

# 2014 年新版国际颞下颌关节紊乱病分类及诊断标准解读

傅开元

100081 北京大学口腔医学院·口腔医院颞下颌关节病口颌面疼痛诊治中心 口腔数字化医疗技术和材料国家工程实验室 口腔数字医学北京市重点实验室, Email: kqkyfu@bjmu.edu.cn, 电话: 010-82195342

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1002-0098.2017.06.010

## Interpretation of newly published (2014) diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) Fu Kaiyuan

Center for TMD and Orofacial Pain, Peking University School and Hospital of Stomatology & National Engineering Laboratory for Digital and Material Technology of Stomatology & Beijing Key Laboratory of Digital Stomatology, Beijing 100081, China (Fu KY), Email: kqkyfu@bjmu.edu.cn, Tel: 0086-10-82195342

颞下颌关节紊乱病(temporomandibular disorders, TMD), 国际上已有众多分类方法。1991 年, 在美国国立牙科研究院(National Institute of Dental Research, NIDR)资助下, 美国华盛顿大学 Samuel F. Dworkin 和 Linda LeResche 教授负责制定了 TMD 研究用分类及诊断标准(research diagnostic criteria for TMD, RDC/TMD)<sup>[1]</sup>, 并于 1992 年正式发表, 被国内外学者普遍接受。该分类包括两部分, 轴 I 为临床诊断, 轴 II 为疼痛、功能障碍和心理状态评价。这一分类将临床少见的部分诊断, 如肌肉疾病的肌痉挛、肌炎和肌挛缩等排除在 TMD 之外, 这些肌肉疾病的病因、病理机制和临床表现均与 TMD 有较大不同, 目前尚无确切的诊断标准。

国内最早于 1962 年, 张震康和曾祥辉在诊治和总结 166 例 TMD 的基础上, 提出将 TMD 分成两大类: 一类为颞下颌关节功能性疾病, 包括肌功能失调、肌痉挛、肌挛缩等若干型; 另一类为颞下颌关节器质性疾病, 包括骨关节炎、风湿性关节炎、髁突良性肥大、髁突骨瘤等若干型; 并分别于 1973、1977、1997 和 2005 年进行修订。2005 年马绪臣和张震康参考 RDC/TMD 分类及诊断标准, 结合其课题组研究结果、临床经验以及我国 TMD 临床工作的实际情况, 提出了我国 TMD 分类及诊断标准<sup>[2]</sup>。

2000 年后, 国际牙科研究学会(International Association for Dental Research, IADR)多次召集专题研讨会对 RDC/TMD 进行修订, 特别是 2010 至

2012 年期间; 最终于 2014 年发布了基于症状问卷和临床检查的常见 TMD 分类及诊断标准(diagnostic criteria for the most common TMD, DC/TMD), 即 DC/TMD 分类及诊断标准<sup>[3]</sup>。中文版 DC/TMD 分类及诊断标准以及相应评价工具由笔者和新加坡学者 Adrian U Jin. Yap 共同主持翻译完成, 并于 2016 年在 RDC/TMD 国际联盟网站(<http://www.rdc-tmdinternational.org/>)发布, 供学者免费下载, 其中诊断评价工具包括 TMD 症状问卷、临床检查表、检查指令、诊断标准以及轴 II 的慢性疼痛等级量表、下颌功能受限量表、患者健康问卷 9(抑郁情绪)、广泛性焦虑症量表(generalized anxiety disorder-7, GAD-7)、患者健康问卷 15(躯体化症状)等评价量表<sup>[4]</sup>。现将 DC/TMD 分类及诊断标准简要介绍如下。

### 一、DC/TMD 分类及诊断标准

DC/TMD 分类及诊断标准将 TMD 临床诊断分为两大类。第 I 类为疼痛性疾病, 包括肌肉痛(局限性肌痛、肌筋膜痛、牵涉型肌筋膜痛)、关节痛和 TMD 头痛。第 II 类为关节疾病, 包括可复性关节盘移位、可复性关节盘移位伴绞锁(简称关节盘绞锁)、不可复性关节盘移位伴开口受限、不可复性关节盘移位无开口受限、退行性关节病和关节半脱位。

#### 1. 疼痛性疾病:

(1) 肌肉痛(敏感度 0.84, 特异度 0.95): 病史或

主诉为一侧或双侧面部、太阳穴、耳内或耳前区域疼痛,下颌运动时(如张口、说话、咀嚼、咬牙等)疼痛加重。临床检查确认咀嚼肌部位疼痛,肌肉触诊或最大开口时咀嚼肌部位有熟悉的疼痛。肌肉痛还可进一步细分为局限性肌痛、肌筋膜痛和牵涉型肌筋膜痛:①局限性肌痛,疼痛局限于受压区域;②肌筋膜痛,疼痛表现为放散痛,即疼痛放散至受压区外,但不是牵涉痛(疼痛不超过该肌肉边界);③牵涉型肌筋膜痛,疼痛表现为牵涉痛,即疼痛扩展至该肌肉边界外的其他部位。

(2)关节痛(敏感度 0.91,特异度 0.96):病史或主诉为一侧或双侧面部、太阳穴、耳内或耳前区域疼痛,下颌运动时(如张口、说话、咀嚼、咬牙等)疼痛加重。临床检查确认颞下颌关节区疼痛,关节区触诊或下颌运动(大张口、前伸、侧方运动)时有熟悉的疼痛。

(3)TMD 头痛(敏感度 0.83,特异度 0.86):病史或主诉有包括头部太阳穴部位的头痛,下颌运动时(如张口、说话、咀嚼、咬牙等)疼痛加重。临床检查确认颞肌区头痛,颞肌触诊或下颌运动(大张口、前伸、侧方运动)可引发颞部熟悉的头痛。

## 2. 颞下颌关节疾病:

(1)可复性关节盘移位(敏感度 0.33,特异度 0.94):病史或主诉有关节声响,或检查时患者报告有关节声响。临床检查显示开闭口运动时均有弹响,或开口或闭口及侧方或前伸运动时有弹响。

(2)可复性关节盘移位伴绞锁(敏感度 0.46,特异度 0.97):病史或主诉有关节声响,目前存在开口时一过性关节锁住。临床检查开闭口运动时均有弹响,或开口或闭口及侧方或前伸运动时有弹响;若检查时出现关节绞锁,则在手法辅助下可以开口。

(3)不可复性关节盘移位伴开口受限(敏感度 0.80,特异度 0.97):病史或主诉曾有过下颌锁住或卡住(包括短暂的锁住或卡住),目前有关节锁住伴开口受限,影响进食。临床检查被动开口度 < 40 mm(包括切牙覆殆)。

(4)不可复性关节盘移位无开口受限(敏感度 0.54,特异度 0.79):病史或主诉曾有过下颌锁住或卡住(包括短暂的锁住或卡住),之前有关节锁住开口受限及影响进食史。临床检查被动开口度 ≥ 40 mm(包括切牙覆殆)。

(5)退行性关节病(敏感度 0.49,特异度 0.86):病史或主诉有关节声响,或检查时患者报告有关节

声响。临床检查下颌运动(开闭口、前伸或侧方运动)时有摩擦音(破碎音)。

(6)关节半脱位(敏感度 0.98,特异度 1.00):病史或主诉曾有大张口后下颌锁住或卡住(包括短暂的锁住或卡住),没有手法帮助无法闭口。若检查时出现关节半脱位,则需手法辅助复位。

## 二、DC/TMD 分类及诊断标准的临床适用性

DC/TMD 分类及诊断标准是一种基于症状问卷和临床检查的临床诊断工具,仅依靠病史和临床检查(口颌功能)作出初步判断,不依赖影像学检查或其他辅助检查,因此适合于广大口腔医师,特别是基层或诊所的口腔医师。遇到 TMD 患者时,可根据 DC/TMD 分类及诊断标准做出相对准确的分类诊断。各项分类诊断的特异度较高,表明当患者病史和临床检查符合 DC/TMD 分类及诊断标准时,作出的诊断是可靠的。

单凭临床查体,没有影像学资料,其诊断的准确性本身就会受到质疑。DC/TMD 部分分类的诊断敏感度较低,如可复性关节盘移位的诊断敏感度是 0.33,不可复性关节盘移位无开口受限的诊断敏感度为 0.54,退行性关节病的诊断敏感度为 0.49,也即有相当一部分患者可被漏诊。例如,患者临床检查显示仅有开口弹响,根据 DC/TMD 分类及诊断标准不能诊断为可复性盘前移位,需通过 MRI 检查才能确诊。再比如退行性关节病(又称骨关节炎),常通过 X 线影像诊断,临床根据是否有摩擦音或破碎音诊断,仅能发现一小部分患者。因此,要准确全面诊断或最终诊断,有时必须结合影像学检查结果。

## 三、DC/TMD 分类及诊断标准的亮点及存在的问题

众所周知,有相当一部分 TMD 患者存在明显的心理问题,特别是咀嚼肌疼痛患者<sup>[5-8]</sup>。笔者近年研究显示,TMD 患者往往还存在与心理密切相关的睡眠障碍问题<sup>[6-8]</sup>。马绪臣和张震康<sup>[2]</sup>强调,随着我国颞下颌关节病学学科的发展以及愈来愈多的不同级别、不同专业的口腔医师都必须面对 TMD 的事实,尽快推出 TMD 双轴诊断标准是非常必要的。在确定治疗方案前,应采用 TMD 双轴诊断方法对患者进行躯体疾病和精神心理状况的全面评估。这对患有慢性疼痛、病程迁延的患者更有必要。但 RDC/TMD 分类及诊断标准用症状自评量表 90(symptom checklist 90, SCL-90)评价患者精神心理状况,而 SCL-90 量表较复杂,需经过专业培训,一

般口腔医师很难胜任这项工作。实际上,RDC/TMD 双轴诊断并未在临床得到推广应用。而 DC/TMD 最重要的一大亮点,就是推荐了相对简单的几个量表替代 SCL-90 量表。用患者健康问卷 9 评价抑郁情绪,GAD-7 评价焦虑,患者健康问卷 15 评价躯体化症状,口腔临床医师经过简单培训后就能应用。

无论是心理评价,还是临床检查项目和诊断标准,DC/TMD 分类及诊断标准都比 RDC/TMD 更简单有效,便于临床推广,也更适合广大口腔医师,特别是非 TMD 专业医师。对于分类,同 RDC/TMD 一样,DC/TMD 也不包括临床不常见的一些疾病,这更易被广大口腔医师接受和学习。当然,简单可能意味着不全面,DC/TMD 分类及诊断标准仅涵盖了最常见的一些 TMD 问题,这从其英文全称中就能看出。

与 RDC/TMD 分类不同,DC/TMD 分类及诊断标准将 TMD 头痛、关节盘绞锁、关节半脱位单独列出。笔者认为,将关节盘绞锁单独作为一项诊断很有必要。临床研究显示,关节盘绞锁患者生活质量可受到明显影响<sup>[9]</sup>;若出现关节盘绞锁,则 TMD 进一步发展的可能性将增加<sup>[10]</sup>;一项关节盘绞锁的 2 年随访研究显示,29.6% 的患者进展为不可复性盘前移位<sup>[11]</sup>。因此,对于关节盘绞锁患者,特别是青少年患者,应予以密切关注,针对性的治疗是必要的。

DC/TMD 分类及诊断标准将肌肉痛进一步细分为局限性肌痛、肌筋膜痛和牵涉型肌筋膜痛,临床医师能否做出如此准确的判断,这种细分对治疗计划有何影响,还值得讨论。TMD 头痛与颞肌区的局限性肌痛或颞肌区的肌筋膜痛,TMD 头痛与其他类型的头痛如何更好地鉴别,也还需进一步明确。

志谢 北京大学口腔医学院·口腔医院颞下颌关节病口颌面疼痛诊治中心雷杰博士、刘木清博士,北京大学医学部外国语学院范晓斐讲师以及美国 Pomona College 的 Jennifer Chai 对所有 DC/TMD 相关文件的翻译工作

利益冲突 无

## 参 考 文 献

- [1] Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique[J]. J Craniomandib Disord, 1992, 6(4): 301-355.
- [2] 马绪臣,张震康. 颞下颌关节紊乱病双轴诊断的临床意义

和规范治疗的必要性[J]. 中华口腔医学杂志, 2005, 40(5): 353-355. DOI: 10.3760/j.issn.1002-0098.2015.05.001.

Ma XC, Zhang ZK. Clinical significance of dual-axis diagnostic criteria and the necessity of treatment for temporomandibular disorders[J]. Chin J Stomatol, 2005, 40(5): 353-355. DOI: 10.3760/j.issn.1002-0098.2015.05.001.

- [3] Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, et al. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the international RDC/TMD consortium network and orofacial pain special interest group[J]. J Oral Facial Pain Headache, 2014, 28(1): 6-27. DOI: 10.11607/jop.1151.
- [4] Ohrbach R, ed. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders: assessment instruments. Version 15 May 2016. 颞下颌关节紊乱病诊断标准(DC/TMD): 评价工具: Chinese Version 25 May 2016[EB/OL]. Fu KY, Yap AU, Lei J, et al, Trans. [2016-09-11]. www.rdc-tmdinternational.org.
- [5] 许卫华,马绪臣,郭传琰,等. 颞下颌关节紊乱病患者的症状自评量表调查[J]. 中华口腔医学杂志, 2005, 40(5): 359-361. DOI: 10.3760/j.issn:1002-0098.2005.05.003.
- Xu WH, Ma XC, Guo CB, et al. Psychological status in patients with temporomandibular disorders[J]. Chin J Stomatol, 2005, 40(5): 359-361. DOI: 10.3760/j.issn: 1002-0098.2005.05.003.
- [6] 雷杰,刘木清,傅开元. 睡眠问题、焦虑及压力是颞下颌关节紊乱病肌筋膜疼痛发病的风险指标[J]. 北京大学学报: 医学版, 2016, 48(4): 692-696. DOI: 10.3969/j.issn. 1671-167X. 2016.04.025.
- Lei J, Liu MQ, Fu KY. Disturbed sleep, anxiety and stress are possible risk indicators for temporomandibular disorders with myofascial pain[J]. J Peking Univ (Health Sci), 2016, 48(4): 692-696. DOI: 10.3969/j.issn.1671-167X.2016.04.025.
- [7] Lei J, Liu MQ, Yap AU, et al. Sleep disturbance and psychologic distress: prevalence and risk indicators for temporomandibular disorders in a Chinese population[J]. J Oral Facial Pain Headache, 2015, 29(1): 24-30. DOI: 10.11607/ofph.1301.
- [8] Lei J, Fu J, Yap AU, et al. Temporomandibular disorders symptoms in Asian adolescents and their association with sleep quality and psychological distress[J]. Cranio, 2016, 34 (4): 242-249. DOI: 10.1179/2151090315Y.0000000021.
- [9] 陈慧敏,傅开元,张震康. 颞下颌关节紊乱病症状、体征与患者生活质量的关系[J]. 中华口腔医学杂志, 2007, 42(3): 173-175. DOI: 10.3760/j.issn:1002-0098.2007.03.014.
- Chen HM, Fu KY, Zang ZK. The relationship between symptoms and signs of temporomandibular disorders and the patients' quality of life[J]. Chin J Stomatol, 2007, 42(3): 173-175. DOI: 10.3760/j.issn:1002-0098.2007.03.014.
- [10] Brooke RI, Grainger RM. Long-term prognosis for the clicking jaw[J]. Hawaii Dent J, 1988, 19(9): 38.
- [11] 陈慧敏,傅开元,张震康. 颞下颌关节盘绞锁的自然病程探讨[J]. 中华口腔医学杂志, 2011, 46(6): 352-354. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1002-0098.2011.06.009.
- Chen HM, Fu KY, Zhang ZK. Clinical natural course of temporomandibular joint intermittent closed lock[J]. Chin J Stomatol, 2011, 46(6): 352-354. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1002-0098.2011.06.009.

(收稿日期:2016-09-11)

(本文编辑:杨玉)