-299.
14. Laskin, D.M. : Etiology of the pain dysfunction syndrome. J. Am. Dent. Assoc. 79 : 147, 1969.

Abstract :

Picharn Chamnannidiadha : Disorder of the Temporomandibular Joint : Fundamental for Diagnosis, Etiology, and Treatment Modalities. C.U. Dent. J. 6 : 127, 1983.

For many years, the temporomandibular joint (TMJ) has been of great interest. The TMJ is essential for proper movement of the mandible. Without normal function of the TMJ, it would be difficult to chew, swallow, speak, and yawn. Movements of the mandible are fully attributed to the function of the masticatory muscles.

This paper intends to offer some reasonable approach to disorders of the TMJ and related structures to establish a rationale in etiology, diagnosis, and management of the myofascial-pain dysfunction syndrome.

It is wise to recognize the need for referral of the patient if a diagnosis is not apparent. This should be done promptly and prior to any arbitrary treatment.