

主題：簡介顛顎關節障礙症之針刺治療

作者：余權航

現職：中山醫學大學牙醫學系教授；中山醫學大學附設醫院口腔醫學部主治醫師

顛顎關節疼痛症狀相當多元，其所引發之病因也有所不同，大致可歸類成關節骨性問題、關節盤問題、關節韌帶及其周圍組織問題、咀嚼相關肌肉問題、頸肩背肌肉問題、頸椎問題等。其在成人的盛行率約有 10%，其中的症狀則以肌肉疼痛為主<sup>1</sup>。肌筋膜疼痛症 (myofascial pain syndrome, MPS) 被認為是引起顛顎關節障礙症的重要原因之一<sup>2</sup>。肌筋膜疼痛症的特點是由肌激痛點 (myofascial trigger points, MTrPs) 所引起的一種疼痛症狀。目前肌激痛點最被廣泛接受的定義為：骨骼肌緊繃帶 (taut band)，過度激活點 (hyperirritable spot)，以及轉移痛 (referred pain)<sup>3</sup>。近年來對於肌激痛點的診斷標準建議應包含上述三點中的其中任兩點<sup>4,5</sup>。

肌筋膜疼痛症的臨床特徵包含以下幾點<sup>6</sup>：

1. 經由觸診可在骨骼肌中找到一至數個緊繃帶。按壓緊繃帶中的肌激痛點所誘發出的疼痛感與患者所熟悉的疼痛感一致 (familiar pain)。
2. 按壓肌激痛點可能誘發出特定模式的轉移痛 (referred pain)。不同肌肉有其固定的傳導形式<sup>7</sup>。
3. 彈壓或針刺肌激痛點時，可能會誘發出肌肉局部抽搐反應 (local twitch response)。
4. 含肌激痛點之肌肉所參與的關節或肢體活動度會受到限制。
5. 臨床以慢性、反覆性疼痛為主，偶爾合併劇烈疼痛。在無適當治療下，會產生更多的肌激痛點。
6. 含肌激痛點之肌肉，在症狀劇烈時會有無力的現象，但不會造成肌肉萎縮。
7. 發生劇烈疼痛時，患者可能伴隨自律神經失調的症狀 (autonomic phenomena)。

「乾針」 (dry needling) 是相對於注射物質進入組織內而言。早期由 Travell 醫師首先提出以肌激痛點注射 (trigger point injection) 是一種有效治療肌激痛點的方法<sup>8</sup>。此方法為：先以觸摸方式找到激痛點，再將注射針針尖緩慢推到最痛點，然後打入一小滴局部麻醉劑，再將針尖稍微退回後調整方向，再進針至痛點，再打入一小滴局部麻醉劑。經由反覆的、不同方向的緩慢進針、打藥、退針治療後，可減輕患者疼痛。後來，洪章仁以此為基礎，發展出以「快進、快出」 (fast-in and fast-out) 的手法，除可避免因緩慢的針尖移動對組織產生額外的切割傷害之外，也較能誘發出多次的局部抽搐反應，提升治療效果。此手法也成為現今被廣泛運用的乾針治療手法<sup>9</sup>。在 2012 年一篇針對 25 位患者的研究顯示，乾針治療後可顯著降低顛顎關節障礙症患者局部疼痛閾值與疼痛程度，但在無輔助之下的開口程度則無明顯差別<sup>2</sup>。

除了乾針治療之外，針灸對於顛顎關節障礙症也被證明具有良好的治療效果。世界衛生組織 (WHO) 於 2003 年列出已被證明針灸治療有效的適應症中，牙科疼痛，包含牙痛與顛顎關節障礙症，也被列在其中第 20 項。在 2001 年的一篇有關針灸治療顛顎關節障礙症的綜論，顯示針灸可用來作為傳統西醫治療之外的替代或輔助療法。此研究也提出臨床治療的建議：所採用的近端取穴建議頰車、下關、顴髎、百會、風池、天柱；遠端取穴則為合谷。治療頻率建議每週一次，連續治療六週，之後每三個月一次。進針得氣之後，須留針三十分鐘。筆者整理沈邑穎醫師承襲周左宇醫師古典針灸的臨床思路，可將顛顎關節障礙症依照以下幾個區域分析異常之處：耳周區（包含乳突、枕肌、胸鎖乳突肌）、側頭區（顛肌）、頸部異常（鎖骨、胸鎖乳突肌、側頸區）、項筋腫硬、大椎、頸椎等。各區域異常之處，則有相對應的治療穴位與行針手法。如耳周異常，則以太陽經與少陽經為主，可選擇養老、腕骨、中渚、完骨、翳風等穴位；顛肌問題則以少陽經的膽經與三焦經對治，同時還要考慮脅肋是否有緊繃擠壓到內臟的問題，此時可針刺太衝、太白、然谷、照海等穴位來對治脅肋緊繃的問題；項筋問題可應用原絡配穴法針刺合谷、列缺，也可加經外奇穴之頸項點來治療。筆者經驗，上述經絡選擇、穴位與針刺手法、治療頻率與留針時間，會因不同的針灸治療思路與患者的病情而有所差異。

顛顎關節障礙症的成因複雜，症狀多元，因此也存在多樣的治療方法。針刺治療，包含乾針與針灸，僅是眾多治療的選項之一。臨床上仍需經由詳細詢問患者病史、理學檢查、影像檢查、必要時的身心評估等，來找出可能的病因，做出適合的治療計畫。

## 參考文獻

1. LeResche L. Epidemiology of temporomandibular disorders: implications for the investigation of etiologic factors. *Crit Rev Oral Biol*, 1997; 8: 291-305.
2. Diracoglu D, Vural M, Karan A, Aksoy C. *J Back Musculoskelet Rehabil*, 2012; 25: 285-290.
3. Simons DG, Travel JG, Simons LS. Myofascial pain and dysfunction: The trigger point manual (Vol. 1) The upper half of body, 2nd ed. 1999, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. *J Oral Rehabil*, 2010; 37: 194-201.
4. Fernandez-de-las-Penas C, Dommerholt J. International consensus on diagnostic criteria and clinical considerations of myofascial trigger points: A delphi study. *Pain Med*, 2018, 19: 142-150.
5. Fernandez-de-las-Penas C, Nijs J. Trigger point dry needling for the treatment of myofascial pain syndrome: current perspectives within a pain neuroscience paradigm. *J Pain Res*, 2019; 12: 1899-1911.
6. 周立偉，洪章仁。下背肌筋膜炎疼痛之針刺治療。台灣醫學，2019; 23: 335-345.
7. <http://www.triggerpoints.net/>
8. Travell J, Bobb AL. Mechanism of relief of pain in sprains by local injection technics. *Fed Proc*, 1947; 6: 378.
9. Chou LW, Hsieh YL, Kuan TS, Hong CZ. Needling therapy for myofascial pain: recommended technique with multiple rapid needle insertion. *BioMedicine*, 2014; 4: 39-46.
10. Rosted P. Practical recommendations for the use of acupuncture in the treatment of temporomandibular disorders based on the outcome of published controlled studies. *Oral Disease*, 2001; 7: 109-115.