



第43回一般社団法人日本顎関節学会学術講演会報告

第43回一般社団法人日本顎関節学会学術講演会は、「顎関節症治療に必要な心身医学・精神医学の知識のアップデート」と題し、2018年2月11日(日)日本大学歯学部研修医講堂において93名(歯科医師75名[会員75名・非会員5名]、歯科衛生士13名)の参加者のもと開催された。

本学会では、顎関節症に関する国際的な診断基準であるDC/TMD (Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders) に準拠した内容で学術講演会を開催している。現在、顎関節症は、「①顎関節症は臨床症状の類似した病態の異なるいくつかの症型からなる包括的診断名である。②症状の自然消退の期待できる (self-limiting) 疾患であることから、まず保存療法が優先される。③生物・心理社会的モデルの枠の中で管理される必要がある」等が、共通の認識になっている。

ここで③にあるように、顎関節症は身体面のみではなく、心理社会面の両方が重要であることが示されており、DC/TMDでは、身体軸(I軸)と心理社会軸(II軸)の2軸診断システムが用意されている。しかし、本会の分類では現在のところ、II軸の評価は含まれていない。

また、顎関節症の病態分類は、痛みの側面から「咀嚼筋痛障害と顎関節痛障害」があり、関節内の障害として「顎関節円板障害と変形性顎関節症」に分類されている。ここで前者の痛みは、主観的な症状であり、客観的な評価が難しく、心理社会的な側面を考慮する必要がある。

さらに、主訴に対する他覚所見が見つからないケース(疼痛を訴えるが、診察や検査で確認出来ない等)や、所見が見つかって主訴を十分に説明できないケース(関節円板転位はあるが、著しいQOLの低下との関連性が乏しい等)では、心身医学・精神医学的な問題を検討する必要があるが、歯科医師にとっては難しい。

今回は、このような現状を踏まえ「顎関節症治療に必要な心身医学・精神医学の知識アップデート」が、テーマとして取り上げられた。



副理事長である、みどり小児歯科の和気裕之先生による開会の挨拶の後、和気先生を座長として午前中の講演が始まった。

最初の演者は学術委員会委員長でもある日本大学松戸歯学部の小見山 道先生である。



講演タイトルは「顎関節症に併存する精神疾患と DC/TMD のⅡ軸」で、DC/TMD のⅠ軸を含め、まず顎関節症に必要な心身医学・精神医学を学ぶにあたっての基礎知識の整理として、日大松戸の「口・顔・頭の痛み外来」での臨床例を交え解説された。その中でも、特に 20 数年診ておられる症例は多彩な症状を訴え、精神科での診療も行われているという貴重な報告であった。

次に、北里大学医学部精神科の宮地英雄先生が、「なぜ歯科医師に精神疾患の知識が必要なのか」をテーマに、精神医学の基礎知識を解説された。



宮地先生は、精神科医として歯科医師とのリエゾンの経験が豊富なだけでなく、北里大では口腔心身外来を担当されている。

痛みは、国際疼痛学会の定義（1986）にもあるように「不快な感覚性・情動性の体験であり、それには組織損傷を伴うものと、そのような損傷があるように表現されるものがある」とされており、感覚性のみではなく、情動性にも配慮する必要がある。また、痛みの感受部位に他覚所見がない場合は、末梢神経系や中枢神経系の要因や精神疾患の検討も要する。

顎関節症症状と精神疾患の関係は、「顎関節症状の原因となる精神疾患」と「顎関節症状を来しうる精神疾患」に分けられる。前者には身体症状症、病気不安症が、後者には抑うつ障害、統合失調症、発達障害（自閉スペクトラム）が含まれるとして、各疾患について解説された。

また、精神的問題が関与していると思われた場合、治療をどこまでやるのが重要である。治すというよりも「付き合っていく」という選択肢も考える必要があり、自分で出来ないことは無理せず、精神科等と連携することも大事であるとし、精神科へ依頼する場合の原則、注意についても説明された。

昼食を挟み、午後からは、小見山先生を座長として、具体的な対応についての講演が行われた。まず、筆者が、「顎関節症患者の心身医学的対応—開業医の立場から—」として講演を行った。



顎関節症を始め、歯科的な問題が生じた時に、患者は通常、最初に開業医を受診する。開業医はプライマリーケア医として、患者を一人の人間として総合的にみることが求められており、そのような意味では顎関節症に限らず心身医学的・精神学的な知識が必要である。

一般診療でも同様であるが、最も大切なのは、患者—歯科医師間でのラポール形成であり、これが治療効果に結びついてくる。また開業医では、心身医学・精神医学的問題のある患者に対しては歯科衛生士、受付、歯科助手などチームで対応することが求められ、そこでは歯科衛生士の役割がこれから重要となってくると思われる。そして、開業医が適切な診断と対応を行うことで、難治性の顎関節症は減らせるのではないかと考え、お話をさせていただいた。

次に神奈川県大の玉置勝司先生が、「顎関節症と咬合違和感患者の心身医学的対応—大学病院の立場から—」をテーマに、神奈川県大咬み合わせリエゾン診療科での経験をもとに講演された。



「咬み合わせ外来」が、「咬み合わせリエゾン診療科」となった経緯から説明いただき、「リエゾン診療科」となって、精神科医と共に医療面接を行った多くの患者に精神疾患病名が該当したとして、実際に歯科用に応用した多軸診断システムを紹介していただいた。また、日本補綴歯科学会で提唱された「咬合違和感症候群 (Occlusal discomfort syndrome)」に関する経緯と現時点での分類と対応について解説いただき、特に発症契機に“術者と患者の信頼関係”が深くかかわっている可能性があり、それを裏付ける Sandro Palla 教授の仮説についてもお話いただいた。

その後、長年、大学病院で精神科医とのリエゾン診療に携わっている和気裕之先生は、「いわゆる“歯科心身症患者”にどう対応するか—リエゾン診療の立場から—」をテーマに、心身症、精神疾患、そして歯科心身症の概念を述べた後、それぞれの対応について解説された。



顎関節症は、学会の病態分類を用いると同時に、臨床では中核群と周辺群を区別して対応する必要があるとした。そして、中核群は、顎関節症の典型例であり、「狭義の心身症」に該当する例が多い。一方、周辺群は、主訴が3大症候以外のことが多く、また、Ⅱ軸の要因が大きいことがあることから、精神疾患の検討が大切であると述べた。

また、これまでの報告では、「いわゆる歯科心身症」は、精神科医が診察すると約70%が身体表現性障害と診断されていることから、歯科医師に可能な対応法と、さらに、精神科医との連携の仕方について解説された。

最後に、和気先生と宮地先生が、リエゾン外来のケースを提示して、歯科と精神科の両面からの、患者の捉え方や対応法を解説された。実際のリエゾン外来で、どのような診療や議論が行われているかを知ることができた。

まとめの討議では、咬合違和感症候群、心身症と精神疾患、向精神薬、運動療法等に関する活発な質疑が行われ、関心が高いことが示された。



また今回から歯科衛生士の受講が可能となった。現在、医科においては、腰痛などの慢性痛に対して、ペインクリニック、整形外科、精神科を始めとした医師と理学療法士、臨床心理士などがチームを組んだ集学的治療が広がってきている。

顎関節症では、現在のところ、ほとんど歯科医師がすべてを行わなければならない。顎関節症の治療では、生活習慣やセルフケアの指導も重要であるとされているが、これは、歯周病に対して歯科衛生士が行っている役割と近いところがある。

また、歯科心身症患者への対応においても、受付を含めた歯科医院全体での情報共有と対応が重要となり、そのキーパーソンに歯科衛生士の役割が期待される。こうした観点から、本学会では歯科衛生士に積極的に参加いただく環境づくりを検討している。

これからの顎関節症治療は、歯科医師だけで対峙するのではなく、歯科衛生士をはじめ、受付、歯科助手を含めたチームとして対応し、患者も治療に参加（セルフケア）していく方向性が考えられる。

今後の学術講習会は、顎関節症とその他の顎関節疾患に関連するテーマで、専門医や認定医を目指す会員、そして、非会員および歯科衛生士に向けた企画を予定している。是非、大勢の先生方にご参加いただき臨床に活かしていただきたい。（文責：島田 淳）