

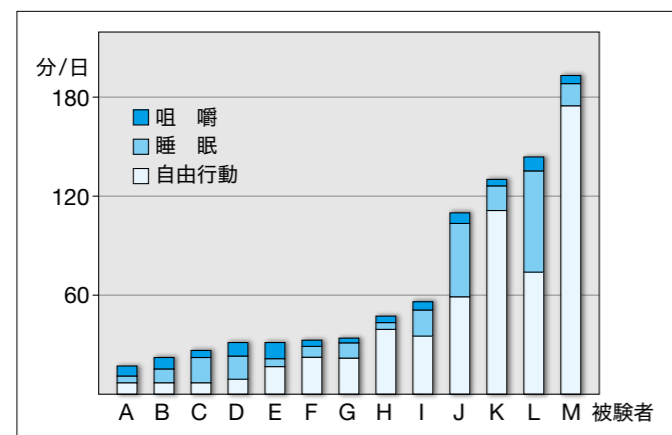
TCH のコントロール

中村輝夫 Teruo Nakamura
横浜市青葉区・中村歯科クリニック

現在は、顎関節症の対応としては「TCHのコントロール」がファーストチョイスと思われます。それは、上下歯牙を接触させないようにすると顎関節症が寛解する患者が多いというデータと、顎関節症自体が時間が経てば自然に落ち着くことも多い疾患なので^{11,12)} (前号図1参照)、あえてリスクを伴う治療を行うべきではないという考えでしょう¹³⁾。ただ、顎関節症が寛解する患者が多いというデータは患者の主観的な感想であって、治癒の機序が明確にされていないことにもどかしい思いがします。

歯牙を介して歯根膜の感覚器官に刺激が伝わると、咀嚼筋を収縮する信号が発生するようです¹⁴⁾ (前号図2参照)、強く噛まなくても、かなり大きな力が咀嚼筋に発生するようなので¹⁵⁾、TCHをしないようにコントロールすることができれば、口腔周囲筋は弛緩するであろうと思われます。

ちなみに、上下歯牙が接触すべき時間は、生理的には1日24時間中17分でよいようで¹⁶⁾、木原の実験でも実際の上下歯牙の接触時間は驚くほど短いようです¹⁷⁾ (図3)。



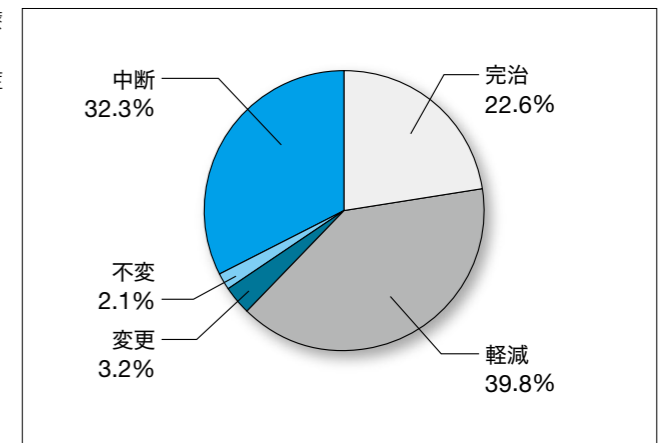
そのことから、上下歯牙が長く接触している状態は生理学的に考えると異常な現象であると推測できます。下顎安静位という言葉があるように、口腔周囲筋は上下の歯牙が接触していない状態で筋活動を最小限に保っている状態が生理的に正常なのだと考えます。

木野は患者がTCHをしてしまう原因として、ライフイベント、精神的緊張、作業・行動要因としてさまざまな事柄をあげています¹⁸⁾。これらの要件はほとんどが精神的なストレスとの関連があると思われる、ストレスがTCHを助長させる要素が大きいと言えますので、ストレスのコントロールは、難しいこととは思いますが大切な要素になります。

筆者の臨床経験では、上下歯牙は接触させている状態が正常であると理解している顎関節症患者が多いという印象があります。そこで、TCHの害について説明すると、納得してTCHを行うことが少なくなり症状が寛解する患者が多く存在します。

図3 1日の接触時間のヒストグラム
食事時間を含めて上下歯牙が接触する時間は短い(木原¹⁷⁾より)

図4 94名のカウンセリング療法の治療成績。
中断した者以外は、ほとんどの患者で症状が軽減した(山形²¹⁾より)



しかしながら、TCHの害を理解してやめるように努力しても、やめられない患者も多くおられ、ストレスとは関係なく、何かに熱中している時に、気がついてみるとTCHをしている…と話されます。口腔周囲筋は随意筋ですが、このような場合は何らかの原因で、何かしらの刺激がトリガーとなり、口腔周囲筋を無意識に緊張させてしまっていると考えられます。このような現象を、筑波大学教授である原野は『自己弛緩法』という書籍で、随意筋の不随意化という言葉で表現し、その解消法を説明していますが^{19, 20)}、同様の現象が口腔周囲筋に発現することも多いのではないかと推測します。

上記のような、TCHを意識的にやめることが難しい患者に対しては、単に口頭で指導しても効果的ではないと考えられます。そのような患者に対し、他の治療方法を提示せず、TCHをやめる努力を指導することは、リスク回避の面においては理に適っていますが、患者にとってより受け入れやすい治療法をリスクを鑑み提案することも、激しい症状を有する患者には必要なことだと思います。

カウンセリング療法だけで、ほとんどの患者の顎関節症は寛解するとの報告もありますが、この報告には治療を中断した患者が32.3%も含まれ、これらを除外したデータとのことです²¹⁾。どんな理由で治療を中断したのかはわかりませんが、カウンセリングだけの対応に失望した患者もいたのではないのでしょうか(図4)。どのような歯科治療行為でもリスクは伴いますが、そのリスクと治療効果を勘案しながら日常の歯科治療を行うのが臨床家の勤めで

すので、顎関節症だけがどんなリスクも避けなければならない、という考え方は問題があるでしょう。もちろん、リスクをあえて侵す必要はありませんが、TCHの指導だけに固執するのではなく、患者の状況を見極めて治療手段を選択する必要もあると考えます。

先に述べたように、TCHをやめる指導に従順に従って、スムーズに寛解する患者もいれば、なかなかうまくいかない患者もいます。それは個々の患者の個人差によることが大きいと思います。その個人差についての見極め方についての筆者なりの考えを述べていきます。

- 1) 河合 幹ほか。クローズドロックの臨床所見の検討。日顎誌。1993; 5 (3): 1-12.
- 2) 茂木克俊ほか。復位を伴わない顎関節円板前方転移例の自然経過。日顎誌。1995; 7 (1): 1-9.
- 3) 木野孔司。顎関節症の増悪因子としての歯牙接触癖。日歯医師会誌。2008; 60 (11): 6-14.
- 4) 中村嘉男。咀嚼する脳。医歯薬出版。2005.
- 5) Rugh JD, Drago CJ. Vertical dimension: A study of clinical rest position and jaw muscle activity. J Prosthet Dent. 1981; 45: 670-675.
- 6) Graf H. Bruxism. Dent Clin North Am. 1969; 13: 659-665.
- 7) 木原 充。歯の垂直的位置の安定に関与する因子の研究。九州歯会誌。1975; 28 (5): 511-528.
- 8) 木野孔司。TCHは正咬合療法のためのTCHの基本。歯界展望。2016; 128 (5): 847-851.
- 9) 原野広太郎。自己弛緩法。講談社。1987.
- 10) 奥野茂代, 原野広太郎。不随意化した筋反応のモデリングによる筋緊張・弛緩訓練の効果: 外顕行動・筋電図にみられる効果。行動療法研究。1993; 19 (2): 89-97.
- 11) 山形圭一郎ほか。顎関節症患者に対するカウンセリング療法の治療成績と遠隔成績。日顎誌。1994; 6 (1): 1-12.