

東京医科歯科大学医歯学総合研究科歯科心身医学分野
大学院特別講義（医歯学先端研究特論）

「統合失調症患者の歯科治療」

日時：2009/11/26 19:00-21:00

場所：東京医科歯科大学一号館 6 F 演習室 1,2

講師：中村 廣一 先生（国立精神・神経センター病院 歯科医長）



（抄録）

統合失調症患者の歯科治療

精神に障害を持つ患者の歯科治療はとかく敬遠されがちである。その原因は患者の考え方や行動の得体の知れなさに対して我々が抱く過剰な警戒心にある。忌避感情は特に統合失調症患者に対して顕著である。今回の講義では、当科で歯科治療を行なった本症入院患者にみられた歯科診療に伴う問題点を提示し、それへの対応の工夫を示してみたい。また「誤った関連付けにもとづく不合理的な訴え」は本症患者の問題点の中でも対応がきわめて難しいが、クオリア概念の導入による対応の試みについて述べてみたい。

国立精神・神経センター病院歯科 中村広一

2009.11.26

統合失調症患者に見られる歯科診療上の問題点と対応

I. 対応の難しさ

歯科治療場面において多少の違和感を感じるにせよ、統合失調症患者との対応は概ね問題がない。しかし、歯科医は対応困難なケースの存在を念頭に置く必要がある。

<統合失調症患者に見られる対応上の問題点>

- **意思疎通が難しい**
自閉的でうちとけない
対話が成り立たない
不愛想、社会的礼儀の欠落
- **不安、猜疑心が強い**
被害者意識を持ちやすい
- **思い込みが強い**
不合理的な訴え（思い違い、錯覚）
訂正不能
- **奇異な行動**
健常者の理解を超えた行動や反応を生み出す（特有の認知障害に起因）
とんでもないことを訴える時は、たいてい精神状態が悪い時。

<“不合理的な訴え”への対応を考える。>

- 「訴えを聞き入れないこと」は患者にとっては「自己の感覚」の否定、「自己そのもの」の否定であり、治療者－患者関係の破綻を招く。
- 「訴えを聞き入れること」は“誤った関連付け”を肯定したと受け取られ、不合理的な歯科治療を断れなくなる可能性が大きい。結果として泥沼化の危険がある。
- 客観的には如何に不合理でも、本人にとっては“現実”

“不合理的な訴え”を肯定しつつ“誤った関連付け”を否定できないだろうか？

自覚症状をクオリア (qualia) として捉える。

クオリア (qualia) とは「私たちの主観的な体験の中に感じられる様々な“質感”」である。自覚症状とは患者が自分の身体の異常を意識したときに、心の中にたちあがる“質感”であり、クオリアそのものである。クオリアとしての自覚症状は、身体症状のみならず感情気分、記憶、体験などを含む。いかに不合理的でも本人にとっては現実である。自覚症状には何でもあり得る。

統合失調症患者は一つの見方や考え方に固執してその訂正が困難であり、その根底に疾患特有の認知障害がある。

< “誤った関連付けを伴う不合理な訴え” への対応の原則 >

- ・ 訴えの受容的な傾聴
- ・ 自覚症状をクオリアとして捉える治療関係の確立
- ・ 精査に基づく説明の繰り返し
- ・ 否定すべき点は明確に否定
- ・ 誤まった関連付けの否定

II-1. 奇異な反応や行動

(例1) 真っ黒になった多数歯を歯科医師から“むし歯”であると説明されても、「歯を磨いているから虫歯はない」と否定した。

(例2) 前歯が破損した義歯に対して歯科医師が修理を提案したところ、「この入れ歯がいい。若く見えるから」と拒絶した。

(例3) 「ぴったりあった補綴物は苦しい！ 精神病患者の補綴物はゆるいのがいい」

(例4) 関節突起骨折後の下顎偏位への自発的訴えの欠如

(例5) 抗精神病薬による薬物性開咬への“無関心”

(例6) 過度のブラッシングによる露髄（歯の神経露出）。その歯を治療しても、また別の歯を露髄させるくらい磨いてしまう。

(例7) 歯肉膿瘍の上に義歯を装着し、痛いのははずそうとしない。

(例8) 舌癌にも関わらず、痛みを全く訴えず、発見が遅れた。

なぜこうなるのか？

統合失調症患者の認知障害が健常者の理解を超えた行動・反応を生み出す。

II-2. 痛みの話題

通説：統合失調症患者は痛みに鈍感と言われる。

しかし、実際の歯科治療においては：

- ・ 多くの患者が痛みを主訴として歯科を受診。
- ・ 歯科治療に伴う痛みを極度に恐れる。
- ・ 痛み刺激ことに早い刺激に正常に反応する（局所麻酔の針刺入時など）。

統合失調症患者における痛み感覚の特徴

- ・ 痛み感覚自体は正常。
- ・ 痛みの「認知」が健常者とは異なる。

→**歯科治療には十分な除痛が必要**

抗精神病薬とエピネフリンの併用： α 作用の遮断により β 作用が優位となり血圧低下の危険があるため効能書では禁忌とされる。

Ⅲ. 口腔衛生の不良

統合失調症患者の口腔衛生状態悪化の要因：

- ・ 抗精神病薬の副作用…唾液減少、口腔乾燥、錐体外路症状、手の振るえ
- ・ 陰性症状…無関心、感情鈍麻、無為
- ・ 認知障害

陰性症状（無為、意欲の乏しさ）を伴う統合失調症患者の口腔ケア

→周囲からの毎回の声かけ、専門家による定期的な診察と口腔清掃が必須！

Ⅳ. 抗精神病薬の副作用

・抗精神病薬の副作用

自律神経への影響 唾液分泌抑制→う蝕・歯周疾患の増加

・抗精神病薬の副作用による錐体外路症状

アカシジア

ジストニア

パーキンソニスム

ジスキネジア

オーラルジスキネジア

・歯科で問題となる抗精神病薬の副作用

フェノチアジン系（プロピル側鎖）：クロールプロマジン、レボメプロマジン

→自律神経系への影響

フェノチアジン系（ピペラジン環側鎖）：フルフェナジン、ペルフェナジン、フルデカシン

ブチロフェノン系：ハロペリドール、スピペロン

→錐体外路症状

・抗精神病薬の副作用に起因する顎口腔症状

開咬、咬合の違和感、不正咬合、顎関節脱臼、顎関節痛、咀嚼障害、開口障害、歯ぎしり、歯周疾患、義歯関連不快症状、歯痛 *etc.*

症例：抗精神病薬（ハロペリドール）の副作用による**薬物性開咬**

・若年者の開咬をみたときには要注意！

薬物性開咬では非可逆的な矯正治療は禁忌！

原因薬剤の減量により自然治癒する（1-2年を要することもある）

・その他の錐体外路症状の歯科診療への影響

1. 義歯作製時の筋形成・咬合 採得の困難
2. 平板な表情

<統合失調症患者との対応の一般的留意点>

- ・十分な対話を心掛ける
- ・訴えをよく聴く
- ・わかりやすい説明（簡潔な説明・必要最小限で）
- ・納得下の治療に徹する（患者の望まないことはしない）
- ・不安を抱かさない
- ・初回は診察、検査、投薬のみ（1回めから手をつけない）
- ・非可逆的治療を急がない
- ・ゆっくりした治療を心がける

追補)

“歯科心身症”にみられる不定愁訴について

歯科心身症では訴えと現実に乖離がある。

<“歯科心身症”患者の不定愁訴の特徴>

- ・自覚症状と臨床所見が一致しない。
- ・訴えが冗長でまとまらない。
- ・非合理的な関連付けを伴う。

“不定愁訴”は、クオリアである自覚症状を患者が苦勞して言語化しようとしたもの



その核に身体異常感が存在。体験、記憶、価値判断、感情、などが加わって醸成されたものが“不定愁訴”。

歯科心身症患者の愁訴は“ソムリエの語るワインの味わい”と同じ。

歯科心身症は身体感覚を中心としたクオリア（“感じ”）の問題であって、“考え”の異常（思考障害）ではない。

→治療の適任者は不定愁訴の核となる身体感覚を熟知した歯科医ではないか。

おわりに

演者はこれまで中枢に障害のある患者の歯科治療、原疾患に配慮しながらの歯科治療を実践してきた。その中で「主観の科学」を試みた。

对人的問題を孕む統合失調症患者の歯科治療を通じて、傾聴を中心とした全人的対応が有効であることを再確認できた。



主な参考文献

0. 中村広一：鶴見大学における心理・精神的な問題症例 204 例の臨床統計的検討.
鶴見歯学 16:399-406, 1990.
1. 中村広一：エピソードと患者、そして社会—受容を左右する因子について—.
顎顔補 14: 65-75, 1991.
2. 中村広一、他：MMP I による下顎前突症手術患者の性格の検討
日口外誌 31:2685-2693, 1985.
3. 中村広一、他：抗うつ剤による治療を行った歯科・口腔外科領域患者の臨床統計的検討.
日歯心身：4:8-16, 1989.
4. 中村広一：抗精神病薬起因の錐体外路症状に由来する顎口腔領域の臨床症状について.
日有病歯誌 14:1-7, 2005.
5. 中村広一：統合失調症患者の歯科臨床 —第1報 診療場面における問題点—.
精神科治療学 21:765-769, 2006.
—第2報 抗精神病薬の副作用の影響および本症患者に特有の現象について—
精神科治療学 21:897-902, 2006.
6. 中村広一：統合失調症患者の歯科診療—問題点と対応—.
障害者歯科 27:541-547, 2006.