

# มาตรฐานการวินิจฉัยและดูแลผู้ป่วยเท็มโปโรแมนดิบิวลาร์ดิสออเดอร์: คำประกาศของสภาการวิจัยทางทันตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา ฉบับปรับปรุงแก้ไข ค.ศ. 2010

## พนมพร วานิชชานนท์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว  
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สมศักดิ์ โมตรีรัตน์กุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาวิทยาการระบบบดเคี้ยว  
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## ทิมาญ พलगูร์ จอร์นส

อาจารย์ ภาควิชาชีววิทยาช่องปาก  
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## เปรมทิพย์ ชลิตาพงศ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาโอบุสวิทยา  
คณะทันตแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## ติดต่อเกี่ยวกับบทความ:

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิงพนมพร วานิชชานนท์  
ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว  
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ถ.อังรีดูนังต์ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
อีเมล: vphanomp@chula.ac.th  
โทรศัพท์: 02-2188553

## บทนำ

ทีเอ็มดี (TMD) เป็นคำย่อของ “เท็มโปโรแมนดิบิวลาร์ดิสออเดอร์ (temporomandibular disorders)” ซึ่งใช้เรียกความผิดปกติที่เกิดกับกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและ/หรือข้อต่อขากรรไกร และเนื้อเยื่อที่เกี่ยวข้อง ทีเอ็มดีมักทำให้เกิดอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น อาการปวดบริเวณกล้ามเนื้อและ/หรือข้อต่อขากรรไกรรวมทั้งอาจทำให้เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอวัยวะเหล่านั้น เช่น ปากแห้งเสียงที่ข้อต่อขากรรไกร อ้าปากได้จำกัด เป็นต้น

ในต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกาและบางประเทศในยุโรป ทันตแพทย์บางกลุ่มตรวจ วินิจฉัย และดูแลรักษาผู้ป่วยทีเอ็มดีด้วยเครื่องมือที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและมีความซับซ้อนทำให้ผู้ป่วยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงและทันตแพทย์อาจให้การรักษามากเกินความจำเป็นจนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ขณะเดียวกันความรู้ใหม่ ๆ จากการวิจัยเกี่ยวกับทีเอ็มดีในช่วงระยะเวลา 25-30 ปีที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นว่า การวินิจฉัยและการรักษาความผิดปกตินี้ควรอิงวิธีการทางการแพทย์ (medical-based diagnosis and treatment) และยังเป็นที่ยอมรับกันว่าการจัดการผู้ป่วยทีเอ็มดีซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะปวด (pain condition) ควรกระทำอยู่ในกรอบชีวจิตสังคม (biopsychosocial framework) กล่าวคือ ให้การรักษาตามหลักการรักษาทางการแพทย์เชิงอนุรักษ์ (conservative medical care) ร่วมกับการรักษาเชิงพฤติกรรม (behavioral approach)

แม้ข้อสรุปดังกล่าวนี้จะเป็นที่ยอมรับในกลุ่มของทันตแพทย์ฝ่ายวิจัยทางคลินิก แต่สำหรับทันตแพทย์ฝ่ายรักษายังคงมีการโต้แย้งเกี่ยวกับวิธีการจัดการผู้ป่วยอยู่ จึงไม่ต้องสงสัยว่าผู้ที่จะได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยเพราะขึ้นกับว่าผู้ป่วยไปปรึกษาปัญหาที่เอ็มดีกับผู้ใด

ดังนั้นนักวิชาการที่เกี่ยวข้องจึงได้ออกมาแสดงบทบาทของตนเพื่อพิทักษ์ประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยและสังคมโดยรวม โดยในปี ค.ศ. 1996 สภาการวิจัยทางทันตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Academy of Dental Research หรือ AADR) ได้เคยให้ความเห็นชอบต่อคำประกาศเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยทีเอ็มดีแล้ว แต่ประกาศฉบับนั้นดูจะไม่ค่อยมีผลกระทบต่อสังคมมากนัก

ดังนั้น คณะทำงานในกลุ่มประสาทวิทยาศาสตร์ (neuroscience group) ของ AADR จึงได้ทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อทบทวนถ้อยแถลงฉบับนั้นอีกครั้งและศึกษาคัดกรองหลักฐานใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยทีเอ็มดี จากนั้นนำเสนอต่อคณะกรรมการข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ (Science Information Committee) และคณะกรรมการทุกชุดของ AADR (AADR Board และ AADR Council) โดยใช้ขั้นตอนการดำเนินงานถึง 3 ปี เพื่อให้ได้ข้อสรุปเสนอ

ต่อสังคม เป็นคำประกาศเชิงนโยบายเกี่ยวกับที่เอ็มดีฉบับปรับปรุงแก้ไข (AADR TMD Policy Statement Revision) จากคณะกรรมการกลางของ AADR เมื่อวันที่ 3 มีนาคม ค.ศ. 2010 และได้พิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางทันตกรรม ในต่างประเทศ

ดังนั้น เพื่อเป็นการเผยแพร่คำประกาศนี้ในประเทศไทย คณะผู้เขียนจึงได้ถอดความจากต้นฉบับภาษาอังกฤษโดยผู้สนใจอ่านต้นฉบับภาษาอังกฤษสามารถหาอ่านได้จากเว็บไซต์ของ AADR ในหัวข้อ policy statements และ temporomandibular disorders<sup>1</sup> หรือจากวารสารทันตแพทย์สมาคมแห่งสหรัฐอเมริกาฉบับเดือนกันยายน ค.ศ. 2010<sup>2</sup>

**คำประกาศเชิงนโยบายของคณะกรรมการกลางของสภาการวิจัยทางทันตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา ฉบับปรับปรุงแก้ไข ค.ศ. 2010**

(AADR TMD Policy Statement Revision March 2010)

“AADR” ได้จัดพิมพ์โรแมนติบิวลาริสซอดเดอร์ (ที่เอ็มดี) เป็นความผิดปกติในกลุ่มของกล้ามเนื้อโครงกระดูกและระบบประสาท-กล้ามเนื้อ (musculoskeletal and neuromuscular conditions) ที่เกี่ยวข้องกับข้อต่อขากรรไกร กล้ามเนื้อบดเคี้ยว และเนื้อเยื่อทั้งหมดที่สัมพันธ์กัน อาการและอาการแสดงของที่เอ็มดีปรากฏได้หลากหลาย และอาจรวมถึงการเคี้ยวลำบาก พูดลำบาก และมีปัญหาในการใช้อวัยวะของช่องปากและใบหน้าในการทำหน้าที่อื่น ๆ ด้วย ผู้ป่วยที่เอ็มดีมักมีอาการปวดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง และบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยมีความทรมานจากอาการปวดจากส่วนอื่นของร่างกายร่วมด้วย ภาวะปวดเรื้อรังของที่เอ็มดีอาจนำไปสู่การขาดงานหรือบกพร่องในการทำงานหรือกิจกรรมทางสังคม ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมแย่ลง

AADR ให้คำแนะนำโดยอ้างอิงจากหลักฐานการศึกษาวิจัยทางคลินิก ในห้องทดลองและทางระบาดวิทยา ดังนี้

1) ขอแนะนำว่า การวินิจฉัยแยกโรค (differential diagnosis) ที่เอ็มดีหรือภาวะความปวดบริเวณช่องปากใบหน้าอื่น ๆ ควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้จากประวัติผู้ป่วยการตรวจทางคลินิกเป็นหลัก และเมื่อมีข้อบ่งชี้ควรใช้ภาพรังสีข้อต่อขากรรไกร (TMJ radiology) หรือภาพวินิจฉัย (images) อื่น ๆ ประกอบ ส่วนการเลือกกระบวนการอื่นใดเพื่อประกอบการวินิจฉัย ควรมาจากข้อมูลผ่านการพิจารณาจากนกรอง (peer-reviewed) และตรวจสอบแล้วว่ามีคุณค่าทางการวินิจฉัยจริงและมีความปลอดภัย

อย่างไรก็ตามสำหรับประเด็นเรื่องการใช้เทคโนโลยีเพื่อการวินิจฉัย นักวิชาการต่างมีความเห็นสอดคล้องกันว่า ยังไม่มีอุปกรณ์หรือวิธีการใดที่มีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ดีพอที่ใช้แยกคนปกติออกจากผู้ป่วยที่เอ็มดี หรือใช้แยกระหว่างกลุ่มย่อยของผู้ป่วยที่เอ็มดี (TMD subgroups) ได้ ยกเว้นการใช้ภาพวินิจฉัยแบบต่าง ๆ (various image modalities)

ปัจจุบัน ทันตแพทย์สามารถนำวิธีการมาตรฐานสำหรับการวินิจฉัยหรือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ใช้กับผู้ป่วยอออร์ทอดอนติก โรคข้อ และโรคทางระบบประสาทต่าง ๆ (orthopedic, rheumatological and neurological disorders) มาใช้ร่วมในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่เอ็มดีได้ถ้าจำเป็น นอกจากนั้น แบบทดสอบทางจิตวิทยา (psychometric tests) ต่าง ๆ ที่ได้มาตรฐานและได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงแล้วอาจนำมาใช้ประเมินมิติทางจิตสังคม (psychosocial dimensions) ของผู้ป่วยที่เอ็มดีได้

2) ขอแนะนำอย่างยิ่งว่า การรักษาผู้ป่วยที่เอ็มดีควรใช้วิธีการรักษาเชิงอนุรักษ์ (conservative) ผ่อนกลับได้ (reversible) และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based therapeutic modalities) สนับสนุน เว้นเสียแต่จะมีข้อบ่งชี้จำเพาะและมีเหตุผลอันควรว่าจำเป็นต้องให้การรักษาผู้ป่วยที่เอ็มดีด้วยวิธีการอื่นเท่านั้น

การศึกษาเกี่ยวกับธรรมชาติของที่เอ็มดีชี้ให้เห็นว่า อาการของที่เอ็มดีมีแนวโน้มที่จะดีขึ้นหรือหายได้เองเมื่อเวลาผ่านไปขณะที่ยังไม่มีการรักษาจำเพาะใดที่ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพดีสม่ำเสมอ แต่อย่างน้อยวิธีการรักษาเชิงอนุรักษ์ทั้งหลายก็ได้รับการพิสูจน์แล้วว่า สามารถใช้บำบัดอาการได้เท่าเทียมกับวิธีการรักษาเชิงรุกราน (invasive treatment) ต่าง ๆ อีกทั้งวิธีการรักษาเชิงอนุรักษ์เหล่านั้นไม่ทำให้เกิดผลเสียต่อโครงสร้างและอวัยวะของระบบบดเคี้ยวอย่างถาวร จึงเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้น้อยกว่านอกจากนั้น การรักษาควรเสริมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย (home care program) ซึ่งควรอธิบายผู้ป่วยเกี่ยวกับความผิดปกติและวิธีจัดการอาการที่เกิดขึ้นด้วย

**บทส่งท้าย**

คำประกาศของสภาการวิจัยทางทันตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา ในต้นปี ค.ศ. 2010 นี้ ถือเป็นบทบาทของนักวิชาการต่อความรับผิดชอบทางสังคมโลกที่ทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางไม่ว่าสาขาใดควรได้รับรู้และตระหนักถึงความสำคัญ อีกทั้งควรถือปฏิบัติเป็นมาตรฐานการรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะการให้ความรู้และคำอธิบายเกี่ยวกับสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

ถือเป็นสิ่งจำเป็น การใช้วิธีการรักษาเชิงอนุรักษ์ยังคงเป็นมาตรฐานการรักษาที่ได้รับการยอมรับทั่วไป ส่วนการใช้เครื่องมือที่อาศัยเทคโนโลยีขั้นสูงในการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามให้มีความระมัดระวังและควรคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นสำคัญคือ ให้ได้ประโยชน์สูงและประหยัดที่สุด

### เอกสารที่ใช้อ้างอิงของเอกสารต้นฉบับ<sup>1,2</sup>

1. de Leeuw R, Klasser GD, Albuquerque RJ. Are female patients with orofacial pain medically compromised? *J Am Dent Assoc* 2005;136:459-68.
2. Diatchenko L, Nackley AG, Tchivileva IE, Shabalina SA, Maixner W. Genetic architecture of human pain perception. *Trends Genet* 2007;23:605-13.
3. Sessle BJ. Sensory and motor neurophysiology of the TMJ. In: Laskin DM, Greene CS, Hylander WL, eds. Temporomandibular Disorders: An Evidence-Based Approach to Diagnosis and Treatment. Chicago: Quintessence; 2006. p. 69-88.
4. Reissmann DR, John MT, Schierz O, Wassell RW. Functional and psychosocial impact related to specific temporomandibular disorder diagnoses. *J Dent* 2007;35:643-50.
5. Klasser GD, Okeson JP. The clinical usefulness of surface electromyography in the diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. *J Am Dent Assoc* 2006;137:763-71.
6. Suvinen TI, Kempainen P. Review of clinical EMG studies related to muscle and occlusal factors in healthy and TMD subjects. *J Oral Rehabil* 2007;34:631-44.
7. Greene CS. The Role of Technology in TMD Diagnosis. In Laskin DM, Greene CS, Hylander WL (Eds). TMDs - An Evidence-Based Approach to Diagnosis and Treatment. Chicago, Quintessence Publishing Co, 2006, pp 193-202.
8. Greene CS, Laskin DM. Temporomandibular disorders: moving from a dentally based to a medically based model. *J Dent Res* 2000;79:1736-9.
9. Truelove E. Role of oral medicine in the teaching of temporomandibular disorders and orofacial pain. *J Orofac Pain* 2002;16:185-90.
10. Dworkin SF, Massoth DL. Temporomandibular disorders and chronic pain: disease or illness? *J Prosthet Dent* 1994;72:29-38.

11. Carlson CR. Psychological considerations for chronic orofacial pain. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2008;20:185-95.
12. Lindroth JE, Schmidt JE, Carlson CR. A comparison between masticatory muscle pain patients and intracapsular pain patients on behavioral and psychosocial domains. *J Orofac Pain* 2002;16:277-83.
13. American Academy of Orofacial Pain. Temporomandibular Disorders. In: de Leeuw R, ed. Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis and Management. Chicago: Quintessence; 2008.
14. Stohler CS, Zarb GA. On the management of temporomandibular disorders: a plea for a low-tech, high prudence therapeutic approach. *J Orofac Pain* 1999;13:255-61.
15. Friction J. Myogenous temporomandibular disorders: diagnostic and management considerations. *Dent Clin North Am* 2007; 51:61-83.
16. Okeson JP. Joint intracapsular disorders: diagnostic and nonsurgical management considerations. *Dent Clin North Am* 2007;51:85-103.
17. Carlson CR, Bertrand PM, Ehrlich AD, Maxwell AW, Burton RG. Physical self-regulation training for the management of temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 2001;15:47-55.
18. Dworkin SF, Huggins KH, Wilson L, Mancl L, Turner J, Massoth D, LeResche L, Truelove E. A randomized clinical trial using research diagnostic criteria for temporomandibular disorders-axis II to target clinic cases for a tailored self-care TMD treatment program. *J Orofac Pain* 2002;16:48-63.

### เอกสารอ้างอิง

1. American Association for Dental Research [homepage on the Internet]. Alexandria: American Association of Dental Research.; c2010 [updated 2010 ; cited 2010 Aug 12]. Available from:<http://www.aadronline.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3465>.
2. Greene CS. Managing the care of patients with temporomandibular disorders: a new guideline for care. *J Am Dent Assoc* 2010;141:1086-8.