

歯科心身症研究の最前線

従来の枠組みでは捉えられない歯科心身症の患者さんは、医療の狭間で苦しんでいます。この現状に新しいアプローチで真剣に取り組んでいる豊福明先生から寄稿をいただきました。



東京医科歯科大学大学院
医歯学総合研究科
全人的医療開発学系
包括診療歯科学講座
頭頸部心身医学分野

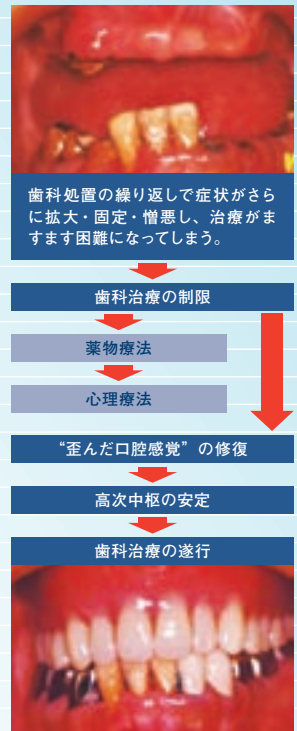
豊福明先生

はじめに

「へえーっ、歯科に心身症なんてあるの？」と内科や外科の先生方から、同業者や学生からは「歯科医師が心身医学的治療をやっているんですか？」などとよく尋ねられます。

古くから歯科領域では、原因不明の口腔内の慢性疼痛や違和感、歯科治療にまつわる異常な反応などが知られ、「歯科心身症」と呼ばれてきました。例えば「舌がピリピリする」「神経を抜いてもまだ歯が痛い」「歯の咬み合わせがおかしい」などといった訴えがあり、歯科医師側はつい「歯の問題ではない」などと敬遠しがちです。患者さんは内科、耳鼻科や脳外科などを転々とし、精神科や心療内科まで受診されることもあります。精神障害の範疇や積極的な治療の対象とは見なされないことがほとんどです。こうした患者さんは、医療の狭間で苦しんでいます。我が国の医療の死角が、歯を中心とした口腔領域に存在するといつても過言ではありません。

(図1) 歯科心身症の治療戦略



歯科心身症の臨床 — どう診立て、どう治すか? —

本症の患者さんは一見元氣そうですが、しばしば強烈な口腔の異常感に日常生活が支配され、著しくQOLが低下していることがうかがわれます。

本症の診断は、中高年の女性に多いこと、症状の日内変動(午前中は比較的軽症で、夕方から増悪する)や移動性(痛む部位が移動もしくは拡大・縮小する)、通常の治療による自覚症状の改善をみないこと、などの特徴からさほど困難ではありません。我々は特に「食事中や何かに熱中している間は忘れていく」という特徴を重視しています。丁寧な診察とともに「定型的な疾患とはちよっと違う」という臨床的勘が大事であると考えています。

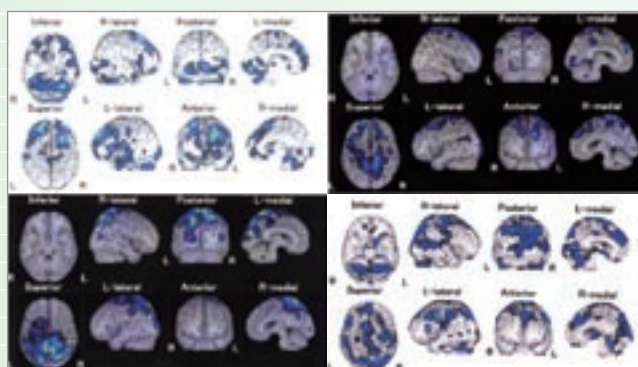
このような歯科領域の患者さんは、「この歯を治療してから悪くなった」など発症の契機や症状そのものに歯科治療に絡んだ特有の問題を包含す

るため、精神科や心療内科の先生も難渋されるようです。結局は歯科で対応せざるを得ないのが実情です。

我々は本症の病態仮説として、「脳内の神経伝達物質系に関する生化学的異常」と、「思考や記憶などに関する大脳皮質連合野における情報処理過程の歪み」という2つの側面を想定しています。すなわち患者さんはウソをついているのではなく、脳の中でそう感じているのではなく、脳の中と言えます。よって治療においては、訴えの根底にある口腔感覚認知の歪みを取り上げる必要があるわけです。

長年痛みがとれず歯科治療が繰り返された結果、図1のように口腔内が崩壊してしまった患者さんでも、まずは「歯科治療の制限」という治療的枠組みを設定し、然るべき薬物療法を行います。その変化を心理療法的にきめ細かく拾い上げていくことで、歪んだ口腔の感覚認知が修復されていきます。数ヶ月を要しますが、約70%の患者さんで症状の改善が得られています。これらの過程を経て

(図2) 舌痛症の^{99m}Tc - ECD SPECT 解析



臨床的には同じような舌痛症でも、脳血流シンチにおける個人差が大きい

高次中枢が安定した後になら、スムーズに必要な歯科治療が遂行できるわけです。

口腔内の疼痛、違和感や不定愁訴などには、抗うつ薬が奏効する場合があります。同時に、歯科治療を求める患者さんに、いかにして「歯科治療の制限」を行うかがツボとなります。治療技法の一貫性が成否を分けると言っても過言ではありません。また、本症に特異的に有効である薬剤は未だ発見されていないため、薬物療法の効果や副作用に個人差が大きいという課題も残されています。

患者さんは「心身症」という病名に対して、自己卑下や反発感を抱き

やすいようです。我々は、処方際に際して、口腔の感覚神経が「電話回線の混線」を起こしているといった例え話をします。それを治療するために「必要だから」向精神薬を使用すると伝えると比較的素直に受け入れてくれるようです。

歯科心身症の病態解明に向けて

問題は、口腔から高次中枢にわたる情報伝達系や情報処理過程の障害をどう捉えるかです。患者さんの臨床的データに加え、脳機能画像検査の発展に期待しています。まだまだデータは乏しいのですが、SPECTで脳血流評価を行ったところ、臨床的には同じような舌痛症でも、血流低下部位にかなりバラつきが大きいようです(図2)。

すなわち同一の症状・愁訴が、脳内の異なった神経回路から生じる可能性があるということです。このことは、薬剤の反応性、忍容性や副作用の出現に個人差が大きいことや症状の微妙なバリエーションの説明にもなるのではないかと考えています。

以上のように本症の病態は「心因性」と一括するよりも、口腔の「感覚認知の歪み」として捉えた方が、臨床的にも好ましく、今後の解明も進めやすいようです。地道な臨床に裏付けられた本症の病態解明とより効

果的な治療法の開発を目指しているところです。

後期高齢者医療制度を見据えて

本症の症状は、病態の主座が中枢にあるとは言え、患者さんにとっては「歯や口の問題」としか認識できません。誰かが受け皿にならないと容易に医療の死角、医科・歯科の狭間に陥ってしまうのが現状です。さらに長寿社会の到来とともに、高齢の患者さんが目立つようになってきました。合併症を有する後期高齢者の医療においては、患者さんがあちこちの病院・専門医を日替わりで受診するという今日のあり方は、早晚破綻してしまうのでは、と危惧しています。

かかりつけの医師・歯科医師である先生方が、必要に応じて専門医へ振り分けていただくことが、これからはますます重要になると思われます。また、当科からも、半年、1年経って症状の寛解が得られた後、紹介元の先生に継続処方をお願いすることがしばしばあります。

医療・歯科医療の第一線を担っておられる先生方に、歯科口腔領域にこのような病態があること、患者さんの苦痛は大きいこと、そして治療の余地があることなどに目を向けていただき、更なる連携医療の推進にご協力戴ければ幸いです。