

## 「日本顎関節学会共同企画 顎関節を知ろう！」質問内容と回答について

令和 6 年 5 月 26 日（日）に開催した本講習会における質問と講師からの回答です

質問 1	勤め先で歯科医師が、食いしばりが強い顎関節症の方にボトックス注射の効果をお話しされます。この場合の症例は、咀嚼筋痛障害の改善でしょうか？ボトックス注射は数か月はもつようで、患者様も食いしばりが楽になった、といわれます。この治療法と並行して歯科衛生士としてなにか患者様に指導があればご教授ください。
回答	くいしばりが強い事で咀嚼筋に痛みがあるのであれば咀嚼筋痛障害であると思われます。咀嚼筋痛の改善は基本的に運動療法で筋痛の症状を改善すること TCH があればその是正を行うことで睡眠時のくいしばりや歯ぎしりがよくなる場合もあります。ボトックスについては歯ぎしりなどの軽減につながりますが、その効果が一時的であり数ヶ月で元に戻ってしまうと思いますし、根本的な治療にはならないと考えています。 (佐藤 文明先生)
質問 2	顎関節症治療に使用するスプリントはできるだけ薄く、ハードタイプだと教えていただきましたが、具体的には何ミリくらいの薄さが適していますでしょうか？また、エルゴプレスで作製するもので良いのでしょうか？歯科技工所でレジン重合タイプで作製していただいた方が良いのでしょうか？
回答	私は 1.5mm の厚みのシートを使っています。エルゴプレスなどを用いて軟化し、模型に吸引圧接すると 1 mm 程度の厚みになるものと思います。歯科技工所で作成する場合も 1 ～ 2mm 程度の厚みを指定してください。(佐藤 文明先生)
質問 3	顎関節症でスプリントを作成、使用後スプリントに穴が開いてしまった場合はスプリントを新製したほうがいいのか、そのまま使用してもらうのか。その際の説明をどうお伝えすればよいのかを教えてくださいませんか。
回答	歯ぎしりが強い場合、穴が開くケースもあります。この場合、即時重合レジンなどを用いて修理を行います。あまり大きく破損している場合は新製する必要があります。(佐藤 文明先生)
質問 4	TCH かな？と思う患者さんに知覚過敏症が出る事が多く、リコールの度に塗布していますが、当然ながらの顎や首肩の痛みは改善されません。患者さんも知覚過敏抑制材を塗る事で一時的にしみるのが緩和されるのでとにかく「薬を塗ってくれ」と要望されどうしたら良いものかと思っています。何年も塗り続ける事で歯に影響はないのでしょうか？
回答	知覚過敏症は WSD やマイクロクラックなどで露出した象牙質にプラークが付着することが原因になると考えられますが、最近は TCH やくいしばりによる根尖部の血管の圧迫による血行不良など様々な原因で起こると考えられています。知覚過敏抑制剤を塗布すること自体で歯になにか影響するとは考えなくていいかと思いますが、何年も症状が改善しないということは何か他の問題があると考え、原因を確認する必要があると思います。 (佐藤 文明先生)
質問 5	舌の安静位と TCH の関係などありますか？
回答	舌の正常な位置は、舌尖が上顎前歯裏側の口蓋皺壁に軽く触れている位置にあります。ちょうど英語の"N"の発音をする時の位置であることから N-position と言われています。しかし、TCH がある場合は舌が緊張しているためにこの位置にはなく、上下歯列の裏側に押し付けていたりします。さらにこの位置が正常な舌の位置

	だからと患者さんにその位置にするようにさせると、逆に舌が疲れてその位置に置いておくことができません。TCHの是正をさせると自然と舌は正常な位置に近づきます。（佐藤 文明先生）
質問 6	アプライアンス療法中で、クレピタス（ジャリジャリといった音あり）を認める場合、どのような対応が望ましいでしょうか？
回答	クレピタスは関節円板がささくれ立っていたり、下顎頭や下顎窩が変形しているために発生する音であり、これをアプライアンスで改善することは難しいと考えます。むしろ積極的に運動療法を行うことで下顎頭の形態にリモデリングが起こり、音に変化が出る場合もあります。しかしクリックもクレピタスもこれを確実に治す方法はありません。クリックの場合は音のなる仕組みを患者に説明し、理解してもらい経過観察をします。一方クレピタスは下顎頭の変形がある場合は変形が進む場合があり、時々噛み合わせも変化してしまう可能性もあるので長期にわたり経過をみる必要があります。（佐藤 文明先生）
質問 7	クリック音がするときの、ケアの仕方を教えていただきたいです。先ほどの開口訓練の他に何かありますでしょうか？
回答	患者さんによっては長い間、口を閉じている状態の後、急に口を開けると大きな音がするケースがあります。これはその前まで、TCH やくいしばりで関節内部を陰圧にしているために中の滑液の量が減少していることで下顎頭と関節円板の摩擦が増えたためと考えられます。注意としては急開口をしないでゆっくり開ける、下顎を先に前に出してから関節円板の引っ掛かりを外してから開口し、閉じる時も下顎を前に出したまま閉じていくと前方転位している関節円板を引っ掛ける程度を軽減し、楽に開閉口できる場合があります。（佐藤 文明先生）
質問 8	顎関節についての問診は、どのくらいの時間をかけてとっていらっしゃいますか？ また症状がある患者さんのみの対応でしょうか？
回答	医療面接（問診）を行うのに時間がかかりますので、顎関節症を疑う患者さんにはあらかじめ質問票を渡し、記載してもらうことで時間の短縮を図ります。当院ではその質問票への補足を歯科衛生士に行ってもらい、その後歯科医師が確認します。通常は 15 分程度を想定しています。講演でも話しましたが、かくれ顎関節症かなと思う患者さんがいた場合などもよく症状を聞いたほうがいいのかと思います。一方、メンテナンスなどで特に、開閉口に問題がない患者さんには対応の必要はないと思います。この場合、開口域（口の開き具合が 40mm 以上開けていられるか）、その状態をメンテナンス中問題なく維持できるかを確認します。（佐藤 文明先生）
質問 9	今回の診療報酬改定にある歯科衛生士実地指導時の口腔機能指導加算は算定できますか？また、その場合は歯科衛生士の業務記録にどのような記載を残したらよいでしょうか。
回答	残念ながら現在のところ、顎関節症病名で歯科衛生士実地指導は算定できません。今後、歯科衛生士を含めたチームアプローチで顎関節症を治療していくためにも、歯科衛生士が指導管理をした場合に保険算定できるように日本顎関節学会としては行政に働きかけを行う必要があると考えています。（佐藤 文明先生）
質問 10	就寝時の歯ぎしりが強い方にソフトタイプで 3 mm のスプリントを使用している方がいます。（直ぐに穴があくため 3 mm のスプリント使用）その方にも、やはりハードタイプの薄いスプリントがよろしいのでしょうか？
回答	臼歯部で 3mm の厚みがあるとそれ自体でその患者さんの持つ安静空隙を超えている可能性があり、スプリントを入れるだけで歯が接触してしまいます。スプリントの厚みは安静空隙の範囲内にするために 1 – 2 mm の厚みが推奨されます。ソフトタイプのものは咬合調整もできないのと、厚みがあればそれを噛み締

	<p>めてしまうので使用しません。睡眠時に使用するスプリントの効果は不明な点が多いですが、スプリントをはめることで、今までの噛み合わせと違うということを歯根膜の圧受容器が感じて、脳は噛みしめるのをやめるように咀嚼筋へ働きかけると考えられます。スプリントを入れた数週間はこの働きで一時的にくいしばりや歯ぎしりが制御されると考えられますが、基本的にはスプリントで歯ぎしり、くいしばりは止められないので、その噛み合わせに脳が慣れてくるとスプリントを入れた状態で歯ぎしり、くいしばりが起こるようになります。</p> <p>(佐藤 文明先生)</p>
質問 11	<p>臨床でよく患者さまと相談するのですが、スプリント作製した方がいいある程度の基準というものをお持ちですか？私は口腔内での所見、パノラマや医療面接にて診査し考えるのですが、周りのスタッフは咬耗や骨隆起があるだけでスプリントをすぐに提案し、作製しているところがあります。</p>
回答	<p>スプリント装着の基準は睡眠時のブラキシズムにより顎関節症症状が強くなっていると判断される場合や起床時に歯が痛い、補綴物がチッピングしたり壊れる、歯周病の症状を悪化させる要因になっているなどが考えられます。顎関節症での使用であれば顎関節症の症状が消失したならば使用を減らしていき、最終的には外します。一方、補綴物の破損防止が目的だと入れ続けなければなりません。この場合、質問 10 の理由からずっとはめているのではなく、時々外す日を作ることで、脳がその状態になれるのを防げるため、効果が上がると考えられます。(佐藤 文明先生)</p>
質問 12	<p>医療面接の書式が欲しいときは、どこにアクセスしたらよいでしょうか？</p>
回答	<p>ご質問いただきありがとうございます。DC/TMD の問診票を参考にされるとよろしいかと思います。以下のリンク (<a href="https://ubwp.buffalo.edu/rdc-tmdinternational/wp-content/uploads/sites/58/2017/01/DC-TMD-Japanese-Assessment-Instruments_2016_06_11b492.pdf">https://ubwp.buffalo.edu/rdc-tmdinternational/wp-content/uploads/sites/58/2017/01/DC-TMD-Japanese-Assessment-Instruments_2016_06_11b492.pdf</a>) に掲載されている PDF の p8,p12-13 あたりが顎の症状に関連した内容となります。(日高 玲奈先生)</p>
質問 13	<p>旧総義歯不適の理由で「噛んで押し付ける癖」は、口腔内や義歯に所見はみられますか？</p>
回答	<p>明らかに義歯が合っていない（開口したときに義歯が外れるくらい緩い）のに患者さん自身は「問題なく使用できている」とおっしゃる場合に噛んで押し付けていることが多いです。口腔内においては、頬粘膜に圧痕がある、義歯の床縁に一致した圧痕が口蓋や顎堤に見られることがあります。(兜森 彩日先生)</p>
質問 14	<p>治療してから違和感があって・・・、あの治療がよくなかったんだと思っていて・・・</p> <p>と、治療後の検診等で来院された際に話してくださる方への対応についてです。</p> <p>事前にリスクがあることをお伝えしていれば、治療への不信感を持たれずに済んだのと思うのですが、自分の担当患者さんでなければ話をするタイミングもなく、中々難しいと思います。しかし、事後にそのことをお話しても、言い訳がましく受け取られてしまう気がして、上記の様な訴えがあった時にも上手く説明できません。今回学んだ知識を活かし、これから同じようなケースがあった時には、患者さんに納得してもらえようアプローチをしたいと思っています。その際に気を付けるべきことがあれば、教えていただきたいです。</p>
回答	<p>事前にリスクをお話しできていない状態で症状が出てしまうこと、あるいは、リスク因子を見逃して症状が出てしまうことは日常の臨床であると思います。予期せぬ症状が出てしまった場合、まずは丁寧に説明をすることが大切です。“もともとリスク因子を持っていて、治療したことが引き金になってしまった”ということですが、患者さんにとっては“あの治療をした後に調子が悪くなった”と見えてしまうことが懸念としてあげられます。人それぞれ体質や個人差があるように、ほんの少しのきっかけで症状が出てしまう人もいれば、一生全く何もなくて過ごせる人もいます。これは顎関節症に限ったことではなく、肩の脱臼や花粉症など様々な症状</p>

において同じことが言えます。以上を説明したうえで、TCH があれば是正をする、頬杖などの悪習癖はやめてもらう、仕事が忙しいなどのストレスが多い時期は特に気を付けてもらうよう説明する必要があります。顎関節症は特に、ぶり返すことがあるので、今後付き合っていく必要があることを説明しておくといいと思います。治療を行ってから症状が出た場合は上記のように対応するとよいと思いますが、普段から何か治療に入る前にかくれ顎関節症かどうか様々な観点から気を付けることが大切です。かくれ顎関節症で完全に完治していない状態でほかの歯科治療を行うとリスク因子が増え、症状が再燃してしまう可能性があります。（兜森 彩日先生）