



الصدفية رضح الوجه والفكين، وكسور لقمة الفك السفلي الخلع (dislocation) القسُط (ankylosis) تكون الورم.

### فحوصات الجهاز القموي الفكي

#### التاريخ المرضي

ينبغي أخذ التاريخ المرضي للمريض، كما وُصف سابقاً (الفصل الخامس عشر). ويجب أن يتضمن السمة، والحِدة، والتكرار، والمدة، والمقر، والإشعاع لأي ألم. وينبغي التعرف أيضاً إلى العوامل المُقاومة، والعوامل المُفرجة، والعوامل المصاحبة للألم. والأربع ملامح الآتية مهمة جداً؛ لمساعدة الطبيب على الوصول إلى التشخيص في حالات اضطرابات المفصل الفكي الصدغي.

١- تاريخ الألم: قد ينشأ الألم بشكل أولي داخل المفصل الفكي الصدغي، أو من العضلات الماضعة، وقد يكون كل من الألم المفصلي والعضلي موجوداً. وربما يُشعر بالألم على شكل ألم غير حاد فوق منطقة المفصل أو الأذن، أو فوق الحفرة الصدغية، أو فوق الفك العلوي. وقد يكون الألم ثنائي أو أحادي الجانب، وعادة يُوصف بأنه مستمر، ولكن مع سَوَرات حادة. وفي أثناء هذه السَوَرات الحادة، يحدث إشعاع للألم من المفصل غالباً. وربما يصاحبه ألم في الرقبة، أو الذراع العلوي، أو المنطقة القذالية، أو ألم على امتداد العصب اللساني في بعض الحالات. وتحدث النوبات الشديدة من الألم بشكل سائد في الصباح الباكر عند بعض المرضى، بينما تكون شائعة أكثر في نهاية اليوم عند مرضى آخرين. ويمكن أن تحدث بعض النوبات أيضاً بعد الوجبات، أو عند فتح الفم بشدة، أو أثناء الليل عند الاضطجاع بشدة على جانب واحد من الوجه.

وقد يُسبب الألم العضلي المصاحب لألم المفصل الفكي الصدغي صداعاً. ومن المحتمل أن يلتبس الأمر عند بعض ممارسي الطب في التشخيص مع الشقيقة. وبالمثل، فإن الألم

إحالة بعض المرضى إلى العناية المتخصصة، إما إلى أقسام طب الفم، أو الوجه والفكين، أو طب الأسنان الترميمي، وإما إلى العيادات متعددة الاختصاصات، التي تكون مخصصة لعلاج اضطرابات المفصل الفكي الصدغي. وقد أنتج موضوع مشاكل المفصل الفكي الصدغي تكديساً في مجموع ما كُتب عنه، ولكن مازال هناك قدر كبير من الالتباس في علم المصطلحات، والسيببات، وكيفية علاج حالات المفصل الفكي الصدغي. ولسوء الحظ، فهناك القليل جداً من العلم المبني على القياسات، لإثبات معظم هذه المنشورات.

وعند تحليل الأعراض التي تنشأ من المفصل الفكي الصدغي، لا بد من تذكر أن هناك مصدرين متميزين لمثل هذه الأعراض. الأول ناتج من العضلات، وبنيّة المفصل، والأنسجة المرتبطة الأخرى، نتيجة للنشاط الوظيفي الشاذ داخل المفصل (الخلل الوظيفي). والمصدر الثاني ناتج من التغيّرات المرضية في المفصل نفسه، وفي مثل هذه الظروف قد يرتبط ضرر المفصل بتغيّر مجموعي شاذ، والمثال على هذا الموقف، يتمثل في التهاب المفصل الروماتويدي. وقد يكون التمييز بين هذين المصدرين صعباً جداً عند أول حضور للمريض. وتنشأ الغالبية العظمى من حالات الألم والأعراض الأخرى للمفصل الفكي الصدغي نتيجة متلازمة الخلل الوظيفي، فضلاً عن كونه نتيجة مرض أولي في المفصل.

وقد تكون مشاكل المفصل الفكي الصدغي نتيجة:

١- متلازمة الخلل الوظيفي.

٢- التغيّرات المرضية متضمنة:

الخلل الداخلي اللاتنسج، ونقص التنسج، وفرط التنسج.

حالات التهاب المفصل: التهاب المفصل الرضحي، والتهاب المفصل الحُمجي (العدوائي)، والتهاب المفصل الروماتويدي، والفصال العظمي، والتهاب الفقرات المقسط، والتهاب المفصل المحرّض بالبلورات (النقرص)، والاعتلال المفصلي في مرض

للعضلات الماضغة؛ بالضرز (trismus)، وهي عادة حالة مؤقتة غير دائمة. ويشكو مرضى المفصل الفكّي الصدغي غالباً بأن فكهم يُحتجَز، وقد يعني ذلك أن الفك لا يُفتح بشكل طبيعي. فهو يلتصق أو يُحتجَز، ويقيد هذا فتح الفم. ويُعتقد أن هذا بسبب دفع القرص وبروزه للأمام، مانعاً فتح الفم الزائد. وهذا الموقِف يُطلق عليه عادة، مصطلح إغلاق الفك المُحتجَز، وينتج أساساً من إزاحة القرص للأمام بدون رد، وقد يتبعه رخاوة وتمدّد في القرص، أو من المحتمل تمزّق أو انتقاب في المنطقة الخلفية ثنائية الطبقات في القرص. وبالتبادل، فإن مصطلح الاحتجاز يشير إلى أن الفك السفلي أصبح ملتصقاً بشكل مؤقت في وضع الفتح، ولا يقدر المريض على غلق الفك أو فتحه بشكل كبير. وهذه الشكوى ليست نفسها التي في خلع المفصل. حيث يشير خلع المفصل إلى إزاحة رأس اللقمة - بالفك السفلي - خارجة من الحفرة الحُقّانية (glenoid fossa) إلى وضع أمامي للشاخمة المفصليّة (articular eminence).

- الضنز عدم القدرة على فتح الفم بشكل واسع، بسبب التشنج العضلي المعكس (تقلص) للعضلات الماضغة، وهو عادة حالة مؤقتة، فضلاً عن أنّها دائمة.
- يُشير خلع المفصل الفكّي الصدغي إلى إزاحة رأس اللقمة خارج الحفرة الحُقّانية، إلى وضع أمامي للشاخمة المفصليّة.

٤- التورم: يشكو مرضى اضطرابات المفصل الفكّي الصدغي أحياناً من وجود تورم فوق الفك العلوي، ولكن لا يوجد سبب واضح لذلك. وقد يُلاحظ أحياناً درجة طفيفة من تورم النسيج الرخو عند الفحص. وقد يشكو المرضى في حالات أخرى قليلة من إيلام وتورم في منطقة الغدة النكفية، ويبدو أن هذا التأثير قد يأتي من الدنو الشديد لجزء من هذه الغدة للمفصل الفكّي الصدغي. وفي هذه الحالات، قد يكون الأمر به بعض الصعوبة، للتمييز بين إصابة الغدة النكفية في اضطرابات المفصل، وإصابة المفصل في مرض الغدة النكفية.

الناتج من داخل المفاصل نفسها، قد يُنسب إلى ألم الأذن. وقد وُجد أن نتائج فحص الأذن كانت سلبية لدى العديد من المرضى الذين يعانون من مفاصل مؤلمة.

٢- أصوات المفصل: يشكو المريض بشكل شائع جداً من صوت الطقطقة (click). وتمثّل هذه الطقطقة حركة مكوّن واحد من المفصل على الآخرين، وقد يعني هذا أن القرص ينزلق خارجاً من مكانه، أو يكون ملتصقاً، أو به خلل وظيفي. وأصوات المفصل شائعة تماماً، ولكنها ليست ذات أهمية دائماً، ولا يُشير وجود الطقطقة بمفردها إلى ضرورة العلاج. ويمكن أن يكون صوت الطقطقة عالياً تماماً، ويُسمع بسهولة؛ مما يُسبب إحراجاً اجتماعياً عند تناول الطعام. وقد يتطلّب الأمر استخدام السماعيّة الطبيّة، لسماع صوت المفصل في حالات أخرى. ومع أن النوبة الحادة من الألم والطقطقة، قد تظهر نتيجة حركة المفصل الفكّي الصدغي، فقد يجد المرضى أن الألم مرتبط بالفتحات التي تكون فيها الطقطقة أقلّ ما يكون. وقد يكون هناك طقطقة مع كل من فتح الفم وغلقه، وهذا ما يُشار إليه بالطقطقة التبادلية. وبعيداً عن الطقطقة ذات الصوت العالي المنفرد، فقد تُسمع أصوات أخرى في المفصل عند الفحص بالسماعة (التسمع). والفرقة (crepitus) (صوت الصرير أو صوت يُشبه الرمال)، هو الصوت المسموع بشكل أكثر في مرض الفصال العظمي. ويجب توخي الحذر عند استخدام السماعيّة؛ لاستبعاد صوت الخشخشة الذي ينتج من وضع جرس (رأس) سماعة الطبيب فوق الشعر، حيث يمكن أن يُخطأ بسهولة في صوت الخشخشة الناتج على أنه فرقة المفصل.

٣- تقيّد الفتح: قد يذكر المريض وجود صعوبة عند فتح الفم بشدة، ويرتبط ذلك غالباً بالبده الوشيك للطقطقة العالية. وفي حالات أخرى، قد تكون الصعوبة في محاولة الضغط عند غلق الفم. ويُطلق على عدم القدرة على فتح الفم بشكل واسع، والناتج من التشنج العضلي المعكس (التقلص)

مع عمل ضغط خفيف نحو الأمام. وقد تُسمع أصوات المفصل الخافتة عن طريق استخدام السماعة، وعند وضعها على رأس اللقمة أثناء أداء حركات الفك السفلي.

ينبغي على الطبيب أن يقوم بتسجيل مقدار فتحة الفك السفلي. والمدى الطبيعي للفتحة بين القواطع تبلغ تقريباً ٣٥-٤٥ ملليمتر.

وقد يُكتشف الإيلام العضلي المصاحب لاضطرابات المفصل عن طريق جس العضلتين الماضغة والصدغية. ويلزم أن يكون القارئ على علم بمنشأ العضلات الماضغة ومركزها. ويتم الفحص السريري للماضغتين عن طريق سؤال المريض بأن يُطبق أسنانه بقوة مع بعضها، مع جس العضلة يدوياً. وعندما تتقلص الماضغتان، يُمرّر إصبع الفحص فوق الحافة الأمامية للعضلة داخل الفم، مع عمل ضغط مقابل من السطح الخارجي. وعندما يصل إصبع الفحص إلى المنشأ الوجني للماضغة، يصبح الإيلام واضحاً، ويُرى ذلك عن طريق ردّ فعل المريض. وينبغي كذلك إجراء اختبار مماثل على الجانب المقابل. ويمكن تقييم المنشأ الصدغي للعضلة الصدغية من خارج الفم، عندما يُطبق المريض على أسنانه، ولكن يُجس مُركز وتر العضلة من داخل الفم، عن طريق تمرير الخنصر على الحافة الأمامية للرأد الصاعد للفك السفلي. ومن غير العملي القيام بالجلس المباشر للعضلتين الجناحية الإنسية والوحشية. ويمكن تقييم العضلة الجناحية الوحشية عن طريق عمل ضغط جانبي على الفك السفلي، مع الطلب من المريض بأن يقوم بمقاومة القوة المطبقة. وسوف يُسبب تشنج هذه العضلة أماً أو مضضاً في منطقة أمام صيوان الأذن.

يمكن اكتشاف الإيلام العضلي المصاحب لاضطراب المفصل بواسطة جس العضلتين الماضغة والصدغية.

إن التاريخ السني، والطبي، والاجتماعي الشامل ضروري. وينبغي استكشاف أي تاريخ مرضي حول رضح المفصل الفكي الصدغي، وكذلك حصيلة أي علاجات سابقة، وإذا كان هناك أي منهما، فينبغي التحقق منه. ومن المهم أيضاً تعرّف ما إذا كان المريض يعاني من متلازمات ألم أخرى، وما إذا كان يعاني من درجات عالية من التوتر النفسي. (يصف الفصل السابع عشر تقييم العوامل النفسية المنشأ ببعض التفصيل).

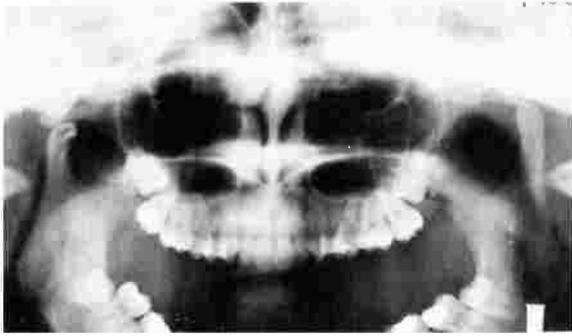
### الفحص

ينبغي أن يكون لدى الطبيب معرفة صحيحة عن التشريح الوظيفي للمفصل الفكي الصدغي، والتراكيب المرتبطة قبل تكليفه بفحص المريض. وينبغي عليه أن يبدأ فحص المفصل الفكي الصدغي والعضلات الماضغة، بملاحظة درجة التناظر في الفك السفلي والوجه، وكذلك ملاحظة مسار انحراف الفك السفلي عند الفتح والغلق. ومن المفيد، التركيز على علامة محددة، مثل (الحافة الإنسية للقاطعة المركزية للفك السفلي) أثناء الطلب من المريض بأن يقوم بفتح فمه وغلقه، وبهذه الطريقة سوف يُلاحظ الطبيب وجود أي انحراف جانبي، كما ينبغي تسجيل مقدار فتحة الفك السفلي. والمدى الطبيعي للفتحة بين القواطع تقريباً ٣٥-٤٥ ملليمترًا، وقد تُسمع أصوات الفك العالية أثناء حركات الفك السفلي. ولكي يُفحص المفصل عن طريق الجس، وينبغي على الطبيب الفاحص أن يكون واقفاً أمام المريض، حيث يمكن أن تكون حركة الفك السفلي لها علاقة بما يتم جسّه في رؤوس لقمات الفك السفلي. ويضع الطبيب الفاحص إصبعاً منفردة على رأس كل لقمة، في حين يحرك المريض الفك السفلي. ويُكتشف الإيلام الشاذ المرتبط بالجزء الجانبي للمفصل عن طريق الضغط الخفيف على اللقمة والمنطقة التي أمام صيوان الأذن مباشرة. ويمكن القيام بفحص الجزء الخلفي للمفصل بواسطة الجس داخل الأذن (داخل الصماخي)، حيث يُوضَع الخنصران (أصغر أصابع اليد) في الصماخ السمعي الظاهر،

## المجموع السني (Dentition)

## التصوير

أدى التشريح المعقّد للمفصل الفكّي الصّدغي إلى تطوّر العديد من مناظر التصوير الشعاعي. والقيمة الأساسية للفيلم الشعاعي البسيط ، تتمثّل في تحديد التغيّرات التشريحية والوظيفية الواضحة جدّاً ، التي يمكن أن تُشير إلى السبب العضوي المستبطن. وعادة لا يُكتشف مرض العظام المبكر ، ويُشترط أن تكون تآكلات العظام متقدمة تماماً ، لكي تُرى في الأفلام البسيطة. وقد تكون الصورة الشعاعية البانورامية مفيدة لاستثناء مرض الأسنان ، ولكنها ليست منظرًا جيدًا لتوضيح الأسطح المفصليّة للمفصل الفكّي الصّدغي. وسيوضّح التصوير المقطعي البانورامي السني في وضع الفم المفتوح أعناق اللقمتين ، والمنظر الجانبي لرؤوس اللقمتين (شكل ١٦.١). ولا تتضح علاقة رؤوس اللقمتين بالقرص والحُفْر بشكل جيد. وتوضّح أيضًا المناظر عبْر البلعوم ، الحدود الخارجية لعظم اللقمة ، والمنظر الجانبي للسطح المفصلي ، بينما تُوضّح المناظر عبْر الحُفْر مع فتح الفم وغلّقه ، تشريح اللقمة ، ومدى حركة المفصل ، وكذلك حجم فراغ المفصل (الشكل ١٦.٢).

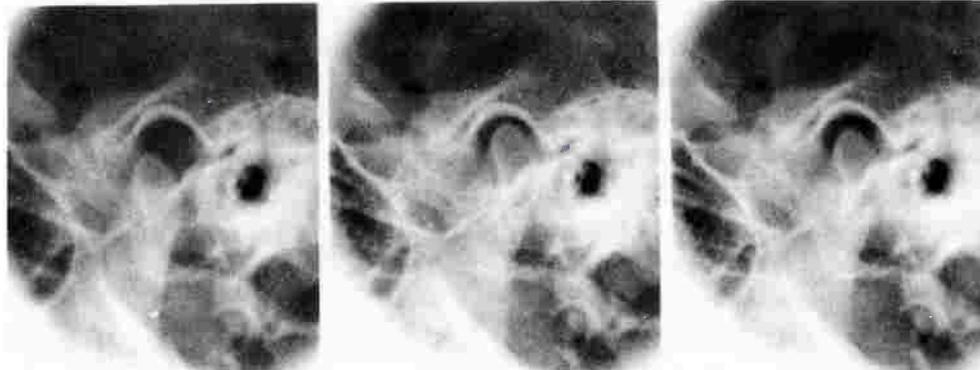


شكل (١٦,١). منظر بانورامي، ويُوضّح الفم المفتوح ورؤوس اللقمتين وأعناقهما.

ينبغي عمل فحص دقيق للأسنان بعد فحص المفصل الفكّي الصّدغي والعضلات المرتبطة به. وينبغي على الطبيب أن يتعرف إلى المرض الغموي السني ، الذي قد يكون مصدرًا للألم ويعالجه. وأيضًا ينبغي عليه القيام بتسجيل علاقتي الإطباق الساكنة والمتحركة للأسنان. كما ينبغي تحديد الانطباق المركزي والعلاقة المركزية ، وملاحظة علاقاتها المختلفة ، حيث تكون هذه الأوضاع غير متوافقة عند الغالبية العظمى من المرضى. وينبغي أن يكون هناك انزلاق أمامي طفيف (١ ملليمتر) من العلاقة المركزية إلى الانطباق المركزي. وينبغي كذلك ملاحظة الانزلاقات الكبيرة ، خاصة إذا كان الانزلاق في اتجاه جانبي. وينبغي تحديد التداخلات الإطباقية أثناء انحراف الفك السفلي ، وملاحظة وجود الوجّهات وحشوات الأسنان المكسورة ، وتآكل السنن. تعدّ تعرجات المخاطية الحُدّية ، وكذلك تعرجات الحدود الجانبية للسان ؛ دليلًا مؤحياً من الأنسجة الرخوة على صرير الأسنان. وينبغي عمل قوالب الدراسة بوصفها سجلًا للقيمة القاعدية.

## الملامح المُوحيّة بصرير الأسنان.

- وجّهات تآكل الأسنان ، التي تتوافق مع حركات حافة الفك السفلي (خطل أداء الوظيفة).
- الحدود الجانبية للسان مقرّضة (قشرة فطيرة الحلوى المستديرة).
- تعرجات المخاطية الحُدّية.
- تضخّم العضلة الماضغة.
- تاريخ مرضي بالكسر المتكرر لحشوات الأسنان.



الفم المفتوح

في وضع الإطباق

في وضع الاسترخاء

شكل (١٦,٢). مناظر عبر القحف للمفصل الفكي الصدغي، والفم المفتوح، ومع الأسنان في وضع الإطباق، وعند الاسترخاء.

- سوف يوضح التصوير المقطعي البانورامي السني والفم مفتوح أعناق اللقمتين والمنظر الجانبي لرؤوس اللقمتين، ولكن لن تظهر علاقة رؤوس اللقمتين مع القرص والحفرة جيداً.
- تُظهر المناظر عبر البلعوم الحدود الخارجية لعظم اللقمة، والمنظر الجانبي للسطح المفصلي.
- تُوضِّح المناظر عبر القحف مع الفم المفتوح والمغلق تشريح

والتصوير المقطعي المحوسب (CT) مفيد في تصوير تفاصيل النسيج الصلب. ويُظهر التصوير بالرنين المغناطيسي كلاً من تفاصيل النسيج الرخو، والحدود الخارجية للعظم (شكل ١٦,٣)، كما أنه مفيد أيضاً في تحديد وضع القرص ووظيفته وشكله، عندما يكون الفم مفتوحاً ومغلقاً. وهذا ضروري في تقييم ما قبل الجراحة، الذي يسبق جراحة القرص.

ويتضمَّن تصوير المفصل الحَقْن بعامل تبايني مُعتم شعاعياً داخل فراغ المفصل (عادة السفلي)، لتخطيط الأسطح المفصالية للقرص. وتظل هذه التقنية هي الدراسة الحركية (الديناميكية) الحقيقية الوحيدة للمفصل، وهو الفحص الأكثر حساسية للتعرف إلى ثقب القرص. ويُوصى بعمل تصوير للمفصل في متلازمة الخلل الوظيفي والألم الفكي الصدغي المزمن التي لم تستجب لوسائل العلاج الأولية، وكذلك في حالة الاحتجاز المستديم، وأيضاً في حالة الفتح المحدود للفم ذي السبب غير المعلومة. ومع ذلك، فهذه التقنية لا يتحملها المريض بشكل جيد دائماً، وهي ذات جرعة إشعاع عالية نسبياً، وقد تم استبدالها الآن بشكل واسع بالتصوير بالرنين المغناطيسي.



شكل (١٦,٣). مسح بالرنين المغناطيسي السهمي يوضح المعقد السنخي السني، متضمناً المفصل الفكي الصدغي.

**تنظير المفصل (Arthroscopy)**

قد يكون التنظير المُصغَّر للمفصل إجراء استقصائياً أو علاجياً. وتسمح هذه التقنية بسيطة الإجراء بالفحص المباشر لفراغ المفصل العلوي. وعادة لا يتم إجراء تنظير المفصل في فراغ المفصل السفلي، بسبب حجم الفراغ الصغير بين القرص ورأس اللقمة، بالمقارنة بحجم الأدوات المستخدمة في التنظير المُصغَّر للمفصل. ومع تنظير المفصل الجراحي، يمكن القيام بعمل تحلّل لفراغ المفصل العلوي، والغسل، وتوسيع محفظة المفصل، ونزع الأجسام اللاصقة والمتخلخلة التي داخل المفصل، وتحرير القرص، ووضع مستحضرات الكورتيكوستيرويد. وفي بعض الأحيان النادرة، قد يتم عمل جراحة واسعة داخل المفاصل، مثل الخزعة، وإعادة توضع القرص. ويمكن إجراء بزل للمفصل الفكّي الصدغي، بوصفه إجراءً منفرداً لعمل تحلّل وغسل للمفصل، وبدون ضرورة لاستخدام معدات منظار المفصل غالية الثمن.

**متلازمة الخلل الوظيفي والألم الفكّي الصدغي****(Temporomandibular pain dysfunction syndrome)**

هناك عدة مترادفات تُستخدم لوصف هذه الحالة، منها الخلل الوظيفي، والألم العضلي الوجهي، والخلل الوظيفي والألم الوجهي، واضطراب العضلة الماضغة. وسيستخدم مصطلح متلازمة الخلل الوظيفي والألم الفكّي الصدغي في هذا الكتاب. وهذه الحالة هي الاضطراب الأكثر انتشاراً للمفصل الفكّي الصدغي، وتؤثر بشكل سائد على المرضى الإناث. وتشير البيانات الوبائية إلى أن ما يُقارب من ٤٠-٨٠ في المائة من المرضى المصابين باضطرابات المفصل الفكّي الصدغي، من الإناث. والشكوى السائدة في متلازمة الخلل الوظيفي والألم الفكّي الصدغي، هي الألم الذي ربما يتخذ أي شكل من الأشكال السابق وصفها. وقد يُصاحب هذا الألم تقييداً في الفتح، أو أصواتاً في المفصل، كما تم وصفه

أيضاً سابقاً. وغالباً ما يعترف المرضى بتاريخ مرضي من التوتر النفسي، ومع ذلك فإن الشذوذ النفسي العلني غير معتاد.

وقد يكون هناك تاريخ مرضي من طقطقة سابقة في المفصل، أو تقييد في فتح الفم، أو رضخ، أو خلع متكرر في الفك. وقد يُسفر استجواب المريض عن وجود عادة غيرت من وضع الفك السفلي أو من عمله. وقد يقوم بعض المرضى بإمسك الفك السفلي في وضع معين، عادة وضع بارز أو جانبي عند انشغالهم ببعض الأنشطة الذهنية. وقد يكون هناك تاريخ مرضي من العضّ على بعض الأجسام الغريبة، مثل قلم جاف أو قلم رصاص. وقد يكون المريض مدركاً لصرير أسنانه، وغالباً يذكر أي عضو آخر من عائلة المريض أو الزوج هذا التاريخ المرضي لصرير الأسنان. وقد يُظهر الفحص أحد أو العديد من الآتي: تقييد بفتحة الفم، أو انحراف الفك السفلي عند الفتح، أو طقطقة مسموعة أو محسوسة في المفصل، أو انطباق سيء واضح بشدة يؤدي إلى حركات شاذة للمفصل، أو درجات صغيرة من سوء الانطباق، مع توجيه شاذ من تنوء تاج الضرس عند غلق الفم، أو انسحال إطباقي شديد الوضوح، أو تداخل إطباق، أو بدلات سنّية غير مرضية، أو إيلام (مضض) في عضلات المضغ.

**العلامات والأعراض المصاحبة لمتلازمة الخلل الوظيفي والألم الفكّي الصدغي.**

- ألم أمام صيوان الأذن، قد ينتشر إلى مقرات أخرى.
- إيلام في المفصل عند الجس.
- تقييد في حركة الفك، أو انحراف الفك السفلي عند الفتح والغلق.
- إيلام في العضلات الماضغة عند الجس.
- أصوات المفصل ( طقطقة، أو فرقة).
- صداع.

وسريراً، يكون هناك إيلام أو ألم في المفصل الفكّي الصدغي وعضلات المضغ، وقد يكون ثنائي أو أحادي الجانب. وغالباً يوجد تقييد في فتح الفك السفلي مع أصوات في

المفصل. ولا يُوضَّح التصوير الشعاعي للمفاصل وجود شذوذ في البنية عند معظم المرضى ذوي الأعراض المزمنة، مع أن التقيُّد أو الزيادة في حركة المفصل قد تكون مرئية.

وسبببات متلازمة الخلل الوظيفي والألم الفكي الصدغي غير واضحة؛ ولذلك فقد افترض العديد من النظريات، متممّة العلاقات الفكية الهيكلية، وعدم اتساق الإطباق، وفقدان الأسنان الخلفية، وفقدان الأسنان أحادية الجانب، ولا يوجد دليل واضح لدعم تلك النظريات. وما يُثير الاهتمام معاناة عدد قليل نسبياً من المرضى الذين يرتدون بدلات أسنان كاملة من متلازمة الخلل الوظيفي والألم الفكي الصدغي. وقد وُصف الكرم المتعلق بخطل أداء الوظيفة، والصرير، والموضع الشاذ للفك؛ كعوامل بادئة أو مستمرة عند بعض المرضى، كما افترض أن التحميل الضار و المتكرر للفك يُسبب رضحاً مجهرياً لجهاز المضغ. وقد تُوّهب العوامل النفسية، مثل القلق والاكتئاب بعض المرضى للاضطرابات الفكية الصدغية، كما أنها قد تساعد أيضاً في دوام الأعراض. ويكون هناك تاريخ مرضي من الرضح عند بعض المرضى. وقد ضُمّن كل من التثاؤب والعلاج السني أيضاً في سبببات هذه المتلازمة. ولا بد من توخي الحذر عند التمييز بين الألم الناتج من الاضطرابات الفكية الصدغية، وذلك الألم الناتج من الأسباب السنية، أو من الألم الوجهي ذي الأنواع التي تم وصفها في الفصلين (الخامس عشر والسابع عشر). وعلى وجه الخصوص، فالتشخيص التفريقي بين الألم الوجهي نفسي المنشأ، وذلك الناتج من الخلل الوظيفي المزمن للفكي الصدغي في المرضى المعانين من التوتر النفسي، يكون صعباً. ونادراً ما تندمج كلتا الحالتين في مريض ذي علامات عضوية للخلل الوظيفي الفكي الصدغي، وذلك عندما يسيطر القلق والوسواس بشكل مُلح وواضح على المريض، ويحدث هذا نمطياً للمريض الذي يقوم بتحويل حالات القلق الخفي إلى أعراض الألم الوجهي. ويكون لدى بعض مرضى متلازمة الخلل الوظيفي والألم الفكي الصدغي تاريخ مرضي من اضطرابات الألم العامة. وفي مثل هذه الحالات ينبغي أن يكون التشخيص الافتراضي الأولي، هو

الخلل الوظيفي للمفصل. بينما يُوجّه التفكير بثبات أكثر في أن التشخيص ناتج من الألم النفسي فقط، بعد القيام بمعالجة كل العلامات العضوية لمتلازمة الخلل الوظيفي والألم الفكي الصدغي بدون نتيجة. ولذلك ربما يكون أفضل عمل للتشخيص التفريقي من خلال ملاحظة رد فعل المريض تجاه العلاج. وبصرف النظر عن سبببات الألم المزمن الفكي الصدغي، فلا يمكن تجاهل الاستجابة النفسية للألم عند علاج هذه الحالة، ويوضَّح الفصل (السابع عشر) هذا بشكل إضافي.

وقد وُصف إزاحة القرص بأنه سبباً مهماً من سبببات متلازمة الخلل الوظيفي والألم الفكي الصدغي. وقد لُوحيظ وجود شذوذ في موضع القرص في العديد من المرضى المعانين أو غير المعانين من متلازمة الخلل الوظيفي والألم الفكي الصدغي.

### التدبير العلاجي

تقع المناقشة الكاملة للتدبير العلاجي للاضطرابات الفكية الصدغية، خارج نطاق هذا الكتاب، ولكن يحتوي الكتاب على مجمل وجيز فقط منه. وعلى ضوء حقيقة أن السبببات عسيرة الفهم، فمن الطبيعي أن يكون التعامل مع هذه الحالة أمراً جديلاً. ومدى خيارات التدبير العلاجي المستخدمة لمتلازمة الخلل الوظيفي والألم الفكي الصدغي مسرودة في جدول (١٦،١). وقد عُولج العديد من المرضى المعانين من متلازمة الخلل الوظيفي والألم الفكي الصدغي بنجاح في ممارسة طب الأسنان، عن طريق توضيح الأعراض للمريض مع طمأنته، واستخدام أجهزة إطباق الأسنان إذا لزم الأمر. وينبغي أن يكون العلاج الأولي دائماً تحفظياً، ومن الأفضل ألا يكون جاثراً، وأن يكون قابلاً للعكس. وهذه المتطلبات مهمة في علاج الاضطرابات الفكية الصدغية؛ لأنه لا يمكن ضمان النتائج الناجحة. ولا ينبغي التقليل من قيمة الطمأنينة والاستشارة. وينبغي إخبار المرضى عن طبيعة هذه الحالة ومآلها، مع إمداده بورقة صغيرة من المعلومات عن المتلازمة.

و غالباً يكون استخدام الطّبيقة الإطباقية- أو الجبائر كما يُطلق عليها بشكل عام- مفيداً لبعض المرضى ، وقد أوضحت الدراسات أن لها تأثيراً قوياً بوصفها دواءً وهمياً. وينبغي أن تكون الطّبيقة الإطباقية سهلة النزاع ، وأن تُعطي غطاءً إطباقياً كاملاً. ولا مجال للاستخدام الروتيني للجبائر التي تُعطي فقط غطاءً إطباقياً جزئياً ، مثل الجبائر التي قد تتسبب في حركة غير مرغوب فيها للسنن. ويركز جدول (١٦.٢) الانتباه على بعض النقاط المهمة التي تخصُّ التزوّد بالطبائق الإطباقية ، بينما يُعطي جدول (١٦.٣) تفاصيلاً لثلاث جبائر ، هي أكثر الجبائر استخداماً في علاج الاضطرابات الفكّية الصدغية.

وقد تؤدي كل تمارين الفك والأشكال المتنوعة من العلاج الطبيعي دوراً في العلاج. وقد تكون التمارين التي تعمل على تصحيح الأنماط الحاططة لحركات الفك- مثل الانحراف عند الفتح والغلق- مفيدة.

جدول (١٦.٢). نقاط يجب تذكّرها عند تزويد المريض بالطبائق الإطباقية سهلة النزاع لعلاج الاضطرابات الفكّية الصدغية.

قبل إنشاء الجبائر الإطباقية:
قم بعمل تحليل ما قبل العلاج للجهاز الفموي الفكّي.
قم بعمل سجلات شاملة مكتوبة.
قم بعمل أرشيف لنماذج الدراسة، وقم بتسجيل الإطباق قبل المعالجة بالجبيرة.
كل الطّبائقات الإطباقية:
يكون لها تأثير علاج الغُغل (الدواء الوهمي).
تُغيّر التماس الإطباق.
تُقلّل القوى الإطباقية المنقولة للأسنان.
لا تُستَخدم الجبائر ذات الغطاء الجزئي (مخاطر من حركة الأسنان غير المضبّطة).
عزّز الحاجة إلى حفظ صحة الفم والطّبيقة جيّداً.

لا يمكن ضمان العلاج الناجح لتلازمة الخلل الوظيفي والألم الفكّي الصدغي؛ ولذلك ينبغي أن يكون العلاج الأولي:

- غير جائر.
  - يمكن عكسه.
- يستجيب العديد من المرضى للطمانينة (± أجهزة إطباق الأسنان سهلة النزاع).

جدول (١٦.١). مدى الإستراتيجيات العلاجية للاضطرابات الفكّية.

التدبير العلاجي الإضافي (التخصص)	التدبير العلاجي الأولي (التحفظي)
التدخل النفسي	الطمانينة
تعديل الإطباق	التعليم
الإصلاح الإطباق، مثل (العلاج الترميمي، وتقويم الأسنان، وجراحة تقويم الفكّين).	علاج العادة، مثل (عمل تمارين الفك، والوعي بكرم الفك أثناء النهار).
مضادات الاكتئاب.	تعديل الوظيفة، مثل (المضغ، والتأوب، والغناء).
المعالجة النفسية.	الاسترخاء
ستيرويدات داخل المفصل.	عوامل مضادة للالتهاب ومسكنات ( موضعية وجموعية).
المُعالجة تحت تأثير التخدير العام	مرخيات العضلات، مثل (ديازيبام) (diazepam)
الجراحة، مثل (بزل المفصل، وتنظير المفصل، أو جراحة المفصل المفتوحة عند بضع (شق) المفصل).	الجبائر الإطباقية ( سهلة النزاع ) العلاج الطبيعي
عيادة التواصل النفسي/ عيادة الألم.	

وسيكون هناك أقلية من المرضى قلقين حول إصابتهم بحالة خطيرة، أو حتى مُهددة للحياة، ويمكن أن تهدئ المعلومات من مثل هذه المخاوف. وقد يكون هناك أيضاً استجابة قوية للدواء الوهمي في وسائل المعالجة المختلفة والمفضلة، لعلاج متلازمة الخلل الوظيفي والألم الفكّي الصدغي.

جدول (١٦،٣). السمات المميزة لتطبيقات إطباق الأسنان الشائع استخدامها لعلاج الاضطرابات الفككية الصغية.

<p>الجبائر الدنية المصنوعة بتفريغ الهواء</p> <p>مفيدة أساساً لعلاج العلامات والأعراض العضلية (العضلية الوجهية)</p> <p>جبائر لينة كاملة التغطية، يتم تحملها بشكل أفضل في قوس الأسنان السفلي</p> <p>سريعة الصنع، الطبعة مطلوبة لقوس أسنان واحد فقط</p> <p>لا تنطبق مع الوصفات الإطباقية النوعية، و لكن يمكن أن تُصنع بنحوت مختلفة</p> <p>لا تُخضع لتعديل الإطباق</p> <p>يتم ارتداؤها في وقت الليل</p> <p>حيدة لعلاج متلازمة الخلل الوظيفي و الألم الفككي الصدغي الحاد، و لكنها يمكن أن تجعل صرير الأسنان يسوء عند بعض المرضى تدوم تقريباً لمدة ٦ أشهر</p> <p>جبائر التثبيت</p>
<p>جبيرة من الأكريل الصلب كاملة التغطية</p> <p>تتطلب عمل يقيني و تستغرق وقتاً لكي يتم صنعها. تتطلب طبقات لكل من قوسَي الأسنان مع سجل للعلاقة المركزية. يلزم عمل قوس وجهي في حالات الإطباق الصعبة.</p> <p>طُبقَة للفك العلوي أو الفك السفلي، و لكن طُبقَة الفك العلوي تكون أسهل في ضبطها.</p> <p>يمكن إرتداؤها في وقت الليل، و تُستخدم على أساس طويل المدى</p> <p>مصممة بحيث تعطي إطباقاً مثالياً في حالة الاسترخاء و في حالة الوظيفة ( مثال، الإطباق المركزي- التماسات الإطباقية المتزامنة العُظمى- مثالياً، ينبغي أن تتساوى مع العلاقة المركزية. و ينبغي أن يكون هناك توجيه من جانب القواطع و الأنياب مع عدم وجود تداخلات خلفية)</p> <p>جبيرة تصحيح الوضع الأمامي</p>
<p>تُصنَع من الأكريل الصلب، تُستخدم للفك العلوي أو الفك السفلي، تعطي تغطية إطباقية كاملة</p> <p>تتطلب طبقات لكل من قوسَي الأسنان مع تسجيل الإطباق عند بروز الفك السفلي</p> <p>يُوصى باستخدامها في حالات إزاحة القرص مع الرد ( في حالة اختفاء الطقطقة عندما يُطلب من المريض أن يفتح و يغلق فمه من وضع الفك السفلي البارز)</p> <p>يتم ارتداؤها من أجل الاستخدام الوظيفي كلما أمكن، و مثالياً يتم ارتداؤها ٢٤ ساعة/يوماً لمدة حوالي ١٢ أسبوعاً</p> <p>من الأفضل تجنّب استخدامها للمراهقين و ذلك لمنعها من العمل كطُبقَة تقوم الأسنان وظيفية</p> <p>الهدف هو السماح للقرص بالعودة إلى موضعه</p>

لِضمان النوم. ومن الضروري استخدام بينزوديازيبينات على مدى فترة قصيرة فقط ، وبشكل مثالي لمدة أسبوعين أو أقل ؛ بسبب مخاطرها الكامنة في الاعتماد عليها. ولذلك فإن بينزوديازيبينات تكون ذات قيمة فقط أثناء الطور الحاد من متلازمة الخلل الوظيفي والألم الفككي الصدغي.

وقد يكون للعلاج بالمسكنات أو الأدوية المُرخية للعضلات استخدام محدود، بل وتُستخدم فقط على مدى فترة محددة من الوقت. والأدوية المضادة للالتهاب اللاستيرويدية (NSAIDs)، هي المسكنات المنتقاة، بشرط ألا تكون هناك موانع لاستعمالها. وقد يكون استخدام بينزوديازيبينات (benzodiazepines) - نظراً لخصائصها المُرخية للعضلات- مفيدة في الحالات الحادة، عندما يُصاحب الحالة ضزراً. وقد يكون تأثيرها المُنوم مفيداً أيضاً؛

## الاختلال الداخلي

## (Internal derangement)

الاختلال الداخلي اضطراب شائع ينتج من الإزاحة الدائمة للقرص المفصلي، والذي يكون له علاقة شاذة بكل من الحفرة الحُقانيّة والشاحخة المفصليّة.

والاختلال الداخلي اضطراب شائع ينتج من العلاقة الشاذة للقرص مع اللقمة، والحفرة الحُقانيّة، والشاحخة المفصليّة. وتختلف هذه الحالة عن متلازمة الخلل الوظيفي والألم الفكّي الصّدغي؛ لأن القرص المفصلي يكون مزاحاً بشكل دائم، وليس بشكل متقطع، كما في متلازمة الخلل الوظيفي والألم الفكّي الصّدغي. وتكون الطقطقة في الخلل المفصلي الحقيقي مستمرة، وليست متقطعة. والألم ليس سمة موجودة دائماً، خاصة في المراحل المبكرة من هذه الحالة. وقد تنقسم إزاحة القرص إلى نوعين، ولكل منهما وسيلة علاجية مختلفة.

## إزاحة القرص مع الرد.

- طقطقة متكررة متبادلة.
- تتضح إزاحة القرص بالتصوير، مع غياب مرض العظم التنكسي.
- وإضافة إلى ذلك، فقد يكون هناك ألم وانحراف في حركات الفك، ولا يوجد تقيّد لفتح الفم.

## إزاحة القرص بدون رد.

- تقيّد مستدم لفتح الفم ( $\geq 35$  ملمتراً)، مع تاريخ مرضي من البدء المفاجئ.
- تتضح إزاحة القرص بالتصوير، مع غياب مرض العظم التنكسي.
- وإضافة إلى ذلك، فقد يكون هناك ألم وطقطقة.

## إزاحة القرص مع الرد

في هذه الحالة، يتم إزاحة القرص أثناء فتح الفم وغلقه. وفي أثناء الوظيفة، يُقلل القرص السيئ الاصطفاف أو يُحسن

ولا يوجد دليل على أن الإصلاح الإطباقى الدائم ذا قيمة في علاج الاضطرابات الفكّية الصّدغية، وينبغي القيام بعمل هذا العلاج فقط بعد استشارة الاختصاصي. وفي عدد قليل من الحالات، يُوصى باستخدام علاج تقويم الأسنان، أو العلاج المشترك بعمل جراحة تقويم الفكّين. ويُؤدّي معظم جرّاحي الوجه والفكّين جراحة تقويم الفكّين لمريض مصاب باضطرابات فكّية صّدغية فقط، إذا كان لدى المريض - بالإضافة إلى العلامات والأعراض المفصليّة- مشاكل في سوء الإطباق الناتج من العلاقات الهيكلية بين الفكّين. وتهدف تلك الجراحة إلى تصحيح الوظيفة غير الملائمة، أو قد تكون لأسباب تجميلية. وقد تكون الأدوية المضادة للاكتئاب مع المعالجة النفسية أو بدونها مفيدة في حالات قليلة من الاضطرابات الفكّية الصّدغية المزمنة. وينبغي أن تُستبقي جراحة المفصل الفكّي الصّدغي فقط للمرضى المعانين من شدّوات مُحددة بوضوح في المفصل الفكّي الصّدغي، مثل القرص المزاح أو الخرب. وهناك شروط لازمة أخرى للجراحة. وكقاعدة عامة، تميل الحالة عند الغالبية العظمى من الحالات إلى أن تكون محدّدة ذاتيّاً، ولا يُعتقد أنها ستتقدّم إلى حالة مفصليّة تنكّسية. ولا ينبغي القيام بإجراء جراحة المفصل الفكّي الصّدغي، حتى يتم اجتماع المعايير الآتية:

١- إثبات المشكلة المفصليّة الميكانيكية داخل المفصل عن طريق استخدام التصوير المتخصص، مثل التصوير بالرنين المغناطيسي.

٢- فشل كل طرائق العلاج غير الجراحي القابل للإصلاح الشامل في ضبط العلامات والأعراض الموجودة.

٣- أعراض المرضي التي تؤثر بشكل مؤدّي على أنشطتهم بمرور الأيام، إلى حد أنها تُؤثّر على حياتهم.

وحالات متلازمة الخلل الوظيفي والألم الفكّي الصّدغي المزمنة، والتي تكون مُقاومة لطرائق العلاج التحفظي، قد تتطلّب وسائل علاجية مُوجّهة لعلاج الألم المزمن نفسي المنشأ.

(البروز)، ومن ثم تكون إزاحة القرص مستديمة. ويمكن أن تكون الاستشارة والعلاج الطبيعي ومُرخيات العضلات ذات قيمة في مثل هذه الحالات، وقد يُوصى أيضًا باستعمال جبيرة، لإعادة الوضع للأمام. وقد تكون الجراحة ملائمة لقليل من المرضى. ويمكن ردّ إزاحة القرص أحياناً من موضع الفك السفلي البارز.

### التهاب المفصل الروماتويدي (Rheumatoid arthritis)

التهاب المفصل الروماتويدي مرض التهابي مناعي ذاتي شائع، يُصيب العديد من أجهزة الجسم. ومن المقبول الآن، أن المفصل الفكي الصدغي يكون مصاباً إلى حد ما في نسبة كبيرة من مرضى المرض الروماتويدي العام. ومن غير المعتاد أن يحضر المريض بالأعراض الأولية للمفصل الفكي الصدغي، ويكون غير مشحّص بالمرض الروماتويدي. وعندما يبحث مريض التهاب المفصل الروماتويدي عن علاج لمشاكل المفصل الفكي الصدغي، تكون الشكوى الأساسية، تقيّد الفتح، وصوت الفرقة، والتبيس، والألم المتبوع بوجع ضعيف. والألم الشديد بوصفه عرضاً يكون نادراً. والفرقة هي العلامة الإكلينيكية الأكثر شيوعاً عند الفحص، وقد يلاحظ أيضاً إيلام المفصل والشذوذات الوظيفية، وتكون الأعراض عادة ثنائية الجانب. وقد وُجد الدليل على تغيّرات المفصل بواسطة التصوير الشعاعي في نسبة عالية من هؤلاء المرضى، وتظهر تلك التغيّرات على شكل تآكلات، وثقوب، وتسطح لرأس اللقمة. وقد تحدث عملية المرض بأسلوب طوري، كما في المفاصل الأخرى، حيث إن السّورات الحادة تكون متبوعة إما بطور الشفاء، أو الطور المزمن الثانوي. ويمكن أن يحدث قسّط للمفصل الفكي الصدغي. ومن النادر احتمالية أن ينشأ لدى المريض تشوه الإطباق المفتوح الأمامي، الناتج عن تدمير اللقمتين، وفقدان الارتفاع الوجهي اللقمي والخلفي والإطباق.

علاقة بنيتها مع رأس اللقمة. وفي إزاحة القرص مع الرد، يكون هناك طقطقة متبادلة ملحوظة أثناء فتح الفم وغلغه. ولا يكون هذا مؤلماً دائماً، ويكون انحراف الفك عند الفتح والغلق شائعاً. وعادة تزول الطقطقة المتبادلة عندما يفتح المريض فمه ويغلغه من موضع الفك السفلي البارز غالباً، وذلك عندما تكون القواطع في موضع الحافة بالحافة مؤكدة على وجود إزاحة أمامية للقرص مع الرد. ولا تستلزم هذه الحالة العلاج دائماً، خاصة إذا كانت المشكلة الوحيدة الموجودة، هي طقطقة المفصل. وقد تتراوح طرائق العلاج لهذه الحالة من الاستشارة، إلى التزوّد بجبيرة التثبيت والعلاج الطبيعي. وأحياناً تُستخدم مُرخيات العضلات، وفي قليل من الحالات، قد تُأخذ الجراحة بعين الاعتبار. وقد تتدهور الحالة عندما تزداد إزاحة القرص، وربما يُعيق فتح الفك السفلي؛ مؤدياً إلى إزاحة القرص بدون رد مع حجز الفك منغلقاً.

### إزاحة القرص بدون رد

في هذه الحالة، يتم إزاحة القرص أثناء فتح الفم وغلغه. ولا يُحسّن القرص السيئ الاصطفاف علاقة بنيتها مع رأس اللقمة أثناء الوظيفة. ويصبح القرص منزاحاً بشكل مستديم عادة في اتجاه أمامي، أو أمامي إنسي. ويكون هناك تاريخ مرضي من غلق الفك؛ لأن القرص السيئ الاصطفاف يعوق اللقمة ميكانيكياً أثناء فتح الفم. وعادة لا يوجد دليل على أي طقطقة مفصلية ذات طبيعة تبادلية، مع أن المريض قد يُعطي تاريخاً مرضياً سابقاً مثل هذه الطقطقة المتبوعة بالاحتجاز. وقد تقلّ إزاحة القرص من موضع الفك السفلي البارز من حين لآخر، مع أن هذا ليس هو الحال دائماً. إن المعنى المتضمّن، هو أن الفك السفلي البارز يقوم بدفع اللقمة في موضع، بحيث تكون في علاقة وظيفية طبيعية مع القرص، في حين يُقابل ذلك بالضغط على الجزء الخلفي من القرص (المنطقة ثنائية الصفائح). وفي الحالات الأخرى، لا يكون إغلاق الفك المُحتجز قابلاً للرد، مع إعادة وضع الفك السفلي للأمام

ويكون معظم مرضى الفصال العظمي من الإناث وفوق سن ٥٠ عاماً. ويكون الألم نادراً، ويكون التاريخ المرضي عادة شكوى من أصوات المفصل والتيبس المتزايد تدريجياً. وقد يكون المفصل مُمضاً عند الضغط عليه، وغالباً تُسمع فرقعات، ويُشعر بها عند تحريك المفصل، وقد تكون الحركة أيضاً مقيدة. وإذا كان هناك ألم، فيميل إلى أن يكون موضعياً في المنطقة أمام صيوان الأذن، على عكس توزيع الألم العضلي الوجهي في متلازمة الخلل الوظيفي والألم الفكّي الصدغي. ويكون العامل الروماتويدي سلبياً، وتكون سرعة تثقل الكريات الحمراء طبيعية في هؤلاء المرضى. وتكون المسكنات المضادة للالتهاب ومعالجة الأعراض عادة فعّالة في علاج الفصال العظمي، وأحياناً يُوصى باستعمال مُرخيات العضلات، ونادراً ما تكون الجراحة ملائمة.

### تضخم العضلة الماضغة

#### (Masseteric hypertrophy)

أحياناً يحدث تضخم أحادي الجانب لعضلات المضغ وللعضلة الماضغة على وجه الخصوص؛ بوصفها استجابة لخلل الإطباق الخطير، الذي يؤدي إلى المضغ أحادي الجانب. وقد يحدث ذلك أيضاً مع القليل من عدم اتساق الإطباق أو بدونه. وفي الواقع، قد يكون ثنائي الجانب بدلاً من أحادي الجانب. وتكون الشكوى في المرضى المصابين عادة، هي ازدياد اللاتناظر الوجهي فقط. وعند الفحص، نجد أن العضلة الماضغة (أو الماضغتين) متضخمة بشكل كلي، وغالباً مع زيادة ملحوظة عند مُركزها في الفك السفلي. وتُحدّد العضلة الماضغة للفحص عن طريق سؤال المريض بأن يُطبق أسنانه بإحكام، وحينئذ تُجسّ العضلة بسهولة، وغالباً يبرز الجزء السفلي منها، ويشبه كتلة النسيج الرخو. وقد يوضّح التصوير الشعاعي البسيط (الفك السفلي الخلفي الأمامي) أو المنظر البانورامي السنّي تقعرًا ملحوظًا في موضع مُركز الماضغة عند حافة الحدّ الخارجي للفك السفلي، الذي يحدث عنده تشفُّه (زوائد) (lipping) العظم. وإذا كانت إجراءات تخطيط الكهربية للعضل متاحة،

وقد لُخصت الاختبارات المناعية للتهاب المفصل الروماتويدي في الفصل الثاني. وعادة تزداد سرعة تثقل الكريات الحمراء مع فرط غاما غلوبولين الدم، وكذلك مع ارتفاع معيار المعامل الروماتويدي، وأضداد النوى، والأضداد الأخرى. ويمكن أن تكون هذه الاختبارات إيجابية قبل ملاحظة التغيرات المجموعية. ومن الجدير بالذكر أيضاً، أن هناك نسبة هائلة من مرضى التهاب المفصل الروماتويدي يكون لديهم متلازمة شوغرين. وقد ينشأ عند هؤلاء الأفراد أمراض للغدة اللعابية، والتي تظهر على شكل ألم وجهي. ومتلازمة شوغرين موصوفة بالكامل في الفصل الثامن.

والمسكنات المضادة للالتهاب للاستيرويديّة، تعدّ الدعامة الأساسية لعلاج التهاب المفصل الروماتويدي. وقد تُعالج الحالات الأكثر شدة بالأدوية المعدّلة للمرض، مثل ميثوتريكسات (methotrexate)، أو أزاثيوبرين (azathioprine). وقد يُوصى بعمل جراحة للمفصل الفكّي الصدغي لعلاج القسّط، وكذلك في حالات التخريب اللقمي الشديد. وقد يتطلّب الأمر الاستعاضة بالمفصل البديل، أو التطعيم الذاتي (ضلعي غضروفي) في بعض المرضى؛ وذلك من أجل تقليل الألم، أو لتحسين المظهر، أو لاسترداد وظيفة المفصل.

### الفصال العظمي

#### (Osteoarthritis)

#### (فصال عظمي (osteoarthritis))

قد تحدث تغيرات في المفصل الفكّي الصدغي بوصفه جزءاً من حالة التهاب المفصل التنكسي العام. ومرض الفصال العظمي عيب أضي للغضروف المفصلي، وعادة يكون عديم الأعراض في المفصل الفكّي الصدغي، ويُكتشف بالصدفة في الصور الشعاعية. وقد لا تكون التغيرات دائماً واضحة في التصوير الشعاعي، ولكن إذا وجدت تكون متنوعة، وتتضمّن اختزالاً في فراغ المفصل، وتآكلات للأسطح المفصالية للقمّة وللحفرة الحُقانيّة. وأحياناً تُرى النباتات العظمية على الحافة الأمامية للقمّة.

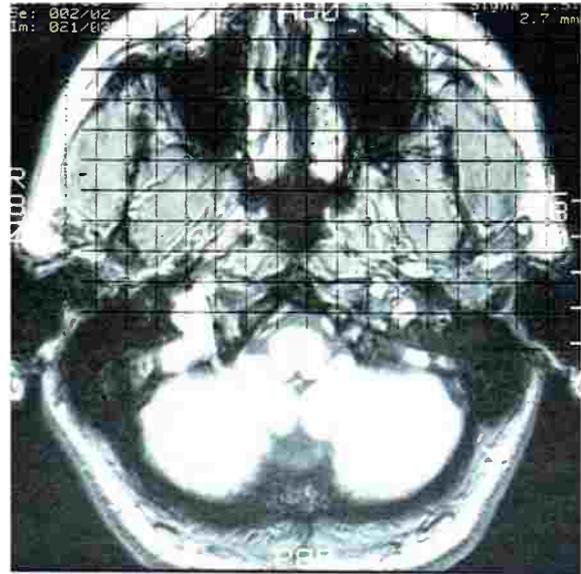
وقد تم تسجيل علاج تضخم العضلة الماضغة بواسطة الحَقْن بتوكسين البوتولينوم (botulinum toxin)، ولكن لا يوجد أي دليل قاطع لفائدته على المدى الطويل.

فمن الممكن توضيح نشاط العضلة اللانموذجي في كل عضلات المضغ. والتصوير بالرنين المغناطيسي مفيد في تحديد التشريح الطبيعي، وتضخم العضلة، وأيضاً في التعرف إلى أي أمراض أخرى (شكل ١٦.٤).

### الأورام

#### (Tumors)

كل من أورام المفصل الفكي الصدغي الكاذبة- مثل الورم الغضروفي الزليلي- والأورام الحقيقية؛ تكون نادرة. وتُمثّل الأورام العظمية (شكل ١٦.٥)، والأورام الغضروفية، الغالبية العظمى من هذه الأورام، وتكون حميدة، وتقيّد فتحة الفك السفلي. وقد تُؤدّي أيضاً إلى مشاكل إطباقية، مع تشوهات هيكلية وفكية أحياناً. وبشكل استثنائي، يكون العُرن العظمي (osteosarcoma) الخبيث نادراً في المفصل الفكي الصدغي، مع أن الأورام الخبيثة في الأثنية المجاورة، مثل الغدة النكفية قد تشمل منطقة المفصل الفكي الصدغي عن طريق الغزو الثانوي.



شكل (١٦.٤). مسح محوري بالرنين المغناطيسي يوضّح العضلتين الجناحية والماضغة.



شكل (١٦.٥). ورم عظمي في عنق اللقمة.



جدول (١٦,٥). أسباب الألم في المفصل الفكي الصدغي أو بالقرب منه.

- متلازمة الخلل الوظيفي
- والألم الفكي الصدغي.
- الاحتلال الداخلي (إزاحة القرص).
- التهاب المفصل.
- الفصال العظمي.
- العدوى سنية المنشأ.
- الرضح - الكسور.
- الألم الوجهي اللاعظمي.
- علاجي المنشأ: الالتهاب التابع للحنّ بإحصار الفك السفلي، أو نزع الرحى الثالثة للفك السفلي.
- مرض الغدة اللعابية، مثل (النكاف، والتهاب الغدة اللعابية المناعي الذاتي، والأورام الخبيثة).
- التهاب الشريان ذو خلايا العرطلة (الخلايا العملاقة) (ألم إقفاري).
- الأورام الخبيثة.
- مشاكل الأذن.

موانع لاستخدامها). وإذا لم تنصرف الأعراض بعد عمل البدلات السننية الجديدة، فقد يوضع العلاج الطبيعي في الاعتبار. وقد يحتاج المريض إلى الإحالة لعيادة متخصصة، إذا لم يتم عمل تقييم بالتصوير الشعاعي، أو إذا فشل الألم في الاستجابة للتدبير العلاجي الموجز في الأعلى.

س ٢: هناك عدة أسباب للألم قد توجد في المفصل الفكي الصدغي أو بجواره، قم بعمل قائمة بالتشخيصات التفريقية الممكنة. يسرد جدول (١٦,٥) أسباب الألم في المفصل الفكي الصدغي أو بجواره.

### مشاريع

- ١- صف ملامح المناطق التشريحية المختلفة للقرص المفصلي، واسرد المنشأ والمركز لكل عضلات المضغ. ووضّح بالاستعانة بالرسوم التخطيطية الاختلافات بين إزاحة القرص مع الرد وإزاحة القرص بدون رد.
- ٢- ما العلاجات الجراحية المتاحة لعلاج متلازمة الخلل الوظيفي والألم الفكي الصدغي؟
- ٣- ما الدور الذي يؤديه طبيب العلاج الطبيعي في التدبير العلاجي لمتلازمة الخلل الوظيفي والألم الفكي الصدغي؟

وهذا المريض لديه مشكلتان، وهما الألم وفرط الإغلاق مع بدلاته السننية، وقد تكون هاتان المشكلتان أو لا تكونان ذات صلة ببعضهما. وفي البداية، يمكن ضبط واحد من البدلات السننية، واستخدام جبيرة إطباقية رخوة، ويُراجع المريض على مدى ٦ أسابيع، لرؤية ما إذا تم اختزال الألم. وسوف تزيد الجبيرة من البعد الإطباقية العمودي، وقد يكون ذلك مفيداً في تقليل الألم. وهذا إجراء قابل للعكس ومفيد، ويسبق إنشاء بدلات سننية جديدة لهذا المريض. وقد تُوصف الأدوية المضادة للالتهاب الالاستيرويدية (بشرط ألا يوجد

## المشاكل الفموية الوجهية نفسية المنشأ

### (Psychogenic orofacial problems)

- الألم الفموي الوجهي المزمن (Chronic orofacial pain)
- الألم الوجهي اللائمطي (Atypical facial pain)
- ألم الأسنان اللائمطي (Atypical odontalgia)
- ضعف الإحساس الفموي (Oral dysaesthesia) (متلازمة الفم الحارق) (Burning mouth syndrome)
- التدبير العلاجي للألم الفموي الوجهي المزمن
- اضطرابات حاسة التذوق و الإلعباب (Disturbances in taste and salivation)
- الأعراض الوهمية (Delusional symptoms)
- رهاب خلل الشكل (Dysmorphophobia)
- السلوك المؤذي للذات (Self injurious behavior)
- اضطرابات الأكل (Eating disorders)
- الأدوية و الكحوليات (Drugs and alcohol)