

研究講座

動かして治す顎関節症①

第1回 治療前の病態把握

大阪大学大学院歯学研究科口腔外科学第二教室
松本 憲

はじめに

今回から2回、顎関節症の運動療法について解説する。顎関節症は歯科疾患の中で、う蝕症、歯周病に次いで頻度の高い疾患である。顎関節症は慢性の機能障害であるため、治療の上で運動療法は欠かすことができない。そのための運動療法を説明する。これは簡単で、奏効率が高く、トラブルも少なく、治療の時間的負担も少ないため医療者にとっては非常に有益な治療法である。

ただ運動療法を成功に導くには適切な診断と患者への説明を欠かすことはできない。なぜならば運動療法は主に患者に自宅で行ってもらうため、その目的と重要性を十分に理解してもらわなければ効果が望めなく、医師が病態を理解していなければ患者にそれがすぐに伝わるからである。

しかし大学での講義の中で顎関節疾患は僅かであるため、卒業時に十分な知識をもっているとは決して言えない。顎関節の構造や運動についても平面的なシェーマで描かれた図で講義を受けている状態であるが、実際の解剖写真(図1)、顎内障の病態(図2)、変形性関節症のMR画像(図3)やその病態(図4)を知ると、転位した円板は元に戻らないことがわかる。そうすると自然と治療は日常生活動作(ADL)の改善

図1 正常な関節

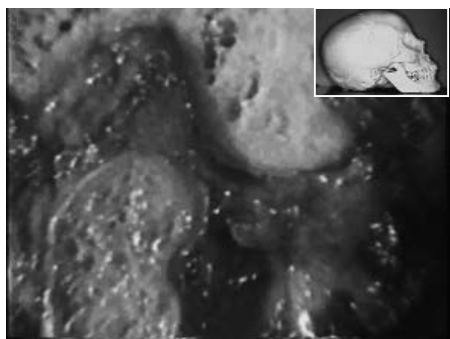


図2 復位を伴う円板前方転位

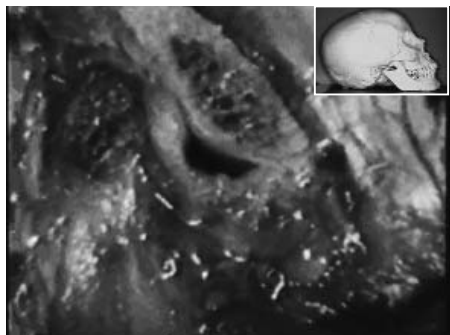


図3 非復位性円板前方転位+骨変化(MR画像)

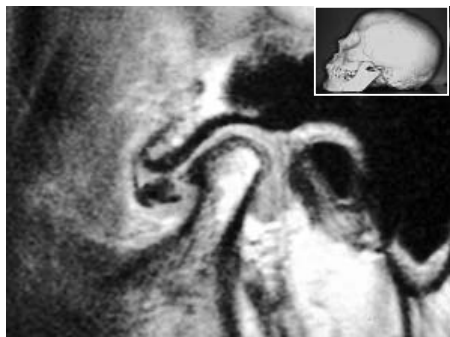
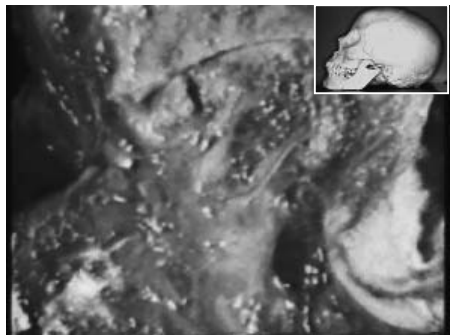


図4 退行性病変(変形性関節症)



※図1、2、4はWestesson氏提供

が主目的であると理解できるようになる。

第1回は運動療法を成功させるためにどのように病態を把握すればよいのかを説明する。

診断=病名?

顎関節症は「痛い、口が開かない、音がするといった症状を呈する慢性疾患」だが、臨床症状から成り立っているため診察に際しては単なる病名を与えるのではなく、病態把握に努める必要がある。言い換えれば「顎関節症だから痛い」「顎関節症だから口が開かない」で満足するのではなく、「解剖学的にどの部分が」、「生理学的・病理学的にどのようになっているから」症状が出ているのかを見分けることが必要である。

〈問診〉

主訴で何がわかるか

患者の主訴が「痛い」のか、「口が開かない」のか、単に「音が気になる」なのかに絞らせる。患者のなかには種々不定愁訴と思われる訴えをするものもある。訴えを病態と関連付けて説明できたり、また治療の結果で症状が消失することもあるが、歯科の分野で患者の主観である不定愁訴を治療の対象にすることは適切ではない。しかし話を十分に聞くと不定愁訴ではなく表現の不足であることもしばしばあり、その多くは頭頸部筋の血流低下が原因の症状である。

・音が気になるだけで痛みがなく開口量も十分であれば、病態を説明して治療不要とすることもあり、希望されれば音は消えないことを説明の上、病態精査に移ることもある。

・主訴が痛みであれば、痛む箇所を人差し指1本で示させる。患者はしばしば痛む箇所を掌で示そうとするが、それでは顎下部か、咬筋なのか、顎関節なのか、側頭筋なのか全く不明となる。患者の多くは関節そのものではなく筋の痛みを主訴とすることに注意したい。

・開口障害が主訴ならばなぜ開口できないのか、即ち筋が痛くて口が開かないのか、関節部で引っかかった感じがして口が開かないのか、痛くもなくて口が開かないのかを聞くことで、病態を推測できる。

・既往歴で関節雑音の有無を聞くことも必要で、多くは10代から雑音が認められている。

〈診察〉

開口量で何がわかるか

・無痛開口量が20mm程度若しくはそれ以下の場合には、開口制限の原因となる部位は筋肉が主体と考える。最大開口量も重要で、医師が徒手で開口させると関節に鋭い痛みがある場合には癒着を疑い、開口させるにつれて徐々に痛みが増す場合には非復位性の円板転位(円板後方付着部の過伸展)を疑う。

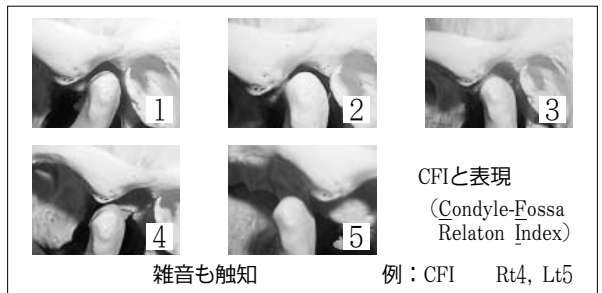
・強制開口しても痛みがない時には、顎関節疾患以外すなわち、筋突起過長症(過形成症)や咀嚼筋腱・腱膜過形成症を疑いMR検査やCT検査が必要となる。

触診で何を見るか

・下顎頭の動きと圧痛

両手の人差し指で正面から患者の顎関節を軽く押さえ開口させて下顎頭が結節を越えるかを判断する(図5)。正常では関節結節を超える下顎頭の移動(CFI 5)が触知できるが、円板前方転位があれば多くの場合結節直下までしか移動しない(CFI 3~4)。

図5 下顎頭の動き(手指で判定)



引続き開口させた状態で約500gの力で下顎頭外側直上①、関節窩②、顎二腹筋の付着部③を圧迫する(図6)。

担当がかりすぎていると推測される(我々の最近の研究では逆に顎二腹筋後腹は伸展しない可能性もある)。

図6 圧痛点



・可動域の確認

図7の様に下顎を把持し、ゆっくりと前方に引くと痛む箇所が明確になり、また雑音も人差し指で触知できる。これは前述の下顎頭の動きの触診、圧痛点の触診と同時にやる。

図7 顎関節可動域の診察



注意点としては、患者がリラックスして筋肉の力が抜けた状態で診察することが重要である。患者の反応に注意しながら行わないと、関節や筋に強い痛みを与えてしまい、その後の治療が難しくなる。この診察前には患者に、「関節の動きや痛む場所とその理由を知る必要があるのを顎を動かします」や「無理な力はかけませんので心配しないでください」「痛くなればすぐに手を挙げて教えてください」等の声かけが必要である。また、下顎頭を後方に押すと痛みを訴えることもある。円板後方付着部の過伸展が顎関節症での痛みの原因とすれば、押すことで痛みが出ることは説明がつかない。滑膜炎に炎症が起こっているか、円板転位に伴う関節包の緊張と慢性炎症が疑われる。以上の所見などから病態を把握する。

〈病態把握〉

主訴が痛みであれば:

種々原因での開口制限の結果、閉口筋(咬筋、側頭筋)や開口筋(顎二腹筋)が伸展することが少なくなり筋の血流が低下した結果として筋痛が出ているのか、非復位の円板前方転位により開口時に円板後組織が伸展される痛みなのか、関節包での癒着が痛みの原因なのか等を判断する。円板が復位性転位であるか非復位性であるのか、または変形性関節症なのかの判断はするが治療にはそれによる差は少ない。従ってそれ程厳密に区別はしなくてよい。

また前述の③の圧痛が強ければ、一見不定愁訴と思われる頸部、肩、後頭部の痛みも上記の筋伸展障害・血流低下による痛みである可能性がある。

開口障害が主訴であれば:

筋痛が原因なのか、前方に転位した円板が変形して開口時に下顎頭の動きを妨げていることが原因なのか、関節包や関節腔での癒着が原因なのかを考える。

病態即ち問題点を単純に1)円板転位で動きが悪い、2)円板後組織が伸ばされて痛い、3)滑液貯留、4)滑膜炎、5)関節包、6)閉口筋、7)顎二腹筋、8)頸部筋群、9)骨と考えると整理しやすい。

〈画像所見と症状は一致しない〉

詳しいエックス線検査ができない、MR検査を行いにくい等の理由で病態把握(診断)することを躊躇する必要はない。画像検査の所見と患者さんの症状は必ずしも一致せず、しばしば画像で見られた所見の反対側に症状が出ることもある。画像検査はあくまで臨床所見の裏付けまたは症状の解釈として考えることが必要である。

今回は具体的な病態ごとの理学療法を解説する。

つづく