

歯原性歯痛と非歯原性歯痛の臨床的鑑別

自発痛を訴える歯や歯肉に痛みに見合う病態があるか、各種局所誘発刺激に反応するか

1) う蝕、根尖病巣など痛みに見合う病態があり、局所誘発刺激に反応する。

→歯原性歯痛の可能性

2) う蝕、根尖病巣など歯に病態があるが、局所誘発刺激に反応せず、痛みに見合う原因かどうか確実ではない。

3) う蝕、根尖病巣など痛みにみあう病態がなく、局所誘発刺激にも反応しない。

→非歯原性歯痛の可能性

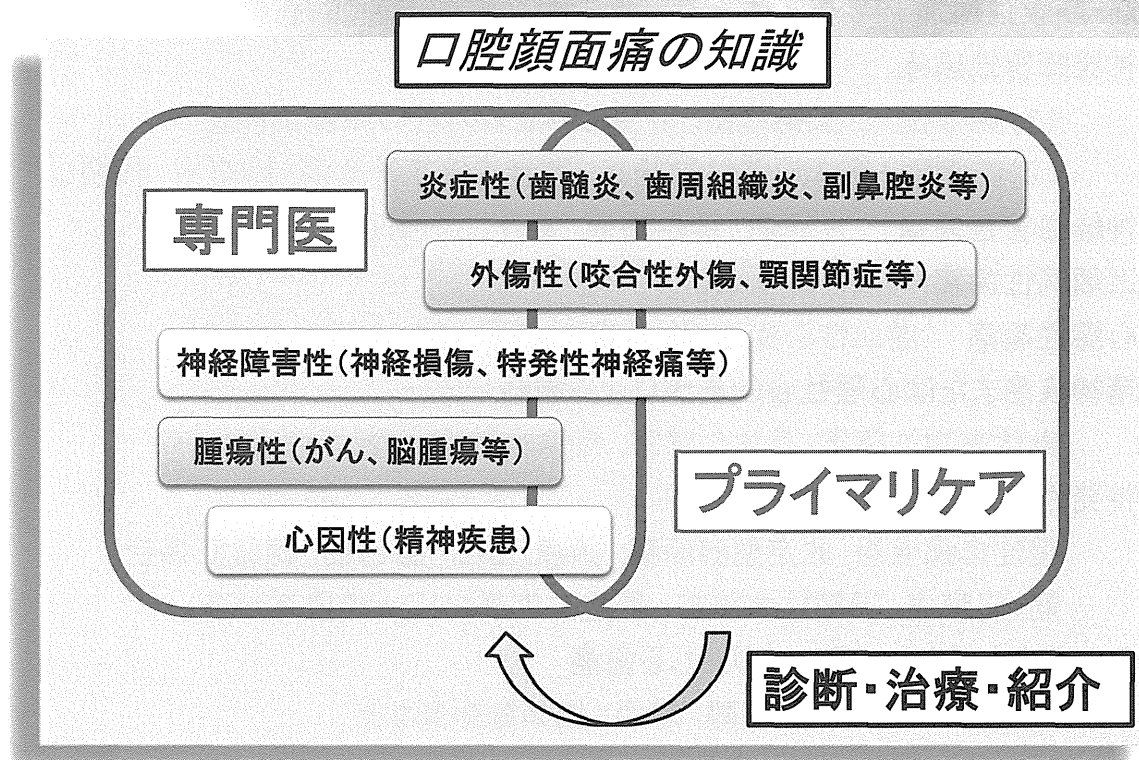
非歯原性歯痛各論 診断、治療手順

ステップ1: 疼痛の性状を確認する。(疼痛構造化問診)

ステップ2: 非歯原性歯痛の診査

- 1, 疼痛感受歯の視診、打診による異常の有無
あり →歯原性、上顎洞性 無↓
- 2, 周囲歯肉、粘膜の知覚異常の有無
あり →神経障害性 無↓
3. 咬筋、側頭筋、胸鎖乳突筋の触診、圧痛の有無
あり →筋・筋膜性 無↓
4. 神経血管性頭痛(片頭痛、群発頭痛)発作との一致性
あり →神経・血管性 無↓
5. 心臓性、 6.精神、心理社会的、7, その他、8, 特発性

歯原性歯痛と非歯原性歯痛の初期対応



非歯原性歯痛の分類

1. 筋・筋膜性歯痛
2. 神経障害性歯痛
3. 神経血管性歯痛
4. 上顎洞性歯痛
5. 心臓性歯痛
6. 精神疾患または心理社会的要因による歯痛
7. 特発性歯痛(非定型歯痛を含む)
8. その他さまざまな疾患により生じる歯痛

非歯原性歯痛の原疾患

1. 筋・筋膜性歯痛 咀嚼筋およびその他の頭頸部筋の筋・筋膜痛
2. 神経障害性歯痛
 - (1)発作性 三叉神経痛, 多発性硬化症などの脱髄性疾患
 - (2)持続性 帯状疱疹性神経痛, 帯状疱疹後神経痛, 脳卒中, 抜髄など
3. 神経血管性歯痛 片頭痛, 群発頭痛, 発作性片側頭痛, SUNCTなど
4. 上顎洞性歯痛 急性上顎洞炎
5. 心臓性歯痛 虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞), 心膜炎など
6. 精神疾患または心理社会的要因による歯痛
身体表現性障害(身体化障害, 疼痛性障害)など
7. 特発性歯痛(非定型歯痛を含む)
慢性疼痛疾患(非定型顔面痛, 頭痛, 頸部・腰部痛, 線維筋痛症, 筋・筋膜痛, 過敏性大腸炎, 骨盤内疼痛など)との併存が多い
8. その他さまざまな疾患により生じる歯痛
悪性リンパ腫, 動脈解離, 肺癌, 側頭動脈炎など

非歯原性歯痛の発症メカニズム

1. 関連痛

筋・筋膜性歯痛, 神経血管性歯痛, 心臓性歯痛, 上顎洞性歯痛がこれに含まれる。収束, 投射, 末梢神経の分枝, 軸索反射などにより関連痛が生じる。

2. 神経障害

もちろん神経障害性歯痛がこれに含まれる。

末梢神経性疼痛と中枢神経性疼痛に分類される。

末梢神経性: 末梢性感作, 神経腫, エファプス伝達, 交感神経系の関与

中枢神経性: 発芽, ワインドアップ, 長期増強, 中枢性感作, 疼痛下行抑制系の失調

3. 中枢における神経伝達物質などの生化学的変化や情報処理過程の変調

精神疾患または心理社会的要因による歯痛や特発性歯痛などの, 器質的異常が認められない慢性疼痛がこれに含まれる。

非歯原性歯痛の鑑別に有効な診察・検査法

全ての原疾患において問診は特に重要。

筋・筋膜性歯痛:トリガーポイントの5秒間圧迫による歯痛の再現の観察。

神経障害性歯痛:痛覚過敏、アロディニア、触覚・温痛覚などの感覚低下の観察。

神経血管性歯痛:頭痛の検査。持続性片側頭痛ではインドメタシン75-225mgによる症状消失を観察。

上顎洞性歯痛:鼻粘膜に局所麻酔薬軟膏を貼付し疼痛の軽減。

心臓性歯痛:下顎歯の歯痛であり、局所麻酔は奏功しない。

精神疾患または心理社会的要因による歯痛:病理所見が疼痛部位に存在しない。

特発性歯痛:器質的障害はなく、エックス線学的にも異常は認めず、打診、温熱診などの歯髓診断は不明瞭。

その他のさまざまな疾患により生じる歯痛:側頭動脈炎による歯痛では発熱、体重減少。悪性リンパ腫による歯痛は温熱刺激、冷刺激、咬合、運動、発汗により変化しない。側頭筋腱炎では圧痛点が観察され、側頭部の局所麻酔により歯痛が軽減。

非歯原性歯痛診断のセカンドステップは何か

筋・筋膜性歯痛:トリガーポイントインジェクションによる疼痛軽減の観察。

神経障害性歯痛:三叉神経根の圧迫や脳内のMRI検査。外傷後三叉神経痛の患者ではサーモグラフィーによる顔面温度の上昇あるいは低下を観察。

神経血管性歯痛:特になし。

上顎洞性歯痛:上顎洞炎、悪性線維性組織球腫はCT、組織像で診断。

心臓性歯痛:ニトログリセリンの舌下錠。大動脈解離は心エコーで診断可能。

精神疾患または心理社会的要因による歯痛:うつ病や不安神経症の診断には心理テスト。頬部筋電図をモニタリングしながらのストレスインタビュー。

特発性歯痛:非定型歯痛患者ではサーモグラフィによる顔面温度上昇。交感神経依存性疼痛では交感神経ブロックが効果的。

その他のさまざまな疾患により生じる歯痛:側頭動脈炎では赤血球沈降速度50 mm以上、生体組織診断。成人T細胞性リンパ腫、顎骨内腫瘍、頸椎椎間板ヘルニア、コレステリン肉芽腫、脳腫瘍(髄膜腫)などではCT、MRI。コレステリン肉芽腫は組織検査。ケカビ病は吸引診。ムコール菌症は血中の細菌抗体価測定。

三部 疼痛治療各論

4 非歯原性歯痛各論 1)筋・筋膜性歯痛

診断

- 1 歯痛(持続性の鈍痛として表現することが多い)を発現するような客観的な病理所見や臨床所見を発見できない。(視診、触診、エックス線検査等)(図1、図2)
- 2 当該歯への浸潤麻酔で、疼痛が消失しない。
- 3 触診にて、当該歯に関連痛を発現する筋(この場合、左側咬筋)に圧痛を認める(歯痛を誘発できることが望ましい)(図3)

治療手順

- 4 病態説明(関連痛のメカニズム)と患者教育
- 5 ホームケアや認知行動療法(理学療法としてマッサージや温罨法、食事の改善、ブラキシズムの予防、歯の接触癖の管理、など) → 後述の咀嚼筋痛の治療参照

オプションとして

- 6 NSAIDs、筋弛緩薬、抗うつ薬等の薬物療法
- 7 原因筋へのトリガーポイントインジェクション(診断および治療)(図4)
- 8 スプリント療法(ブラキシズムに起因する急性症状)

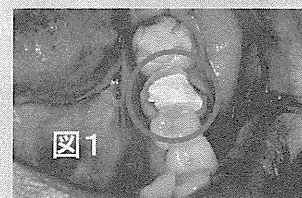


図1

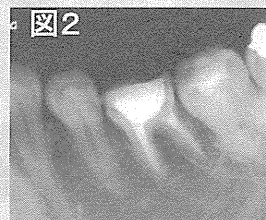


図2

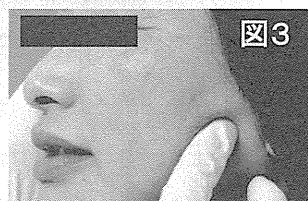


図3

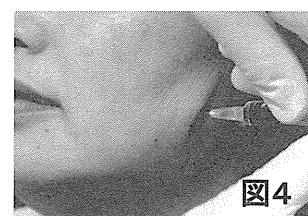


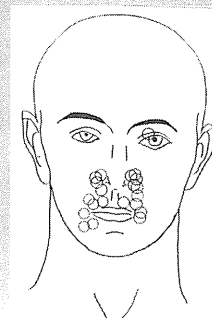
図4

発作性神経症障害性歯痛

- ・平均発症年例55歳
- ・ほとんどの患者は「歯痛」だと考え最初に歯科を受診する
- ・歯科受診の際の主訴は「歯がしみる」、「義歯床下が痛む」

診断

- 三叉神経の枝に沿って発発現(2/3枝に好発)
- 瞬間的で激烈な電撃様疼痛
- トリガーゾーンがある場合は決定的(洗顔に支障を来す)
- 下図の右の症状が揃うほど、三叉神経痛の可能性が高い



トリガーゾーンの好発部位

持続性
じんじわじわ
トリガーゾーンが存在しない
カルバマゼピンが走行しない

特発性歯痛

発作性
電撃様
トリガーゾーンが存在
カルバマゼピンが著効

三叉神経痛

持続性神経障害性疼痛

三叉神経末梢や組織損傷により発症し、顎顔面領域の難治性疼痛のひとつ

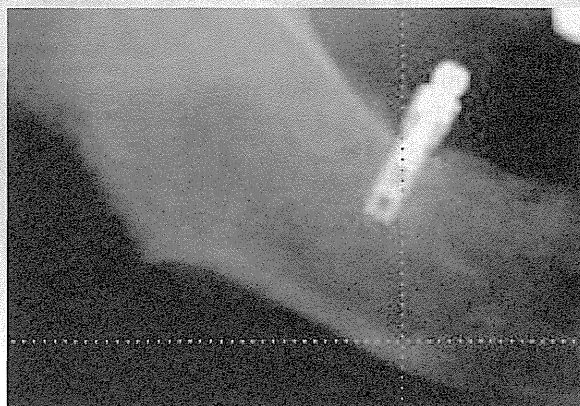
機械的損傷

顎骨骨折、外科的矯正術、下顎智歯抜歯
インプラント埋入術、術根管治療、歯周外科、伝達麻酔による神経損傷

血腫、浮腫による圧迫
器具、フラップの牽引

化学的損傷

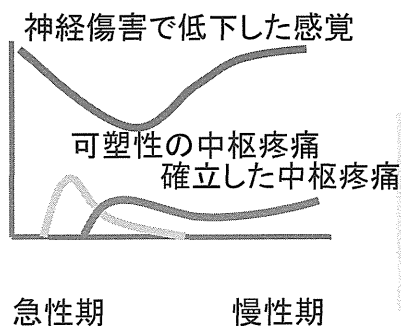
炎症による神経変性
細菌感染による神経変性
血管収縮剤による虚血



持続性神経障害性疼痛の治療

神経損傷直後は知覚鈍麻が主体になり、痛みはあまりない。しかし修復過程で痛覚過敏 (Hyperalgesia)、触覚過敏 (Allodynia)、違和感 (Dysesthesia) が生じてそのまま遷延する場合がある。

疼痛の成分



	急性期 円滑な神経修復	慢性期 神経障害性疼痛の 対症的な治療
薬物療法	ビタミンB12製剤 ビタミンE製剤 抗うつ薬 Caチャンネル $\alpha 2\delta$ リ ガンド阻害薬 抗けいれん薬	抗うつ薬 Caチャンネル $\alpha 2\delta$ リ ガンド阻害薬 抗けいれん薬
神経ブロック	交感神経ブロック (SGB)	交感神経ブロック (SGB) 交感神経依 存性疼痛(SMP)に 対して。
その他	光線療法	カプサイシン、リドカ イン軟膏、光線療法、 イオンフォレーシ ス 認知行動療法

神経血管性歯痛/口腔顔面痛

- 国際頭痛学会は、頭痛を眼窩外耳孔線より上部にある痛み、顔面痛を眼窩外耳孔線以下、頸部以上、耳介前方の痛みと定義している。
- 1960-70年代に書かれたLance JWの著書の中にはFacial migraineあるいはLower half headache/ migraineという用語が記載されており片頭痛や群発頭痛が原因疾患と考えられていた。
- ほとんどの一次性頭痛(V1領域)は眼窩外耳孔線を越えて歯痛や口腔顔面痛(V2-3領域)を惹き起こすことが明らかになってきた。
- 片頭痛や群発頭痛とその他の三叉神経・自律神経性頭痛(TAC)は神経血管性疼痛に分類されている。(Okeson JP)
- Sharav Y and Benoliel R は神経血管性口腔顔面痛を片頭痛、群発頭痛と三叉神経・自律神経性頭痛(TAC)そして持続性片側頭痛とそれら診断基準に合致しないその他に分類している。
- 一般的な神経血管性口腔顔面痛の臨床的特徴は片側性、発作性、重度の拍動痛で局所の(TACの特徴である)自律神経症状や(片頭痛の特徴である)嘔気、嘔吐、光過敏や音過敏を伴うことがある。
- 神経血管性口腔顔面痛の半数はICHD-IIのいずれかの一次性頭痛の部位以外の診断基準を満たすが残りの半数は分類できない。
- 管理は一次性頭痛に準ずる。
- 研究者はICHD-IIのTAC診断基準の部位にV2-3領域を追加するよう提唱している。(Cohen A)

上顎洞性歯痛

上顎洞疾患が原因で歯痛を生じるもので急性上顎洞炎に由来するものが多い

歯痛のタイプ	上顎歯の持続的な鈍痛、圧迫感、咬合時違和感
部位	上顎の歯、特に臼歯部、片側性または両側性
随伴症状	鼻汁、上顎多数歯の打診痛
鑑別方法	頭部下方位にて歯痛の増悪。 Waters法X線撮影、上顎洞CT・MRI (パノラマX線撮影のみでの鑑別は困難)
治療	鼻性上顎洞炎であれば耳鼻咽喉科へ依頼

※頬部皮膚に知覚鈍麻を認める場合には、上顎洞癌などの腫瘍性病変も疑われるため注意が必要。

心臓性歯痛

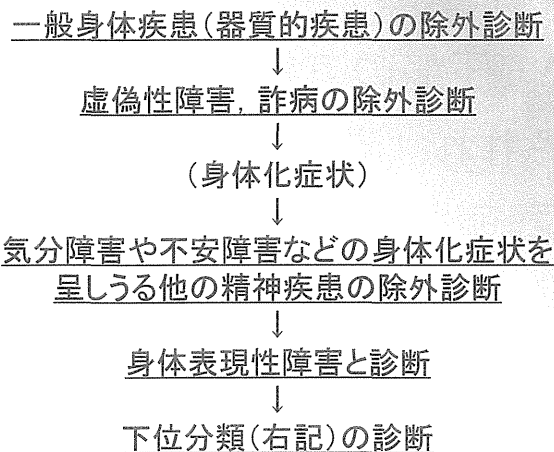
狭心症や心筋梗塞の関連痛により生じる歯痛で、内科的救急疾患である。

歯痛のタイプ	胸部不快感と連動した重度の歯痛 「圧迫痛」、「灼熱痛」
部位	両側性(60%)、下顎>上顎
持続時間	数分~20分、それ以上
随伴症状	胸痛(ただし、半数は胸部痛を伴わず、約5%は頭蓋顔面痛のみ)、胸部不快感、左腕痛、頸部痛
増悪・緩解因子	運動、労作、興奮、食事摂取で増悪、安静で軽減
鑑別方法	循環器科依頼→心電図、心エコー、ニトログリセリン舌下錠投与による歯痛の消失

※心臓性歯痛のメカニズムははっきりと解明されていない。

精神疾患，心理社会的要因による歯痛

身体表現性障害の診断の流れ



身体表現性障害の下位分類

- 身体化障害
 - 鑑別不能型身体表現性障害
 - 転換性障害
 - 疼痛性障害
 - 心気症
 - 身体醜形障害
 - 特定不能の身体表現性障害
- ※下線は歯痛がみられうる身体表現性障害

抗うつ薬と認知行動療法の効果

診断名	抗うつ薬	認知行動療法
身体化障害	—	+
疼痛性障害	+	+

+ : 効果あり(質の高いエビデンスあり), — : 効果なし

特発性歯痛 (idiopathic odontalgia)

旧称 非定型歯痛 (Atypical Odontalgia)

特発性歯痛の特徴

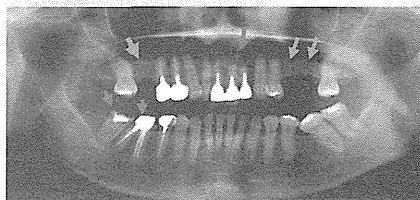
- 歯または抜歯した後の部位に生じる痛みで、臨床的にも画像上でも局所的な原因は認められない
- 「じんじん・じわじわ」と表現される持続性あるいはほぼ持続性の疼痛
- 疼痛強度は中等度から激痛
- 疼痛は4か月以上持続
- 有病率が高い
- 9割が女性
- 子供を除いてどの年齢にも生じうるが、閉経後の女性に多い
- 大・小臼歯が好発部位（下顎<上顎）
- 食事には支障がないことが多い
- 局所麻酔に対する反応は不明瞭
- (プラセボ効果が強く出るため診断的麻酔では鑑別できない)
- 鎮痛薬、外科処置、歯科処置では改善がえられない
- 疼痛は一歯に限局しているもの、多数歯に同時に生じるもの、顔面痛に拡大するものなど様々

病態生理

- 中枢の疼痛処理過程に何らかの変調が生じている可能性が示唆されている

治療

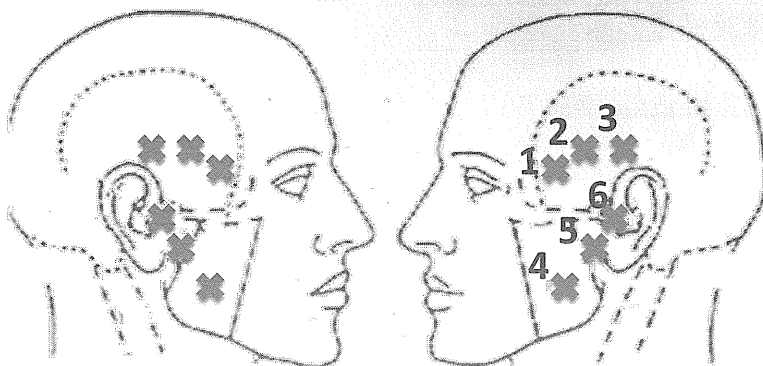
- 中枢の疼痛処理過程に介入するものが有効
- 薬物療法
 - 第一選択は三環系抗うつ薬
 - 7割以上が抗うつ薬に反応する
- 認知行動療法
 - 痛みについて考え続けるのを止める



疼痛部位は神経支配とは無関係に拡大

顎関節症の診査診断

- 開閉口時痛及び開口制限(上下切歯端間距離で40mm以下)の有無により、筋障害、関節障害の有無を大まかに診査できる。
- 咀嚼筋(1-6)の各部位において圧痛の有無を調べる。
2kgの圧を加えて圧痛が認められれば陽性とする。
- 関節痛の誘発試験として、下顎頭を徒手的に圧迫、牽引する。



顎関節症

病因

くいしばり、歯ぎしり(習慣性噛みしめ)
 ↓
 咀嚼筋の過緊張 (筋筋膜痛)
 ↓
 顎関節症状 (円板障害、滑膜炎、骨関節炎)

治療

- 末梢性病因に対する治療
 - くいしばりの修正
 - 不随意咬合の気づきとリラックス指導
 - 咀嚼筋・頭蓋周囲筋の緊張緩和
 - 咀嚼筋・頭蓋周囲筋のストレッチ、マッサージ
 - 認知行動療法
 - スプリント(上下の歯の干渉を排除)
- 中枢関与(慢性化)に対する治療
 - 薬物療法(抗うつ薬)、認知行動療法

55

三部 疼痛治療各論

5 その他の口腔顔面痛 OFPの鑑別診断と治療の総論

2) 咀嚼筋痛と顎関節痛の治療

咀嚼筋痛

末梢性病因に対する治療

患者教育と自己管理(認知行動療法を含む)

くいしばりの修正

不随意咬合の気づきとリラックス指導

咀嚼筋・頭蓋周囲筋の緊張緩和

理学療法(咀嚼筋のマッサージ(図1)、温罨法(図2)など)

スプリント治療(上下の歯の干渉を排除)(図3、図4)

中枢関与(慢性化)に対する治療

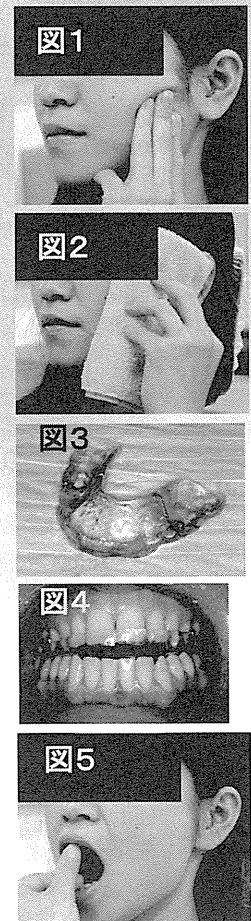
薬物療法(筋弛緩薬、抗うつ薬等)、認知行動療法

顎関節痛(咀嚼筋痛の治療に追加して)

薬物療法(非ステロイド性抗炎症薬、等)

開口ストレッチ(開口時痛のリハビリテーション、等)(図5)

外科療法(関節腔洗浄、関節鏡視下手術、開放療法など)



三叉神経痛の診断と治療

診断

- 三叉神経の枝に沿って発現(2/3枝に好発)
- 瞬間的で激烈な電撃様疼痛
- 「トリガーゾーン」がある場合は決定的
- 10%は症候性、中枢のMRIで確認

注意:三叉神経痛は進行性の疾患で、病初期には上記の症状が揃わないことがあるが、時間とともに典型的な特徴がそろい診断が容易になる。また、病初期には寛解期があることがある。

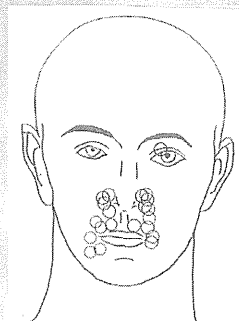
治療

薬物療法

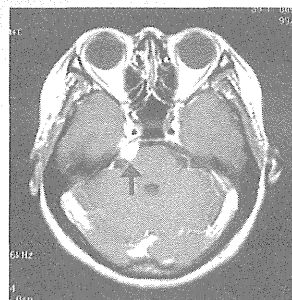
- カルバマゼピン、プレガバリン、バクロフェン
- カルバマゼピンは造血機能障害を生じることがあるため、特に投与初期には血液検査によるモニタリングが必要。
- 投与初期に生じる皮疹は劇症化する可能性があるため注意

外科療法

- 後頭蓋窩神経血管減圧術
- 高周波神経根切断術
- ガンマナイフ(専門家の間で議論あり)



トリガーゾーンの好発部位



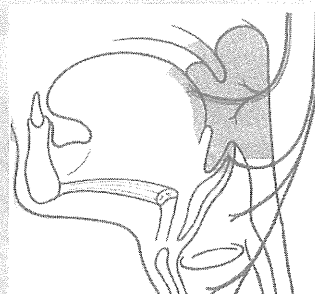
10%は症候性、MRIが必須

舌咽神経痛

大開口時の激烈な疼痛が主訴になることがあるため、顎関節症との鑑別に注意
三叉神経痛と同じ発作性神経障害性疼痛であるが、三叉神経痛とは疼痛部位が異なる

舌咽神経痛の診断基準(ICHD-II)

- A) 瞬間的で激烈な一過性穿刺痛
- B) 以下のうち4つを満たす
 - 1 片側性
 - 2(疼痛部位)舌後方1/3、咽頭、下顎角部、耳
 - 3(疼痛の性状)発作性の鋭痛または灼熱性疼痛
 - 4(疼痛強度)激烈
 - 5 味刺激、嚥下、大開口、会話、咳嗽で誘発される



舌咽神経の支配領域に生じる発作性神経障害性疼痛。表面麻酔薬で一時的に発作が消失

臨床診断

舌咽神経の支配領域に表面麻酔薬をスプレーすることで一時的に発作が完全に消失することで診断が可能

確定診断と治療

三叉神経痛に準ずる



特発性歯痛 (idiopathic odontalgia)

旧称 非定型歯痛 (Atypical Odontalgia)

特発性歯痛の特徴

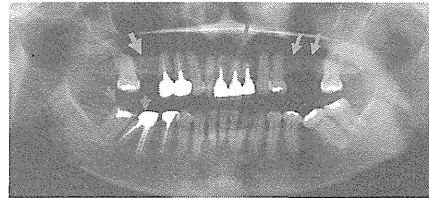
- 歯または抜歯した後の部位に生じる痛みで、臨床的にも画像上でも局所的な原因は認められない
- 「じんじん・じわじわ」と表現される持続性あるいはほぼ持続性の疼痛
- 疼痛強度は中等度から激痛
- 疼痛は4か月以上持続
- 有病率は高い
- 9割が女性
- 子供を除いてどの年齢にも生じうるが、閉経後の女性に多い
- 大・小臼歯が好発部位（下顎<上顎）
- 食事には支障がないことが多い
- 局所麻酔に対する反応は不明瞭
- (プラセボ効果が強く出るため診断的麻酔では鑑別できない)
- 鎮痛薬、外科処置、歯科処置では改善がえられない
- 疼痛は一歯に限局しているもの、多数歯に同時に生じるもの、顔面痛に拡大するものなど様々

病態生理

- 中枢の疼痛処理過程に何らかの変調が生じている可能性が示唆されている

治療

- 中枢の疼痛処理過程に介入するものが有効
- 薬物療法
 - 第一選択は三環系抗うつ薬
 - 7割以上が抗うつ薬に反応する
- 認知行動療法
 - 痛みについて考え続けるのを止める



疼痛部位は神経支配とは無関係に拡大

带状疱疹、带状疱疹関連痛、顔面神経麻痺



単純疱疹



带状疱疹

三叉神経の走行に沿った部位に水疱形成を認める。単純疱疹との鑑別が必要。通常片側性。ほかに罹患部位の痛み、温度上昇などがある。まれに水疱形成を伴わない Zoster sine herpeteがある。

部位	口唇周辺	神経支配に一致片側
頻度	時々発症。繰り返す。	一生に一回
痛み	中程度	激烈



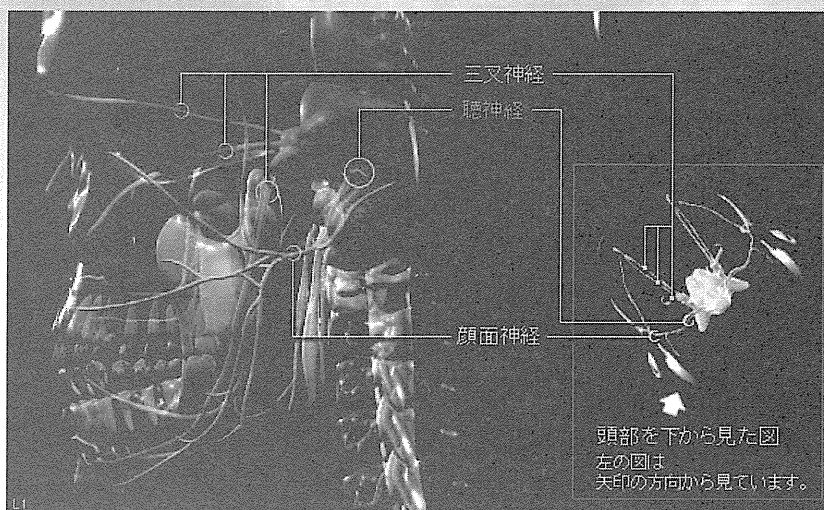
ベル麻痺



Ramsay-Hunt 症候群

鼻唇溝消失、閉眼不全などの顔面神経麻痺は発症時に患側下顎部に痛みを生じるため、歯科疾患と混同してしまう、トラブルにつながるが多い。
ベル麻痺の多くは単純疱疹ウイルスに由来する。特に耳朶周辺に水疱形成する顔面神経麻痺は带状疱疹ウイルスに由来する Ramsay-Hunt 症候群と呼ばれ予後不良が多い。

带状疱疹、带状疱疹関連痛、顔面神経麻痺



図の出典「独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター」<http://ganjoho.jp/copyright.html>

原因ウイルスの再帰感染の観点から考えると罹患神経、原因ウイルスにより以下に分類される。

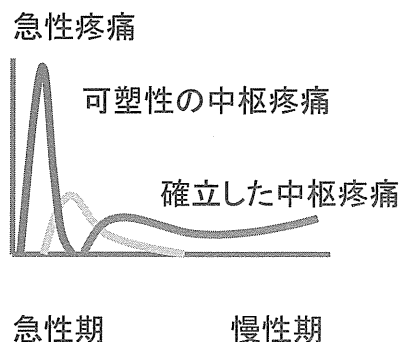
	症状	単純疱疹ウイルス	带状疱疹ウイルス
三叉神経	痛み	単純疱疹ヘルペス	带状疱疹
顔面神経	麻痺	ベル麻痺	Ramsay-Hunt 症候群

61

带状疱疹の治療法

急性期の痛みと皮疹消失後も痛みが遷延する带状疱疹後神経痛(Post herpetic neuralgia: PHN) が難治性。疼痛軽減に加え、PHNへの移行を抑制する。時期によって痛みの成分が変化するため、治療が変化する。

疼痛の成分



	急性期	慢性期(PHN)
薬物療法	抗ウイルス薬 (顔面神経麻痺の時はステロイド) NSAIDs 麻薬性鎮痛薬 抗うつ薬 Caチャンネルα2δリ ガンド阻害薬 抗けいれん薬	抗うつ薬 Caチャンネルα2δリ ガンド阻害薬 抗けいれん薬
神経ブロック	交感神経ブロック (SGB) 三叉神経ブロック (局麻)	交感神経ブロック (SGB) 三叉神経ブロック (局麻、神経破壊薬)
その他	カプサイシン、リドカイン軟膏、光線療法、イオントフォレーシスなど	カプサイシン、リドカイン軟膏、光線療法、イオントフォレーシス 認知行動療法

外傷性神経損傷の慢性期対応

- 評価：毎回の診査時、知覚異常を確認する。
 - 2点弁別、圧覚閾値、痛覚閾値、電気診査
- 治療
 - 知覚低下への対応：
 - 薬物療法（神経損傷の回復を補助するためにビタミンB12の投与）、外科療法
 - 神経障害性疼痛への対応：各種治療ガイドライン
 - 薬物療法（抗うつ薬、抗けいれん薬、オピオイド）；

インプラント治療等による神経損傷への対応

- 神経損傷の種類
 - 局所性伝導障害，軸索断裂，神経幹離断
- 神経損傷による症状
 - 感覚鈍麻，異常感覚（しびれなど），痛覚過敏，アロディニア，自発痛など
- 評価法
 - 問診，質問票（マクギール痛み質問票，神経障害性疼痛スクリーニング質問票など）
 - VAS，NRS，フェイススケールなど
 - 感覚検査（触覚，痛覚，温度覚など）
- 治療法
 - 薬物療法：ステロイド，プレガバリン，抗うつ薬，抗けいれん薬，局所麻酔薬塗布，ビタミンB₁₂，漢方薬など
 - 星状神経節ブロック
 - 手術：インプラントの撤去，神経修復術
 - その他：鍼治療，光線療法など

口腔内灼熱症候群(舌痛症)

- (Burning Mouth Syndrome; 一次性BMS)定義
 - 正常な兆候と検査所見にも関わらず最低4~6ヶ月続く、舌やその他の口腔粘膜の灼熱痛(IASP)
 - 内科的および歯科的原因を発見できない口腔内灼熱感(ICHD-II)
- 疼痛の特徴:舌の前方2/3が原発部位として最も多く、ひりひりあるいはぴりぴりと表現される。併発症状として味覚障害や口腔乾燥を伴う。軽度から重度まで症例によって異なる。
- 疫学:閉経期や閉経後の女性に多くみられる
- 有病率:0.7-15%(1-2%が妥当か) 自然緩解5年間で3%との報告あり
- 病因:不明であり神経障害性疼痛や心身症の視点から議論されている
- 一次性BMSの診断基準(ICHD-II)
 - A. 連日性かつほぼ終日にわたり持続する口腔内の痛み
 - B. 口腔粘膜の外観は正常である
 - C. 局所および全身疾患を否定できる
- 臨床における診断手順
 - 二次性BMS(口腔痛の原因となる粘膜疾患、口腔カンジタ症、貧血等の血液疾患、ビタミン・イオン欠乏症などを徹底的に除外する→検体検査が必要)
 - 心理社会的評価
 - 病状の詳しい説明と保証
- 管理
 - 薬物療法 三環系抗うつ薬、ギャバペンチノイド、クロナゼパム
 - 認知・行動療法 心理療法、口腔悪習癖のコントロール

痛みの教育コンテンツ

—理学療法士・作業療法士学生用—

厚生労働省科学研究

- 「痛み」に関する教育と情報提供システムの構築に関する研究

序文

「痛み」は医療の様々な場面で重要である。医療者はまず患者の痛みの訴えに耳を傾けなくてはならない。患者が痛みを訴える状況は多岐にわたり、それぞれの状況に応じた適切なアプローチを学ぶ必要がある。将来の医療を担うみなさんが、この講義資料によって「痛み」に対する理解を深め、多くの患者の苦痛を和らげ、よりよい生活を送れるよう支援できる医療者になっていただきたい。（作成者一同）

内 容

1. 「痛み」の基礎
2. 「痛み」のリハビリテーション評価
3. 「痛み」のリハビリテーションの実際
4. 「痛み」の治療法

厚生労働省科学研究「痛み」に関する教育と情報提供システムの構築に関する研究

1. 「痛み」の基礎

- 1) 痛みの定義, 意義
- 2) 痛みの疫学, 社会経済的問題
- 3) 痛みの神経生理学
- 4) 痛みの分類, 種類

厚生労働省科学研究「痛み」に関する教育と情報提供システムの構築に関する研究

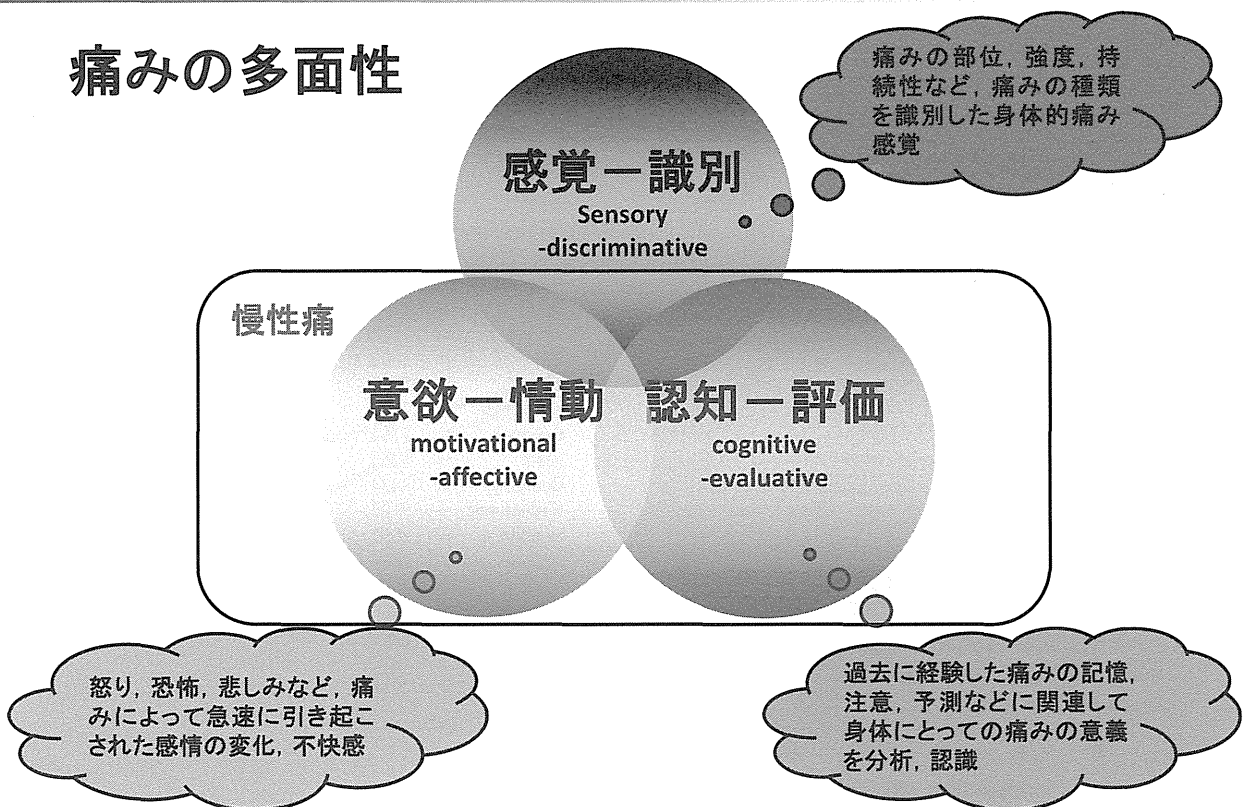
「痛み」の定義

「痛み」は、実質的または潜在的な組織損傷に結びつく、あるいはこのような損傷を表わす言葉を使って述べられる不快な感覚・情動体験である。

International Association for the Study of Pain (IASP), 国際疼痛学会, 1986

厚生労働省科学研究「痛み」に関する教育と情報提供システムの構築に関する研究

痛みの多面性



松原貴子: 痛みの基礎. ペインリハビリテーション, 三輪書店, pp9, 2011.

厚生労働省科学研究「痛み」に関する教育と情報提供システムの構築に関する研究

1) 痛みの定義, 意義

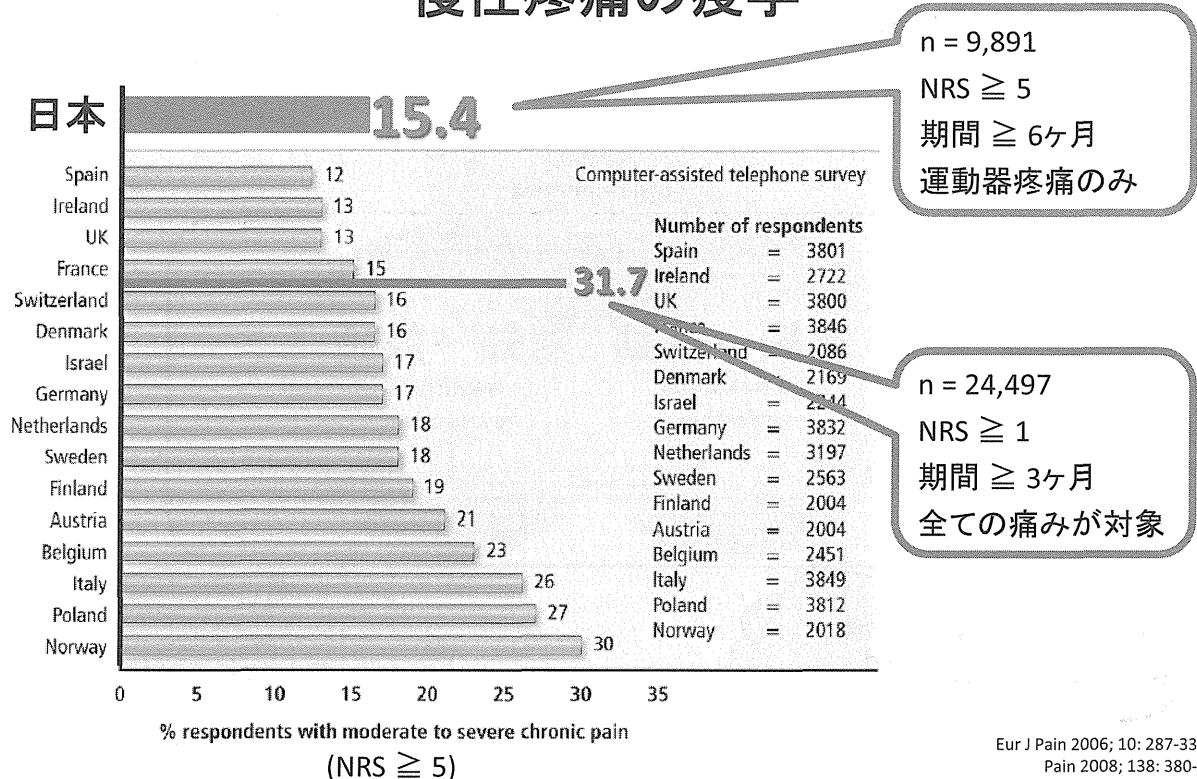
医療の対象としての「痛み」

- 警告信号としての「痛み」
 - 診断のためのきっかけ 治癒とともに消失
- 患者の権利と医療者の責務
 - 痛みの緩和はヒトの権利
 - 痛みを訴える患者に注意をはらうことは医療者の責務
- 感情・行動への悪影響
 - 痛みのためにつらく感じ, 日常生活動作(ADL)が制限される
 - 慢性化すると生活の質(QOL)への影響は大きい
- 家族や社会への影響
 - 家族への負担が増大 社会的損失(失業や医療費)への影響

厚生労働省科学研究 「痛み」に関する教育と情報提供システムの構築に関する研究

2) 痛みの疫学, 社会経済的問題

慢性疼痛の疫学



Eur J Pain 2006; 10: 287-333

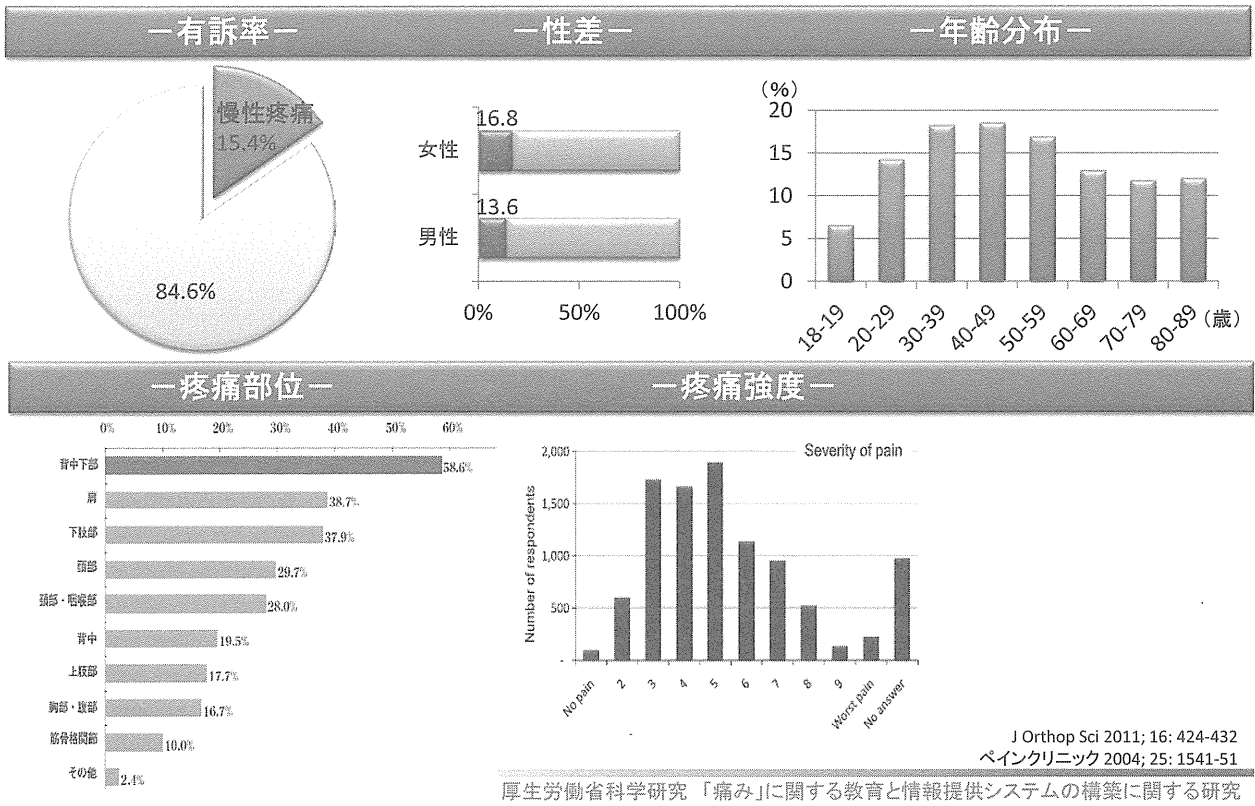
Pain 2008; 138: 380-7

J Orthop Sci 2011; 16: 424-432

厚生労働省科学研究 「痛み」に関する教育と情報提供システムの構築に関する研究

2) 痛みの疫学, 社会経済的問題

慢性運動器疼痛の疫学(本邦)



2) 痛みの疫学, 社会経済的問題

慢性運動器疼痛の疫学(本邦)

