

ることを示唆している。

謝 辞

本研究は、社団法人日本アロマ環境協会学術調査研究委員会・2007年度研究助成金制度による助成を受けて実施されたものである。ここに謝意を表する。

●引用文献

- 1) 川嶋 朗: "ナースのための補完・代替療法の理解とケア", 学研, pp. 16-36 (2004).
- 2) 春田博之: 真正ラベンダー (精油) 浮腫改善のメカニズムについて, 日本アロマセラピー学会誌, 5 (1), 51-55 (2006).
- 3) 小笠原映子, 椎原康史, 外里冨佐江, 李 範爽, 安藤満代: 高齢者に対するアロマオイルマッサージの心理学的効果について (第1報) - 気分形容詞チェックリストによる評価 -, 日本アロマセラピー学会誌, 8 (1), 23-28 (2009).
- 4) 小笠原映子, 椎原康史, 外里冨佐江, 李 範爽, 安藤満代: 高齢者に対するアロマオイルマッサージの心理学的効果について (第2報) - Rosenberg Self-esteem Scale および PGC Morale Scale による評価 -, 日本アロマセラピー学会誌, 8 (1), 29-33 (2009).
- 5) 吉田真理, 北村知昭, 藤本陽子, 諸富孝彦, 永吉雅人, 波多野圭紀, 柿木保明, 寺下正道: 歯科治療へのアロマセラピー応用が患者不安の改善に与える効果, アロマセラピー学雑誌, 9, 45-47 (2009).
- 6) Satoh T., Sugawara Y.: Effects on humans elicited by inhaling the fragrance of essential oils: sensory-test, multi-channel thermometric study and forehead surface potential wave measurement on basil and peppermint, *Ann. Sci.*, 19, 139-146 (2003).
- 7) 山崎 潤, 塩田清二, 山田朱織, 小山めぐみ, 山田玲子, 山口泰成: アロママッサージの施術効果について (評価基準を用いた精油効果の検討) 第1報 手に対するマッサージ効果, 日本アロマセラピー学会誌, 3 (1), 29-36 (2004).

【要 旨】

近年、補完代替療法の一つであるアロマセラピーの医療現場への導入が進められている。今回、頭頸部に対する20分間の統一された手技で行うアロマセラピー・トリートメントが歯科口腔領域における治療後に残る不定愁訴や慢性疼痛等に対して有効であるか否かを調査した。九州歯科大学付属病院専門外来での治療で不定愁訴や慢性疼痛等を訴えた患者を被験者とし、アロマセラピー・トリートメント施術前後にアンケート調査、および各種測定 (フェイススケール, Visual analogue scale, 唾液アミラーゼ, 筋硬度) を行った。その結果、歯科領域における不定愁訴を持つ患者の不快症状の緩和と精神的なリラクゼーションにも有効な方法であることが示唆された。

キーワード: アロマセラピー・トリートメント, 口腔周囲筋, リラクゼーション

連絡先: 柿木保明

九州歯科大学生体機能科学専攻生体機能制御学講座摂食機能
リハビリテーション学分野
〒803-8580 北九州市小倉北区真鶴2-6-1
E-mail: kakinoki@kyu-dent.ac.jp

1. フローチャート

① 歯原性疼痛に対するクリティカル（クリニカル）パス

非歯原性疼痛の診断は難しく、また「歯が痛い」と思っている患者さんにいきなりその治療を勧めても理解してもらえないことが多い。日常的にクリティカルパスを使用していると非歯原性疼痛に対する治療開始の判断にも役立つ。クリティカルパスはもともと医科で開発された治療計画表で、高頻度疾患の治療を行う際、経験と勘で治療を行うのではなく、明確な根拠（エビデンス）をもった治療手順に従い、アウトカム（退院日）までを計画することでむだな治療をやめ、高いレベルで医師間・医療チーム内の手技・技術を共有し、患者さんに計画的に情報提供できるツールである。

歯科のように外来を主体とする医療ではパスを回数で区切ると理解しやすい。筆者らの診療室で作成した歯内治療用パス（図1）では、90%前後の症例では、1週間に1回の治療を4～6回行うことで症状は消退し、根管充填（アウトカム）に至っている。症状改善がみられない10%を難治症例とし、そ

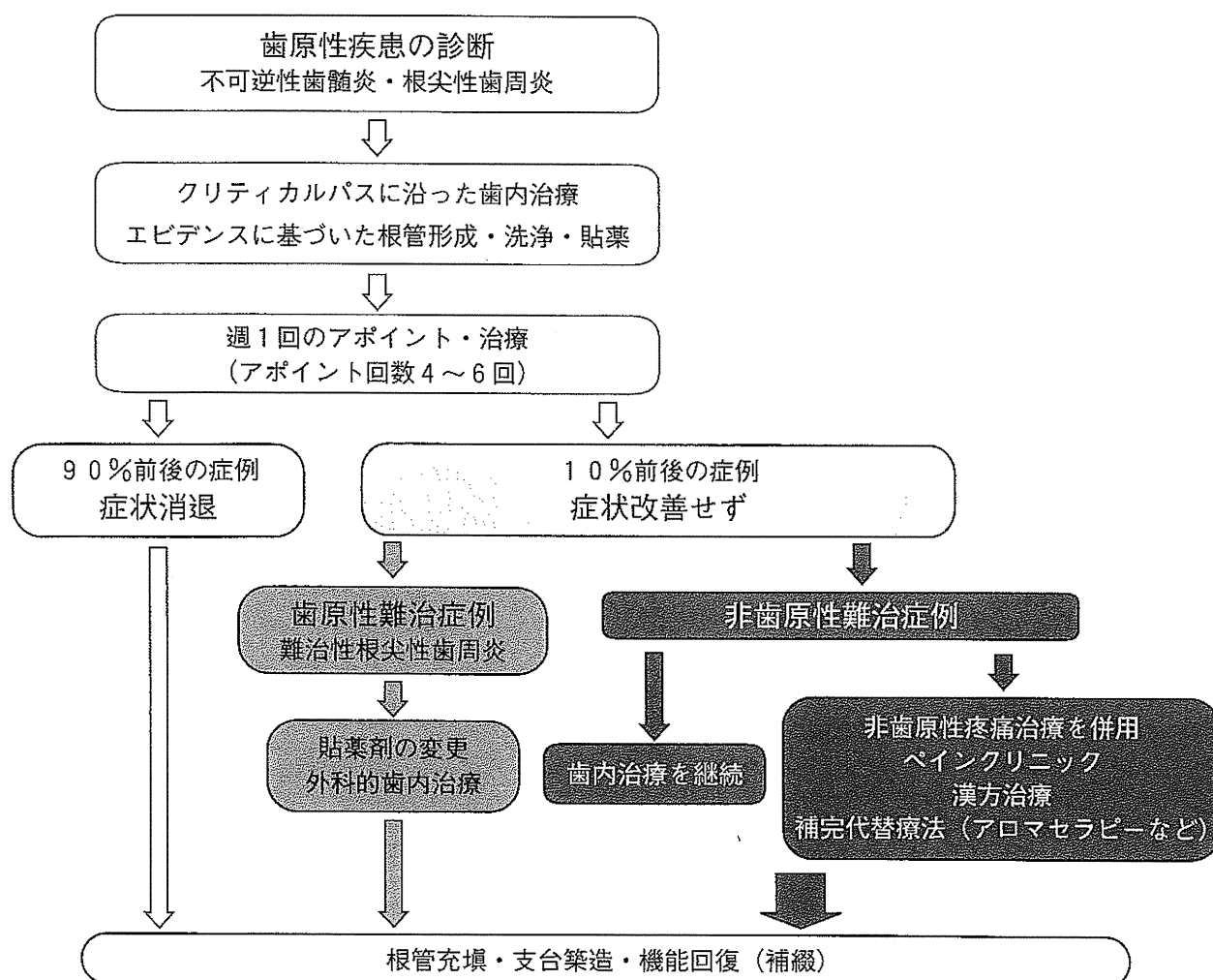


図1 歯内治療用クリティカルパスの概略

のなかに非歯原性疼痛症例や難治性根尖性歯周炎が含まれる。パスをもとに治療内容を初回および方針変更時に患者さんに説明しておく、患者さんが治療内容を理解した状態で診療が進められるし、非歯原性疼痛に対する治療の併用も説明しやすくなる。クリティカルパスは各歯科医院で作成されるものであり、一例として筆者らが用いている歯内治療用パスの概略(図1)を提示したが、ぜひ、成書を一読して各歯科医院のパスを取り入れてほしい。

② 非歯原性疼痛と診断するまでのフローチャート

初診時に患者さんの訴える「痛い」を、即座に非歯原性疼痛であると診断するのは難しい。歯を含む硬組織の疾患や咬合異常、あるいは口腔外科的疾患等がまったくなく、非歯原性疾患であると確定診断できるときは、自信をもってその治療を行うか専門医に紹介することができる。しかしながら、ほとんどの症例では「痛い」原因として歯原性疾患(齲蝕、歯髄炎など)や咬合に関する症状を先に訴えるため、その治療を先行して行うことが多い。歯原性疼痛に対する処置を行いながら、非歯原性疼痛を併発しているのか否かを探ることになる。

非歯原性疼痛の診断・治療フローチャート(図2)では、患者さんの来院から非歯原性疼痛に対する治療開始までの流れでステップごとにチェックポイントをあげ、本書のどこに詳細が記載されているかが示してある。患者さんが訴える痛みが理解しがたいと感じたときに、すぐに「原因不明」「不定愁訴」と決めつけず、フローチャートのチェックポイントに沿って「本当に見落としはしないのか?」「基本的治療に間違いはないか?」を自問自答しながら非歯原性疼痛の診断・治療を行いたい。

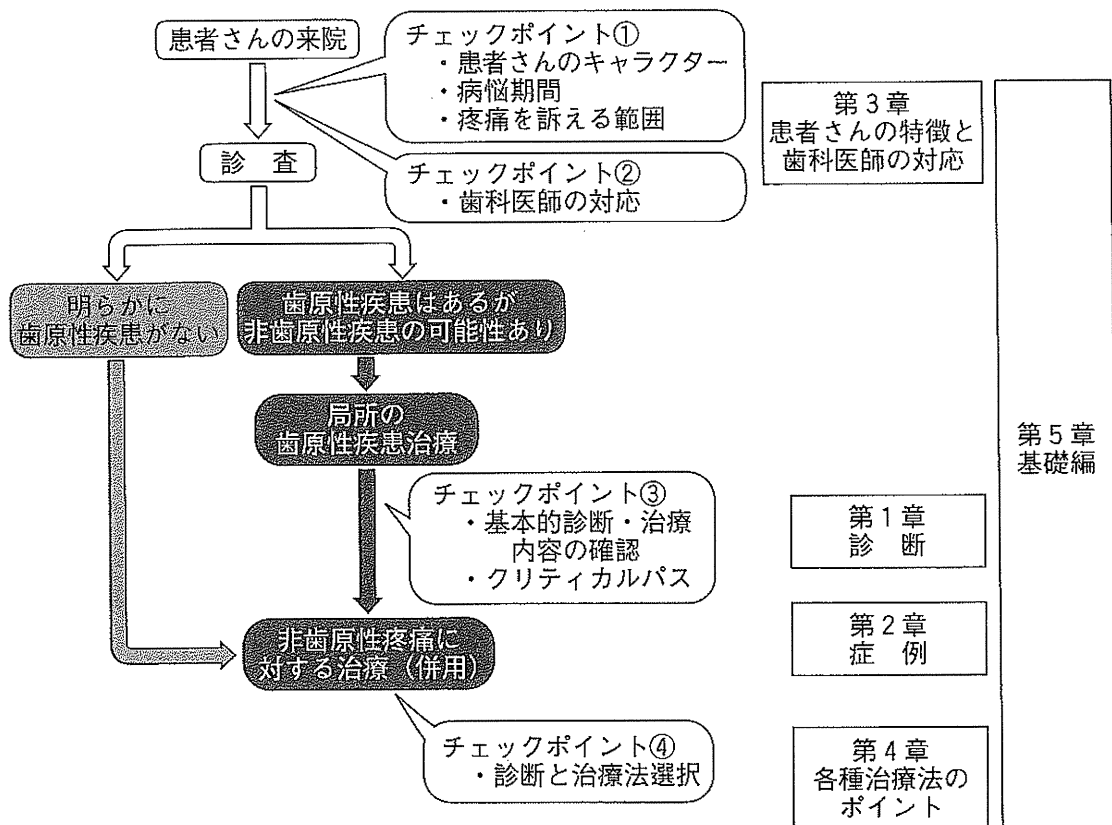


図2 非歯原性疼痛の診断・治療フローチャート

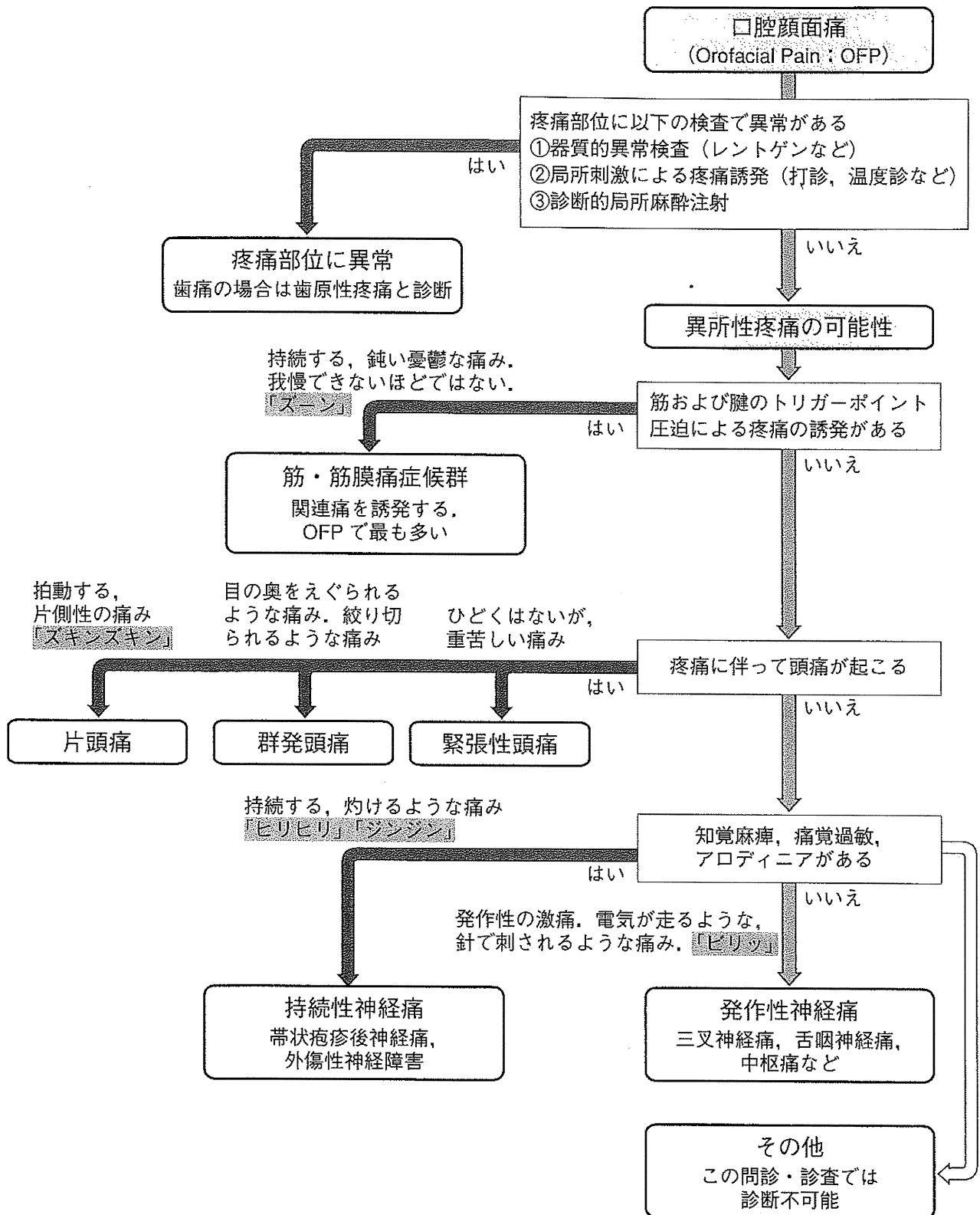


図3 非歯原性疼痛の鑑別フローチャート

④ 診査・診断法 (図3)

非歯原性疼痛のなかでも、口腔顔面痛 (orofacial pain:OFP) は、原因も症状も多種多様であるため、

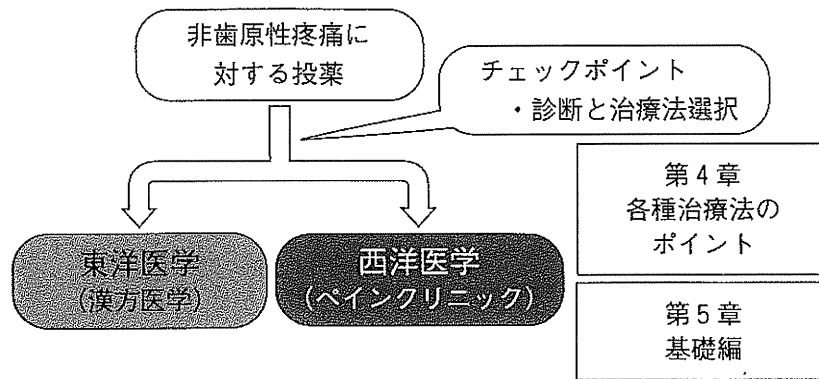


図4 非歯原性疼痛に対する投薬治療のフローチャート

診査・診断を画一化するのは困難である。ここでは歯科でよく遭遇する非歯原性疼痛疾患を鑑別するフローチャートを示す。

はじめに、

- ①患者さんが主訴とする疼痛部位に器質的異常があるか、
- ②一定の刺激で疼痛の誘発が可能か、
- ③疼痛部位の診断的局所麻酔で痛みの軽減が可能か、

を診査する。疼痛部位に器質的異常がないと判断された場合はさらに問診を進め、異所性疼痛の原因となる疾患を導き出す。異所性疼痛の確定診断は、診断した疾病治療によって疼痛の軽減あるいは消退で得られる。

④ 非歯原性疼痛に対する投薬治療のフローチャート

非歯原性疼痛に対する処置のなかで、投薬は重要な位置を占める。使用薬剤にはペインクリニックで用いられる薬剤と東洋医学で用いられる薬剤がある（図4）。ペインクリニックでは非歯原性疼痛に含まれる顎関節症以外の痛みを狭義の口腔顔面痛（OFP）といい、体性痛、神経因性疼痛および心因性疼痛に分類される。いずれの治療においても投薬が効果的だが、非ステロイド性消炎鎮痛剤のみでは対応できない。たとえば神経因性疼痛である特発性三叉神経痛には、局所ではなく中枢に作用する抗てんかん薬のカルバマゼピンが奏効する。慢性痛はストレス、不安、緊張、不眠、うつ状態を起こし、痛みを増強する悪循環を形成するが、そのような症状に対する処方も行われる。痛みの原疾患を的確に診断し、疾患にあった薬剤を投与しなければならないが、OFPに適応のある薬剤は多くない。一方、東洋医学で用いられる漢方薬は、穏やかに作用するものが多く、処方後は一定の期間をおいて効果を判定することになる。これまでも疼痛緩和にいくつかの漢方薬が用いられているが、漢方薬処方をする際は、病態を局所的にとらえず、全身的にとらえる漢方医学のトレーニングをしておかないといけない。

OFPの診断・治療は歯科医師が行うべきだが、現行の保険制度では薬剤があるにもかかわらず歯科医師には処方が困難なものもある。また、ペインクリニックで用いられる薬剤のなかには慎重に投薬しないと重篤な副作用を起こす可能性のある薬剤もあり、専門医への紹介が適切なことが多い。非歯原性疼痛に対する処方では迷うときは、まずは副作用などの少ない漢方薬から開始するのも一法である。

（北村知昭，柿木保明，椎葉俊司）

5) 口腔内科系（口腔粘膜の痛み）

歯科治療における不定愁訴の対象として舌痛症がある。また、近年では高齢者や全身疾患を有する患者さんに口腔乾燥症が増えてきている。舌痛症や口腔乾燥症は狭義の非歯原性疼痛の領域には入らないが、「口の中全体が痛い」といった不定愁訴という領域では、しばしばみかけられる疾患である。ここでは舌痛症、口腔乾燥症および非典型的な筋肉痛の診断・治療でチェックしておくべき事項をあげる。

① 舌痛症ではないのか？

1. 舌痛症とは

舌痛症は、教科書的記述では明らかな舌所見がみられないことから、心因性疾患とされている。舌尖部や舌辺縁部にヒリヒリする痛みや灼熱感を主訴とし、舌自体には特徴的異常がないことから、多くの臨床現場でがん恐怖症などの心因性¹⁾と判断され、心理療法や抗うつ薬投与などの治療がさかんに行われている。しかし、実際にはこのような治療で治癒あるいは軽減しない症例も多く、患者さんは舌の痛みで悩まされている。

舌痛症では実際に痛みを自覚している症例が多く、心理的因子の関与はあるものの、それだけで発症することは少ない。複雑な原因や要因が影響しあっている症状で、心理的因子への対応や抗精神薬や抗うつ剤の投与のみでは、その他の因子を解決しにくく、このことがさらに難治性疾患と判断される原因となっている。

2. 痛みの特徴（表 1-1）

舌先端部は痛覚受容器が多く最も敏感で、舌体前半には受容器が少なく、舌体後方から舌根部にいくにつれて受容器が再び多くなる。舌の表面感覚は、前方 2/3 が三叉神経枝である舌神経、後方 1/3 が舌咽神経および迷走神経により中枢に伝えられる²⁾。舌深部には、筋紡錘のほかに圧覚あるいは痛覚受容器が存在し、受容器からの感覚信号は舌下神経、一部は頸神経を経由して中枢に送られる²⁾。このように、舌は粘膜表面だけでなく筋紡錘や舌深部でも感覚を受容できることから、全身のなかでも敏感な組織といえる。

舌痛症は、明らかな傷などがなくてもかかわらず、舌の痛みを自覚する場合がほとんどであり、鑑別しなければならない疾患があるので注意を要する。小さくても明らかな傷や口内炎などが存在すると接触痛や自発痛が生じやすいので、舌痛症と区別しなければならない。三叉神経痛などによる神経疾患による痛みも鑑別の対象となる。

舌痛症の痛みの特徴は、食事時に痛みは増強しない、あるいは自覚しない点である。本来であれば、痛みを自覚する程度ではない症状を痛みとして自覚している場合で、この症状をカバーするほどの刺激（食事の刺激など）がある場合、容易に打ち消されてしまい、痛みを感じにくくなる。食事や会話、趣味の活動以外の、何もしていない状態で舌の痛みが増強する場合は典型的な舌痛症の特徴といえる。

一方、痛みを解消する目的で、舌を折り曲げたり、歯に当たらないように工夫していると回答する症例では、舌の血行障害を引き起こしたり、舌体内の圧力亢進になることで痛みが増強する場合が多い。安

表 1-1 舌痛症の鑑別点

1. 食べるときは、ほとんど痛くない場合が多い
2. 何もしないときのほうが痛みを自覚する
3. 目にみえない程度の微小外傷も考慮する
4. 舌の動きで増強する場合もある
5. 粘膜の過敏や脆弱化、炎症も考慮する

表 1-2 舌痛症の因子

1. 舌粘膜への刺激亢進
微小外傷の可能性
唾液分泌低下による摩擦力増強
2. 舌粘膜の神経過敏症状
舌粘膜の被刺激性亢進
3. 神経への圧力亢進
4. 粘膜の脆弱化
粘膜上皮の再生力低下
真菌感染
5. 心理的因子
6. その他

静時には舌がリラックスしている必要がある。

食事時に痛みが増強される症例では、舌粘膜そのものが弱っている場合や、炎症の存在、舌粘膜などに存在する細かな傷への刺激で痛みが増強している場合が多く、微小外傷や舌粘膜の脆弱化、真菌の感染などを疑う。また、舌の動きで舌内部の神経を圧迫するような状態になることもある。

3. 痛みの原因や誘因 (表 1-2)

(1) 舌粘膜に対する刺激

明らかな鋭縁がなくても、義歯や歯列により、つねに舌粘膜が刺激を受けていると考えられる場合は、形態を修正すべきである。歯科治療や義歯の装着により形態変化が生じた場合に多くみられる。

(2) 舌粘膜の過敏

舌粘膜が過敏になっている症例では、睡眠剤や抗不安薬などを長期連用している場合が多い。薬剤の血中濃度が高い場合は感覚低下を生じるが、薬効が切れてくると、もとの感覚水準に戻るために、長期連用の患者さんでは逆に感覚過敏と認識してしまうことになる。このような症例に抗不安薬などを投与すると、さらに悪循環に陥り、複雑な状態となりやすい。

(3) 神経の圧迫による症状

感覚神経受容体周囲の圧力が増している場合などで、舌体内に水分貯留が生じたときに多くみられる。神経組織を圧迫することで、少しの刺激でも神経が過敏に反応し、圧迫や物理的的刺激が感覚を増大させて痛みや違和感を強く自覚することになる。肩こりや首こり、顎関節症などによる筋緊張状態、食いしばりなども、顔面部や口腔内、舌組織の圧力を高くする原因となる。口腔内の容積が小さくなった場合も同じで、義歯や歯科治療などで咬みあわせの高さが低くなることで、口腔の容積が減少し、圧力を感じやすくなり過敏となる。

(4) 粘膜の脆弱化

粘膜が弱って傷つきやすくなると、軽度の炎症や歯・義歯の摩擦で疼痛を感じやすい。溝状舌などで、溝内部の粘膜上皮の再生力が低下し弱くなっている場合は、疼痛に過敏になる。真菌の感染が生じると菌糸型に変化しやすい³⁾ことから、菌糸が粘膜上皮内に差し込まれてしまうために、その刺激を疼痛として自覚しやすくなる。

(5) 心理的因子

ストレスにより血行不良の状態や肩こり、顎の緊張、食いしぼりが生じると、間接的に口腔領域の圧力亢進が生じることがある。また、前かがみの姿勢や舌に力を入れ、舌が歯にあたりやすくなっている患者さんも多い。痛みを自覚していれば、その局所になんらかの変化が存在すると考えて説明をしたほうが経過のよい症例が多い。

② 口腔乾燥症ではないのか？

1. 口腔乾燥症とは

口腔乾燥症は唾液分泌低下によって発症すると理解されているが、実際には口腔粘膜が乾燥した症状およびそれに関連した症状を指すことが多い。すなわち、唾液分泌が正常であっても、口呼吸や口腔機能低下などで口腔粘膜が乾燥していれば口腔乾燥といえる^{4,5)}。

これまで口腔乾燥症に対してはシェーグレン症候群の診断基準が準用され、唾液分泌低下イコール口腔乾燥症と判断されてきた。そのために、要介護高齢者など、唾液を吐き出すことができない患者さんやガーゼを咀嚼できない患者さんでは診断そのものができなかった。近年は、口腔粘膜上の唾液の湿潤度を評価する検査法や口腔水分計などが開発され、口腔乾燥症の評価が可能になっている⁵⁾。

2. 口腔乾燥による口腔症状

口腔乾燥や唾液分泌低下があると、自浄作用が低下し、粘膜の潤滑作用がなくなり、齶蝕や歯周炎の発症・増悪、粘膜障害や舌粘膜の痛み、義歯の不安定、舌苔増加、カンジダ症発症などがみられるようになる。要介護者や障害者では、口腔機能障害や味覚異常、嚥下障害から全身状態の悪化などさまざまな影響を及ぼす。

唾液が少なくなると味覚や粘膜への影響も出てくる。味覚神経が水分に溶けるものしか感じないことから口腔乾燥のある患者さんでは味覚低下が生じやすい。乾燥があると口腔組織に潤いが少なくなることでスムーズに動きにくくなり、咀嚼機能や嚥下機能が低下しやすくなる。また粘膜や義歯などの摩擦力が亢進することで痛みを生じることが多くなる。さらに、食欲低下や消化管の吸収障害にまで影響を及ぼすと考えられる。

高度の口腔乾燥症では、日常の唾液嚥下である空嚥下の回数が極端に減少し、食事時の嚥下機能の準備ができないままに食事を摂取することになるため、誤嚥を生じやすくなる。このような症状が繰り返されると、高齢者では経口摂取が困難であると判断され、経管栄養に変更されることも多い。

3. 口腔乾燥による痛み

口腔乾燥や唾液分泌低下と関連している舌・口腔粘膜の痛みは、粘膜間に生じる摩擦が原因であることが多い。高分子ヒアルロン酸ナトリウムを含有した洗口液（絹水[®]やオーラルウェット[®]など）の口腔保湿剤をスプレー・塗布することで摩擦力が低下し、痛みが緩和される⁶⁾。

乾燥により口腔粘膜が脆弱化している場合は、微小外傷や炎症症状が痛みと直接関連するので、口腔粘膜の保湿とともに粘膜を改善する必要がある。基本的には栄養確保が大切であるが、粘膜改善には漢方薬も効果的⁷⁾である（表 2-1）。

表 2-1 口腔乾燥症に対する漢方薬

薬剤名	分類	おもな証	症状・備考
白虎加人参湯	清熱剤	実～中	薬剤性口腔乾燥に効果
滋陰降火湯	滋潤剤	中～虚	皮膚乾燥, 粘性痰
五苓散	利水剤	実～虚	舌苔湿潤, 舌胖大, 歯痕
十全大補湯	気血双補	中～虚	溝上舌, 疲れやすい
柴胡桂枝乾姜湯	和解剤	中～虚	顔色がすぐれない, 精神症状
小柴胡湯	和解剤	中程度	口中不快, 舌苔
当帰芍薬散	利水剤	中～虚	冷え症, 舌薄白苔
柴朴湯	和解剤	中～虚	喉の詰まる感じ, 神経症状
麦冬門湯	滋潤剤	中～虚	痰が切れにくい, 乾燥傾向
八味地黄丸	温裏補陽	実～虚	舌は湿で, 淡白

④ 非典型的な筋肉痛ではないのか？

口腔内科的疾患を診断するなかで、咬合に関連する痛みを患者さんが訴える場合、非典型的な筋肉痛の可能性がある。非典型的な筋肉痛は原因部位を発見しにくいいため、心因性の痛みと誤診することが多い。患者さんの強い希望で抜歯しても疼痛は変化しないため、次々と隣接する歯を抜歯するよう要求されることになる。

非典型的な筋肉痛は、以下の筋付着部に原因があることが多い。

1. 顎二腹筋後腹の下顎骨付着部

前かがみの姿勢が多い患者さんや舌に力が入りやすい患者さんでは、この部位の疼痛が多く、下顎角の裏側にある顎二腹筋の触診で疼痛を自覚する。同部位のマッサージを行うことで痛みが軽減する。

2. 咬筋の内側付着部

外側からの触診では疼痛がほとんど生じないが、口腔内から触診することで強い痛みを自覚する。側方運動時の咬合干渉で生じていることが多い。また、体内に水分貯留傾向のある患者では神経過敏状態にあり、ごく軽度の咬合干渉でも生じるので、歯痕舌や胖大舌がみられる患者さんでは注意が必要である。歯や義歯の削合ではなく、研磨程度の処置で疼痛が軽減する。

(柿木保明)

参考文献

- 1) 都 温彦：舌の痛み。日本歯科評論，694：95～100，2000。
- 2) 稲永清敏：舌の解剖・生理。歯科医師・歯科衛生士のための舌診入門（柿木保明，西原達次編著）。ヒョーロンパブリッシャーズ，東京，2001，68～72。
- 3) 発地雅夫：カンジダ感染症の組織学的同定と病理学的所見。内臓カンジダ症の基礎と臨床。協和企画通信，東京，1994，13～16。
- 4) 柿木保明：口腔乾燥症の診断・評価と臨床対応。歯界展望，95（2）：321～332，2000。
- 5) 柿木保明，西原達次：唾液と全身状態（1）唾液分泌度の評価方法。日本歯科評論，697：17～19，2000。
- 6) 柿木保明：口腔ケア。今日の治療指針 2004。医学書院，東京，2004，1058～1059。
- 7) 柿木保明編著：歯科医師・歯科衛生士ができる舌診のすすめ。日本歯科評論別冊 2010。ヒョーロンパブリッシャーズ，東京，2010，85～93。

表 1-1 口腔乾燥症の臨床診断基準

0度 (正 常)	: 1～3度の所見がなく、正常範囲と思われる
1度 (軽 度)	: 唾液の粘性が亢進している
2度 (中程度)	: 唾液中に細かい唾液の泡がみられる。
3度 (重 度)	: 舌の上にほとんど唾液がみられず、乾いている

(柿木保明, 長寿科学総合研究事業, 2000)

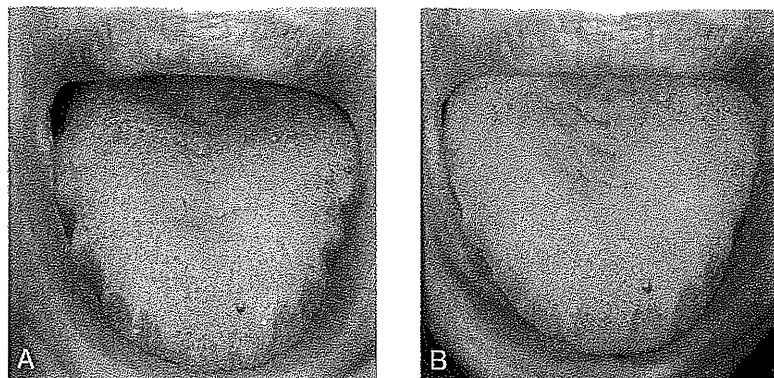


図 1-1 舌痛症患者にみられた胖大舌

A: 70歳代女性, 舌の痛みを訴えて受診した。舌はやや薄白舌で, 胖大舌と歯痕がみられる。

B: 6カ月後, 舌辺縁部に接触する歯の研磨および絹水®の使用とともに, 五苓散3カ月と六君子湯2カ月の処方では, 舌痛の自覚症状が軽快し, 歯痕の程度も軽快した。

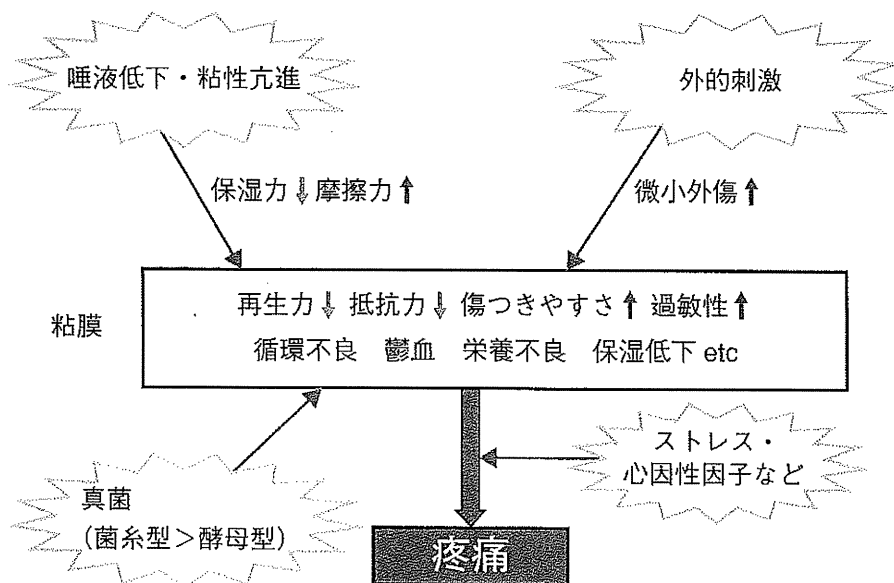


図 1-2 舌痛症の発現

④ 治療経過

1. 漢方医学的アプローチ

初診時の問診と舌の所見・触診などから, 薬剤による口腔乾燥傾向と, 舌粘膜の溝内部の局所真菌感染および舌体内部の水分貯留傾向による舌浮腫で歯に過度の接触がある状態と思われた。舌辺縁部に接

触する歯の研磨を行うとともに、口腔保湿剤として洗口液絹水®を、漢方薬としてツムラ五苓散を3カ月、続いてツムラ六君子湯を2カ月処方した。粘膜溝内部には、抗真菌剤（フロリードゲル®）の局所塗布を指示した。その結果、徐々に疼痛の頻度が減少し、6カ月後には舌背部の痛みは消失し、舌苔の症状も軽くなり、溝も軽減した。舌辺縁部の痛みも徐々に軽減して、3カ月後には歯痕の程度も軽快した（図1-1B）。

治療のポイント

▶本症例では、睡眠剤などの体質を変化させる薬剤の影響が考えられた。長期服用で、水分代謝の調節機能が低下して体内に水分が貯留しやすくなったと思われる。唾液分泌も低下し、舌粘膜の溝状部に真菌の定着が生じたことも痛みの一因になったと考えられる。

また、午前よりも午後の自覚症状が強い傾向は睡眠剤の長期連用患者に多い。感覚を低下させていた薬剤の血中濃度が低くなることで感覚が戻り、逆に過敏症状を自覚すると思われる。睡眠剤の服用を徐々に減量していくことも重要な治療法となる。

▶冷え症などの体質により局所の血行が停滞しやすく、肩こりなどによる圧力亢進や舌組織内の水分貯留による過敏が生じやすくなる。このような症状には漢方薬が功を奏する場合が多い^{3,4)}。漢方薬の使用だけでなく、生活習慣も改善するように指導することが治癒を早めることにつながる。

▶舌痛症は、単一の原因や症状だけでなく、上記のように複雑に重複している。肩こりが原因で、頭頸部の圧力が亢進して症状が出る場合や、睡眠時に足を高くして寝ていることで、朝に舌の違和感を強く感じる症例もみられる。舌の痛みに対しては、原因となっている関連因子をきちんと把握して対応することで、改善に結びつく場合が多い（図1-2）。

（柿木保明）

参考文献

- 1) 柿木保明：舌のみかた。予防歯科実践ハンドブック。医歯薬出版，東京，2004，12～13。
- 2) 柿木保明：不定愁訴とその対応—舌痛症。JOHNS23-7，2007，994～1000。
- 3) 柿木保明：歯科漢方ハンドブック。KISOサイエンス，神奈川，2005，28～31。
- 4) 柿木保明：舌診からみた漢方製剤の選択。歯科医師・歯科衛生士のための舌診入門（柿木保明，西原達次編著），ヒョーロン，ヒョーロンパブリッシャーズ，東京，2001，68～72。

1. 患者さんの特徴

① キャラクター

来院した患者さんの訴える痛みを、初診時に行う問診のみで「非歯原性疼痛」とであると診断することはできない。多くの場合、一般歯科治療を行っていく過程で非歯原性疼痛であると判断することになるが、非歯原性疼痛治療により症状が改善した患者さんは、結果的に以下のような特徴を有することが多い。

1. 神経質

歯に痛みがあって歯科医院に行くときには誰しも緊張している。歯科治療は怖い・痛いというイメージがあるためか、歯の痛みを訴えて来院する患者さんの多くは多少神経質になっている。一般歯科医院が対象としている患者さんの痛みのほとんどは、感染などによる炎症性の歯原性疾患が原因であり、根治的治療を行うことで症状は消退する。その治療過程で歯科医師と患者さんの間に信頼関係が構築され、患者さんの緊張は軽減していく。

一方、非歯原性疼痛を有する患者さんは、他の歯科医院での治療で症状が改善しないという経験を経て転院・紹介来院することがほとんどなので、「本当にこの歯科医院で治るのか」という疑念と緊張を強くもち、より神経質になっていることが多い。会話時や診査・治療時の反応に神経質・過敏なところがみられ、自身の苦しみを切々と訴えるときともに、歯科医師・スタッフの対応にも過剰に反応することもある。触診などにおいても、一般の患者さんであれば「痛いです」で終わるような反応が、過剰になる傾向がある。また、なかには商業誌やインターネットなどで痛みのことを詳細に調べて「自己診断」をして、その治療を希望する患者さんもいる。

2. うつ傾向

神経質で過敏な反応を示す一方で、どんよりとした雰囲気をも有し、「うつ傾向」がみられることも非歯原性疼痛を有する患者さんの特徴である。非歯原性疼痛を含む慢性疼痛を有する患者さんの多くはうつ傾向を示す。非歯原性疼痛の患者さんの多くは、原因のわからない痛みを抱えて苦悩している時間が長い。「ここに来て治らないのでは」という気持ちもあり、結果としてうつ傾向を示すことになる。

3. 頻繁に来院したがる

非歯原性疼痛を有する患者さんは毎日のように来院したがる傾向がある。「こんなに私が苦しんでいるのに」「一刻も早く治してほしい」という思いが強く、なかには受付で無理な来院希望を訴える患者さんもいる。一般歯科治療に忙しい歯科医師はこのような患者さんを敬遠し、二次、三次医療機関に紹介することが多い。一方、このような患者さんにも真摯に取り組む歯科医師のなかには、要求のままに毎日治療を行い、場合によっては原因が特定できないまま不必要な治療を行っていることもある。

頻繁に来院したがる患者さんには、一定のルール（1週間に1回の通院など）を守ってもらい、治療計画をていねいに説明しながら治療を進めるようにする。最初のうちは苦勞をするが、しだいに治療に

リズムが生まれ、患者さんも次の治療までの間に冷静に痛みについて考えられるようになる。

アポイントに関しては、歯科医師と患者さんが直接話すのではなく、歯科衛生士や受付などのスタッフを介するほうが、患者さんも冷静に話ができることが多い。治療においても、まずスタッフが受付で症状の変化を確認してから歯科医師に情報を伝え、診療台で対面するほうが、治療中の患者さんの冷静さを保つことができる。また、このようなチームアプローチによって「この歯科医院から見放されることはない」という信頼が生まれ、結果として症状改善につながることも多い。

② 病悩期間

疾患による疼痛で苦悩している期間を「病悩期間」という。非菌原性疼痛を有する患者さんは、1カ所であれ複数であれ歯科医院に長く通院しており、その病悩期間は6カ月以上に及ぶことも多い。一般的に病悩期間が長ければ長いほど、症状の改善に時間を要する。歯科医師が患者さんの痛みを理解せず、一緒に治していこうという姿勢をみせない、「痛みをわかってくれない」として患者さんは転院を繰り返すことになる。真摯に取り組んでいる歯科医師であっても、原因がわからないといたずらに時間が過ぎてしまうことになる。治療オプションとして本書に記載しているような非菌原性疼痛に対する対処・治療法の知識があれば、たとえ自分自身で対処を行わなくても、患者さんに非菌原性疼痛に関する説明ができ、患者さんのストレスをやわらげる一助にもなり、専門医に紹介することもできる。

③ 疼痛を訴える範囲

菌原性疾患による疼痛範囲は限局的なことが多い。広範囲に症状を訴える場合も原因となる部位(歯、歯周組織など)を特定することができる。一方、非菌原性疾患の場合、明確な炎症症状はなく、広範囲に痛みを訴えることが多い。この場合の「広範囲」とは、「口の中全体が痛い」「顎関節のところまで痛い」「肩からこめかみにかけて痛い」あるいは「この歯も痛いけどこちらの歯も痛い」といった具合にさまざまである。多くの場合、両側に症状を訴えることはなく、片側に強い症状を訴える。



2

2 歯科医師の姿勢

① 患者さんと一緒に問題を解決していく姿勢

「不定愁訴」として二次、三次医療機関に紹介され、来院される患者さんに問診を行うと、前医から「どこも悪くない」「痛いはずがない」といわれたと訴える患者さんがいる。

器質的異常がなくても、患者さんが異常、疼痛を訴えているからには、なにかしらの原因がある。原因は、時間をかけて歯原性疾患であることが判明することもあるし、非歯原性疾患であることがわかることもある。また、歯科医師だけでは対処しようのない心因性の問題であることもある。非歯原性疼痛であれ歯原性疼痛であれ、患者さんは歯科医師と一緒に問題を解決してくれることを望んでいる。どのような原因であったにしても、まずは患者さんの訴えを受け入れ、原因がわからないなら「現時点ではわからない。しかし、あなたが痛いというなら、なにか問題があるはず」という態度で、患者さんと一緒に問題を解決する姿勢をみせることが大切である。

② 患者さんや症状から逃げず、正面から向き合う姿勢

患者さんが「不定愁訴」のような原因のわからない痛みを訴えると、「この患者さん、大変だ」という思いが先にたち、当たり障りのないことをいって最終的に患者さんから逃げることを考えがちになる。歯科医師が片足は逃げる方に向いた「半身」の姿勢で患者さんに対すると、患者さんの不信感が増す。その場合、転院する患者さんも多いが、むしろその歯科医師に理解しがたい痛みをさらに訴えるようになる患者さんも少なくない。歯科医師は患者さんや症状から逃げず、正面から向かい合う姿勢を示す必要がある。

③ 自分自身をチェックする姿勢

歯科医師として数多くの患者さんの治療を「こなしていく」うちに、ルーティンな診査・診断・治療に慣れてしまい、新米歯科医師の頃には気をつけていた基本的診査を行わず、重要な情報を見逃したまま思い込みで治療を開始してしまうことがある。基本的ポイントさえ押さえれば歯原性疾患として治療が進められるはずの症状に対し、他の多くの患者さんが呈する症状と少し違うだけで、「不定愁訴である」と思い込んでしまうことは絶対に避けなければならない。また、先進的な治療手技・技術だけに目がいてしまい、基本的治療において手を抜くのはもってのほかである。

多くの患者さんの訴える症状とは違う場合や原因が特定できない場合、まずは歯科医師自身が基本的なことを忘れていないか、診断・治療をセルフチェックしなければならない。有能な歯科医師は基本的事項を的確に実施しているものである。本書にある「非歯原性疼痛と診断する前に」の章を参照してほしい。

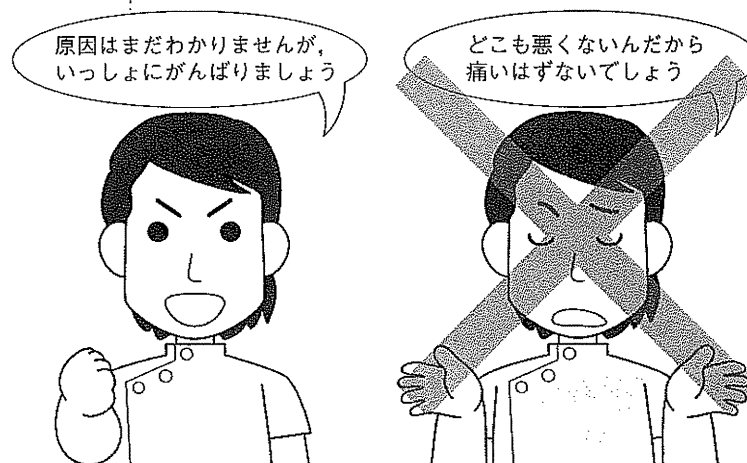
④ 原因を可能性の観点から説明できる姿勢

歯原性疼痛にしても非歯原性疼痛にしても、症状から即座に特定の疾患を断定することは簡単ではない。どのような場合も症状や検査結果から可能性のある病名を考えていくことになる。その際には疾患を断定するのではなく、あくまでも「可能性の一番高い疾患」と考えるべきであり、他の疾患の可能性を捨ててはならない。

とくに非歯原性疼痛の場合、「あなたの痛みは、歯や歯の周りの組織の病気から生じている痛みではなく、別に原因がある非歯原性疼痛である」という歯科医師の説明を、即座に納得し受け入れる患者さんは少ない。疼痛の経過、症状などから非歯原性疾患が疑われる場合も、患者さんに説明するときは、歯原性疾患と非歯原性疾患の両方の可能性を話すようにする。患者さんが非歯原性疼痛の可能性を受け入れない場合も、治療を急激に進めることなく（たとえば歯内治療を続けずに抜歯を行うなど）、歯原性疾患に対する治療をしながら患者さんとの信頼関係の構築に努め、非歯原性疾患の可能性を少しずつ話して患者さんの理解と同意を得るようにする。

⑤ スタッフとの連携

非歯原性疼痛の症状を有する患者さんに対応する際は、歯科医師の姿勢とともに歯科医院のスタッフの姿勢も重要である。歯科医師が診療台に座った患者さんと話をする前に、歯科衛生士などのスタッフが、患者さんが来院した時点で「現在の症状はどうか」「今日はどのような治療を望んでいるか」について、あらかじめ話をしておくことで、歯科医師が対面したときの会話や実際の診療がスムーズに進められる。チームアプローチの項でも述べるが、歯科医師ひとりではなく、歯科医院の全スタッフでその患者さんをフォローすることが大切である。症状を理解している人が多くいることで患者さんは安心するし、歯科医師自身も1人で追いつめられることがなくなる。



3.

患者さんへの説明のポイント

① 歯に原因があると思いついでいる患者さん

痛みの原因が歯にあると思いついでいる患者さんに、最初から非歯原性疼痛の治療を実施してもあまり効果がなく、しかもたいていの場合、その治療に関する話を切り出した段階で拒否されることがほとんどである。しかし、炎症などの組織の器質的変化を伴う症状がない場合、歯の切削や抜歯などの不可逆的処置を行うことは避けなければならない。

非歯原性疼痛と思われる特徴を有する患者さんで、他歯科医院ですでになんらかの治療が実施されている場合、その治療レベルにとどめ（たとえば、前医で歯内治療が行われている場合は、その範囲でとどめ、抜歯へと進まない）、その間に非歯原性疼痛の治療を併用することを説得する。咬合（噛み合わせ）の異常を訴える場合も、患者さんの訴えに沿って咬合調整を繰り返す行くと、かえって症状の悪化（もっと噛みにくくなったなど）を訴えることになりかねない。基本的な咬合調整（過高部位の調整やヴァーティカルストップのない患者さんでの治療用義歯製作）にとどめ、その間に非歯原性疼痛治療の併用を勧める。

② ドクターショッピングを繰り返している患者さん

非歯原性疼痛を有する患者さんのなかには、ドクターショッピングを繰り返す患者さんがいる。ドクターショッピングを繰り返す原因として、歯科医師側の要因と患者さん側の要因とがある。

歯科医師側の要因として、歯科医師が慎重な診査・診断を怠っていたり、非歯原性疼痛や慢性疼痛について十分に患者さんに説明していないことがあげられる。「歯科医師の姿勢」の項目でも述べているように、歯科医師は非歯原性疼痛の存在について学習するとともに、患者さんから逃げず正面から向かい合う必要がある。また、非歯原性疼痛の治療には時間がかかること、慢性疼痛、とくに非歯原性疼痛は、その処置を行っても完全に消退しない場合や再発する場合があることも説明しておく必要がある。歯科医師にも患者さんにも、歯科疾患は一度治療をしたら再発はないかのような錯覚をしている人がいる。もちろん非歯原性疼痛に限った話ではないが、歯科医師は患者さんに対して、歯科疾患も内科系疾患のように再発がありうることを説明しておくべきである。

患者さん側の要因として、患者さんの多くは、即座に非歯原性疼痛であることを受け入れることができないということがある。ドクターショッピングを繰り返していることを歯科医師に伝えず、その歯科医師の対応を測っている患者さんに対して、非歯原性疼痛治療を初診時から話すと「ちゃんと診ていないのに、私のことを頭がおかしいと思っている！」と最初から不信感をもたせてしまうことになる。「歯に問題があると思いついでいる患者さん」の項にもあるように、どのような場合も最初から非歯原性疼痛の治療を勧めるのではなく、一般歯科治療を慎重に進めながら、患者さんとの信頼関係を構築していくなかで、少しずつ非歯原性疼痛治療の併用を勧めるようにする。

一方、「先生のところが○件目です」といってくれる患者さんであれば、歯科医師もそのことを踏まえて治療を開始することができる。また、さまざまな情報を収集してくる患者さんのなかには、「ひょっとしたら歯以外の問題では？」と思い始めている患者さんもいるので、慎重に非歯原性疼痛治療の併用を勧めると受け入れてくれることが多い。

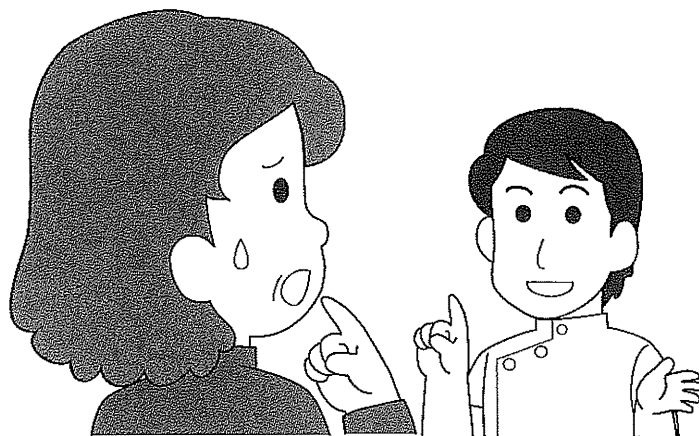
④ 専門家（他科）を紹介したほうがよい患者さん

非歯原性疼痛であるか否かは初診時にすぐわかることは少なく、治療を進めていく過程で確信をもつことがほとんどである。近隣の大学病院などで体制ができているのであれば、そこを紹介するのがよい。現時点では、非歯原性疼痛の治療を専門に開業している歯科医師は皆無に等しいが、ペインクリニックを標榜している開業医師は散見するようになってきたので、連携をとって治療していくのもよい。

とくに心因性疼痛の場合は困難を極める。心療内科などと連携して治療していくのがよいが、歯科医院に「歯の痛み」を自覚して来院した患者さんに、心因性疼痛の症状を説明し、心療内科などを紹介しても理解は得にくい。痛みのすべてが心因性であると考えのではなく、心因性因子が痛みを強くしていると考えて説明したほうがよい。

周りに専門家がない場合や、患者さんが他科受診を承諾しない場合は、これまでも述べてきたように、患者さんと正面から向き合い、患者さんの訴える「痛み・苦しみ」を理解していることを伝え、治療レベルをむやみに上げずに根気よく診療を進めるしかない。

(北村知昭, 柿木保明, 椎葉俊司)



3. 漢方

近年の高齢社会の到来により、全身疾患を有する患者さんや要介護高齢者、入院高齢者の訪問歯科診療の重要性が理解されている。とくに口腔ケアは誤嚥性肺炎の予防にも有益であることから、介護関連施設でも積極的に推進されている。

一方、高齢者の増加に伴い、社会全体の医療費や経済効果を考える場面が増えてきており、疾病治療型から予防医学的な考えも徐々に台頭してきた。歯科領域においても、積極的な治療ではなく予防医学的な発想を取り入れる医療機関が増えている。これに伴い、東洋医学や漢方医学、補完代替医療といった予防医学の考えに基づいた歯科医療の実践についても多くの報告がみられるようになってきた^{1,2)}。

① 歯科口腔疾患の特徴

口腔領域は、食事や言語といった機能はもちろん、審美的観点から顔面や口腔周囲筋肉の働きが注目されている。また、歯科二大疾患である齲蝕や歯周病が年齢とともに罹患率が高まることや、口腔粘膜や唾液などの口腔環境が老化に伴って変化することが知られており³⁾ (表1)、残存歯数減少や粘膜疾患発症は加齢変化と大きく関連している⁴⁾。

表1 高齢者にみられる口腔症状とおもな原因

口腔症状	おもな原因
味覚障害	口腔乾燥、舌粘膜の萎縮舌の血行障害、義歯装着
咀嚼障害	歯周炎や歯の動揺、口腔乾燥
嚥下障害	口腔乾燥、舌や咽頭部の機能障害、嚥下に関する筋の筋力低下、嚥下反射時の咽頭挙上距離の増加
口の不快感	口腔乾燥、心因性ストレス、粘膜の脆弱化
傷がつく	粘膜が薄くなる。粘膜の血行障害、口腔乾燥、歯や義歯の鋭縁
言語障害	口腔乾燥、唾液の粘性の増加、口から食事をしない
口腔乾燥感	口腔乾燥、薬剤の副作用
口臭	口腔内の細菌群の変化、全身変化による舌苔の変化、口腔清掃度
痛み	口腔乾燥、粘膜の脆弱化
顎関節	口から食べない、口腔乾燥による機能障害
筋肉	口から食べない、機能障害、血行障害
色や形	全身の健康状態、血行障害、舌苔の変化、血流量の減少
歯が動く	歯の動揺、歯周炎の進行
口が汚い	口腔清掃度の低下、口腔乾燥、口腔機能の低下
その他	全身機能の低下のために息切れや機能障害が起こる

表2 歯科口腔領域に対する漢方医学的対応

1. 唾液分泌量の改善
2. 唾液の質の改善
3. 歯肉や粘膜における血行の改善
4. ストレスに対する抵抗力をつける
5. 局所の免疫力をつける
6. 清掃しやすい口腔の環境要因を整える
7. 歯周炎の進行を止める
8. 心理学的な因子に対する対応
9. その他

高齢者の約3割は口腔乾燥感を自覚しており、軽度の口腔乾燥を入れると約6割の高齢者が口腔乾燥を自覚している⁵⁾。口腔乾燥症や唾液分泌低下症では唾液の防護機能低下による症状がよくみられる。唾液分泌低下などに伴う粘膜の変化により粘膜の炎症や疼痛が多くなり、義歯に関連した症状や疼痛、潰瘍なども増加する。とくに総義歯は、唾液による維持も重要であり、唾液分泌が低下して口腔乾燥状態が生じると義歯が合わなくなり、外れやすくなる。

口腔粘膜、とくに舌粘膜は全身状態の影響をよく表していることから、漢方医学では舌を観察の対象とする舌診が古来より行われている。舌乳頭が萎縮する平滑舌は粘膜の再生力低下を示すもので、口腔粘膜全体も弱くなっている場合が多い。このような患者さんでは義歯による傷もつきやすい。

② 漢方医学的対応

西洋医学における薬剤と異なり、漢方薬は体のバランスをもとに戻すことで治癒させていく。唾液分泌低下や口腔乾燥症の原因が生活習慣や全身状態などと関連している場合や、長期の薬剤服用に関連している場合は、その調和をはかる目的で漢方薬の処方を選択する。服用することで全身的なバランスが元に戻ると、口腔の症状も改善される症例は多い。しかしながら、口腔症状の発現に至る原因・誘因が長期にわたる場合は治癒までの経過も長い。効果が現れるまで数カ月かかる症例もあり、患者さんによって期間は大きく異なる。

漢方薬は慢性疾患に効果があるとされているが、近年では救急医学の現場でも応用されており、即効性を期待できる処方もあることから、漢方製剤の選択には全身状態や口腔症状を関連づけてとらえる必要がある⁶⁾ (表2)。

1. 副作用による口腔症状の緩和

長期連用薬による副作用として唾液分泌低下が考えられる場合は、薬剤性の影響を避けるようにすべきである。とくに降圧剤や利尿効果のある薬剤や抗精神薬、抗うつ剤など抗分泌作用のある薬剤を服用している場合は、副作用の少ない薬剤への変更や薬剤の減量が必要となる。中止や減量が困難な場合には、唾液分泌作用のある漢方薬の処方がきわめて有用である。これらの処方は体質や全身状態を考慮して選択するが、処方選択には、舌の色や舌苔の状態から全身状態を把握する舌診がきわめて有用である⁷⁾。

表3 口腔乾燥症に効果のあるおもな漢方製剤と効能・効果

薬剤名	おもな効能または効果（参考所見）
白虎加人参湯	のどの乾きとほてりのあるもの（薬剤性口腔乾燥症で有用な場合が多い）
滋陰降火湯	のどに潤いがなく痰の出なくて咳き込むもの（身体の乾燥傾向があるもの）
五苓散	頭痛，浮腫，めまい（舌が胖大で，歯痕のある場合）
麦門冬湯	痰の切れにくい咳，気管支炎，気管支喘息
十全大補湯	食欲不振，貧血，病後の体力低下（溝状舌，薄白舌の場合）
柴胡桂枝乾姜湯	更年期障害，血の道症，神経症，不眠症，体力が弱く，冷え症，貧血気味，神経過敏（睡眠剤の使用軽減にも効果あり）
八味地黄丸	疲労，倦怠著しく尿利減少または頻数，口渇し，手足が交互的に冷感と熱感のあるものの次の症状：腎炎，糖尿病，陰萎，腰痛，前立腺肥大，高血圧など
柴朴湯	気分がふさいで，咽喉，食道部に異物感があり，ときに動悸，めまい，嘔気などを伴う次の諸症：せき，気管支炎，不安神経症
当帰芍薬散	筋肉が一体に軟弱で疲労しやすく，腰脚の冷えやすいものの次の諸症：貧血，更年期障害（頭重，頭痛，めまい，肩こり等）

注）歯科口腔外科における処方にあたっては，適応病名に注意する。

2. 唾液分泌低下や口腔乾燥

口腔乾燥や唾液分泌改善に効果のある漢方薬としては，^{びやっこかにんじんとう}白虎加人参湯，^{ばくもんどうとう}麦門冬湯，^{じゅうぜんたいほうとう}十全大補湯，^{はちみじおうがん}八味地黄丸，^{さいこけいしかんきょうとう}柴胡桂枝乾姜湯，^{ごれいさん}五苓散などがあり，それぞれの体質や特徴を考慮した処方が効果的である（表3）。

薬剤性口腔乾燥症では，白虎加人参湯を第一選択とする場合が多いが，明らかに証が判断できるときは，その処方を用いる。体質や証を判断する場合は，問診とともに舌診による舌所見を参考にして漢方薬を選択する^{6,7)}。

胖大舌で歯痕がついている場合や，唾液粘性が亢進している場合は，浮腫傾向にあると考えられ，五苓散が効果的である。一方，舌が正常よりも赤く，血液の濃縮や脱水が考えられる場合や舌表面が乾燥して痰が絡む咳をする場合は，^{じいんこうかとう}麦門冬湯や^{じいんこうかとう}滋陰降火湯などが適応となる。貧血傾向で，粘膜が弱く，溝状舌などの場合には，十全大補湯も効果的である。

3. 歯痛

口腔領域の痛みは，圧力亢進による場合が多い。歯髄炎も感染による圧力亢進で痛みが強くなる。根尖部の炎症や歯根膜炎も圧力亢進で咬合痛が生じる。漢方医学的には，圧力軽減と神経症状の緩和，炎症の緩和を目的に処方する。表面の痛みや軽度の痛みでは^{りっこうざん}立効散や^{かっこんとう}葛根湯などが用いられる。また，圧力亢進による痛みが考えられる場合は，^{けいしかじつぷおとう}五苓散や^{けいしかじつぷおとう}桂枝加朮附湯，^{びやっこかにんじんとう}白虎加人参湯などが用いられる。炎症緩和には葛根湯なども排膿作用があることから効果的である。

4. 歯周病

歯科二大疾患の1つである歯周病は，炎症反応の強い炎症型と炎症反応の少ない免疫低下型に分けて考える。炎症型は歯肉の炎症や腫脹，疼痛，出血，排膿などが著明にみられる状態で，漢方薬としては^{おうれんげどくとう}葛根湯，^{はいのうさんきゅうとう}黄連解毒湯，^{だいきいこうとう}排膿散及湯，^{しょうさいこうとう}大柴胡湯，^{しょうさいこうとう}小柴胡湯加桔梗石膏などが有効である。一方，免疫低下