

今回は、1月21日に行われました口腔顔面痛精神医学セミナーについて愛知学院大学歯学部伊藤幹子先生に報告させていただきます。

口腔顔面痛精神医学セミナー参加報告

愛知学院大学歯学部顎口腔外科学講座（リエゾン歯科医療グループ）伊藤 幹子

翌日、4年ぶりの大雪に見舞われることになる東京で、2018年1月21日（日）口腔顔面痛精神医学セミナーが開催された。前日は大寒というのに、その日は比較的暖かかった。全国から集まった37名の熱心な参加者の皆様が、新宿区信濃町にある慶応義塾大学病院2号館11階・中会議場で、10時00分から15時30分まで、昼休みの50分以外はノン・ストップの充実したプログラムに臨んだ。



資料に目を通しセミナー開始を待つ参加者の皆様



都内で見つけた一輪の椿

まず、進行担当の村岡 渡先生（川崎市立井田病院歯科口腔外科）から本セミナーの目的、プログラムなどが説明され、その後早速、築山能大先生（九州大学大学院歯学研究院口腔常態制御学講座歯科医学教育学分野）と渡邊友希先生（昭和大学歯学部スペシャルニーズ口腔医学講座顎関節症治療学部門）による症例提示が行われた。築山先生からは【症例1】「歯の欠損による咀嚼障害と抜歯後疼痛を訴えた1例」、渡邊先生からは【症例2】「非歯原性疼痛にもかかわらず2年間で10歯を失った1例」がプレゼンテーションされた。いずれも口腔顔面痛に携わっていると、日常臨床で遭遇する可能性がある症例で、参加者は興味深そうにスライドからポイントをメモしていた。



円滑な司会進行を担当する
村岡 渡先生



テンポ良く症例提示する
築山能大先生



笑顔で質問に答える
渡邊友希先生

そして10時20分、いよいよ特別講演が始まった。座長の今村佳樹先生（日本大学歯学部口腔診断学講座）が、講師である伊達 久先生（仙台ペインクリニック）を紹介された。伊達先生はユニークな経歴の持ち主であった。すなわち、臨床医として一般外科・整形外科でスタートされ、その後麻酔科勤務を経てペインクリニックで慢性

疼痛患者に出会い、心身医学領域に興味を持たれたそうだ。同領域の基礎は、①臨床心理士との連携〔関東通信病院〕、②整形外科と心身医療科・精神科とのリエゾンカンファレンス〔福島県立医大〕、③心療内科での研修〔九州大学〕が3本柱であったという。先生は経験を踏まえて「実臨床では90%強の慢性疼痛患者は神経ブロック・薬物療法・リハビリテーションで症状が改善する。残り10%弱の患者に心理社会的因子が関与している。そこで心身医学を学び、この度、精神医学セミナーの講師を拝命したが、わたし自身は身体医だ。日常臨床スタイルとして、一人の患者と30分も面接してられない」と身体医の立場を強調された。



いつも冷静沈着な
今村佳樹先生



熱弁を振るう
伊達 久先生



脱線話に花が咲く
伊達 久先生

身体医ではあるが、症状改善に心理社会的因子の把握が必要と診断した場合には、キーワードを押さえて医療面接することをアドバイスされた。キーワードには(1)失感情症、(2)痛みの破局化、(3)過活動、(4)過剰適応、(5)自己主張障害、(6)同胞葛藤、(7)インジャスティス(不公平感)、(8)愛着障害、(9)幼少時の虐待・いじめを挙げ、特に(9)は他の多くの項目のベースにあると重要視され、精神分析学の対象関係論を思わせる解説を交えて「慢性疼痛の原因は心理テストではわからない。生育歴の聴取が大切だ」と熱弁を振るわれた。

脱線話も興味深かった。「感情にはポジティブとネガティブがあり、前者は1種類(嬉しい)のみで、他人と共有しないと成立しない。後者は3種類(悲しみ・不安・怒り)あり、独りで何度でも再生できる。だから慢性疼痛患者は独りになるとネガティブな感情をリピートするので、独りにさせないことだ。ちなみに、薬・酒・砂糖は独りでもポジティブな感情を味わえる」と会場を沸かせた。その後、12時50分から昼休憩に入ったが、筆者は早速、普段はほとんど食べないストロベリーサンデーを食後のデザートに選んだ。たっぷり砂糖が入ったアイスクリームで、確かに独りでも無条件でハッピーになれた(笑)。



息の合った総合司会の
(左)小見山道先生と(右)和嶋浩一先生



症例提示の問題点を検討する参加者の皆様



ストロベリーサンデー

13時40分から午後の部が始まり、総合司会の小見山道先生(日本大学松戸歯学部顎口腔機能治療学講座)と和嶋浩一先生(慶応義塾大学医学部歯科口腔外科学教室 非常勤講師)によってケースカンファレンスの手順が説明され、午前中にプレゼンテーションされた症例の再提示と会場参加型ディスカッションが始まった。

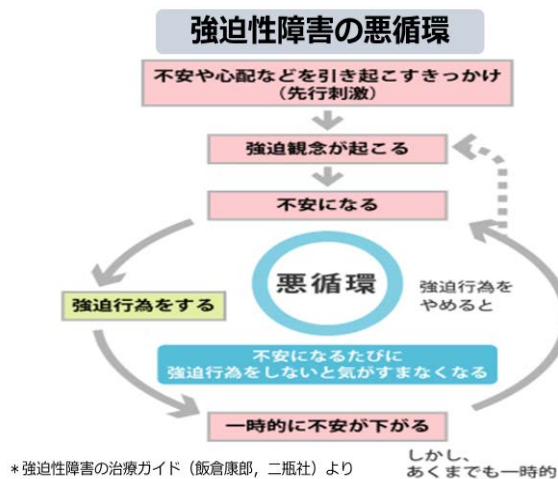
【症例1. 中年女性】下顎大臼歯1歯の抜歯後、欠損部に補綴治療を希望し来院したが、いくつかの問題があった。まず、ご本人はインプラントを希望されたが、欠損部粘膜にはアロディニアが、(右)側頭筋・咬筋・胸鎖乳突筋には筋・筋膜性疼痛と診断できる自発痛および圧痛があった。既往歴には「うつ病」で心療内科入院歴などがあった。「何とかしてあげたい。でも、すんなりとは補綴治療を開始できない」この症例を、築山先生はシーネとスプリント治療から始め、義歯で最終補綴治療に臨まれ、見事にVASスコア85/100あった疼痛をほぼ消失させた。一般的に、うつ病を初発した患者の50~60%が再発すると言われている。「普段はきれいな方なの

に、化粧っけなしで来院され誰かわからなかった」という築山先生の補足説明からも、うつ病の再発があったかもしれない。一般的にうつ病である場合、患者は思考力や集中力が低下して、歯科治療に苦渋することがある。うつ病の治療終了まで人生の重大な決定（不可逆的歯科治療も含まれるであろう）は延期させたほうがよいと言われており、可撤式義歯による補綴治療は講師および参加者から評価された。わたしたちに、うつ病（疑い）を合併した口腔慢性疼痛患者の補綴治療を考えさせてくれた貴重な症例であった。

【症例2. 高齢女性】自費治療を受けた歯を既に10本抜歯されたのにもかかわらず、「頬がザワザワするから左上の小臼歯も抜いて欲しい」と来院した症例であった。この症例にも、アロディニアと筋・筋膜性疼痛と診断できる痛みが存在した。生活歴における家族構成員の減少から、患者が抱える「不安・怒り」が推察でき、認知行動面では「破局的思考・ドクターショッピング」という歪みも認められた。渡邊先生は、4領域すなわち「身体面・感情面・行動面・認知面」で患者を評価した上で、あくまでも身体疾患として受け止め「大変ですね・辛いですね・心配ですね《堀越勝先生》」という言葉を巧みに使って患者の感情を受け止めた。『週間活動記録表』を用いて認知行動面に働きかけ、患者に抜歯を思いとどまらせ、見事に疼痛を軽減させた。指定発言を求められた伊達先生からは「慢性疼痛患者が『急に痛くなった』と訴えた場合、30分も経過すれば痛みは軽減してくるから、マッサージなど何でもいからセルフコントロールできるように指導してあげるといい」と助言があった。まさに慢性疼痛を知り尽くした臨床家らしい、明日から使える対応法であった。非歯原性歯痛であったとしても患者にはわからないので、抜歯を希望して受診することもある。根負けして心ならずも抜歯、しかし疼痛は消失しなかった経験を持つ歯科医師もおられるかも知れない。その様な症例に対して、抜歯を踏みとどまらせる治療法を考えさせてくれた貴重な症例であった。

その他、ディスカッションされた話題に「予約変更電話への対応」があった。多くの参加者は、予約変更には応じないと答えた。同感である。慢性疼痛患者の中には不安が高く、その不安を自分でコントロールできずに病院に電話をかけ、予約前の診察を求めてくる方がいる。それに応じてしまうと患者の一時的な不安は減少するが、悪循環に陥る。スタッフが疲弊することもある。悪循環に陥らないようにしたい。ご参考までに、当院のリエゾン精神科医師が、強迫性障害を併発した特発性歯痛患者への心理教育とスタッフへの説明に用いた図を紹介する。

翌日の東京都心は、23cmの積雪を観測したという。天候ばかりはどうにもならないが、1日ずれていなくて本当に良かった。「精神医学セミナーは終わったが、皆様と学んだことを生かして明日からまた頑張ろう！」と薬・酒・砂糖はないが、News Letterの読者の皆様を想い、ポジティブな気持ちで稿を閉じる。



セミナー翌日 神田川の雪景色

日本口腔顔面痛学会News Letterへのお問い合わせは

「日本口腔顔面痛学会事務局」まで

〒135-0033 東京都江東区深川2-4-11一ツ橋印刷株式会社学会事務センター内

TEL: 03-5620-1953, FAX: 03-5620-1960 E-mail: jsop-service@onebridge.co.jp