

東北大学歯学部

2025. 1. 30.

8:50 - 10:20

顎関節症の現在

～ 歯 と 全身 ～

学部 3 年生への講義 復習ファイル

東北大学 口腔システム

永田和弘

1. 歯と全身

「顎関節症」を聞いたことがありますか。

一本の歯が全身を狂わせてしまう。なんとも恐ろしい話です。咬合が全身を支配する。

日本では、1980 年代にこれが非常に大きな問題となりました。かれこれ、この嵐は 2, 30 年は続きました。その結果はというと、大山鳴動して解決の鼠一匹も出なかった。咬合修正に手を出した歯科医師が多くの患者をよりひどい状態にさせてしまった。これを受けて学会では咬合に手を出すことの危険性を訴え「咬合修正による身体症状の治療には科学的根拠がない」と宣言したのです。

しかし、現実の世界では咬合に起因する身体症状に苦しむ人たちが非常にたくさんいらっしゃいます。この現実をどう見るか。

とにかく、諸君は歯科医師となって世の中に飛び出したその日から、この現実の中に身を置くことになる。その時に、この現実をどう見るか。

顎関節症は、本当に難問中の。難問です。とても学部一年生が学ぶようなレベルではないとされており。ではこの未解決の難問を。どのように学んでいけばよいのでしょうか。

学ぶ方法

数学学習方式

易から難へ

確実に習得できるが、同じ嵌凹に嵌りこむ。

言語習得方式

いきなり現実へ

困難は見かけだけ。個人の発想が生きる。

数学学習方式のように順序をふんで着実に学習をして行く。教えられた順序に従って、忠実になぞるように観察し、確認しながら納得して、進んでゆく。この方法では失敗はない。

しかし、過ちがあったとしても、教える方も学ぶ方もその過ちに気がつくことができない。

この方式では確実に理解に到達できるけれども、皆が同じ陥凹にはまり込む欠点がある。

咬合器がどうして発展が 100 年も遅れたのか。発展が遅れるような学び方・教えられ方をしてきたから皆、同じ陥凹に落ちて発展ができなかった。

言語習得方式。これはいきなり、現実の中に、放り込んで習得させる方式です。赤ちゃんが、もう二歳になったら自己表現ができるようになる。

難しそうだけれども。それは、みかけだけ。顎関節症を、現実の中から捉えていく。何が基本か、どのような要素がどのような要素とどのように関連しあっているかを自分で考えねばならない。

これを数学方式で行えば、教えられたようにしか見えないし、教えられたようにしか考えない。

だから、自分だけでは何も見えないし、何も考えられない。もう一度、見たものを見たものとし、それを元にもう一度、考え直してみよう。歯と全身は密接に繋がっていることが見えてくる。

何をどのように見て、それをどう考えたかは各個人により大きく異なるだろう。この方式では、個人の発想が豊かとなる。

次のような状況を聞いたことがありますか？

片頭痛 と 耳漏 で困っている。

生理不順 が、なかなか治らない。

それ、咬み合わせからじゃないですか？

実はこれ、私の家内の話なのです。

片頭痛で毎日憂鬱な日々を送っていました。

なによりも苦痛なのは耳からの液体の流出です。

ティッシュで耳栓をして寝るのですが、ティッシュも枕もベトベトになる。耳鼻科医の診断は真珠腫だった。手術が必要であり覚悟も決めた。

そのとき、真珠腫の手術をした男性が私の歯科医院に来院してこられた。なんと、オペにより鼓索神経が損傷を受けて顔半分が顔面麻痺で垂れ下がり、眼を閉じることすら唇を閉じることもしない。

これには驚いた。

万に一つの偶発例と言うが、Ope は急遽中止とした。もしやと思い、普段から気になっていた咬合の違和感を除去したら耳漏も片頭痛もなくなった。

家内が 40 代後半の時期でした。生理が止まらないと言う。産婦人科を訪れたが、原因は分からなかった。様子を見てみようということになったが半年経っても事態は変わらなかった。

産婦人科医からは「出産の予定がないのであれば、子宮摘出はどうか。」の提案を受けた。状況的にはそれを受けるしか仕方がないように感じられたある日、歯が痛いということで過高部を削合したところ、半年も続いた生理がその日の内に止まってしまった。偶然なのかも知れないが、個人的には生理不順や不妊症、下腹部の冷え症と咬合とは関係があるように思っている。

上記の 2 体験には科学的根拠はない。全くの偶然だったかもしれない。しかし、私の身体を見る眼はがらりと変わった。

口腔と全身とは関連している。

そのような眼で見ると、いままで気が付かなかった現象や論文に注意が向くようになってきた。

歯と全身の関連は紀元前 5 世紀のヒポクラテスがすでに指摘をしている。

前回学習した次の図を覚えているでしょう。

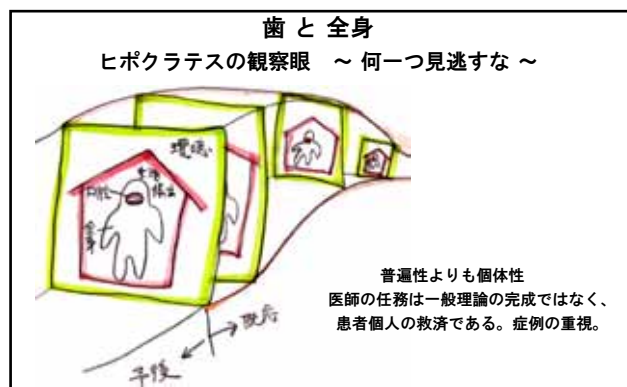


図 1 ヒポクラテスの医療的観察

ヒポクラテスと顎関節症

- i) 鼻からの膿とこめかみの疼痛は上顎第一小臼歯が原因。
(『流行病』第 4 巻 第 19 節)
- ii) 首や顔の傾斜は歯列不正からであり、頭痛と耳漏がある。
(『流行病』第 6 巻 第 1 章 第 2 節)
- iii) 長い生理不順の女性には、頭や腰や下腹部の疼痛・歯の違和感・目のかすみ・耳鳴りがあるかを尋ねること。
(『予言』第 2 巻 第 27 節)

これらは現代医学からは驚くような記述です。「病気は局所に局在する」という現代医学の原点であるビシャ (1771 - 1802) の観点からでは得られない観察です。「時代の眼」により現代人は知らぬ間に盲目となっている。顎関節症は難しいのではなく、時代の眼により気が付くことができなくなっているのです。

「現実を細分化して見る眼」ではなく、「いきなり現実の中に放り込まれて見る眼」の方式が勧められる所以です。

2. 口腔と全身の病因論

口腔と全身の病因論に二つの病因論があります。一つは病巣感染説。もう一つは顎関節症です。これらは共に否定されてしまいましたが、近年、一部の間で再び注目されてきました。

1) 病巣感染説

歯周病や根尖病巣の細菌が遠隔の臓器や組織に 2 次感染を引き起こすという Oral Sepsis 説は W.Hunter によって提出されました。(1911)

彼は「アメリカの歯科医師は不潔な冠やブリッジを製作して、全身的に病態を作る罪人だ」と激しく糾弾したのです。それに追い討ちをかけたのが F. Billings の『Focal Infection (中心感染、病巣感染)』の出版でした (1916)。68 枚の病理・顕微鏡写真と 57 参考文献を元にイメージではなく実際に動物実験を通して口腔細菌が遠隔領域に 2 次感染が生じることを示しました。図 2 (上記 P60-61)

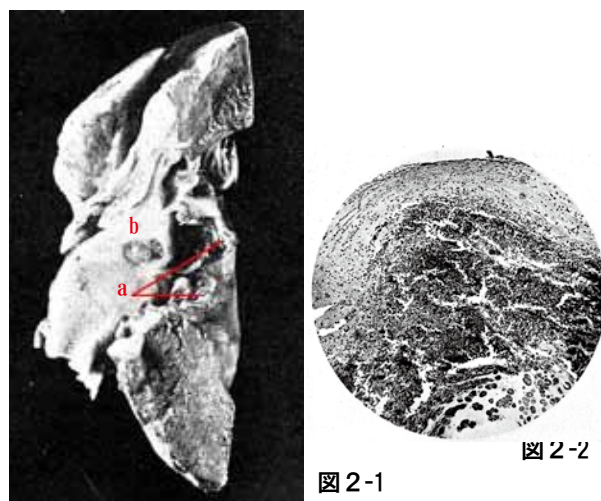


図 2-1 大動脈弁の疣 vegetation(a) と潰瘍 (b)

慢性心内膜炎患者から St. Coccus Viridans を犬に注射して発生した大動脈弁の潰瘍と疣 (融合した血小板、フィブリノゲン、細菌などから構成された凝塊)

図 2-2 僧帽弁にできた疣の断面図

暗部は Streptococci の凝塊

心臓病など重篤な病気になるとの恐れから、歯が抜かれていきました。イギリスでは40代以上の二人に一人は無歯顎という有様でした。

歯科医の信頼と歯科学の発展のためにアメリカ歯科医師会は1951年に歯科医師会雑誌JADAの6月号全頁を病巣感染説の否定と終結宣言をしたのです。

1951年頃の日本は終戦直後の状態が生々しく残っており、最先端の米国歯学を吸収するのが精一杯で病巣感染説の終結宣言からは程遠く、日本では病巣感染説は長く続きました。

私の記憶では、2次感染の部位としては脳と心臓以外に腎臓や関節など血流のあるところが全てが病巣感染の可能性があり、学童を脅して歯を磨かせたものです。やがて、病巣感染説は時代遅れの学説として強く叫ばれなくなっていきました。

しかし2000年頃から、細菌のDNA分析の発展などで再び病巣感染説に関心が集まりはじめました。血液の流れに関係なく、誤嚥性肺炎や歯科用金属アレルギーなど口腔内には全身に影響する要素が多くあります。これに加えて「顎関節症」を考えると「口腔と身体」の関係はもっと広いものになるでしょう。図3

医師に「咬合に精通せよ」と言っても限界があります。しかし、歯科医師は医学全般に精通する必要があります。重要なことは医師・歯科医師共に「歯と全身」を考察する視野の広さを持つことです。

2) 顎関節症

今日に至る顎関節症の概略史を見ておこう。

1920: MONSON, 低位咬合は難聴をきたす”。

1920: WRIGHT, 異常顎位による難聴

1932: Goodfriend, 顎頭偏位が難聴のみならず耳鳴り、めまいを招来する。

1943: Costen, 『顎関節異常に由来する諸症状』を発表。顎頭による耳介側頭神経圧迫説。

— Costen への賛否両論が飛び交う —

1948: SICHER, 解剖学的に Costen を批判。

1955: SCHWARTZ, 疼痛の原因は顎関節ではなく心理的・筋緊張による。

(以降、原因論で心理学派と咬合学派に2分化する)

1969: LUSKIN は咬合よりも心理的側面を重視

1992: RDC/TMD (咬合と心理の2軸考察)

2010: Thomas List RDC-TMD (多軸考察)

(考察軸を増やして、より正確になるのだろうか)

3) 日本への顎関節症情報の伝播

日本には1956年に東京医科歯科大学口腔外科の上野正がデンマーク コペンハーゲンの口腔外科医 Forged(フォエ)の「Temporomandibular Arthrosis」を「顎関節症」と翻訳紹介したのが最初でした。日本には補綴方面からではなく、口腔外科の疾患として導入されたのです。

顎関節症史からみれば、かなり遅れて入ってきたことになります。しかし、それが日本の実情でした。

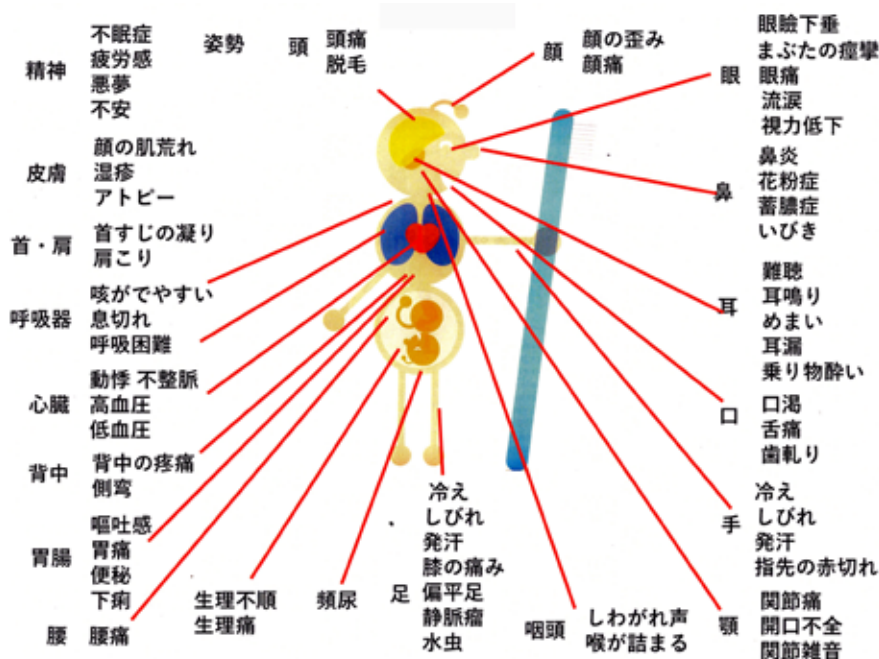
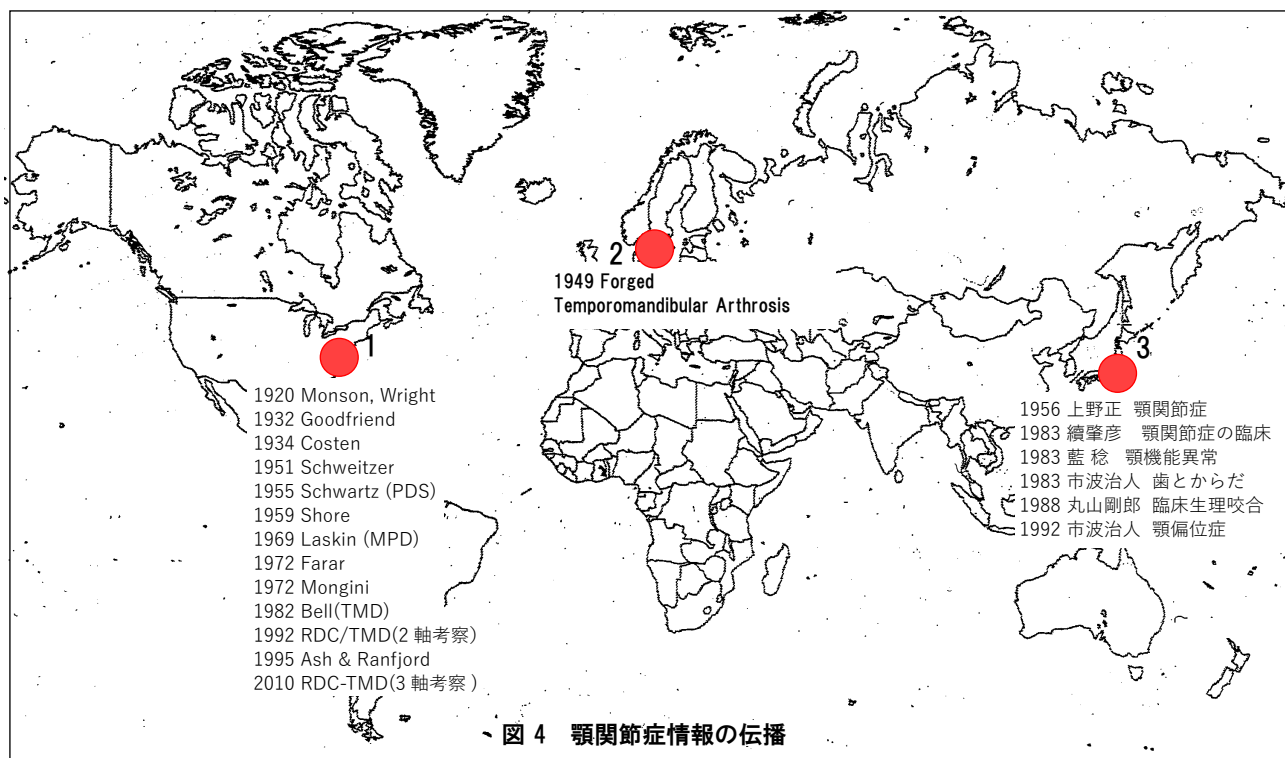


図3 顎関節症と関係した身体各部

上図は丸山剛郎『かみ合わせと健康』を元に筆者の体験を加えたものです。W. Harveyは「全ての病気を咬合で治せるといっているようだ。」と笑った(1948)。丸山が指摘するように、これらの症状を「咬み合わせ」で治せるというのではなく「咬み合わせ」を正したら上記症状が現実に消失したということです。



太平洋戦争直後の日本は戦前の米国の歯科学を知らない。1910 代の Gysi, 1920 代の Hanau, 1930 代の McCollum, 1940 代の Swenson, 1950 代の Stuart, 1960 代の Posselt, 1970 代の Guichet が同一テーブル上で論議・実践された。筆者は大阪大学歯学部を 1969 年の卒業であるが、学生時代の補綴学の実習には Gysi Simplex(1914) を使用し、若手の教員の先生方は Hanau 咬合器(1920)の実習指導を受けていました。

日本は戦後になって 50 年遅れで現代補綴学に出発したのです。顎関節症は更に遅れて、1956 年に上野正によって日本に輸入されました。しかし、顎関節症の発祥地である米国からの直接ではなくデンマークの Forged の顎関節症を紹介したのです。

Forged の「顎関節症」は米国のものとは少し異なっていました。「私の臨床例では、米国で論議されている難聴を有する患者は少なかった」これは Forged の正直な臨床実感だったであろう。

上野はその Forged をさらに再解釈して日本に「顎関節症」を紹介したことになる。そこには Forged にはない「顎関節症」の定義があった。

「顎関節症とは下顎運動時の顎関節部の疼痛、雑音発生、開口障碍等を伴う慢性疾患の臨床診断名」とある。やがてこの初期の定義の等を排して、厳密な定義に変化していった。

そのため、日本では上野の 3 症状がないものは顎関節症ではないのかという論議が何十年と続いた。Forged が「自分の臨床例(138 症例)では、疼痛のない症例は 25% あった」と報告していたにも関わらずである。

日本の「顎関節症」は日本のみに通用する定義となった。だから、1960~1980 年代に米国から太平洋回りで直接「顎関節症」の情報が入ってきた時には違和感を感じた。

しかし、発信母体の米国においても「顎関節症」の概念は Schwartz1955 以降目まぐるしく変化していた。

米国では分析重視、日本では臨床重視の傾向がみられる。言い換えれば、米国はビシャ傾向、日本はヒポクラテス傾向と言えよう。これでよい。

Forged の 臨床所見

CLINICAL PICTURE

Symptoms

The symptoms, and the number of cases in which they were noted as being present or absent, were as follows:

Symptoms	Present	Absent
Pain	113	25
Reduction of mobility	87	49
Locked articulation	29	106
Difficulty in mastication	115	22
Cracking, grinding, &c.	113	26

As a rule the patient first notes an oft repeated, but otherwise asymptomatic, cracking in the temporomandibular joint; sooner or later this is followed by pain on movement at the joint, especially on mastication. Gradually the pain becomes worse and is accompanied by reduction of mobility, which at first is usually insignificant, though worse in the morning, when it is difficult to move the joint. Later, the maximal opening of the mouth is reduced, and it becomes increasingly difficult to separate the teeth, with the result that finally the patient can hardly take any solid food, and he tends to become weak and emaciated.

Remote symptoms, which are emphasised especially in the American dental journals, have not been prominent in my material.

3. 私と顎関節症

世間で否定されている顎関節症に私が真剣に取り組んでいるのは次の臨床経験があったからです。

それは30代の女性を診た時からです。その女性は神経質そうで髪の毛もバラバラで、お風呂には1週間以上は入浴しておらず、服も薄汚れていました。五歳位の子供を連れていましたが、お風呂に入っていないのでしょう赤黒く汚れていました。母親の周りを動き回っている。その母親は顔を叩いて「痛い痛い」と言ってる。医院や歯科医院を回ったけれども、どこでも原因が分からないということで、私のところに回ってきたのです。

主訴は顔面の痛みと右上5の疼痛でした。

顔面痛は図7で言うところの緑と青の部分でした。

右上5が痛いということですが、その5はブリッジのポンティックで歯根がない。支台歯の4と6は打診には反応がありませんでした。他の医院と同様に診療の断念しかありませんでした。

再度診てみたら、ポンティックの5に妙にピカッと光る1点がある。強く咬合しているのでしょう。

とりあえず治療の体裁を作るために、その輝点を少し削合してみました。

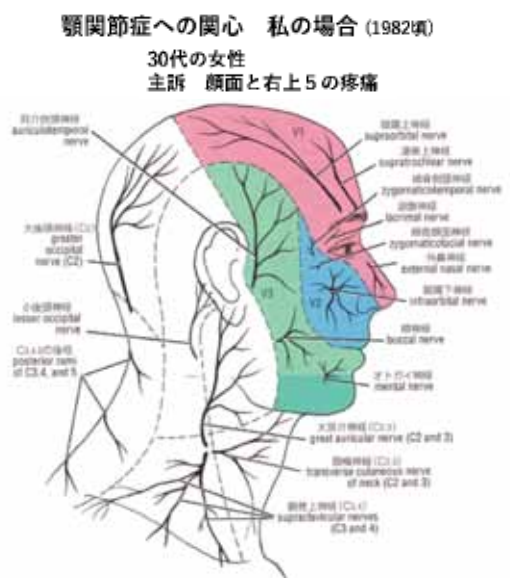


図5 私が経験した顎関節症



図6 主訴の右上5

「どうぞ、うがいをしてください」

「あ、取れた」

「何が」

「痛みが取れた」

約1万人の患者を診てきましたが、このような症例は後にも先にもこの一症例だけでした。

しかし、この一症例が私の診療を変え、私の家内を救ったのです。

4. 変化する咬合 とそれが引き起こす症状

顎関節症史で大きな足跡を残した Schwartz は次の文章を残しています。『顎関節異常』P51, 1959.

ある朝、咽頭部の痛みで眼を覚ました。右の小白歯部に咬合障害があり、顎を閉じると下顎は右小白歯に当たってから左にずれた。原因はブリッジにあるのかと思ったが、それらは何年も支障なく機能を果たしてきた。では、どうしてこの咬合干渉が生じたのか。私は左の内側翼突筋を触ってみたところ、それが痛いことに気が付いた。開口運動中に下顎が左に偏向することにも気が付いた。睡眠中の咬みしめが左の内側翼突筋の痙攣 (spasm) を引き起こし、顎位を右に偏向させていたのである。筋 spasms を治療したら翌朝には咬合干渉は治っていた。中心咬合は一定不変のものではなく、筋の状態で変化することを知った。顎位と顎運動を安定させることに自信を得た。”

Schwartz は何年も正常に機能してきた咬合がある日突然、筋 spasm を起こして咬合に異常を来す体験をします。Schwartz は「顎関節異常の最初の原因は顎頭の位置異常ではなく、位置異常を引き起こす筋 spasm にある」と結論します。

では、どうして筋 spasm が生じたか。本人も気付かぬ程度の筋の緊張が長年続いた結果ではなかったか。ではその筋の緊張は何によって引き起こされたのか。Schwartz はこの点については何も語っていない。ただ「筋 spasms を治療したら翌朝には咬合干渉は治っていた」と述べるだけです。他の章で「咬合干渉が筋 spasm を生じるが、又筋 spasm が咬合干渉を生じる」とも述べています。

はたして、Schwartz の貴重な体験の病態像はどのようなものであったのでしょうか。

Schwartz の記述に二つの特徴が見られます。

① 左側内側翼突筋の spasm.

② 閉口では右小白歯に当たってから左にずれた。

つまり、①より Schwartz は顎の右偏位を生じ、そのために②の右小白歯の早期接触を生じたことが分ります。

「筋 spasms を治療したら翌朝には咬合干渉は直った」のですから「関節窩・円板・顆頭・咬合」は正常に戻ったのでしょうか。しかし、Schwartz の発症前の「関節窩・円板・顆頭・咬合」の状態は“完全な正常”状態ではなく、一見正常に見えるが実は顎関節症予備軍とでも言える状態ではなかったか。

これは興味あることを示唆しています。顎関節には一見したところ異常は無いが、ある日突然、筋 spasms の疼痛と咬合異常で苦しむ顎関節症の患者がいることを示しています。これは非常に重要なことで、私の家内も顎関節には全く異常を感じませんでしたが“立派な顎関節症”の患者でした。このような患者さんは非常に多いのです。

これらの患者を救うのは歯科医師しかいない。その歯科医師が「咬合と全身？まだそんなことを言っているのか。時代遅れもはなはだしい」と言っています。

顎関節症の学説は顎関節の器質的な原因に向けられていますが、器質障害に至るまでの顎関節症予備軍で身体症状を有する人は多く、その人たちの身体症状は決して軽くはない。しかし、顎関節症予備軍であることの診断は難しい。

Schwartz が体験した前方の小白歯の早期接触ではなく、後方の大臼歯の早期接触の例を見てみよう。

4. 顎関節症の原因

ここで皆さんに模擬臨床をしていただきます。

訴えられないための「模擬臨床」

患者が来院してきた。

「右奥 7 が当たって歯も頭も痛い。歯を削って欲しい」

確かに、言う通り、7 が当たっている。

少しだけ削合してみた。

「いくらか良くなった感じがするが、まだ当たる。」

もう少し削って欲しい。」

さらに少し削合した。

「まだ当たる。もう少し削って欲しい。」

これが 2,3 度続いた。

「今度は 6 部も当たりだした。6 部も削って欲しい」

いくら何でも、これはおかしいと感じて

「これ以上は削れない」とお断りした。

1 週間後、患者から電話があった。

「あれ以来、寝たきりになっている。」

下手に咬み合わせを触られた。弁償せよ。」

何が起きていると考えられますか。

ドクターはどのように対応すべきだったのでしょうか。

7 が痛いのは 7 だけが伸びて、そのために 7 のみが当たって痛かったのでしょうか。それとも ...。

1) 円板の転移（ここでは前方転移を扱う）

顎関節は関節窩と顆頭の間には円盤があり、円盤を挟んで顆頭は関節窩に収まっています。図 7

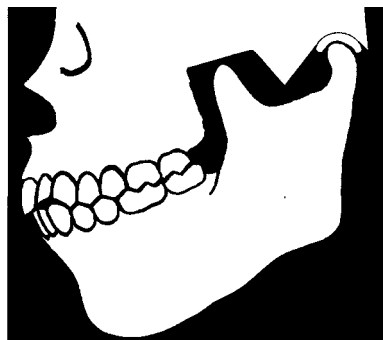


図 7 関節窩・円板・顆頭

円盤が潰れて顆頭の前方に押し出され、顆頭は円盤の厚みの分だけ関節窩に圧入します。図 8

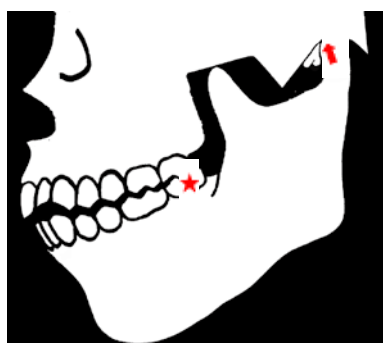


図 8 顆頭が円板の後方に転移

7 のみの接触と疼痛の原因は顆頭の圧入にある。原因が関節にあるのだから、削った分だけいくらでも顆頭は沈んでいく。完全に 7 を削りきってしまうと、今度は 6 が当たり始める。図 9

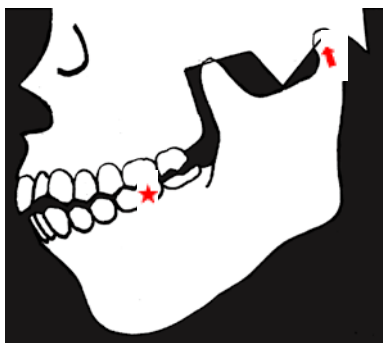


図 9 今度は 6 が当たり出す

では、どうすれば良かったのか。

顎関節と咬合の現状を再構成するしかない。

2) 咬合と関節の再構築

「顎関節症の治療法は顎関節と咬合を現状から正常に再構成することにある。」 Goodfriend 1932

「咬合の再構成による Mouth Rehabilitation は新しい学問である」 Jerom M. Schweitzer 1951

二人の名前と偉業は完全に忘れ去られているがもう一度、再評価されねばならない。

顎頭を関節窩から引き離すと咬合面間にも空隙ができます。そこへプラスチックを介在させて、これ以上顎頭が突っ込まないようにすることが考えられるが、分厚いスプリントは現実的ではない。

1. 分厚いスプリントは患者さんが耐えられない
2. レジンの重合変形で歯列に適合しない
3. 咬合挙上で、逆に顎頭が関節窩に圧入することがある。

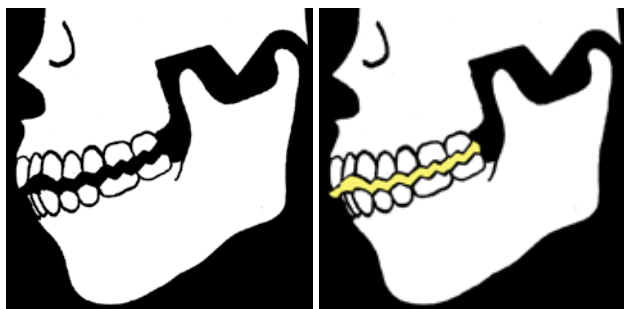


図 10 分厚いスプリントは生体が拒否する

筆者は 0.5mm プラスチックシートを熱可塑性真空バキュームによるスプリントを多用した。

スプリントは上顎に用いて、歯頸部までを覆うコンパクトな形態が多かった。図 11



c. 薄樹脂でシールされた模型 d. 歯冠被覆型のスプリント

図 11 熱可塑性真空吸引機でスプリントを製作

スプリントは全歯列が均一の厚みであるために、装着時は関節に一番近い最後臼歯のみがつかえて、前方の部位は空隙になる。図 12



図 12 均一の薄いスプリント (0.5mm)
装着時は最後臼歯のみが咬合し、前歯部が空く。

しかし、ものの十分もすると前の方が触るようになってくる。関節の方が変化するためである。これを一晩装着すると翌朝には前歯部も咬合している。つまり、スプリントの厚みの分だけ関節腔が拡大したことになる。図 13



図 13 翌朝には全歯列が咬合している。

軽症の場合は、症状が治ることもある。

最初の装着時は、咬合痛がある 7 のみが咬合している状態ですが、スプリントで全歯列が繋がっているので、応力が分散されて 7 の咬合痛は大きく減少する。

患者から強引に 7 を削って欲しいと言われたときはこのような説明をして理解をしてもらうしかない。だから歯が痛いとか頭痛とか咬み合わせとか原因が分らない時にはよくスプリントを作りました。

スプリントを入れた当初は一番奥だけが当たるために違和感があります。しかし、その反応は人様々です。装着した時に「スッとした。先生ホッとしました。あ、息ができる。この部屋こんなに明るかったのですね。すごく明るい。」

スプリントを入れてすぐに反応が出る人と反応が出ない人まで様々です。術者としては、反応を期待しますが、基本的には辛抱強く様子をみなくてははいけません。スプリント効果のあり方や、患者の喜び・不満も様々です。その対応は重要で、後ほどお話しすることにしましょう。

本稿の 0.5mm 薄プラスチック板による術式は関節窩に圧入した顎頭を現状から開放するもので、筋 spasm をはじめ、顎頭と円板の位置関係如何に関わらず安全で有効な方法です。先の Schwartz の症例は内側翼突筋 spasm により左側顎頭が内下前方に引き寄せられた症例(擬似右側運動)です。円板転移にしても前後・内外と様々です。顎関節症の大半を占める円板の前方転移の症例は顎関節症理解の基本ですし、また私が主に治療してきた分野です。これについて説明します。

では、どのようにして円盤が脱落したことを見出すことができるのでしょうか。皮膚に覆われた関節の中のことですから円盤そのものを私たちは見ることはできません。円盤がどのような状態になっているかをどうやって知ることができるか。これをみなさんに紹介したいと思います。

5. 顎関節の構造

顎関節は強靱な関節包に包まれています。顆頭が限界を超えて後方に行かないように外側靱帯が支えています。前方からは外側翼突筋が入っています。(2頭あり)

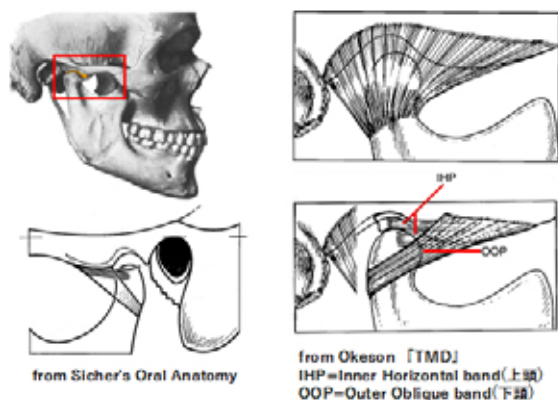


図 14 顎関節の解剖

IHP の上部は円盤に付く外側翼突筋の上頭、
下部は外側翼突筋の顆頭に付く下頭。
OCP は外側靱帯

1) 円板の構造と運動



図 15 円板の構造

円板の後方肥厚部は疎な結合組織、中央狭窄部は密な結合組織、前方肥厚部は疎な結合組織です。

ちょうど「頬被り」の様に円板が顆頭に被っており、顆頭の頸部にある回転中心を中心に円板が顆頭の前後にスライドするような構造です。

円板の「頬被り」で言えば頬の部分は強靱で、円板の回転に重要な役割をしています。特に名称はなく、私は側帯と呼んでいます(緑の部分)

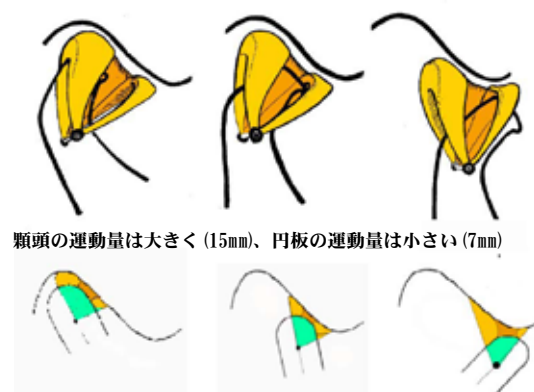


図 16 顆頭と円板の運動

顆頭が関節窩に収まっているときは左端のような状態になっており、顆頭の頭頂は円板の後端ぎりぎりの所にあります。顆頭が前方に運動したときは円板も一緒に進んでいきますが、顆頭は円板の下をスライドしながら運動します。あるところまで顆頭が前方に進んだときに、それまでお付き合いをしてきた円板はそれ以上は顆頭と共に前に進めなくなります。それは、顆頭は円板の回転中心点を中心として顆頭のみが前方に進みますが、回転中心点そのものが前方に進まないために円板は前方に進めないまま、顆頭だけが前進して、大きく開口することになるのです。

2) 開口時の顎の遊走

開口時、普通は下顎の切歯点が直線的にまっすぐ開いて開口し、また閉じる時にはまっすぐ元の位置に戻ります。図 17

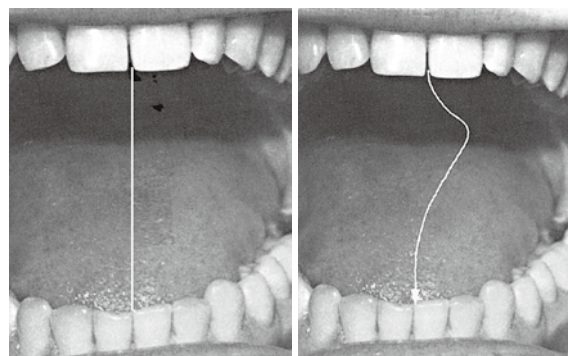


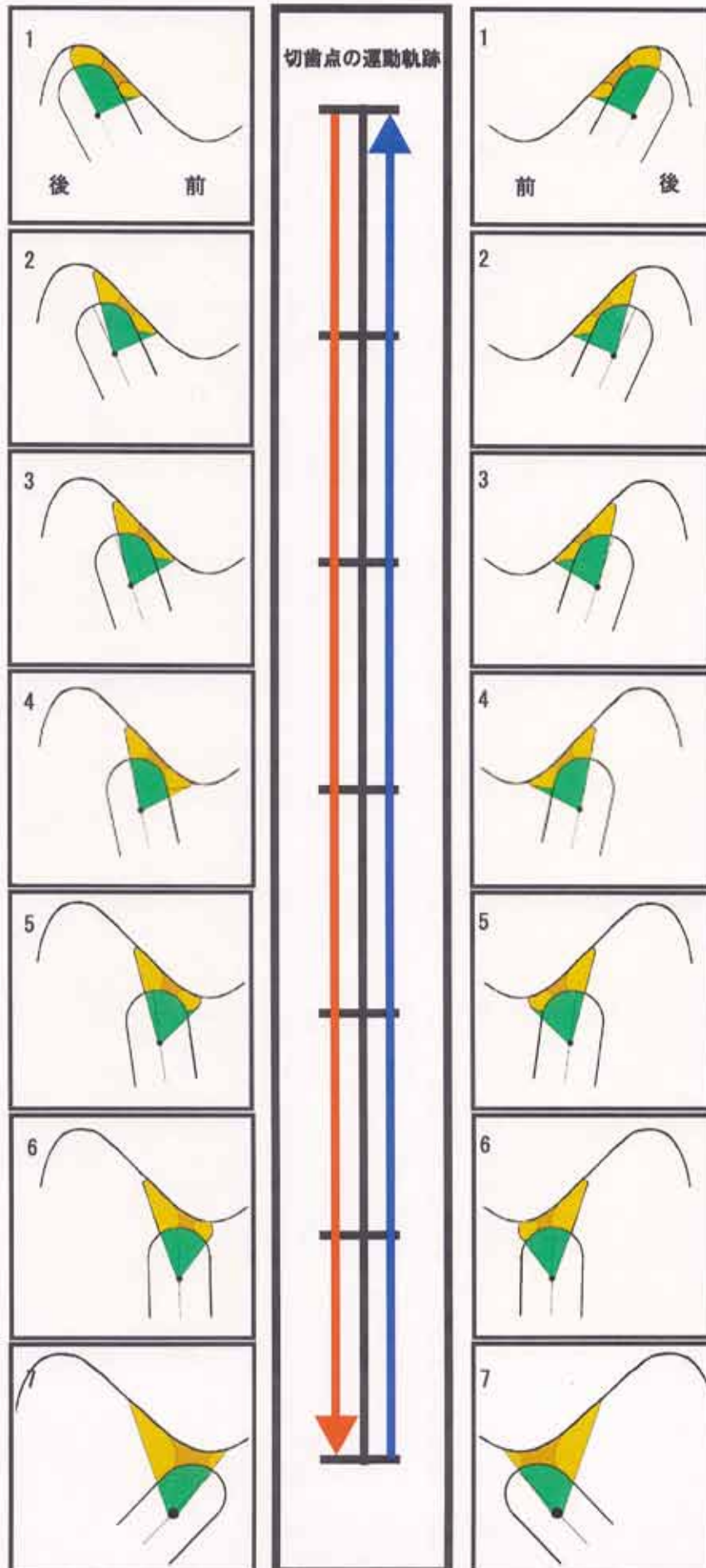
図 17 正常な開閉運動の軌跡 図 18 開口時の遊走軌跡

図 18 は非常に大きく左に遊走しています。これは一体、何が起きているのでしょうか。直接に円板を見ることはできませんが、切歯点の運動軌跡は見るすることができます。

切歯点軌跡がブレないで運動するとき(図 17)は、左右の顆頭が同じ前進運動をしています。図 18 の様に左にブレるときは右顆頭のみが前進し、左顆頭が止まっていることを意味します。

図 19 - 22 で説明しましょう。

円板の正常な運動



1. 中心位での顆頭位

Ree は顆頭が円板(黄・橙)の中央ではなく後部肥厚部に乗っている図を示した。1954

前方は外側翼突筋に繋がっており、円板が前方転移しやすい構造である。

2. 運動開始時の顆頭位

運動が開始されると、円板・側帯(緑)・起始部(黒)は顆頭に引きずられて運動し、顆頭は中央狭窄部に納まる。

3. 運動の進展

顆頭は円板の前後の肥厚部に挟まれ、内外的には側帯で固定されて、顆頭と円板の位置関係は安定したものとなっている。

4. 円板の位置規定

顆頭頂を覆う円板は丸い形をしているためにその名がある。内外的に円板を規定しているのは側帯(緑)である。

5. 側帯の回転

側帯の起始部(黒)は顆頭の直下にあり、起始部を回転中心軸として、円板は前後に回転できるようになっている。

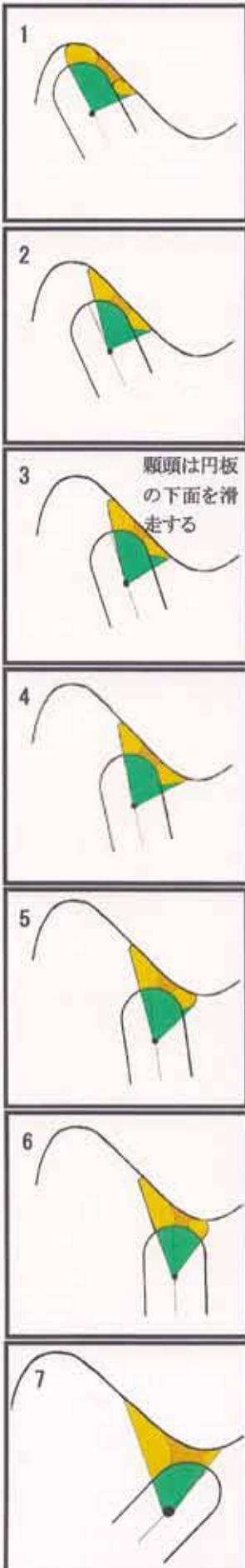
6. 側帯の回転限界

下顎の開口が最大限に近づくと、側帯の運動も下方に引っ張ることができないために円板の運動も限界となる。

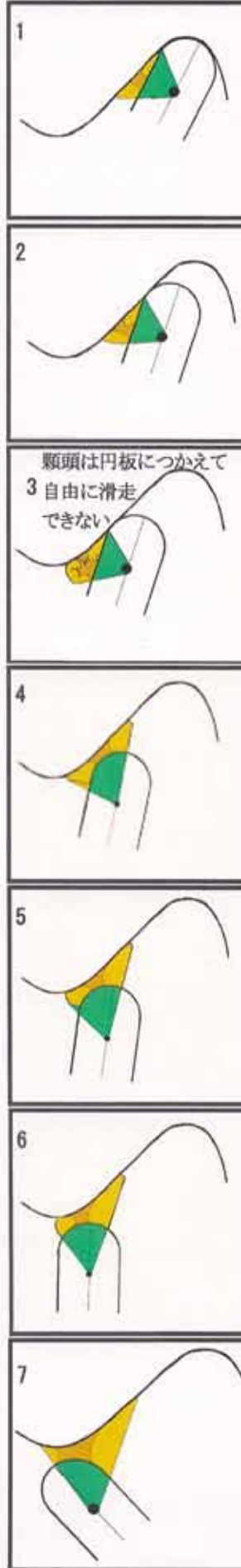
7. 開口限界の顆頭位

最大限の開口状態では、側帯の運動限界を超えて、顆頭は前進し、中央狭窄部を超えて前方肥厚部の上に乗る。

右側：円板の位置は正常



左側：円板の前方転移

**1. 中心位での顆頭位**

正常では関節窩と顆頭との間には間接円板が介在する。顎関節症で円板が前方転移して、関節窩に顆頭が直接接触している場合がある。

2. 運動開始時の顆頭位

運動が開始されると、円板・側帯(緑)・起始部(黒)は顆頭に引きずられて運動し、円板は前方転移したままである。

3. 運動の進展

顆頭はそのまま前進するが、円板は側帯の規制もあり、自由に前進できず、前後的に圧縮されて団子状態になっている。

4. 円板へ乗り上げ

側帯が円板の前方転移を規制する応力と顆頭の前進応力とが重なり、円板は顆頭に乗り上げる。クリック音(大)。

5. 側帯の回転

いったん顆頭に乗り上げた円板は、それまでの前方転移が無かったのごとくに、正常な状態で前進を続ける。

6. 側帯の回転限界

下顎の開口が最大限に近づくと、側帯(緑)の運動も下方に引っ張ることができないために円板の運動も限界となる。

7. 開口限界の顆頭位

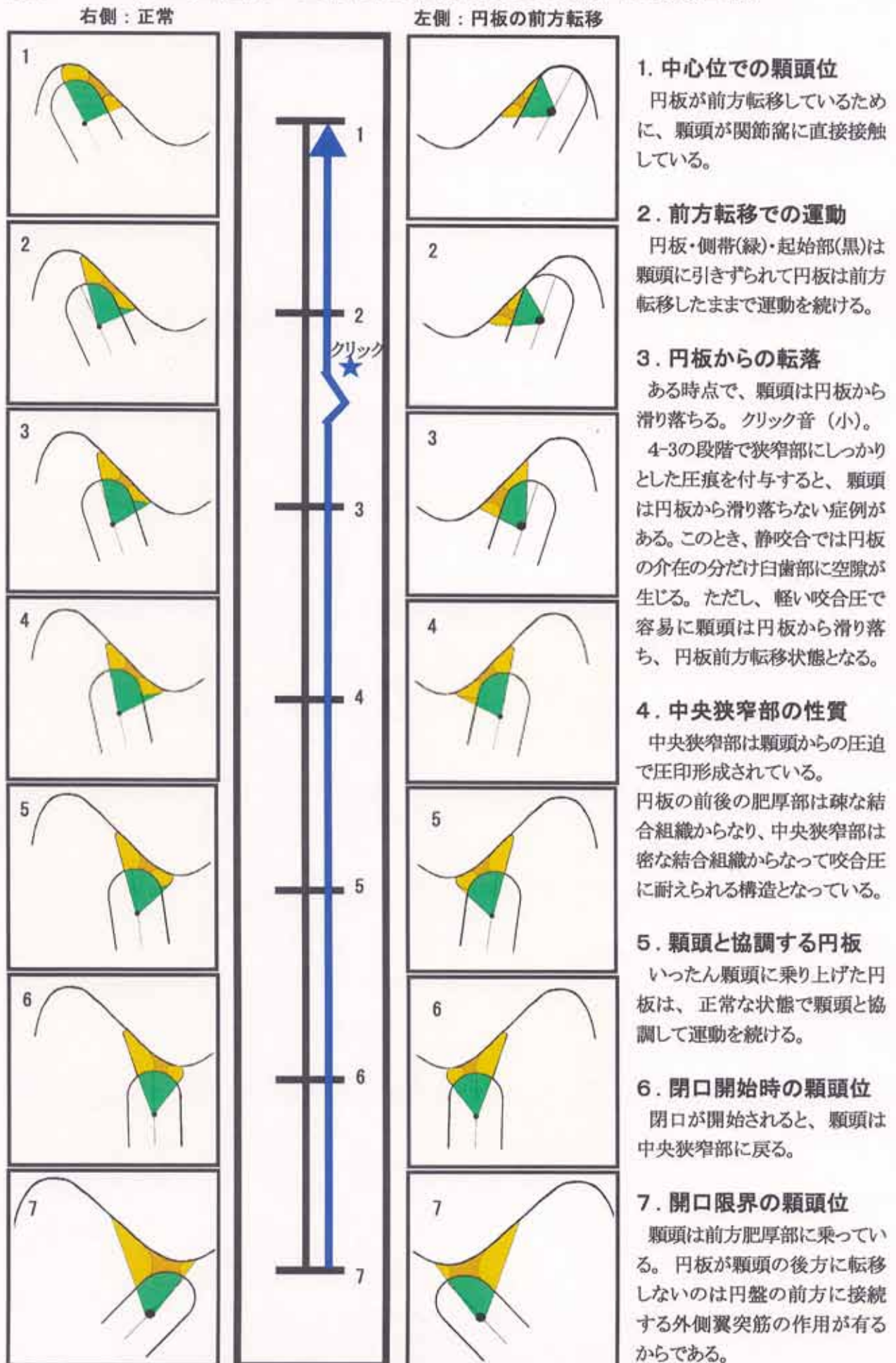
最大限の開口状態では、側帯の運動限界を超えて、顆頭は前進し、中央狭窄部を超えて前方肥厚部の上に乗る。

(注：円板の側方部(緑)は学術上は名称がないが、円板の回転や運動制限に重要な役割を有する。ここでは側帯とい名称を与えた。)

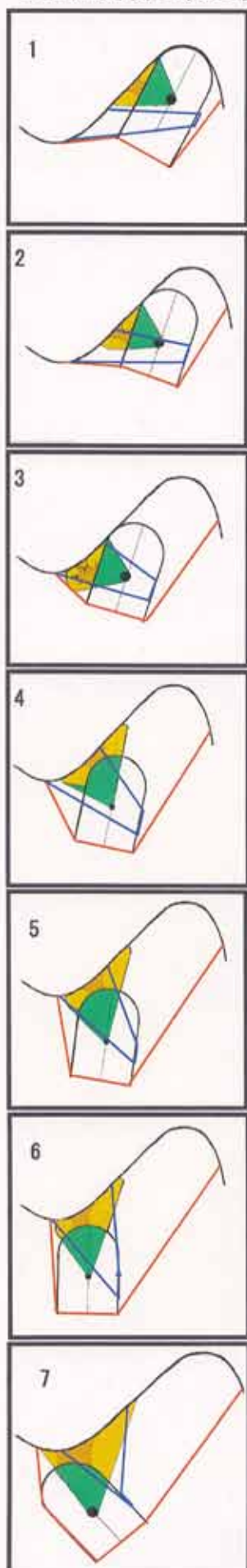
図21

閉口時の運動

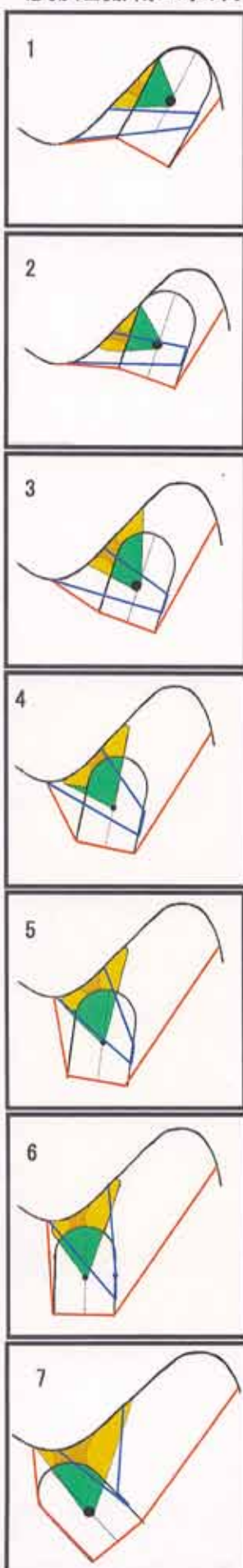
左側円板の前方転移がある場合（右側は正常）



患側(左側)開口時の円板の運動



患側(左側)閉口時の円板の運動



1. 中心位での顆頭位

外側靱帯(青)は伸張限界にあり、これ以上の顆頭後退はできない(耳管の保護)。

2. 前方転移での運動

開口時には円板は顆頭に引きずられて前方転移したままで運動を続ける。閉口時には円板は顆頭から滑り落ち、顆頭は関節窩に直接接触する。クリック音(小)。

3. 円板の運動制限

開口時には円板は関節包により運動制限を受けて団子状態になる。閉口時には圧痕路に沿って顆頭は円板から滑り落ちる。

4. 円板の安定状態

開口・閉口いずれにおいても、円板は関節包の中で余裕がある安定状態である。

5. 顆頭と協調する円板

円板は正常な状態で顆頭と協調して運動を続ける。

6. 閉口開始時の顆頭位

開口・閉口時共に、顆頭は関節包・外側靱帯の拘束を受ける。

7. 開口限界の顆頭位

顆頭は前方肥厚部に乗っている。円板が顆頭の後方に転移しないのは円板の前方に接触する外側翼突筋の作用が有るからであり、一方で、円板が顆頭の前方に転移しないのは関節包による運動規制が有るからである。

円盤が穿孔してしまい顎頭が関節窩に直接触れる場合や円板が関節窩に癒着してしまっている場合は関節雑音の音質や発生場所が異なるようですが、筆者の症例では気が付かなかった。

6. 咬合と身体に関する診査

どうして円板が顎頭から転落するのか。転落したから顎関節症になるのではない。転落しそうな状態でも十分顎関節症になる。まだ転落はしておらず、顎関節症の気配もないが、いつ顎関節症が発症するかも知れぬ顎関節症予備軍は多いだろう。

身体症状が発症しても関節症状や咬合痛が無ければ顎関節症であることの診断は極めて難しい。ここにおいて、顕著な自覚・他覚症状が無くとも、円板が転落しそうな状態であるかどうかの検査・診断は顎関節症の予防としては重要である。円板は勝手気ままに顎頭から転落するのではない。円板が顎頭から転落するには転落する原因がある。その主な原因は普段の咀嚼習慣にある。しかし、これが分らないという人は多い。右と左のどちらでご飯を食べているか、どこで食べているかが分らない。

1) 咀嚼習慣(咬合)と首の廻旋

上下の歯を軽く咬み合わせて、そのまま左右にスライドさせてみる。右も左も同じ感じでスライドできたか、どうか。次いで、肩は動かさずに、首だけを左右に廻旋させてみる。咬み合わせのスライドが左にスムーズにスライドできた人の場合は、首も左の方が大きく廻旋できる。

首の廻旋に左右差がある場合、それが全身に影響すると思うが筆者としては想像の域を出ない。しかし、これだけでも「咬合と全身」とは関連しているとは言えるだろう。

この時、左に首が回らなかった人は無理やり首を左に向けようとして長時間頑張ることはよくない。それをすると眩暈(めまい)や瞬間的な吐き気を催すことがあるからである。

知らない間に習慣により咬合がずれていく。左の方にスムーズだったという人は、咬合面が左の方にスムーズになるように磨耗が進む。それだけではない。顎の骨格系や筋肉系もそれに適合した構造変化を遂げていく(内側翼突筋や頬鎖乳突筋の触診で硬軟・疼痛の左右差)。その結果が首の廻旋の左右差となって現れてくる。左右差がある場合、側方運動が左右共にスムーズになるように

咬合面の障害部を修正しても、骨格系や筋肉系がそのままであれば、咬合修正の意味は半減する。

2) 関節の触診と関節の雑音

耳の雑音・関節雑音なんて聞いたことがない人も多いのではないのでしょうか。^{ねんぱつもん}捻髪音(髪の毛をねじったときのネチネチ音)と言われても分からない。自分自身が知らなければ、患者さんに説明することができない。顎頭の触診にしてもそうです。自分自身の体で実際にしてみてください。

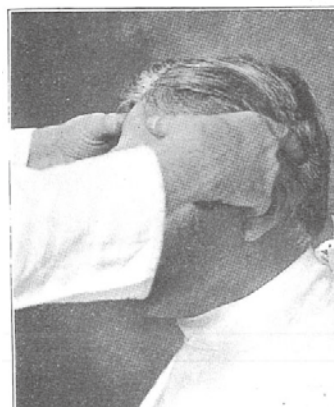


図 23 Monson の顎頭位の簡単なチェック
小指を外耳孔に入れて、口を開閉してもらおう。
小指に顎頭の運動が感じられる。

薄いパラフィンワックスを咬ませると小指への顎頭の突き当たりの減少が感じられる。

Monson(1920)

私は次のような装置を使いました。図 24



図 24

術者も患者も双方が聴診器を耳にあてがう。
双方に相手側の咬合音や関節音が聞き取れる。
この器具は自動車のエンジンの検査器具 2 セットを
組み合わせて作りしました。図 25

患者さんのカチカチ咬んだ音が自分がカチカチ咬んだ音と同じように聞き取れます。患者にゆっくりと口を開閉してもらおうと、捻髪音も聞き取れます。
「私のカチカチが聞こえますか」「はい」



図 25 LIKENNY メカニック
サウンドスコープ
¥3,198_ 税込 ¥3,518_

今までは咬合や顎関節の異変のサインでしたが、遠く離れた部位にもサインが出ます。

私は主に左で食事をする左偏位の顎なのですが、それが端的に現れる状態が発生しました。

3) 足に現れるサイン

図 26 は私の靴と足です。履き始めて三年目の靴のかかとです。自分でも見たことがなかったから、びっくりしました。

ヒポクラテスは何ひとつ見逃すなと言いましたが、私は自分の靴のかかとがこんなになっていることを知りませんでした。



a. 靴底の磨耗 b. リラックス状態 c. 足指の左右差
図 26 筆者の足首 (2024 年 12 月撮影)

どうして気がついたかという、土踏まずが痛くなってきた。扁平足様の痛みが治らない。履物かと思って見てみたら左右差がものすごくある。次に自分の足を見てみた。

伸ばした時に左の方は大きく外に外転している。それも床に座って上半身は起こしたままで足だけ前に出してという姿勢では明瞭には出て来ない。仰臥位 (ぎょうがい: 仰向け) の体勢をとった時に、足がどう外転するかを見してみる必要がある。左足首が外転しているのは左足が体重を支えていることを意味します。体重を支えているということは足の裏の血液循環が右に比べたら悪いということです。血液循環が悪いということは足を揃えて撮った写真を見ても爪や指の色が左の方が悪いですね。うっ血していて、爪が紫色しています。いつも不思議に思っていたが、冬になるまでもなく秋口からしもやけ (凍瘡) 状態になってくる。しもやけ (凍瘡) というのは私は寒さからくるものだと思っていましたが、冷えることによってうっ血が起こって血液循環が悪くなって凍瘡になる。私は Angle Class.II でいわゆる出っ歯ですから体重は後ろにかかり、靴のかかとがすり減ったのでしょ。左のかかとの皮膚が分厚くなり割れやすくなり、出血するぐらいになりました。

顎が右偏位の患者で右足だけが「水虫」になる人がいた。実は左側方運動を妨げる早期接触が左第一小臼歯にあった。その早期接触点を削合して、顎が自由に左側方運動ができるようにしたら、右足の「水虫」は自然に消失した。

4) 手に現れるサイン

咬合の偏りのサインは手にも現れます。

患者がチェアーで仰臥位をとった時に、手のひらを上に向けてもらいます。解剖学的には標準的な形になります。

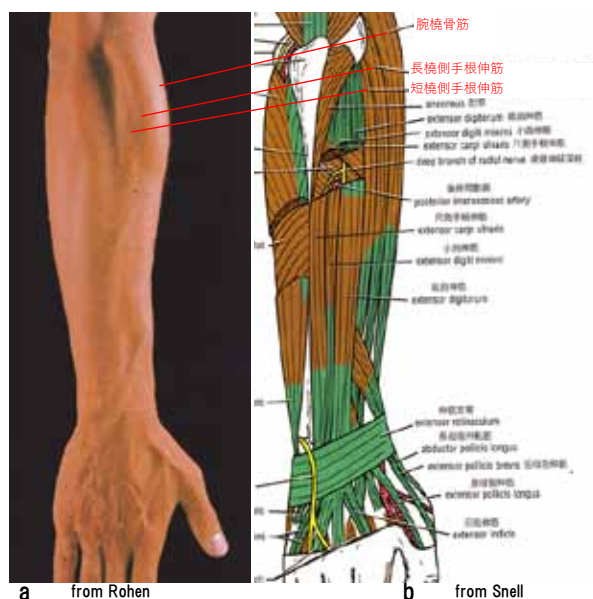


図 27 腕橈骨筋と橈側手根伸筋

27 図は手のこうが上を向いていますが、患者さんには手のひらが上になるようにしてもらいます。図 27 a の黒い凹んでいる部分、これは解剖図で言うと長・短橈側手根伸筋の二つの筋肉です。今、橈骨手根伸筋をグリグリと四本指で揉んでみましょう。右と左とどちらが痛いかわからないか。柔らかくて痛くない状態が正常ですが、患者さんの中には左右差があり、非常に痛みを訴える人がいます。痛い側の咬合に悪い部分がある。左に咬合の悪い部分があると左のこの窪んだ部分の触診をすると痛いんですね。同側歯列のどこかに咬合の不調和がある。その不調和を調整すると、長・短橈側手根伸筋の触診の疼痛は消失する。

5) 首 (頸椎) に現れるサイン

頸椎の触診はご婦人の場合には体を触られるのを嫌がる人もいますので、信頼と納得を得てからにしましょう。チェアーを起こして、術者は患者の後ろに位置します。ヘッドレストを伸ばして首の触診がやりやすいようにします。首の後ろに指をあてて首を前に俯くと、乳様突起から 2 横指くらい内側部に凹む部分があります。

一番凹んだ部分の上端部に両手の親指を当てて、手の平と四本指が側頭骨を覆うようにする。そして頭蓋を上へ軽く押し上げてみる。親指の指圧の方向は反対側の眼の奥である。図 28

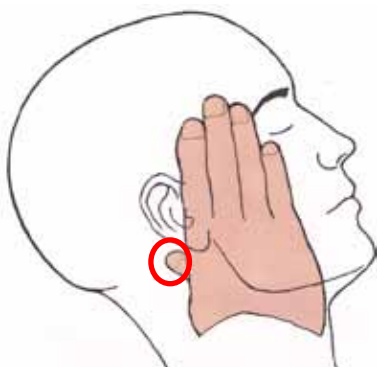


図 28

この時に気を付けなくてはいけないのは、いきなり親指で強い力で凹んだ部分に指圧を加えてはいけません。咬合に問題がある人は、この部分を押すと強烈な痛みを発することがあるからである。

最初は触るくらいの力で押し、患者に「痛くありませんか」と声をかけながら次第に力を加えていく。痛みがあっても、2, 3 分指圧を続けると、最初の痛みは徐々に弱まっていく。肩こりの人は「あー気持ちがいい。鼻が通って空気が吸えるようになった」という人もいました。「この部屋がこんなに明るかったのですね。爽やかな気持ちになりました」など様々です。

この指圧テストは二つの効用を持っています。一つは咬合の不調和が左右どちらにあるかが予測できること。指圧で痛みのあるほうが不調和のある側です。他の一つは頸椎の伸展効果です。頸椎の伸展は咬み合わせと関係ない肩こりにも効果があります。

頸椎の伸展効果を目的とする場合は、両手でサッカーボールを支える形で、親指には力を入れずに、頭蓋を支えます。術者が力を入れて牽引するのではなく、患者が首を脱力して頸椎を伸展させるのです。左右それぞれ 500 g で十分です。

ただ、時間がかかり、術者も疲れるのでタオルを用いることもあります。後頭部にタオルをかけて 1kg の牽引力で行います。これで十分に効果が期待できます。図 29



図 32

顎にタオルを掛けて牽引する方法を見かけますが、顎関節に大きな障害をもたらすリスクがあるので絶対にしないで下さい。

6) 頸椎の触診

次に頸椎の触診です。椅子を倒して仰臥位とします。ネクタイなどは緩めて頸椎の触診がしやすい状態を作ります。頸椎の C1 から C7 までの両横を四本指で触診して行きます。

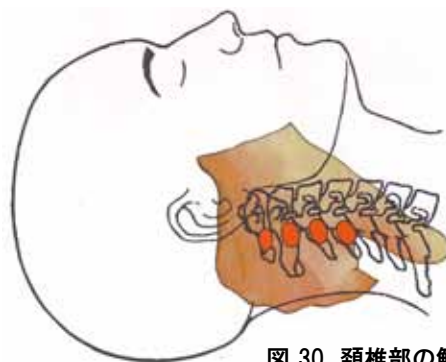


図 30 頸椎部の触診

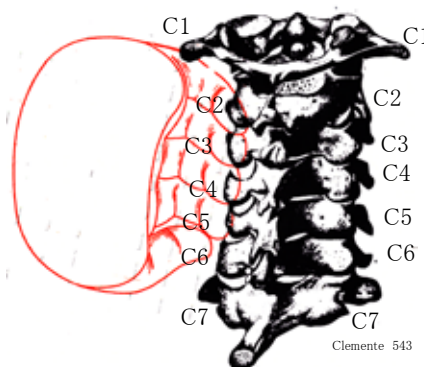


図 31 両手で頸椎の両側を触診

スジのようなものが何本も走っていたりコリを触知することがあり、それらが痛い場合もある。

健全であれば、柔らかくて痛みはない。そのスジやコリがある部位も頸椎の上方 (C1 ~ 3) であったり、頸椎の下方 (C5 ~ 7) であったりする。

頸椎番号と歯式とは厳密には対応していないが、頸椎上方に痛みがある場合は歯列で言うと前歯部、頸椎下方部分に痛みがある場合は臼歯部に問題のある歯がある。図 31

頸椎の右に痛みが出る人は、咬み合わせの方でも必ず右側に問題の歯がある。図 30, 31
その歯を調整するとコリや疼痛は瞬時に消失する。

頸椎の触診で右の方に異常を感じるが、咬合に問題がある歯は左という逆の場合はまずなかった。

この臨床的現象は一般には知られていない。
私は宇都宮市の室野井基夫先生から教わった。

このように全身と咬合は密接に関連している。咬合調整で身体の改善に顕著な効果を見ることがある。ついつい歯科医師は身体の改善を期して咬合調整に深入りをしてしまう。その結果、更なる悲劇を患者に与えることが多い。削った歯は元には戻らない。結果は術者が苦しむことになる。

「模擬臨床」で見たように、明日にも顎関節症と思しき患者が来院するかもしれない。

さてどうする。そのときは自院の診療範囲を超えていることを理由に診療ができないことを伝えることもできるだろう。または、治療限界を説明して、できる範囲のことをさせていただくこともできるだろう。

顎関節症の治療に入るのであれば、事前に患者に説明しておかねばならないことが二つある。

1) 顎関節症は生活習慣の中から、または過去の歯科治療が原因で生じてきたものであること。後者について誤解がないように申し加えると、劣悪な治療により生じたと言う意味ではない。金属冠やセラミック等、生体とは異なる材質で咬合治療がなされると、咬耗のスピードが異なるために長年の間に咬合に不調和が生じるためである。前者にせよ後者にせよ、数年以上の習慣の蓄積から生じているために、治療は単純なメカニズムの修正では納まらず、骨格系・筋肉系に及ぶ。改善には時間(期間)を要するし、歯科治療だけの問題ではないこと。

2) 応急的な咬合治療によって著効を見る場合があっても、それは永久的なものではない。新しい咬合状態に生体が反応するために、新しい咬合状態が次なる顎関節症状を引き起こすからである。原因と結果のいたちごっことなる。その都度、咬合治療をするわけにはいかない。身体症状が少しでも回復したら、元気な内に咬合治療に頼らないで、自己身体改善を図ることです。

以上の二つの要件は、治療の主体は患者自身であり、自然治癒のコントロールです。これは「顎関節症は治療せずとも自然治癒で治っていく」という見解とは全く異なります。「30年ぶりに頭痛から開放された。私の青春時代を返して。」と言ってチェアの上で涙した50代の女性もいました。

実際に顎関節症が発症してしまった患者の対応についてお話ししましょう。

7. 筋 spasm への対応

筆者は筋スパズムへの対応を

1. どのような症例にも対応できること
2. 安全であること

を重視して、以下の方法で対応してきました。

- 1) 顎関節の血液循環の促進
- 2) 「顎頭と咬合」を拘束から開放
- 3) 筋 spasm への対応

1) 顎関節の血液循環の促進

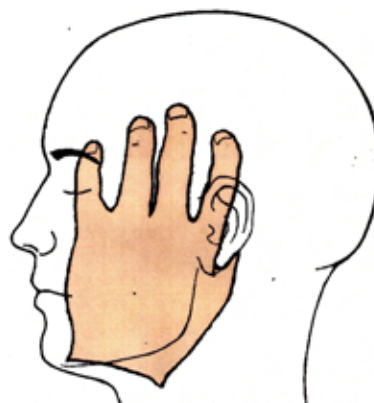


図 23

患者自身の親指と人差し指の根もとで耳たぶを挟んで行くと、耳管の内部までもがマッサージされます。他の4本の指は側頭筋のマッサージに参加させましょう。マッサージ時間は10～15分です。

随分と悠長な話ですが非常に大事です。手のひらを顎関節部に当ててマッサージをします。

2) 「顎頭と咬合」を現状の拘束から開放

現在生じている「顎関節症」の症状は、顎頭と咬合が現在の状況に置かれていることから生じています。まずは顎頭と咬合を現在の状況から脱出させることです。咬合痛があっても、歯を削合してはいけません。

応急処置として、ティッシュを3回折して厚みを0.5mmとし、それを5×1.5cmの短冊としたものを2枚用意します。

それを左右の歯列に乗せて咬み合わせます。



図 33

最初は最後臼歯のみが当たりますが次第に前歯部も咬合するようになってきます。顎頭と咬合は最初の状況から脱出できました。

3) 筋 spasms への対応

第1番目の筋 spasm への対応は筋の伸展です。患者に最大限の開口と側方運動をさせる(能動的伸展法)。単純だが効果は大きい。

第2番目は反射的弛緩法です。 図 34a,b



図 34 a b from Okeson P317

a は開口する運動を阻止するように外から患者自身の手で応力を加えています。これにより閉口筋をリラックスさせます。

b は側方運動(本図では左方)を手で阻止しています。これにより右側の筋をリラックスさせる。この図以外に、顎の前方・後方・閉口運動を阻止することにより拮抗筋をリラックスさせる。

能動的伸展法・反射的弛緩法いずれも顎の運動方向や力の入れ具合を種々試しながら進める。気持ちよければ続行、そうでなければその方向は直ちに中止してください。

以上は一時避難の応急処置です。治癒は歯科治療(例えば、全顎的補綴修復)によってではなく、身体の自己修復能に委ねねばなりません。

身体が目的の形態に自然再構築するように、どのように治療計画を立てるかが治療となります。

8. スプリントの効用と限界

歯と身体とは密接な関連はあるものの、「咬合調整による身体の治療」は極めて限られた歯科医師にしかできない療法が多かった。学んだら誰もが行えるような療法は生まれなかった。数百万もの費用をかけて、却って状態は悪化したという事例が相次いだ。

日本顎関節学会が2012年に「咬合調整による身体の治療」に見解を発表します。

「これは歯科医師の主観によるものであって、客観的な根拠は極めて少ない」と。現在でもあまり変わっていないのではないのでしょうか。

では、歯は削らないで、スプリントを入れただけだったらどうだろうか。スプリントを入れたら症状が楽になる。嫌だったらそのスプリントを外せばよい。歯は削合していないから、患者も歯科医師も安全じゃないか。しかし、ことはそう簡単ではない。「前方に転移した関節円板はスプリントでは、容易には整位しない」「顎関節部の疼痛はスプリントを入れて余計におかしくなることがある」「スプリント治療には科学的根拠があると言えない」という論文もある。私の臨床経験を紹介すると、一瞬は整位するが、スプリントを外して一噛みか二噛みすると円盤は顎頭から容易に元に転移してしまう。では長期間スプリントを装着したらどうなるか。確実にスプリント依存僻ができてしまい、スプリントを外したら一層ひどい顎関節症を確実に発現することになる。だったら、最初からスプリントをしないほうが良いという意見もあろうが、スプリントには応急的避難という重要な役割があります。しかし、長くても一ヶ月以内に使用を止めなくてははいけません。依存僻が生じるからです。あくまでも応急処置です。

9. スプリントの問題点

患者さんの中にはこんな人もいます。

「入れてみたけれども5分も入れておれなかった。保険負担で5000円出したが全然使っていないんだから、お金を返してほしい。」

咬合が正常であればスプリントは10分も入れておれない。5分も入れておれなかったということは、歯列は健全で削ってはいけないというサインです。5000円の意味があったわけです。

保険適応であっても値段が値段ですから、最初はスプリント効果が期待できるティッシュを用いると良いでしょう。(前述した図24)



図 35

ティッシュを患側臼歯部にあてがって咬合すると前歯部が空きますから、頤下方から力を上方に向けて加える。ティッシュが支点となって顎頭が下がり、関節腔が拡大する。図 35

効果は実感できるが、ティッシュはすぐにベタベタになり、それを一晩入れて寝ることはできない。費用を出してスプリントを希望する人はたくさんいました。一番困るのは「一晩入れていたが、良くなったという感じはない」という患者さんです。咬合が健康であれば、スプリントは一晩も入れておれない。それが、入れることができた。これは「咬合に問題あり」のサインだが、スプリントによる症状改善の感じがないという。しばらく様子を見るのがよいでしょう。

健康な人の場合は、口を開いて寝てる人が多いからスプリントの咬合面には傷につかない。咬み合わせで悩んでる人はあっちこっちで咬みまくっている。スプリントを入れて拘束から開放されると、咬みたい場所で咬めるようになる。そこに擦り傷ができる。特定の場所に擦り傷が起こってくる。咬合面にマジックインキを塗っておくと、当たっているところは黒い色が剥げてくる。図 27



図 27

症例によっては傷ではなく穴が開いてくる。この穿孔部は円板が整位した状態になったときに早期接触する部分ということになる。つまり、咬合調整で削合しなければならない部分である。スプリントは削合の必要性や場所を診断する装置です。スプリントには“擦れ傷”や“穿孔”として記録が残るが、肝心の生体の咬合はスプリントを外して一咬みか二咬みで円板は元に戻ってしまう。つまり、整位したときに現れるはずの“早期接触部”は生じてこない。だから、起床時にメモ用紙を用意しておいて、スプリントを外したときにどこが早期接触するかを書き留める必要がある。そのメモとスプリントの傷の部位が一致しておれば、咬合調整すべき場所と確定できる。

10. 口腔感覚と身体

今までは咬合と身体との関連を述べてきました。しかし、咬合とは関係のなさそうな顎関節症の症例もあります。咬合してしない残根を抜歯したら頭痛が取れた。舌側の分厚い金属冠の舌側を削合して舌房を 0.5mm 広くしたら 2 ヶ月に及ぶ咳が治った。総義歯の幅広い頬側床縁を削合したら肩凝りが取れた。通常の咬合では支障はないが、限界咬合域での過剰接触、例えば、長い前歯メタルボンド冠を削合したら目眩がとれた。コンタクトがきついクラウンやインレーのコンタクトを是正したら頭痛がとれた等である。

従来の顎関節症の研究は「咬合と身体症状」という眼に見えるアプローチが多かった。しかし、上記にみるように「咬合」以外の「違和感」という目視できない要素も見逃してはいけない。「咬合」はあくまでも違和感を発する要因の一つである。見かけ上は咬合の不調和があっても生体が感覚上問題無ければ何等症状を起こさないし、見かけ上は調和の取れた咬合であっても生体が違和感を感じる要素があれば症状を起こすと考えるのである。

お気づきの様に本稿は従来の「顎関節症」の延長上にあるのではない。「器質顎関節症」ではなく「感覚の顎関節症」であり「感覚の現象学」の範疇にある。従来の「器質顎関節症」は「感覚の顎関節症」の末期的臨床像である。

器質異変の発生以前からを含む「感覚の顎関節症」の患者は潜在患者も含めるとはるかに広範囲の患者数になるだろう。その大部分が「歳のせい」とか「職業病」とか「悪癖」とかの理由を付けて自分を慰めていたり、病院へ行っても「原因不明」と言われたりする。たとい、歯科医院を訪れてもこの方面に関心を寄せる歯科医師は極めて少ないし、関心を歯科医師であっても独特の関心眼からの診断・処置は極めて多様である。顎関節症は決して時代遅れの誤学説ではないが、実態はまだ未開発の原野状態である。臨床像は万に一つの臨床例の集合体であり、細菌性疾患の様に実証性はなく、客観性に乏しく科学的根拠を示すことができない。日本顎関節学会 2012 年の見解「これは歯科医師の主観によるものであって、客観的な根拠は極めて少ない」はその通りである。

しかし、何かある。

身体に現れているサインから咬合を診てみると「なるほど」と思われる咬合の異変が見られることが多い。そして、その異変がもたらす咬合感覚を改めて患者に問うと「そう言えば、いつも気になっていた」ということが多かった。

この咬合の異変の感覚（違和感）はすでに患者が分かっている場合もあれば、気付いていない場合もある。そこを見てあげるのが歯科医の役割に外ならない。これは難しい作業に違いない。

毎日人間の口腔を見ている歯科医にしかできぬことであり、しかも生体の感覚とは何かという哲学で見ている歯科医にしかできぬことである。

このような「哲学の眼」は顎関節症にだけ必要なのではない。広く歯科一般に向けられねばならぬものであり、広く歯科一般から育てられるものでもある。

本稿はまだ歯科学を習っておらず、「解剖学」を終えたばかりの歯学部3年生を対象に書かれている。本稿の難しさは学科の基礎が無い為ではなく、考え方の次元差によるものである。「科学」に立脚していない学問を理解する困難さがある。しかし、前にも述べたがそれは見かけ上の困難でしかない。従来の科学観は、万に一つの特例事例は本質ではなく、枝葉末節の事例としてふり落とされてきた。ここに来て、万に一つの事例をも見逃さないという学問観の提出である。

この「普遍性よりも個性性」に向かった医療論は古代ギリシアにまで遡る。

医師の勤めは
患者の救済であり、
理論化・体系化ではない ヒポクラテス

また、医療は実践の学問であり技術である。例えば、「脈を取る」これ一つとっても実は簡単ではない。現在は脈拍測定器が一般化しているが、脈拍測定器では「脈が速い・遅い」は分るが、「脈が太い・細い」「脈が強い・弱い」は分らない。脈拍測定器が一般化しているが、普段から「脈をとる」ことをしていないと実際に脈は取れない。

本稿で頸椎の触診を述べたが、これも10人や20人の経験では全然体得できない。後輩の歯科医師の母親を診せていただいた時のことである。頸椎の触診を後輩の歯科医師にもしてもらった。「貴方の触診では全然ダメ」「いや、お母さん。初めてではこんなもんですよ」

脈を取ることに同様に、頸椎の触診もコリがあるかどうかだけではなく、コリの「質」までも読み取ろうとすると、何十人という実践を経験しないとできるものではない。

問診には「偏頭痛」「肩こり」を載せておき、チェックのある患者には「ちょっと診せてください」と言って、日常の訓練を重ねることです。

このような意味では、本稿は「見かけ上の困難」ではなく、実践を重ねないと見えてこない「困難」がある。だから、本稿は学部3年生のときに習った科目と言うことではなく、歯科医師の生涯を通して読み直していただきたい論考です。

諸君、あせる必要はない。解剖学で習い、組織学で習い、生化学で習い、生理学で習い、病理学で習い、臨床科目で習い、実習見学で習う。その時・その時の勉強をしっかりとしてください。臨床医になるための通過儀礼としての医学学科ではないのです。付録の医学ではなく、歯科医学を理解するための医学学科を学んでください。

国試浪人をしている暇はない。貴方の出番を待ち望んでいる人々の声を耳を澄まして聴いて下さい。

咬合調整は慎重に
学会は貴方を護ってくれない
咬合調整法を学んだ貴方は
自分自身と家族を守ることができる

咬合調整で
顎関節症を治療できると思ってはならない
顎関節症を治すのは自然によってである
医師は自然治癒を助けるのみ

「神癒し、我 包帯す」 Pare 1510 - 1590
これは謙遜の言葉ではない。包帯の仕方でも神の癒し方が変わることには注意せよ。

永田和弘 2025. 3. 24.