

顫顎關節內障礙與顫顎關節鏡

台北醫學大學附設醫院牙科部口腔外科主任 彭伯宇

正常 顫顎關節解剖與運動

顫顎關節就是掌管我們人類張閉口的重要關節，不論說話、喝水、進食，我們幾乎是無時無刻在運動我們的顫顎關節，其重要性不言而喻。顫顎關節左右各一，但我們人類的下顎骨又將這兩個關節連結在一起，所以這兩個顫顎關節只能一起張口，一起閉口，無法分開運動。顫顎關節位於我們耳朵的正前方，由顫骨的關節窩，與下顎骨的關節突所組成。在關節窩與關節突的表面都覆蓋有一層纖維軟骨，在這兩塊骨頭的中間也有一層纖維軟骨形成的盤狀結構，稱之為關節盤。這三個結構上面同樣以纖維軟骨作為抗磨損耐壓力的覆蓋，而且組成顫顎關節最基本的架構，〈關節窩、關節突與關節盤，見圖一〉外面再以黏液膜以及關節囊覆蓋形成完整的顫顎關節。

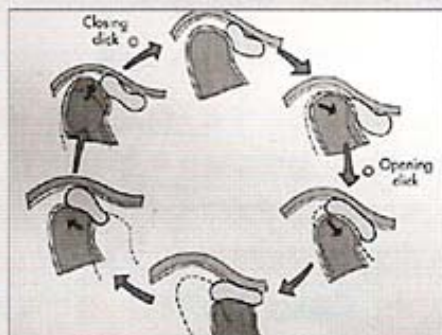
顫顎關節盤前方是與外翼肌及部分關節囊連結，內側與外側亦是與關節囊連結，後方則是與富含神經與血管之韌帶相連，在正常狀況下，顫顎關節運動時，關節突向前滑動到關節窩的外面，此時為張口的狀態，反之當關節突向後滑回關節窩裏面則為閉口的狀態。關節盤與關節突的運動是一致的，關節盤的位置不論張口閉口始終位於關節突的正上方。

關節內障礙

所謂的內障礙指的是當閉口時，也就是關節突靜止位於關節窩內時關節盤不是位於關節突的正上方，而是位移至關節突的前方，造成關節突向前



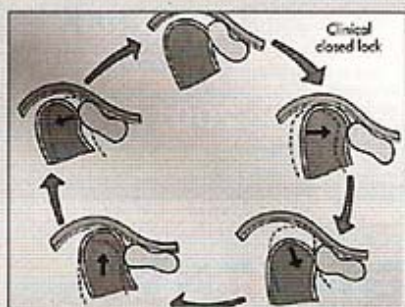
圖一



圖二

滑動時會卡到前移的關節盤，造成張口運動的不順暢。依照關節盤前移的嚴重與否，醫學界將內障礙分成三大類：即復位性關節盤前移與非復位性關節盤前移以及最嚴重的關節盤破裂。內障礙好發在三十歲以上之成年人，尤其以神經質人格者居多，女性又多於男性。

若關節盤前移的幅度不大，關節突仍可強行通過卡住之關節盤，此時會產生一個喀拉之關節雜音，張口後關節盤仍可位於關節突之正上方，稱為復位性關節盤前移，閉口時由於關節突要滑回關節窩內，但是在過程中又會卡到關節盤，又會產生一個喀拉之關節雜音，所以張閉口時都可以聽到喀拉聲，稱為共軛雜音，此為復位性關節盤前移。此時病患大多沒有症狀或是只有輕微的症狀，例如：過度張口時疼痛，或是肌肉酸痛等〈見圖二〉。



圖三



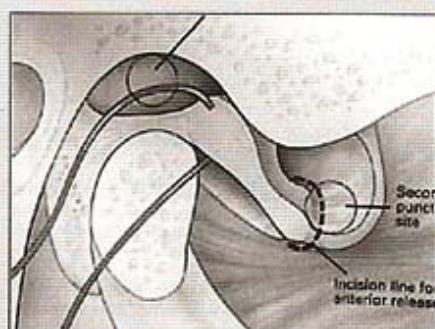
圖四



圖五



圖六



圖七

由於關節盤前移後，關節突仍然不斷推擠前移之關節盤，造成關節盤持續向前移動，最後即使在張口時，關節突仍然擠不到關節盤的下方，稱為非復位性關節盤前移（見圖三），此時關節雜音消失，症狀加重，例如：張口或說話即感疼痛，無法咀嚼食物，張口受限，甚至有無法張口等症狀出現。

由於關節盤後方是與富含神經與血管之韌帶相連，並非抗磨耐壓之纖維軟骨的結構，非復位性關節盤前移時間一久，韌帶區會被關節突與關節窩磨破（見圖四），此時關節窩與關節突之間便無緩衝結構，直接對磨，造成退化性關節炎的嚴重併發症。此時病人有一張口或說話即感疼痛，甚至有前牙開咬的症狀產生，聽診時可聽到捻髮聲的關節雜音。

關節鏡與關節盤前移

傳統用來治療關節盤前移，稱為關節盤復位術，是以開放性手術在耳前做一個4到5公分的切線，找到關節囊位置，打開關節囊並確認關節盤後，將之拉回原來的位置，手術時間約需2至

3小時，住院時間約需5到7天，術後會在耳前會留下疤痕視其主要缺點（見圖五）。

關節鏡原來是用在四肢等較大關節，隨著科技的進步，光纖可以越做越細，1980年代首先有人利用關節鏡使用在顳顎關節，開始時只是用來作為診斷工具，直到90年代才有人利用關節鏡操作顳顎關節手術，在國外利用關節鏡操作關節盤復位術約有幾年歷史，在國內由於國人民族性使然，較能忍受痛苦，對於輕微症狀較能忍耐，造成關節內纖維化十分嚴重，不利於關節鏡的操作，至今仍無有文獻上或口頭上發表的成功病例，本院牙科部口腔外科已經成功地利用關節鏡完成關節盤復位術有五位病例（見圖六、七），術後病人恢復良好，術後第二天即可出院，並且不會在耳前留下疤痕，最重要的是病人的症狀幾乎在術後的2到3天消失，目前最長追蹤時間的病患約4個月，也沒有復發的現象，術後本科也以核磁共振掃描檢查術後關節盤復位狀況，也有理想之結果，可以說對於內障礙的病人之一大福音。