

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

こころのりんしょうa.la.carte (2011.09) 30巻3号:298.

【睡眠障害の今日】

睡眠中に歯軋りをするのですが、異常でしょうか？

千葉 茂

Q16 睡眠中に^{はぎし}歯軋りをするのですが、異常でしょうか？

A ^{はぎし}歯軋りは、医学的には睡眠時（関連）ブラキシズム [sleep (-related) bruxism : SB] と呼ばれており、睡眠関連運動異常症の1つとして分類されています。その運動は、睡眠中に発生する律動的な歯軋り (grinding) や持続的噛みしめ (clenching) など、下顎の不随意運動を特徴としています。

米国では、一般人口の9割近くの人々が一生のあいだにある程度の歯軋りを経験するそうですから、歯軋りそれ自体が異常ということはできません。

日本でのSBの出現頻度はよく分かっていません。欧米では、小児期で1～2割、成年期で1割弱、高齢者で2～3%と加齢とともに減少するようです。性差はみられません。

SBの診断は、いわゆる歯軋りだけでなく、さまざまな合併症の存在も重要です。SBの診断は、問診による診査と口腔顔面診査から行われます。

・問診による診査：最近数カ月で週3～5回異常発生するSB、起床時の咀嚼筋疲労感・不快感（疼痛ではない）、頭痛（緊張性）、歯の知覚過敏があります。

・口腔顔面診査：^{こうもう}咬耗、^{あっこん}噛みしめ時の咬筋肥大、^{ほてつ}舌や頬粘膜の圧痕、咬合性外傷、歯の破折、^{ぶつ}補綴物脱落があります。

SBの発現機序はいまだに十分に解明されていませんが、いくつかの側面について要約します。

SBの神経生理学的背景として、健常者で観察されるリズム性咀嚼筋活動（咀嚼運動よりも遅い下顎運動で、通常は歯軋り雑音を伴わない）の回数や量の異常な増加がSBを招くと考えられています。SBを自覚する人の5割に家系内SBがみられるとの指摘があります。一部の症例では、精神的なストレスがSBの発症に関連することがあるようです。SBに対する神経化学的因子について明確な事実は見いだされていません。また、口腔顔面形態の異常、たとえば咬合不全がSBの発現や増悪に直接関係することはないと考えられています。

SBに対する根治療法はなく、一般的には対症療法が行われます。

歯科領域では歯科用スプリントは副作用のない保存的療法であり、SBの管理にしばしば用いられます。しかし、咀嚼筋活動に対する効果は一定していません。疼痛には、非ステロイド鎮痛薬を用います。しかし、これらで効果が見られない場合には、筋活動を抑制する目的で抗不安薬、ベンゾジアゼピン系薬剤、中枢性筋弛緩薬、メトカルバモールなどを短期的に使用します。

なお、閉塞性睡眠時無呼吸患者でみられる無呼吸や低呼吸による覚醒応答がSBを誘発する可能性はほとんどありません。

（千葉茂／旭川医科大学医学部精神医学講座）