絆 Doctor's File 会員インタビュー Vol.22

患者さんの笑顔を求め日々研鑽

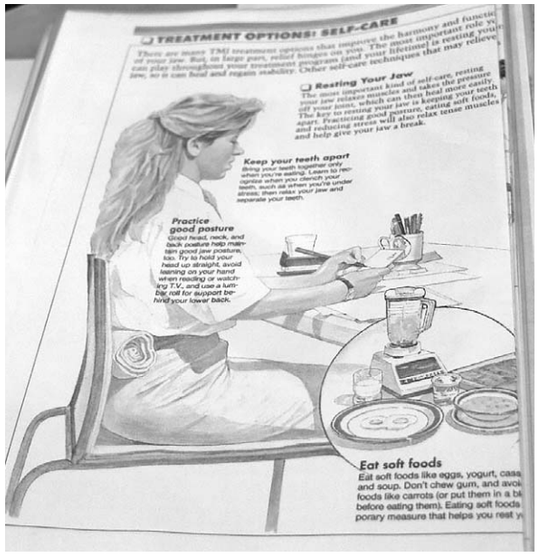
結城市　歯科口腔外科　保坂クリニック　保坂　栄勇先生

日本顎関節学会専門医・指導医としてクリニックでの診療のほか、大学（日本大学松戸歯学部、埼玉医大総合医療センター）でも後進の指導にあたられている保坂栄勇先生を訪ね、顎関節症治療の最近の考え方を伺った。

― 顎関節症は癖であり安易に咬合を変えるべきではないと、最近知りました。最近の考え方を教えてください。

2013 年に改訂された日本顎関節学会の顎関節症に対する概念では、顎関節症の病態は咀嚼筋痛障害、顎関節痛障害、顎関節円板障害、そして変形性顎関節症に分類されます。

現在、EBM に基づく顎関節症に対する初期治療は、可逆的な治療を優先することでコンセンサスが得られています。まずは筋や関節の安静によって痛みを取ることが優先されます。TCH（歯列接触癖）への対応やスタビライゼーションスプリント、非ステロイド性消炎鎮痛剤（NSAID）、筋弛緩薬投与などが挙げられます。痛みが取れたら下顎の可動域を増大させるために開口練習や徒手整復によるマニュピレーションが、特に咀嚼筋痛や関節円板障害の場合は効果的です。非可逆的治療を避ける意味からは、安易に歯を削ったり、長期間前方整位型スプリント装着による咬合再建などはできるだけ避けるべきかと思われます。



保坂先生が今でも患者指導に使っている、米国で作られた患者向けガイドライン。セルフケアの一つとして、正しい姿勢を取ることとともに、“Keep your teeth apart”（歯を離しておきなさい）と書かれている。

― 時々マスメディアで肩こりと顎関節症の関係が取り上げられますが、どのように捉えたら良いですか？

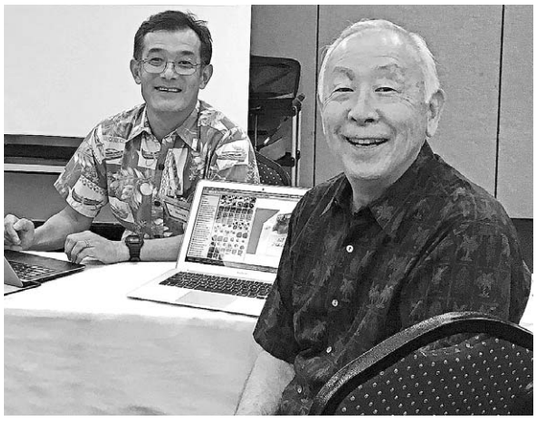
口腔、顔面領域の筋痛や筋膜痛は、関連痛と言って、疼痛の原因神経とは別の神経に痛みを生じる場合があります。また、慢性的な痛みが長く存在すると、隣接する収束ニューキノロンが感作過敏化され、余分な痛みの刺激を脳に伝え、異なった場所の痛みを同じ痛みとして認知してしまうんです。したがって、顎関節症や顔面領域の慢性的な痛みと、肩こりにより誘発される痛み、頭痛といったものは関連性があってもおかしくないと思います。

また、よく整体などでは、顎関節症は体の歪みによる血液の循環が悪いために起こると言います。確かに、整体で体のゆがみを治したり、鍼灸で血流を良くすると症状が改善するかもしれません。しかし、深いコメントは避けたいのですが、経験に基づくのも大切ですが、まずは有効性、安全性が確立した EBM に基づく医療が現在の流れかと思います。

― 不定愁訴、原因不明の疼痛、うつ病、精神疾患への対応は？

非常に難しい問題ですが、まず原因不明の疼痛に対応する際に忘れてならないのは、神経障害性疼痛や疼痛の発生源と感受部位が異なる“異所痛”の存在です。抜髄や抜歯後に痛みが取れず、アロディニアと呼ばれる痛覚過敏症状を呈し、神経障害性疼痛が疑われた場合は、外傷性有痛性ニューロパチーと診断されます。さらに抜髄など既往がない天然歯で難治性の歯痛を訴える場合は、持続性突発性顔面痛などと診断されます。また、代表的な異所痛として、筋・筋膜性疼痛による関連痛としての歯痛などがあり、いずれも非歯原性疼痛として取り扱われます。一般臨床では、神経障害性疼痛に対してはどう対処していいのか、分からないのが現状だと思います。私も開業当初、顔面痛に対して無知であったため、不定愁訴の痛みの患者さんを顎関節症Ｖ型と診断して心療内科に紹介状を書いたことがありました。この時の経験を反省し、日本口腔顔面痛学会に入会し、日々研鑽しています。

もちろん、口腔、顔面痛の治療は薬物療法が中心です。神経障害性疼痛治療に用いる第一選択薬の抗てんかん薬、抗うつ剤などは、現在、歯科領域ではプレガバリン１種類しか認められていないので、治療にあたっては、医科との連携が必要不可欠です。認知行動療法、リエゾン療法といった慢性疼痛に有効な治療に関しては、心療内科や精神科との病診連携を取られると良いでしょう。



テリー田中先生（右）と保坂先生＝ 2017 年 8 月に行われたホノルルでの TMJ 勉強会で。

1984年日本大学松戸歯学部卒業。同校及び埼玉医科大学総合医療センター歯科口腔外科で研修後、90年米国カリフォルニア州サンディエゴで顎顔面外科専門医Dr.Jeffrey.J.Mosesのもと、クリニカルフェローとして臨床研究に従事。帰国後、京都大学医学部附属病院口腔外科(助手)、京都第一赤十字病院(医長)を経て、96年に開業。

― 会員へのメッセージを。

過去の経験から決めつけ行動していると対処できないことがあります。顎関節を含めた顔面領域の重大な病気を見落とさないためには、日頃から医科との病診連携を構築しておくことも大切です。

標準治療とは、平凡な治療ではなく、EBM に基づく最高の医療ともいえます。一方、臨床では相反することも医療として存在します。どちらが優れているか単純にジャッジすることはできません。私には“最終的に治療を受けた患者さんの笑顔があるかどうか”ということが大切なように思います。

また、医療面接は患者の病歴聴取や情報収集だけにとどまらず、一人の人間として尊重し向き合う「言葉の医療行為」とも言われています。初診時に限らず、たえず患者の痛みや不安を真摯に受け止め、信頼関係を築くことで良い治療効果が生まれます。1990 年サンディエゴ留学時にお世話になった日系三世のテリー田中先生（南カリフォルニア大学教授）が“患者に対してはいつも同情と理解を示し自分の家族のように扱うよう心がけなさい”と言っておられたことを胸に刻み忘れないようにしています。

― 治療のたびに面接、相手の気持ちを読むことが大事ですね。たいへん参考になりました。