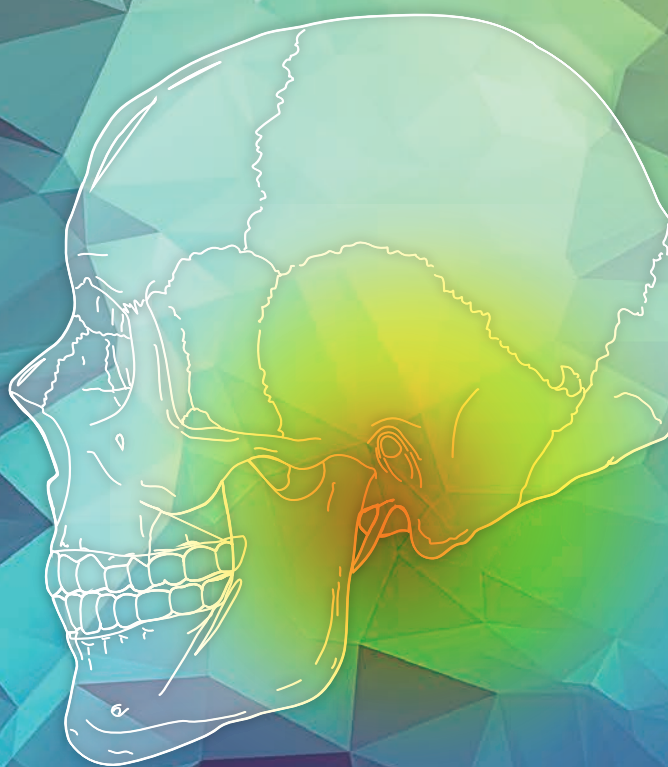


# プロフェッショナルが語る 顎関節症治療



中沢勝宏  
和気裕之

田口 望  
高野直久



医歯薬出版株式会社

**島田**：そうすると、顎関節症治療は収入にならないからということで敬遠されがちですが、顎関節症治療を行うことでの付加価値が大きいということですね。

## ◆ 初診時における患者対応

**中沢**：それでは、実際に来院された患者さんに対して、どのようなプロセスをとっているのか教えていただけますか。

**島田**：医療面接ののち、通常のパノラマX線写真と必要があればパノラマ顎関節4分割を撮影し、病態の説明をします。どのような状態か、どういう原因が考えられるのか、この段階で現状について理解していただくのが治療効果につながります。

**高野**：検査、治療計画だけではなく、そのことによってどのような状態となるかといったビジョンを説明すると患者さんは安心します。すべての患者さんに対してではありませんが、極力説明するようにしています（図2）。

**和気**：私の医院では、受付のスタッフが患者さんに受診の目的をうかがい、顎関節症症状らしいときには専用の問診票（図3）を渡しています。この問診票を使って医療面接を進めます。そして、一連の診察や検査を行って、顎関節症と診断された場合は、はじめに病態説明をしています。そこでは、顎関節症のメカニズムだけではなく、悪性の疾患ではないということや、生活習慣病の側面があることなどを話します。そのときに、同時にTCH（Chapter 6, 113～115 ページ参照）の説明もしていますので、一部は治療も入っています。

**中沢**：セルフコントロールを促すということでは治療ですね。

**和気**：そうなると思います。その後に口腔内の診察を行って、明確な咬耗や、舌や頬粘膜の歯の圧痕を見ます。また、薄いワッテを両側の臼歯部に噛んでもらい、歯が接触しない状態を作り、普段の感覚との違いや、どちらが楽かを聞いています。こうすることで、TCHを推測することができます。

それから、起床時の顎や頸のだるさや歯の違和感の有無、また夜間や日中の食いしばりの自覚を尋ねています。そして、患者さんの了解が得られた場合は、上顎のスタビライゼーションスプリントの準備を始めます。また、心身の負担のサインとして症状が出ている可能性があるということを説明しています。うつぶせで寝ないなどの生活指導も行っています。

しかし、こうした問診や説明から、特に心理社会的な要因が大きいときは、すぐに治療を始めず、医科との連携や大学病院への紹介を検討しています。

**田口**：私もほかの先生方とほぼ同じ対応です。患者さんが今どういう病態であって（表1）、そのためにどういった治療をする必要があるのか、適用するとどのような効果があるのかという説明が必要です。

というのは、患者さんがこれまでの医院で製作された大量のスプリントを持参される

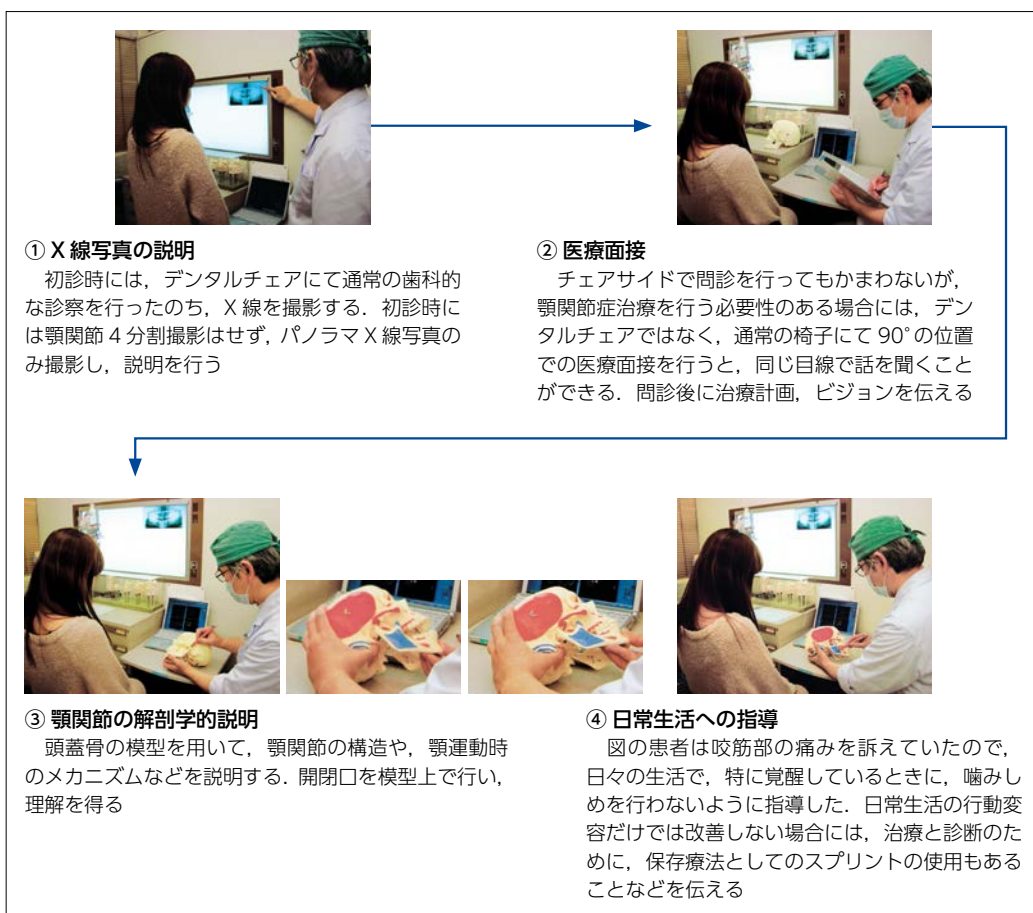


図2 ビジョンを説明する場合の手順（高野）

ことがありますが、聞いてみるとなぜ入れるのか説明を受けていないということや、ただ理由も言われず噛みしめをやめるように言われただけ、などという患者さんが多いのに驚いています。初診時は、やはり詳しく病態の説明と治療法選択の理由をお話することが最も重要です。

**澁谷：**私は企業内診療所で診療していますが、患者さんの多くは急患で来院します。患者さんも業務中の受診になりますのであまりお待たせすることができません。したがって、初診時は問診とパノラマX線写真で簡単に診断し、必要に応じて投薬を行います。2回目の来院で時間をとっていただいて、細かい説明、患者教育やほかに必要な治療を開始します。ただ、企業内診療所は初診の翌日に来院していただくことも可能です。また、顎関節症発症における寄与因子（Chapter 6, 113 ページ参照）として、仕事上の問題点などが考えられた場合は、その職場の背景について産業医に問い合わせることもあります。

## ◆ 精神科との連携が必要になる場面

**田口：**顎関節症における精神科との連携について、考えていきたいと思いますが、われわれ歯科医が精神科医とどのような形で連携をとるかという部分は、一般開業医にとって一番むずかしいところだと思います。

来院される精神疾患をもった患者さんの多くに不定愁訴があるわけですが、そのような患者さんに対して、歯科医はすぐ治療介入をしてしまいがちです。精神科に紹介するタイミングなども含め、歯科と精神科がスムーズな連携をもてるようになればいいと思いますが、一般開業医の立場として高野先生はいかがでしょうか。

**高野：**たしかに、複雑な背景をもった患者さんが来院されることもあります。その例を図 1 に挙げましたが、たとえば長文の手紙を持参される患者さんなど、経験上、慎重な対応が必要なことが多く、特に精神科との連携が必要になる可能性が高いといえるでしょう。

**宮岡：**図 1 のように患者さんをタイプ別に考えることは、非常に重要ですね。

**高野：**ここに挙げたようなケースを、必ず精神科に紹介するともかぎりませんが、精神科医のお話を聞いたらいかがですか、という患者さんもいるという程度です。

**和気：**2011 年の厚生労働省の発表では、精神疾患で医療機関を利用しているのは日本人の約 40 人に 1 人であり、生涯有病率は約 20% ということです。実際には医療機関を受診していない人もおり、また、内科などの身体科を受診している身体表現性障害を考えると、さらに多くなるのではないのでしょうか。そう考えると、歯科医は毎日 1 人以上の精神疾患をもった患者さんを診ている計算になります。たとえばどのような患者さんが精神面の配慮が必要かということですが、モデルケースを 2 つ挙げてみました（図 2, 3）。なお、精神疾患と心身症の違いについては、後で述べたいと思います（74 ページ、図 9, 10）。

**中沢：**松香先生がおられる大学病院は地域の中核病院ですが、どのような判断で精神科へ紹介するのでしょうか。

- 訴える痛みの程度と状態の評価が大きく異なる場合
- 訴えの程度や内容の日内変動が多く見られる場合
- 成人にもかかわらず、付き添い人がいる場合
- 現在も精神科の加療を受けている患者の場合
- いわゆる精神安定薬を常用している患者の場合 など

図 1 歯科医が精神科との対診を考えるのはどのようなときか？（高野）

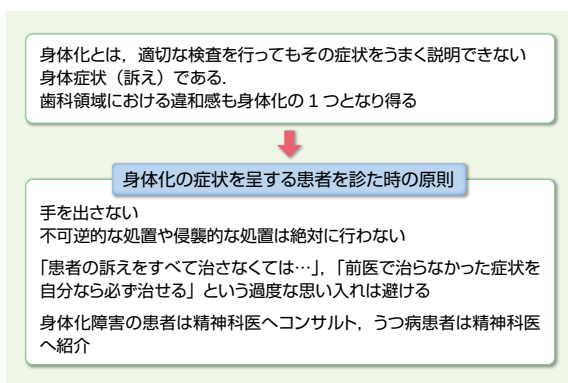


図 7 身体表現性障害をもつ患者への対応（山田和男，松香芳三）

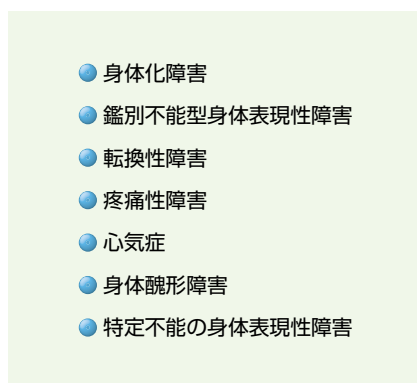


図 8 身体表現性障害の分類（DSM-IV-TR）  
（アメリカ精神医学会は、2013 年に DSM-5 改定）

す。詐病が強く疑われる場合、身体科である歯科で「治療ができません」として、親しい精神科医に相談していただくしかないかもしれません。

**田口：**なるほど。身体表現性障害や詐病については、身体科の医師であるわれわれ臨床医が、疾患をよく理解し、対応にあたることが重要ですね。また、つねに患者さんの訴えなどに対して、十分に注意を払うことが必要ですね。

## ◆ 歯科心身症患者への対応

**中沢：**精神科との連携では、歯科心身症も問題になるかと思いますが、いかがでしょうか。

**和気：**代表的な歯科心身症には、舌痛症と顎関節症があります（図 9，10）。いずれもストレスが関連する場合は多く、そのような患者さんとはラポールをとるために話を聞くことになってきますが、だからといって聞きすぎると時間が取られてしまうという問題もあります。

**宮岡：**和気先生は結構長い時間、話を聞かれているのかもしれませんが。ただ、精神科医の一般的な診療は長くて10分ぐらいではないでしょうか。初診のときはもっと時間をとりますが…。たとえば舌痛症の患者さんなど、症状によっては多少の薬を使いながら、10分くらい話を聞くだけでずいぶん違いますよね。

**田口：**話を聞いてちょっと同意や理解をしてあげるだけで寛解することも多いですね。

**和気：**顎関節症は狭義の心身症モデルがよく当てはまります。すなわち、まず患者さんに器質的または機能的な異常所見があるうえで、発症や経過にかかわる寄与因子として、心理的ストレスが大きな役割を果たしてきます（図 11）。

一方で舌痛症は、舌痛に対応する器質的な異常所見が見つかりません。一部の患者さんではステロイド軟膏で痛みが軽減する方もいますので、明らかな炎症所見がなくても



**島田：**潜在的な顎関節症の患者さんに対して、歯の保護のためのスプリントがかえって症状を悪化させるということが起こりえるということだと思います。この患者さんは前医で運動療法などセルフケアの指導がなかったのですが、運動療法などを行うことで症状は楽になったと言っています。また起床時の症状についても、通常通りハードのスタビライゼーションスプリントを製作することで消失しました。

**和気：**たしかに運動療法の主な目的は、疼痛と顎運動障害の改善ですから、そのような意味で効果があったと思います。そしてさらにもう一点、患者さんの認知の修正という面もあるのではないのでしょうか。痛みなどの症状に対して、「歯科医が取り除いてくれるもの」から「歯科医と患者が協力して取り除くもの」という考え方への修正です。たとえば、糖尿病の患者さんに対して、内科医が「きちんと薬を飲んでいただければ、生活を改善しなくても大丈夫ですよ」と言うことはありませんよね。食生活の改善や、運動、ストレスのコントロールなどをきちんと行うことが、治療のメインになるはずですが、そういう意味では、生活習慣病の治療では当たり前の認識だと思います。

**島田：**はい。そのような面からも、今回のテーマであるリハビリテーションの効果の大きさを感じます。もう一つの**症例 2**は、スプリントを装着して症状は楽になったものの、ものを噛めなくなったという患者さんです。職場でのストレスなどもある方で、他院にて顎関節症症状に対してスプリント療法と運動療法を行っていたのですが、スプリントを外すと噛めなくなってしまったということです。とはいえ、本人はスプリントを装着していたほうが、朝は楽ということでした。使用しているスプリントをみると右側のみ高くしてあり、長く使用していれば朝外したときに食事ができなくなるのもありえることです。このような患者さんに対しては適正なスタビライゼーションスプリントを再製し、運動療法を再度指導するようになりますが、同時に職場でのストレスに関して歯科医がどこまで関与するかというのは、これからの大きな問題だと思います。そういう意味でも、「歯科医と患者が協力して取り除くもの」という考え方への修正という和気先生のご指摘は、治療の考え方として大切でしょう。

**高野：**装着したスプリントの具合が悪くなったなら他の医院に行って、また新しいスプリントを製作してもらおうというのではなく、きちんと先生方がフォローしていく姿勢が重要だというのが、歯リハ2のベースとなる考え方だと思うのです。

**島田：**この歯リハ2を考えていくことで、スプリントの本来の役割がわかってくるのではないかと感じています。以前はソフトスプリントも含めてさまざまなスプリントがさまざまな理由で多用されてきました。現在はそのような流れではなくなっていますが、特に起床時に症状が出るような患者さんでは、顎関節の保護を目的としたスプリントが必要と考えています。

**中沢：**就寝時はセルフコントロールができませんから、そのような時間のコントロールはスプリントしかないのではないのでしょうか。そのときに注意しないといけないのは、下顎位の設定を間違えると、害のあるスプリントになってしまいます。

**患者：**27 歳，女性．会社受付（2-1～2-4）

**主訴：**①頭痛や顎の痛み，首の痛み，目の奥が痛い．②体の倦怠感．③物が食べづらい．④顎関節が悪く話しづらい．⑤咬み合わせの悪さによると思われる呑気症

**現病歴：**

転職して会社受付となった後，両側の顎が痛いのが気になる．その後痛みが顎，頭，首，目の奥，耳に広がる．同僚に歯科衛生士をしていた人がいて，これは顎関節症だと言われ歯科へ行く．スプリント（2-5）と顎の体操を教わり，口は開くようになる．スプリントを装着すると，朝起きたときに症状はない．しかし，装着しないと，朝

に身体が固まってしまう．ブラキシズムの自覚なし．笑顔をつくるのに口角を上げると顎が痛い．

**現症：**無痛開口量 20 mm，有痛開口量 38 mm，強制開口量 42 mm

触診；両側咬筋，側頭筋，顎関節，内側翼突筋，胸鎖乳突筋に圧痛あり

**診断：**両側咀嚼筋痛障害（Ⅰ型）．非復位性関節円板障害（Ⅲb 型）の疑い

**治療：**臼歯部を均等接触させた通常通りのスタビライゼーションスプリント（2-6）．セルフケア指導．運動療法で痛みはほぼなくなる



2-1～2-3 初診時の口腔内写真



2-4 初診時パノラマ4分割写真

2-5 前医製作のスプリント装着写真

2-6 再製作したスプリント

**島田：**スプリントを装着して症状が悪くなったなら，スプリントが問題という可能性が高いということですから．

**高野：**薬と同じで，使いようによっては良くも悪くもなるということです．

**中沢：**そこに歯リハ2の意義もあるわけですね．

**羽毛田：**就寝時にスプリントを使用するのであれば，どのような状態で咬合採得をすればいいのでしょうか．

**中沢：**基本的には仰臥位でいいのではないのでしょうか．ただし，仰臥位では中心位がとれない場合もありますので，画一的にこの方法ということではなく，個々の症例にあわせる必要があります．スプリントの形態も，患者さん全員に同じものを入れるのではな