



# Orofacial Pain: 新瓶裝舊酒？ 跨科合作的領域

文·圖／陳韻之

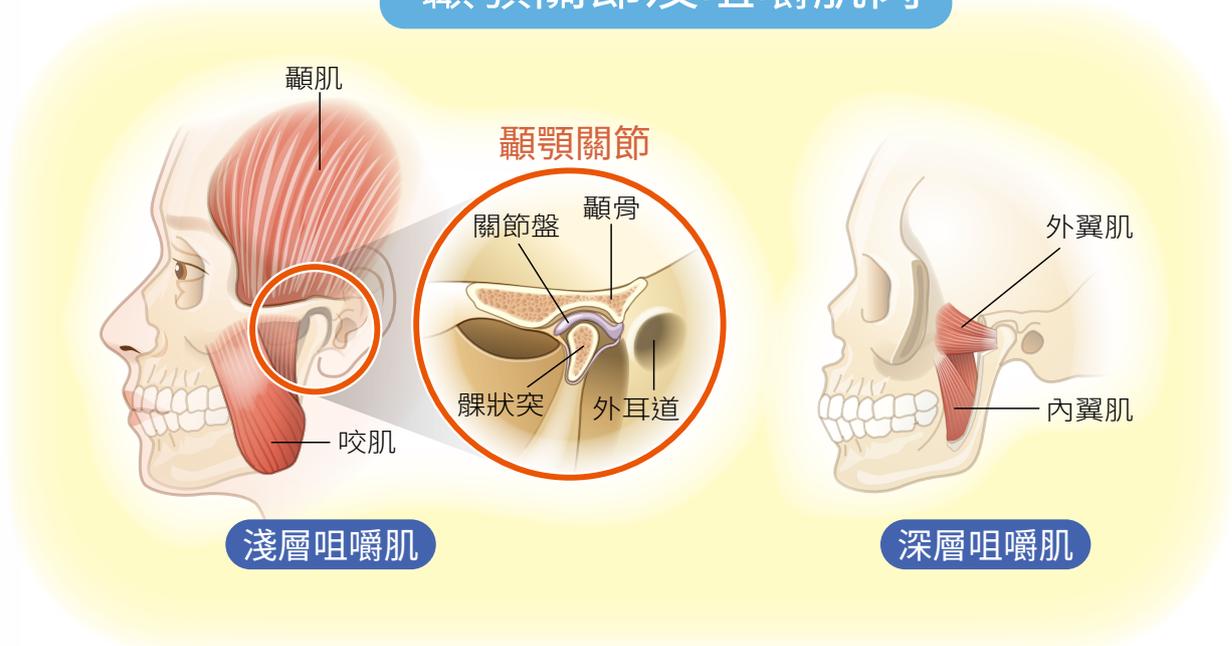
1934年，美國的耳鼻喉科醫師James Costen發表了一篇名為“A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint”的系列病例報告。他在這報告中提出11個病例，這些病例的臨床症狀包括與耳咽管相關的耳朵症狀（聽力受限、耳悶、耳鳴、耳痛、與頭暈等）、主要發生在頭頂與枕骨的頭痛、以及發生在喉嚨與舌頭的灼熱感等。根據觀察，這些病患的口內臼齒區齒列都有缺損，同時接受不合的假牙贖復。他進一步推論是因為臼齒的缺損導致下顎往後上偏移，最後造成包括耳咽管、auricular temporal nerve、以及chorda tympanica nerve等構造被壓迫而造成上述症狀。此後，此病徵群被稱為Costen's syndrome，在耳鼻喉科與牙醫學界更造成深遠的影響。

咬合學是牙醫學中一門特別的學門，涵蓋與咀嚼功能相關的解剖、生理、與病理等領域。在咬合學中，所謂的咬合支撐（occlusal support）或垂直支撐（vertical support）是指人臉下1/3的垂直高度是靠著齒列維持的。當我們缺太多後牙或齒質磨耗太多時，我們鼻子以下的臉長便可能變短，甚至出現更明顯的法令紋。因此，Costen提出臼齒的缺損會導致下顎偏移而壓迫相關構造的說法在牙醫界很快便引起共鳴，並一度影響咬合學的發展方向。然而在Costen's syndrome被提出的14年後，知名口腔解剖學者Henry Sicher以專文*Temporomandibular Articulation in Mandibular Overclosure*來批判Costen醫師的論述。他以解剖學的基礎為證否認下顎偏移導致壓迫的可能，而相關症狀只是因顳顎關節變形性關節炎（deforming arthritis）所造成。雖然Costen的理論被推翻，但是在醫界已普遍形成共識，亦即某些發生在上下顎附近的不適極可能跟病人的咬合有關。

揮別Costen's syndrome的影響，牙醫學界繼續投入大量的心力在研究圍繞在顳顎關節與咀嚼肌附近的問題以及相關的功能異常，前者主要包括顳顎關節的結構與功能異常、顳顎關節與咀嚼肌的疼痛、與下顎運動受限與其他異常等，後者則包括咀嚼困難、咬合異常、與夜間磨牙等。經過一些命名的演變，終於在牙醫界以顳顎障礙症



## 顫顎關節及咀嚼肌肉



顫顎關節與咀嚼肌相對位置。（圖取自全民健康基金會《好健康》雜誌第64期）

（TemporoMandibular Disorders, TMD）或顫顎障礙症（CraniMandibular Disorders, CMD）來描述此一組臨床問題。然而TMD的診斷異質性實在太高，對臨床治療沒有實質性的幫助。此外臨床研究也發現顫顎關節／咀嚼肌所產生的問題也可能與某些頭頸部位的不適存在正反項的關聯性。因此，牙醫界逐漸將此類症狀歸類於口顏面疼痛（Orofacial Pain），作為涵蓋多種顫顎相關症狀之統稱。這些趨勢的演變與口顏面疼痛的內涵可以從以下兩件事的演變看出端倪。

American Academy of Orofacial Pain（AAOP）（舊稱American Academy of Craniomandibular Disorders），1975年成立，並於1980年起開始提出對顫顎障礙症較為全面的分類系統，之後陸續出版正式與更新臨床指引：

1. 1990與1993年分別出版*Craniomandibular Disorders: Guidelines for Evaluation, Diagnosis, and Management*及*Temporomandibular Disorders: Guidelines for Classification, Assessment, and Management*。這兩版是以顫顎障礙症為主要關心的重點，同時也把顫顎障礙症改為顫顎障礙症。
2. 1996年第三版將臨床指引正式定名為*Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management*，開始強調TMD無法與Orofacial Pain分開，TMD應該包含在Orofacial Pain的大框架底下。

3. 2008年第四版開始加入關於頸椎的獨立章節，並且強調須注意頸椎引起的疼痛與一般 orofacial pain 的異同。
4. 2013年第五版將 *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC/TMD) 建議的診斷邏輯與分類融入其中，同時也根據最新相關睡眠研究的結論改變對夜間磨牙的定義並增加了關於睡眠與疼痛的章節。這裡所謂的RDC/TMD是1990年代由世界主要研究單位推動制定的一套可重複診斷標準，以便讓臨床研究者有所依循。此一診斷標準將所謂的顛顎障礙症細分為不同階段的關節內部結構病變，以及相關的肌肉症狀，歸類為AXIS I (生裡面) 的診斷，同時也建議加入AXIS II (心理與行為面) 的診斷部分，幫助臨床醫師更全面地了解患者的狀況。
5. 2018年第六版將第十版的國際疾病分類 (ICD-10) 與第3版的國際頭痛分類 (*International Classification of Headache Disorders, ICHD*) 中與顛顎障礙症相關的診斷分類加入，可以看出口顏面疼痛與醫學其他領域結合的趨勢。
6. 2023年第7版繼續針對ICD-10、ICD-11、ICHD的診斷內容作調整，同時也加入參考American Pain Society的相關詞彙。此外也新增第12章: AXIS II: Biobehavioral Consideration，將RDC/TMD中建議的心理與行為部分的影響寫入。

口顏面疼痛概念的演變也反映在此領域最重要的期刊名稱的變化上。1987年牙醫界創立了第一本專門聚焦在顛顎障礙症的期刊 *Journal of Craniomandibular Disorders*。1992年該期刊改名為 *Journal of Craniomandibular Disorders Facial & Oral Pain*，逐漸將重點從單一關節問題擴展到更廣泛的口顏面疼痛。後來，出身的神經生理學學者 Barry Sessel 擔任主編時，將期刊改名為 *Journal of Orofacial Pain*，「顛顎」一詞已不復見。現在期刊已更名為 *Journal of Orofacial Pain & Headache*，反映許多 orofacial pain 與某些頭痛的臨床連結。

根據AAOP的臨床指引，orofacial pain 涵蓋的疼痛不再僅限於傳統的顛顎障礙，還包括頸因性口顏面疼痛與頭痛、各種頭痛、神經痛、與黏膜疼痛等。這些疼痛中，例如某些頭痛與神經痛，牙科醫師需要加強自身初步診斷的能力並需要有轉診後送的網絡。口顏面疼痛中絕大部分的痛都屬於顛顎障礙與頸因性疼痛，根據神經解剖，三叉神經的第三個分支 (mandibular branch) 除了支配整個咀嚼肌的功能與咀嚼系統的疼痛感知外，其 Spinal trigeminal nucleus 的尾核 (caudalis) 更可接收到C3/C4部分的感知訊息，所以慢性的顛顎關節／咀嚼肌疼痛與高位頸椎的疼痛常常是同時發生的。此外，由於下顎骨與某些肩頸肌



肉有直接與間接地相連，因此許多下顎功能的異常可能與頸椎異常產生雙向的影響。此外，夜間磨牙也常在顛顎障礙／口顏面疼痛門診出現。根據近期睡眠醫學的研究，夜間磨牙與發生在睡眠中的警醒（arousal）有關，因此有些病人同時需要睡眠醫學的協助。



張口閉口喀喀響？耳朵痛檢查卻正常？有可能是顛顎關節障礙作祟。（圖取自Freepik）

身為口顏面疼痛第一線的牙科醫師，我必須不斷增進自己在相關領域的診斷技能。除了常規的牙科、顛顎關節、咀嚼肌、與咬合的診治外，幾乎每位初診病人我都會進行頸椎的功能與影像檢查，有時還必須通過頸椎肌肉的徒手肌肉檢查來確定自己的診斷。此外，我也是臺灣第一批通過睡眠醫學專科醫師考試的專科醫師，所以具備基本睡眠醫學的診斷能力。而在初步診斷後，如何轉介病人到適當的科別進行後續治療才是另一個挑戰。一個口顏面疼痛完整的團隊需要有復健科醫師、神經內科醫師、疼痛科醫師、耳鼻喉科醫師、精神科醫師及各種治療師。但在過去轉介的經驗中，不難發現各科醫師間對口顏面疼痛的理解差異甚大，所以在建立完善的轉診網絡前，如何讓大家都有共識是個刻不容緩的課題。

回到1934年的Costen's syndrome，他提及的耳咽管相關的耳朵症狀、發生在頭頂與枕骨的頭痛、以及發生在喉嚨與舌頭的灼熱感等其實都是我每天看到口顏面疼痛患者常有的抱怨，身為擔負第一線診治的牙科醫師，還真的需要各科的協助才能將病人從慢性疼痛中解放出來。（本專欄策畫／物理治療學系鄭素芳教授）



### 陳韻之 小檔案

- 臺大醫院牙科部主治醫師
- 臺大醫學院牙醫學系助理教授
- 亞洲顛顎障礙症學會（AACMD）前理事長
- 瑞士蘇黎士大學博士
- 國立臺灣大學牙醫學士