

Dr. Graber課程之回顧

朱劍南

回顧 Dr. Graber 兩天來所教的課程內容，在 T. M. J. Dysfunction Syndromes 的診斷和治療上，為國內牙醫界奠定了很好的基礎。Dr. Graber 個人的演講技巧非常好，口齒清晰，又很幽默，幻燈片也算漂亮，可惜時間不夠，使整個課程顯得有點“頭重腳輕”也就是說一開始的基礎介紹非常詳細，在解剖和病因上的介紹精彩萬分。然而，在第二天上午講完 Differential Diagnosis 之後，只剩下時間回答問題，一下午的時間講解治療原則，已經有些倉促，當然沒時間介紹 Occlusal Splint 的製作方法，另外如 Occlusal equilibration 與 TMJ Dysfunction 之間的關係，咬合垂直高度的問題，Muscle Palpation 的位置等課題，都值得作更詳盡的探討，這些只有等以後再請 Dr. Graber 來為我們開課了。

T. M. J. 疾病的治療和 Implantology 是美國牙科近年來的新寵，在惡性競爭的環境中，這兩方面的工作等於是兩條新的財源。基於市場的需求，具備這兩方面的知識就顯得異常重要了。Dr. Graber 更提醒我們以現今資訊交換的速度，醫療訴訟不久就會由美國傳到台灣來。同樣的道理，律師先生也看上了這兩片樂土，要從事這些工作的診斷與治療，沒有深刻的認識是很危險的。

這兩天的課程，第一天介紹的是解剖、組織、病理上的認識，第二天則著重於鑑別診斷和臨床治療的一些基本原則，和咬合板（Bite Plane）的各種變化，許多醫師反應說 Bite Plane 的部份講得太快，有些不易理解，其實 Dr. Graber 已考慮到時間的問題，所以事先發了一本講義，他一再強調事先讀講義的重要性，只是我們牙醫師們多半太忙，沒辦法先預習功課，事後複習的人更是在少數，可惜了這一次精彩的演講，當然在時間允許的情況下，再多些咬合調整和咬合垂直高度（Vertical Dimension of Occlusion）的重要觀念，則這次的課程就更臻完美了。

Dr. Graber 提到了一些非常好的觀念，在此略加描述，以嚮向隅者。

(1) T. M. J. Dysfunction 的治療，是一種 Management，而非一種 Cure 我們只是讓病人自然的適應這種疾病，是 Live With It，所以處置上是愈保守愈好。他非常反對手術治療，治療方法可分為 Reversible 和 Irreversible 兩種，TMD 的治療可分為 Reversible Therapy 如 Bite Splint in Conjunction with Physical and behavior therapy，當這些治療無效時才進入 Irreversible 的手術治療，治療的基礎是 Differential Diagnosis。要有正確的診斷，必需先

作者／台北醫學院牙醫學士／美國 Ohio State University 假牙研究所專科醫師，牙科碩士／中華民國顎咬合學會會員／美國假牙學專科醫師學會會員／朱牙科診所負責醫師

解疾病產生的原因(Etiology)。

(2)造成 T. M. J. Dysfunction 的衆多原因中有三點值得再提出來複習的。首先要注意的是 Stress。所以牙醫師要提供給病人的服務，最重要的是 TLC (Tender Loving Care) 牙醫師扮演的角色有點像病人的心理醫生，需要很大的耐心和愛心。其次為下顎 Overclosure，使 Retro Discal Pad 受到 Mandibular Condyles 的壓迫，局部缺血，產生病變。例如病人拔去後牙而沒做假牙 (FPD or RPD)，或假牙設計不良，造成 Overclosure。

(3)最後值得一談的是 Functional Retrusion。因為 Disc 對 Condylar Head 的 Lateral Attachment 很 Weak，很容易有 Condylar Head 的 Lateral Displacement。所以 Dr. Graber 也提到他的病人以 Class II 的病人較多，並且 Class III 的病人如果矯正後改為 Class I Occlusion 也有機會發展出 T. M. J. Dysfunction syndromes。

Dr. Graber 有某些觀念和我不同，在此也要提出來作個討論。由賡復學的角度，提供讀者們不同的意見。

(1)Dr. Graber 反對 Gnathology 的觀念，認為那些是老舊的，機械的，不合於生理學的。他首先提到咬合器不合於 Mandibular movements，根本不必使用，後來又在幻燈片中看到使用咬合器的情況，可見得咬合器也不是一無可取的工具。再精密的咬合器也無法複製下顎的所有運動，這是不爭的事實。可是咬合器也不失為一個很方便的工具，即使是 Panky-Mann Institution 的跟隨者也有他們喜用的咬合器，我演講時也曾提到咬合器使用的目的是為了省時間，咬合器的功用是提供不變的咬合垂直高度，和模擬下顎的運動，如果牙醫師了解咬合器的操作原理，並且善於利用它，咬合器不但可以用來作賡復工作，可以使用它作咬合板 (Occlusal Splint) 和咬合診斷分析，所以使用咬合器來做臨床工作並非是 Gnathology 的老舊觀念，一味的反對咬合器的使用反而變成一種偏見。

(2)Dr. Graber 反對 Terminal Hinge Axis 的觀念，認為 Mandible 的 Rotational Center 不是在 Condylar Head。這一點我必需提出我的個人意見。我無法證明 Terminal Hinge Axis 是否在 Mandible

的 Condylar Heads。但 Rotational Center 的存在卻是不爭事實。咬合器上的 Condyles 只是機械設計的一個 Rotational Center，並非解剖學上 Mandibular Condyles 的相關位置，因此，這一點爭執並不存在。其次，Dr. Graber 對 Retruded Condylar Position 也很反對。Dr. Graber 認為 Peter Dawson 使用 Centric Relation 為 Full Mouth Rehabilitation 的 Restorative Position 一事稱之為“使用老舊的 Gnathology Concept”就令筆者不以為然。Centric Relation 的位置，根據“Glossary of Prosthodontic Terms”現在的定義，是在關節窩中的最上最前位置，這個位置不會 Impinge Retrodiscal Tissue，它應該是肌肉鬆弛時口腔自然閉合的位置，以前 Centric Relation 的定義把這位置描述為關節窩中的最上最後位置，新舊定義所稱之位置是同一位置，只是描述的方式不同，許多臨床醫師在舊定義所稱“最後位置”的影響下，取 Centric Relation Check Bite 時往往過於用力的將下顎推到最後的位置，造成 Mandibular Condyles 壓迫到 Retrodiscal Tissue。James, Dawson……等人已有實驗證明 Centric Relation 的位置應該在最上而非最後位置。即使像 Celenza 這般反對 Centric Relation 的牙醫師，他一樣認為在失去原始的 Habitual Occlusion 時，還是得以 Centric Relation Position 為復健的基礎，在臨床經驗中，我發現病人戴了 Occlusal Splint 之後，下顎很自然地會回到 Centric Relation 的位置，這個時候病人感到很舒服，也沒有 TMJ stress，可以知道 Centric Relation 的位置應該是合於生理的。以筆者個人做 Full mouth rehabilitation 工作的經驗，病人對我所建立的咬合位置都可以馬上接受，沒有人覺得這個咬合位置是不舒服的。Graber 以某些個人所見的現象，做為推翻 Centric Relation Position 的依據，我以為是太武斷了一點。

最後我要再強調這次課程的重要性，它為國內 TMJ Problems 的課題打開了眼界，點出了“預防重於治療”的觀念。Dr. Graber 更確立了一個學者的風範，在演講中包含了最新的資訊 Show 出了不停止進修，學無止境的精神，值得為大家的典範。