

## 取れない歯痛、合わない咬合への対処法

—なぜ、今、歯科で「心身医学」なのか?—

東京医科歯科大学大学院 歯科心身医学分野

豊福 明

\*本稿は令和元年11月9日、第66回奥羽大学歯学会における特別講演を記録したものです。

### はじめに

“ムシ歯の洪水”時代を乗り越え、我が国の歯科医療は世界に冠たるほど進歩し、洗練された。一方、どんなに間違いない歯科処置を施しても、改善しない慢性の痛みや違和感などのため対応に難渋するケースが、ある一定の割合で経験される。真面目な歯科医師ほど「自らの落ち度では」と悩み、歯科的処置を繰り返し、治療が泥沼化してしまうことが多い<sup>1)</sup>。

従来、このような患者群は、「心因性」とみなされ、歯科心身症<sup>2)</sup>と呼ばれてきた。舌痛症、非定型歯痛、口腔異常感症、Phantom bite syndromeなどが、その代表的疾患である(表1)。

これらの患者に対しては、一昔前「リエゾン」と称して精神科医に依存する動きも見られたが、臨床上の実効力の無さが露呈しただけに終わった。いくら敬遠しても本症患者は現存するし、現場の歯科医師が対応せねばならない。

顎関節症やドライマウスの患者の中に潜んでいることも多々ある。歯科インプラントや歯列矯正が絡むと、本症の診断や治療がますます複雑化している。

本稿では、(1)どのような患者が“歯科心身症”なのか？(2)どのくらいの割合で患者が潜んでいるのか？(3)“歯科心身症”と精神疾患とはどう違うのか？(4)“歯科心身症”に有効な治療はあるのか？(5)当面、どう対応すれば良いのか？などを中心に概説したい。

(1) どのような患者が“歯科心身症”なのか？

「心身症」は非常に定義が難しいが、“歯科心

身症”は、極論すれば、「通常の歯科処置では解決できない口腔症状」、もっと言えば「歯科領域の不定愁訴」と言っても良いかもしれない。各種検査で異常が認められず、数ヶ月以上持続する、難治性の口腔症状で、波状の経過や訴えの部位の移動性などが特徴である。午前中より午後にかけて悪化する日内変動を伴うことが多く、食事には支障がないことがほとんどである。通常の歯科処置で改善しない痛みや異常感など表現型は多彩だが、本症には表2のような共通する特徴がある<sup>2)</sup>。

(2) どのくらいの割合で患者が潜んでいるのか？

施設によって差はありうるが、口腔外科疾患症例調査などから大学病院を受診する本症患者の15–30%程度は、本症であると推測される。一般開業歯科でも、少なくとも数人ずつは抱えている可能性が高い。中高年の女性が主だが、口臭恐怖症だけは思春期に多く、男女差も少ない。

実は、経験年数豊富な歯科医師が“歯科心身症”だと考えてしまう患者の多くが精神科領域であり、「この人は、そんなんじゃないんだけど・・・」と抱え込んでいる患者が、実は「歯科心身症」と言うケースがしばしば経験される。

(3) “歯科心身症”と精神疾患とはどう違うのか？

確かに歯科心身症の一部は、精神疾患と併存している<sup>3)</sup>。しかし、精神科医に任せた方が良い患者は、せいぜい約20%程度に留まる。本症の多くは典型的な精神疾患とは言えず、歯科医療に不如意な精神科医に紹介しても対応に苦慮されることが多いからである。

表1 代表的な歯科心身症

- ①舌痛症 Glossodynia//Burning mouth syndrome  
舌や口腔粘膜のヒリヒリ・ビリビリした灼熱痛・不快感が持続する症候群。約6割に口腔乾燥感や味覚障害も合併する。
- ②非定型歯痛 Atypical odontalgia  
歯科処置に反応しない原因不明の慢性の歯痛。抜歯部位にも発症することが多々ある。非定型顔面痛の重型とされる。
- ③咬合異常感 Phantom bite syndrome  
通常の歯科処置では改善しない咬合の異常感やそれに関連づけられた多彩な全身的不定愁訴を呈し、「咬合の修正」を求めて歯科を転々とする患者群。歯科心身症の中でも最も手強く、最も治療の労力が大きい症候群
- ④口腔異常感症 Oral dysesthesia  
(口腔セネストパチー Oral cenesthopathy)  
「口の中がネバネバ、ベタベタする」などの不快感や異味覚、あるいは「何とも表現しにくい不快な」異物感など、多彩な口腔の異常感覚を訴える症候群。
- ⑤口臭恐怖症 Halitophobia  
他覚的に口臭は認めないにもかかわらず、「咳き込まれる」、「鼻を押さえられる」などの他人の偶然的仕草を自分の口臭と関連づけ、「臭いがひどいため他人に迷惑をかけている」と確信し、対人場面で支障をきたす患者群。
- ⑥歯科治療恐怖症 Odontophobia  
極度の恐怖心のため歯科治療を忌避、あるいは嘔吐反射が亢進し、十分な処置が受けられない患者群

表2 歯科心身症の“病型横断の特徴”(文献1より改変)

1. 現症における刺激源の欠落(器質的原因の特定困難)
2. 女性に多発(約8割)
3. 自覚症状の慢性的な持続(数ヶ月から数年)
4. 器質的異常を伴わない臨床経過
5. 局所治療の無効性(通常の歯科処置で悪化)
6. 抗うつ薬や心理療法(的対応)の有効性
7. 短期から長期までの多様な経過
8. 精神科受診への強い抵抗(専門的治療を要するのは約2割)
9. 覚醒時の症状出現(睡眠時には自覚しない)
10. 医原的側面と治療関係不良(「この歯を治療されてから悪くなった」)
11. 自覚症状と現症との強い関連付け(舌乳頭と痛みなど)

本症も精神疾患も客観的な生物学的指標は確立していないため、厳密な線引きは困難だが、①自殺の恐れが高い、②幻覚・妄想に生活が支配され

表3 診療中の基本的態度と技法

- ①導入  
(挨拶、自己紹介、視線・表情などの観察)
- ②主訴の把握  
(まずは問診票に書かれたことを確認する)
- ③感情面への対応  
(傾聴、反映、共感、直面化、正当化、支持、保証、協力関係、尊重)
- ④患者の解釈モデルを知る  
(受診に至った真のニーズを読む、原因の捉え方、要望)
- ⑤不足部分を直接的質問法で補う  
(いつ、どこが、どのように、どの程度、どんな状況で、修飾因子、随伴症状など焦点を絞った質問)
- ⑥既往歴、家族歴、患者背景などを聞く
- ⑦まとめと診察への導入  
(解釈、要約)
- ⑧患者教育と治療への動機付け  
(豊福 明; 医療面接. 日本歯科心身医学会編, 歯科心身医学, 医歯薬出版, 2003; 50-57より改変)

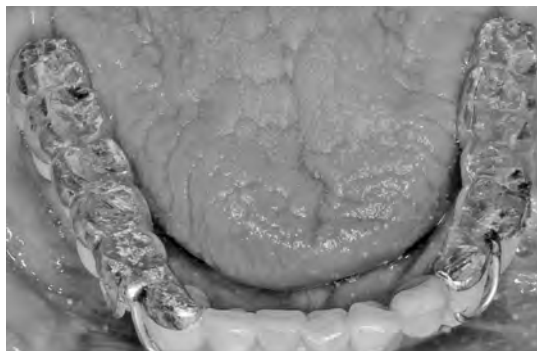


図1 数年以上、延々と咬合調整が繰り返されていた「金のマウスピース」

ている、③明らかに言動が精神病的、といった患者は、口腔領域の主訴でも急いで精神科に任せるべきだと考えている。

もはや日常歯科臨床で、精神疾患の鑑別が必須な時代である。基本的なスクリーニングには Psychiatry In Primary Care (PIPC)<sup>4)</sup> が有用である。そこから精神科医との協働の道筋を構築していく。

#### (4) “歯科心身症”に有効な治療はあるのか?

まず通常の歯科処置は無効である。一時的に患者が症状改善を報告したとしても、すぐに再燃する。歯の症状だからと、通り一遍な処置を開始

すると、「血を吐きながら続ける悲しいマラソン」状態に陥る（写真1）。どうしても回避できないときは「これで良くならなかつたら止めましょう」と事前に約束してから、高次医療機関に紹介前提で手を付ける<sup>5)</sup>。

心身医学的治療には、大きく分けて心理療法と薬物療法とがある。歯科心身症には、アミトリプチリンなどの抗うつ薬の有効性が1970年代から報告されている<sup>6)</sup>。また支持的な心理療法は必須で、薬物療法と併用されることが多い。

いずれもそれなりのトレーニングは必要だが、歯科医師のライセンスでかなりのレベルまで実践可能である。むしろ器質的疾患の除外と並行しながら不安の処理が可能になる等、口腔内の解剖・生理と歯科医療に精通した「歯科医師でないと実施できない心身医療がある」、といっても過言ではない<sup>7)</sup>。

#### (5) 当面、どう対応すれば良いのか？

全ての歯科医師が、これらの難治性患者を専門的に治療する必要はない。一方で、大学病院など高次医療機関では、本症患者を満足に担当できる歯科医師が求められている。日本歯科心身医学会7代目理事長に就任された、北海道医療大学の安彦善裕教授（本学9期生）が、本学会で「歯科心身医療の拠点形成」<sup>8)</sup>を提唱された所以である。専門医を育てるか、チーム医療で対応するか、など方法論はいくつかある。このような取り組みは、地域医療で推進されている歯科医療機関の機能分化の重要な一翼を担うことになるであろう。

心身医学的治療のトレーニングは、いきなり専門的な心理療法から入るのではなく、まずは薬物療法だけでもかなりの治療的变化が期待できる慢性疼痛（舌痛症や非定型歯痛など）から治療経験を積み重ねていくことをお勧めする。その際、表3のような基本的な診療スタイルを併用する。

口腔異常感症（セネストパチー）、Phantom bite syndrome、は薬剤抵抗性の難治例が多く、口臭恐怖症は思春期特有の難しさがある。しかし、1年間で100例程度の種々の本症患者の診療を担当すれば、ほぼ一人前になれる。当科では、このような臨床トレーニングのための国内留学も受け入れている。

#### おわりに

「人が人を診る」ことに医科も歯科もない。昨今の歯科心身症の増加は、患者を「病める人」として対応することや口腔症状の人的理解が歯科界に求められていることの証左である。「心も診れる歯科医療」が理想である。現行の歯科臨床に何を補えば、理想に近づくであろうか？

実は、本学歯学部口腔外科学講座 高田訓 教授が発露された「患者さんの声を聴ける医療人になりたい」（日口外誌63(12)：625, 2017), と思うことが、すでに心身医学の道に入っていると言える。心理療法や薬物療法などの技法的な問題は、その後で十分だと考えている。

#### 文 献

- 1) Toyofuku, A.: Psychosomatic problems in dentistry. *Biopsychosoc Med.* **10** ; 14 2016.
- 2) 中村廣一：クオリアとしての自覚症状からみた歯科心身症. *日歯心身* **30** ; 47-54 2015.
- 3) 豊福 明, 吉川達也；インプラント治療が必要な患者の「メンタル問題」をどう評価し、どう対処するか. *クインテッセンス・デンタル・インプラントロジー* **25** ; 52-63 2018.
- 4) Robert K. Schneider, James L. Levenson (著), 井出広幸, 内藤 宏 PIPC 研究会 (訳) 監訳：ACP 内科医のための「こころの診かた」ここから始める！あなたの心療. 第1版, 丸善, 東京 2009
- 5) 豊福 明, 吉川達也：5分ですべての明るい歯科心身医学, 永末書店, 2017.
- 6) 都 温彦, 高口秀夫：Glossodynia の一症例(抄). *日口外誌* **16** : 294 1970.
- 7) 豊福 明；いわゆる口腔心身症の入院治療についての臨床的研究—治療技法の検討と病態仮説の構築について—. *日歯心身* **15** : 41-71 2000.
- 8) 安彦善裕：歯科心身医療の一拠点形成に向けて—歯科心身症患者対応の際の注意点—. *奥羽大歯学誌* **41** : 1-8 2014.

著者への連絡先：豊福 明, (〒113-8549) 東京都文京区湯島1-5-45 東京医科歯科大学(TMDU)大学院医歯学総合研究科 歯科心身医学分野

Reprint requests : Akira TOYOFUKU, Department of Psychosomatic Dentistry, Graduate School of Medical and Dental sciences, Tokyo Medical and Dental University (TMDU)

1-5-45 Yushima, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8549, Japan