

咬合違和感の診断と対処法

松香芳三^a, 玉置勝司^b, 葉山莉香^a, 安陪 晋^c, 宮城麻友^a, 堀川恵理子^c,
成谷美緒^a, 野田千織^a, 大島正充^a, 河野文昭^c

Diagnosis and management for occlusal discomfort

Yoshizo Matsuka, DDS, PhD^a, Katsushi Tamaki, DDS, PhD^b, Rika Hayama, DDS^a, Susumu Abe, DDS, PhD^c,
Mayu Miyagi, DDS, PhD^a, Eriko Horikawa, DDS^c, Mio Naritani, DDS^a, Chiori Noda, DDS^a,
Masamitsu Oshima, DDS, PhD^a and Fumiaki Kawano, DDS, PhD^c

抄 録

咬合違和感を訴える患者に対して検査を実施しても問題が見つからず、対応に苦慮することは多い。歯科医師は患者を救いたいと希望し、患者の咬合状態に問題がなくても、咬合調整や咬合再構成などの不可逆的な治療を実施することもある。そのため、咬合違和感を訴える患者の病態について補綴歯科医が理解することは重要なことである。日本補綴歯科学会診療ガイドライン委員会が作成した咬合違和感症候群に関するポジションペーパーでは、狭義の咬合違和感の原因は精神疾患、あるいは末梢から中枢神経系における情報伝達・情報処理機構の可能性があるとして報告されている。今回は咬合違和感に関して概説し、先生方の今後の診療の一助にしたい。

キーワード

咬合違和感, 精神心理学, 歯根膜感覚

I. 咬合違和感の特徴・診断

「歯の咬み合わせが良くないので、体調が非常に悪い。治して欲しい」などと咬合違和感を訴える患者の対応に苦慮した経験を持つ歯科医師が多いことは容易に想像される。咬合違和感は精神心理学的な問題として理解されることもあり、歯科臨床では敬遠されることが多い。患者の咬合違和感の訴えが激烈であれば、歯科医師は患者を救いたい一心で、咬合状態には特に問題がなくても、患者の訴えに従い、咬合調整や咬合再構成などの不可逆的な治療を施してしまうこともあ

る。あるいは、「前医では咬合違和感をマネージメントできなかったが、自分の技術ならば、咬合調整・咬合再構成により症状を緩解できる」と考えてしまうことがある。これは、歯科医師の「救済妄想 (rescue fantasy)」といえる。実際、大学病院には前医での咬合調整により、症状が悪化した患者や迷宮にさまよいつ込んだ患者が多く来院する。そのため、咬合違和感の病態を歯科医師が理解することは非常に重要である。日本補綴歯科学会診療ガイドライン委員会は、これまでに咬合違和感症候群に関するポジションペーパーを作成している^{1,2)}。咬合違和感症候群を広義のものと狭義のものに分類し (図1), 狭義のものは occlusal

^a 徳島大学大学院医歯薬学研究部顎機能咬合再建学分野

^b 神奈川歯科大学大学院歯学研究科全身管理医歯学講座顎咬合機能回復補綴医学分野

^c 徳島大学大学院医歯薬学研究部総合診療歯科学分野

^a Department of Stomatognathic Function and Occlusal Reconstruction, Graduate School of Biomedical Sciences, Tokushima University

^b Department of Critical Care Medicine and Dentistry, Division of Prosthodontic dentistry for function of TMJ and Occlusion, Graduate School of Dentistry, Kanagawa Dental University

^c Department of Comprehensive Dentistry, Graduate School of Biomedical Sciences, Tokushima University

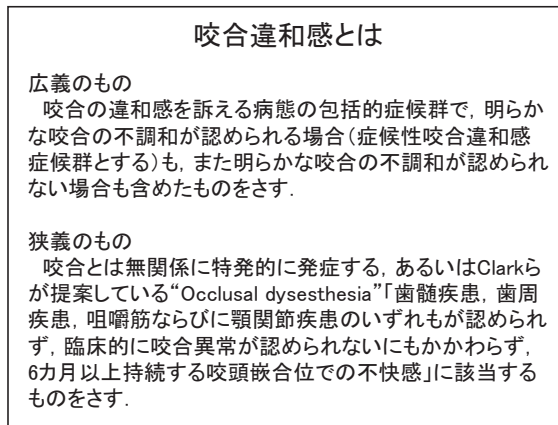


図 1

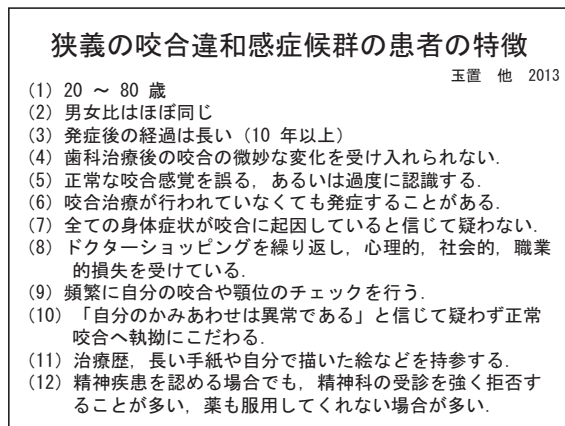


図 2

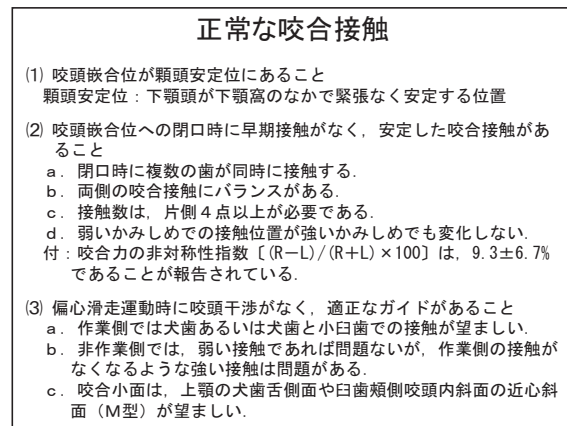


図 3

dysesthesia (歯髄疾患、歯周疾患、咀嚼筋ならびに顎関節疾患のいずれもが認められず、臨床的に咬合異常が認められないにもかかわらず、6カ月以上持続する咬頭嵌合位での不快感)³⁾に該当するものとしている。また、狭義の咬合違和感症候群患者の特徴としては図2のようなことがあげられる。その中で、特徴的なことをピックアップすると、(3)発症後の経過は長期である、(4)歯科治療後の咬合の微妙な変化による顎の動きの変化を受け入れられない、(7)全ての身体症状が咬合に起因していると信じて疑わない、(8)ドクターショッピングを繰り返し、心理的、社会的、職業的損失を受けている、(9)頻繁に自分の咬合や顎位のチェックを行う、(11)新たな歯科医院を受診する際、過去の治療に関する長い手紙や自分で描いた絵などを持参する、などである。

今回は狭義の咬合違和感に焦点を絞って報告するが、その場合、咬合違和感の定義として、「臨床的に咬合異常が認められないにもかかわらず」という前提があるため、正常な咬合に関して理解しておく必要が

ある。正常な咬合接触に関して、咬合異常の診療ガイドライン(2002)⁴⁾では図3のように報告されている。本定義を満たすのであれば、正常咬合と診断されることは良く理解できるが、ここで考えておくべきことは、咬合違和感を訴えない患者においても、本定義の通り正常な咬合接触と診断される者は多くないかもしれないということである。そのため、臨床的な咬合異常を判定することは困難であるかもしれない。今後も本学会において正常な咬合に関する議論が必要であろう。

II. 咬合違和感の原因

狭義の咬合違和感の原因は精神疾患に起因、あるいは末梢から中枢神経系における情報伝達・情報処理機構に起因するとされている^{1,2,5)}(図4)。窪木は狭義の咬合違和感(咬合感覚異常症)の原因は歯根膜感覚の過敏化、身体化、統合失調症、妄想性障害であると報告している⁶⁾(図5)。精神疾患では身体化障害(①症状に見合う身体疾患がない、②多発性で変化しやすい

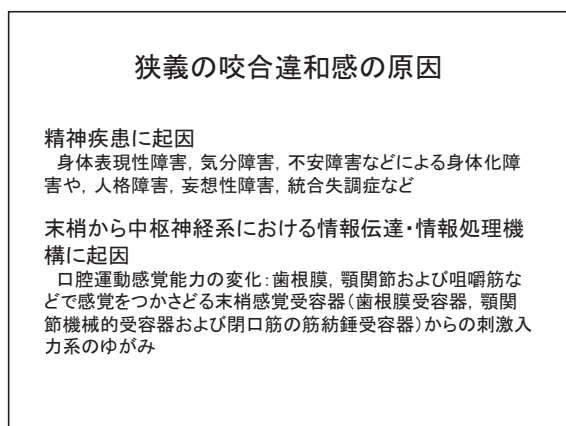


図 4

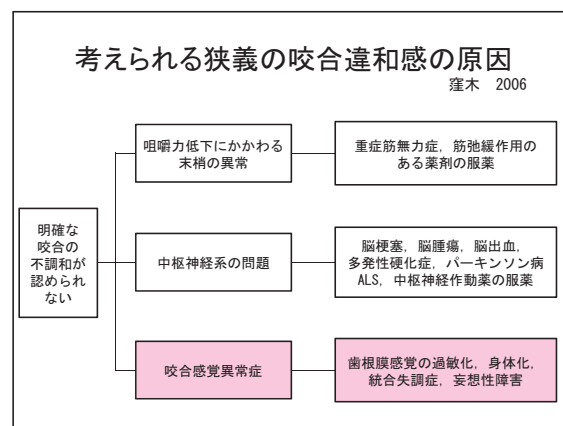


図 5

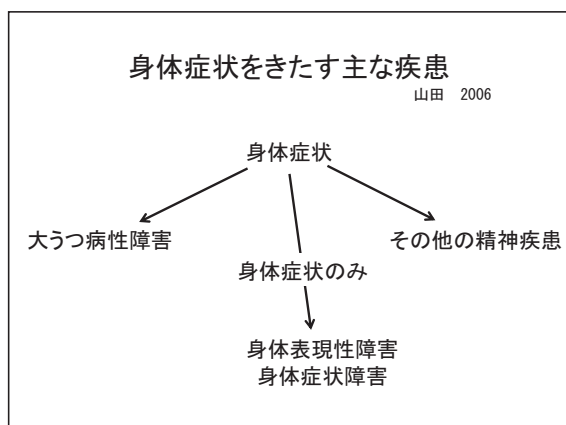


図 6

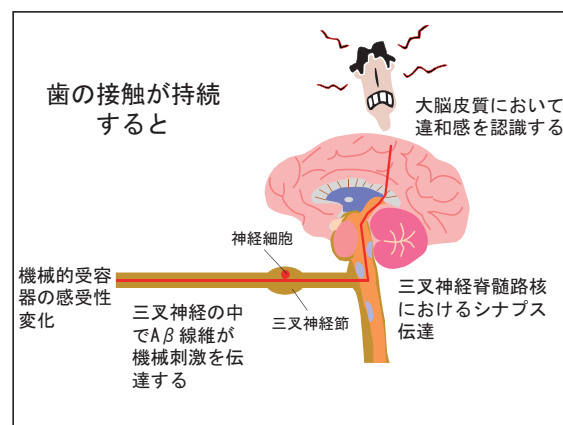


図 7

身体的症状が存在する。③身体疾患がないという医師の診断を受け入れることができない。など)が主なものであるが、人格障害、妄想性障害、統合失調症などで身体化が生じる可能性を知っておくべきである。また、山田は身体化を認める疾患を図6のように報告している⁷⁾。精神疾患に起因する咬合違和感としては“身体表現性障害(DSM-IV(米国精神医学会), ICD-10(世界保健機関 WHO))”が大きなものであると考えられている。参考までに身体表現性障害はDSM-5では“身体症状症”と改名されたが、ICDでは変更されていない。身体表現性障害は、①一般身体疾患を示唆する身体症状が存在するが、一般身体疾患、物質の直接的な作用、または他の精神疾患によっては完全に説明されない、②その症状は臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の領域における機能の障害を引き起こす、③身体症状は意図的でない、などと定義されている。

中枢神経系における情報伝達・情報処理機構に関しては、①患者の多くは仕事が忙しい時、精神的ストレ

スが大きい時に発症する、②「口を楽にしてください」と患者に伝えられると、上下顎歯が接触していることが多い、③舌や頬粘膜に歯列の圧痕が見られ、力が加わっていることが推察される。これらから、上下顎歯をかみしめる、あるいは接触させることによる歯根膜から上行する感覚神経の過敏化が考えられる。仮説として、歯の刺激が持続すると、三叉神経の中でAβ線維が活動し、三叉神経節、三叉神経脊髄路核を歯の接触情報が伝達し、大脳皮質において違和感を認識すると考えられる(図7)。また、その不快情報は海馬によって記憶される可能性も予測される。

III. 咬合違和感の対処法

咬合違和感を訴える患者の対処は原因ごとに異なるが、共通する部分も多い。共通部分が多い理由は、精神疾患に起因する患者と、末梢から中枢神経系における情報伝達・情報処理機構に起因する患者を完全に分離することが不可能であるからである。また、神経系

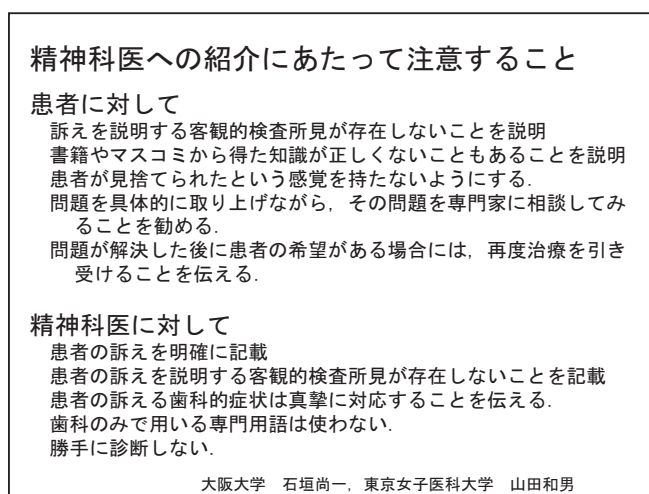


図 8

における情報伝達・情報処理機構に起因するものであっても、長期間咬合違和感が継続すれば、精神心理学的な問題を引き起こすことが考えられる。そのため、共通して、患者に対しては以下の可能性が考えられることを説明することになる¹⁾。①症状のある部位が問題ではない、②口から脳へ感覚が伝わる経路が変化(過敏化)していることが問題である、③かみ合わせに手を加えても症状は良くならない、④症状は調整(認知行動療法的対応)することで、ある程度までは患者が耐えられる状態まで改善する可能性はある。

末梢から中枢神経系における情報伝達・情報処理機構に起因する場合、一例としては、補綴装置装着により、咬合接触の変化を気にするようになり、日中の歯の噛みしめや歯の接触が誘発されることがある。それらの非機能運動を軽減することが大きな目的となる。咀嚼筋の開口ストレッチ、日中の上下歯の接触癖の是正などが主なものになるが、咬合接触に強くこだわっている患者では簡単にはいかないことも多い。咬合調整を実施すると、一時的には症状は軽減することもあるが、これまで接触していなかった咬合接触感覚が同歯あるいはその他の歯に生じるため、咬合接触を患者がさらに気にすることになる。それどころか、さらに悪化することもしばしば経験する。スタディモデルを患者に呈示し、咬合状態には問題がないことを説明し、スプリントを用いて上下歯の接触感覚を是正することも良いかもしれない。

精神疾患に起因する場合、精神疾患の病態ごとに対処法は異なることになる。適切な検査を行ってもその症状をうまく説明できない身体症状を訴える患者が存在しており、咬合違和感を原因不明の身体症状とし

て訴えることもある。われわれ歯科医師は身体疾患を治療し、精神疾患は精神科医師に紹介することになる。「患者の訴えに関連する歯科疾患は認められない」と精神科に紹介することは重要である。ここで考慮すべきことは、患者に「精神科に行くように」と告げればそれで終わりとは考えてはいけないということである。丁寧に紹介手続きを踏まないと、患者は精神科を受診することを納得していないので、精神科を受診しなかったり、「あの先生は私が精神病だと思っている」などと歯科医師を非難したりすることもある。また、精神科医師は患者の訴えが歯に局限するため「やはり歯科の問題である」と診断して、精神科的対応がなされないまま送り返されたりすることもよく経験される。精神科への紹介にあたって注意することは、石垣、山田の意見を参考にすると図8のようにまとめられる。精神科医師は薬物療法、認知行動療法、簡易精神療法などを実施することが一般的である。

丁寧に精神科への紹介手続きを実施しても、精神科を受診しない患者に対しては、歯科医師がマネジメントを行う必要がある。身体化を有する患者の対処としては、基本的に不可逆的な処置や侵襲的な処置は行わないように努め、このような患者の現病歴を聴取した後、「前医で治らなかった症状は自分自身も治療することは困難である可能性が高い」と認識することが大切である。身体化を有する患者のマネジメントを行う場合、スプリント療法、補綴治療(咬合調整や咬合再構成など)、矯正治療、外科治療などを実施すると、患者は「自分の咬合は良くないと歯科医師も認識している」と考えるようになり、かえって症状を悪化させる可能性もある¹⁾。診察を十分に行い、対応と

しては、可逆的療法を主体に心身医学療法（簡易精神療法，認知行動療法，自律訓練法，行動療法），理学療法（開口訓練），薬物療法（抗不安薬，抗うつ薬），生活指導（心身の負担を少なくするような生活習慣の是正）を行うべきであろう。

文 献

- 1) 玉置勝司, 石垣尚一, 小川 匠, 尾口仁志, 加藤隆史, 菅沼岳史ほか. 咬合違和感症候群. 補綴誌 2013;5:369-386.
- 2) Tamaki K, Ishigaki S, Ogawa T, Oguchi H, Kato T, Suganuma T et al. Japan Prosthodontic Society position paper on “occlusal discomfort syndrome”. J Prosthodont Res 2016; 60: 156-166.
- 3) Clark G, Simmons M. Occlusal dysesthesia and temporomandibular disorders: is there a link? Alpha Omega 2003; 96: 33-39.
- 4) 日本補綴歯科学会ガイドライン作成委員会. 咬合異常の診療ガイドライン. 補綴誌 2002 ; 46 : 585-593.
- 5) Hara ES, Matsuka Y, Minakuchi H, Clark GT, Kuboki T. Occlusal dysesthesia: a qualitative systematic review of the epidemiology, aetiology and management. J Oral Rehabil 2012; 39: 630-638.
- 6) 窪木拓男. Orofacial Pain 歯科はどうかかわるか. 咬合感覚異常の鑑別診断. 歯界展望 2006 ; 108 : 1019-1025.
- 7) 山田和男. Orofacial Pain 歯科はどうかかわるか. 精神疾患と歯科治療. 歯界展望 2006 ; 108 : 1014-1018.

著者連絡先：松香 芳三
〒770-8504 徳島市蔵本町3-18-15
徳島大学大学院医歯薬学研究部顎機能咬合
再建学分野
Tel.088-633-7350
Fax.088-633-7391
E-mail : matsuka@tokushima-u.ac.jp