

今回は、11月15日に行われた Headache Academy for Dentists について、開業しながら認定医取得を目指しておられる木津真庭先生に報告していただきます。

## 第3回 Headache Academy for Dentists (HAfD)参加報告

鷹栖歯科 木津真庭

去る2019年11月15日(金)、16日(土)ロイヤルパインズホテル浦和に於いて、第47回日本頭痛学会総会が丸木雄一大会長(社会福祉法人シナプス、埼玉精神神経センター理事長)のもとで開催された。


そしてそのサテライト企画である、本学会共催第3回『Headache Academy for Dentists (HAfD)』(11月16日(土)13:00~17:00)に参加したので、その概要を報告する。



【開会の辞】開会挨拶を丸木雄一大会長にいただき、早速本プログラムが始まった。

丸木雄一大会長

### 【Part1：非歯原性歯痛】



**非歯原性歯痛の分類(2019)**

非歯原性歯痛の診療ガイドライン 改訂版  
一般社団法人 日本口腔顔面痛学会

- 1) 筋・筋膜痛による歯痛
- 2) 神経障害性疼痛による歯痛  
発作性: 三叉神経痛など  
持続性: 帯状疱疹性神経痛、帯状疱疹後神経痛など
- 3) 神経血管性頭痛による歯痛(片頭痛、群発頭痛など)
- 4) 上顎洞疾患による歯痛
- 5) 心臓疾患による歯痛(狭心症など)
- 6) 精神疾患または心理社会的要因による歯痛  
(身体症状症、統合失調症、うつ病など)
- 7) 特発性歯痛(非定型歯痛を含む)
- 8) その他の様々な疾患による歯痛

講師：井川雅子先生

(静岡市立清水病院口腔外科 口腔顔面痛外来, 井川歯科医院院長)

座長：和嶋浩一先生

(慶應義塾大学医学部歯科口腔外科, 浦和吉見歯科クリニック)

井川講師が常に唱えている事は、ある病気を最短距離で治すためには「正確な診断をする」ことが第一であるということ、治療法が確定していない疾患については、臨床実感から乖離した仮説は鵜呑みにしない! という事である。講演は、左図分類の順で各疾患を解説する

形で行われた。

- ・筋・筋膜痛による歯痛：頭頸部周辺の筋(咀嚼筋、僧帽筋、胸鎖乳突筋など)の慢性疲労(コリ)によって歯痛が引き起こされる事があり、筋にあるトリガーポイントを圧迫した際に関連痛として歯痛が発生する事実が診断の決め手となるとのこと。一つの二次ニューロンに多数の一次ニューロンが収束することが、関連痛が起きるメカニズムと言われている。そしてスクリーニング診査において問診、筋触診各種が重要なことはもちろん、診断および治療のひとつとしてトリガーポイントインジェクションが有効であると強調された。
- ・神経障害性疼痛による歯痛：発作性神経障害性疼痛である三叉神経痛では、患者が歯科を受診する際の主訴が歯痛であることが多いため、不必要な歯科治療を行わないよう診断と治療のポイントを述べた。また、三叉神経領域の帯状疱疹では、経過中に歯痛が生じることが稀ではないとして、1週間で2本の抜髄が行われた症例を供覧され、鑑別法を解説された。

- ・**神経血管性頭痛による歯痛**：TACsを診断するためには、基本形として群発頭痛の特徴をよく理解しておくべきであるとのことで、詳細は後半の石崎公郁子先生のご講演にゆずられた。
- ・**精神疾患による歯痛**では、精神疾患は「脳という臓器の病気」であるとする生物学的精神医学（biological psychiatry）の考え方を紹介し、特に有病率の高いうつ病について解説された。うつ病患者では、病初期には精神症状より身体症状を訴えることが多く、9割は身体科を受診すること、また、うつ病の判定基準や、実際に歯科を受診した患者の症例を供覧された。



井川雅子先生

和嶋浩一先生

- ・**特発性歯痛 (Idiopathic Odontalgia)** は、旧非定型歯痛 (Atypical Odontalgia ) , 最近では **Persistent Idiopathic Dentoalveolar Pain (PIDAP: ピーダップ)** と呼称される原因不明の耐えがたい持続性の歯痛を特徴とする疾患である。稀な疾患ではなく、講師の自験例では7年間の初診患者のうち、特発性歯痛は約23%、特発性顔面痛を含めると約30%に達するとのことであった。特発性歯痛の7割が歯科治療が契機で発症し、3~4割の患者には精神疾患の既往があるという報告を引用し、歯科医療従事者は知っているべき疾患であるとした。

こうして井川講師の軽妙洒落な講演も終了し、聴講者からの質疑応答も一通り終わるや否や、座長の和嶋先生から「発作性三叉神経痛の電撃様発作の表現をバリバリバリッ！という言い回しはどうなのでしょうねえ？」というシニカルな突っ込みと、それに関する丁々発止のやり取りがあり、同門師弟関係ならではの見慣れた光景に一瞬「ニヤっ」としたのは、同じく同門の筆者だけであろうか？

## 【Part2：頭痛概論】

講師：浅野賀雄先生（埼玉精神神経センター脳神経内科，埼玉国際頭痛センター）

座長：和嶋浩一先生（慶應義塾大学医学部歯科口腔外科，浦和吉見歯科クリニック）

浅野講師は、プライマリケア医が診る最も多い神経疾患が頭痛であると述べた上で、頭痛診断のアプローチの筋道として、まずSNOOPなどを手掛かりとして一次性頭痛と二次性頭痛を見極めることの重要性を強調した。その後、国際頭痛分類第3版（ICHD-3）の使用法、問診、身体所見、神経学的診察、神経学的補助検査、頭痛ダイアリーによる診断法を解説した。



浅野賀雄先生

和嶋浩一先生

一次性頭痛の場合、患者の苦痛があれば症状の程度に関わらず治療の対象となること、頭痛が日常生活に支障をきたしていると判断した場合には積極的に治療すべきであることをエビデンスに基づいて解説された。

一次性頭痛のうち、片頭痛の有病率は8.4%であり、緊張型頭痛は22.3%であると前置きした後、各頭痛について詳述された。

片頭痛の予後は、寛解（1年後13.11%、10年後38.2%）、持続（1年後83.92%、10年後41.8%）、進行（1年後2.97%、10年後20.2%）という統計結果が印象的であった。

**緊張型頭痛 (TTH)** では、分類に続き、診断基準、誘発因子、病態、危険因子、誘因、予後について解説がされた。頭蓋周囲の圧痛点（トリガーポイント）がみられる部位として、我々には筋触診で馴染深い側頭筋、咬筋、胸鎖乳突筋、顎二腹筋、前頭筋の他にも翼突筋、板状筋、僧帽筋が挙げられるとした。

TTHの急性期治療薬としてはNSAIDs, アセトアミノフェンが推奨グレードAであり頓用で用いるべきとされた。カフェイン頓用は併用薬として有用(推奨グレードB)であるが, 意外にも選択的COX-2阻害薬は推奨グレードCであった。

予防療法は, 薬物療法と非薬物療法に大別される。前者では三環系抗うつ薬(アミトリプチリン)がグレードAで推奨された。後者は精神行動療法のうち, 筋電図バイオフィードバックが推奨グレードAであった。また薬物治療のみでは効果が不十分な慢性頭痛患者には, 包括的頭痛治療である多職種による治療プログラムが必要であり, それによる患者の治療満足度は症状改善度以上に高い事を示した。

一次性頭痛の可能性が高い場合は, その鑑別診断法を熟知しておく必要があると述べて講演を終えられた。

### 【Part3:薬剤の使用過多による頭痛(薬物乱用頭痛:MOH)】

講師:柴田 譲先生(慶應義塾大学医学部神経内科)

座長:村岡 渡先生(川崎市立井田病院歯科口腔外科)

MOHは, もともと頭痛持ちの患者が, 急性期治療薬(通常, 鎮痛薬)を頻回に服用することで頭痛が慢性化したものであり, 稀な疾患ではない。

原因となる一次性頭痛のほとんどは片頭痛である。柴田講師は, MOHの歴史, 疫学, 背景因子, リスクファクター, 遺伝的素因について述べ, その後, 問診・診察上の注意点, 鑑別に重要な器質的疾患について解説された。

病態生理としては, 神経興奮性の増大(中枢性感作, 皮質拡張性低下)や神経伝達物質の異常が関与していると考えられている。また, 辺縁系・報酬系の異常が依存を形成するという仮説が紹介された。

我が国では複合頭痛薬に起因するMOHが多いが, 米国に多いオピオイドによるMOHは, 重症で予後不良であるとのことであった。MOHの再発率は我が国でも25~30%と高い。また治療の3本柱は, ①原因薬物の中止, ②薬物中止後に起こる頭痛への対処, ③予防薬投与であり, 治療に際しては, 患者への病態説明, 助言, 心理的サポートが重要であるとした。



柴田 譲先生

村岡 渡先生

### 【Part4:三叉神経・自律神経性頭痛(TACs)】

講師:石崎公郁子先生(楷行会リハビリテーション病院内科・リハビリテーション科)

座長:大久保昌和先生(日本大学松戸歯学部有床義歯補綴学講座)



石崎公郁子先生

大久保昌和先生

TACsについては, 昨年のHAFDでも竹島多賀夫先生が詳細な解説をされたが, 石崎講師は先ずTACsに共通する特徴として以下を示された。

- ① 一側性に限局した比較的強い頭痛
- ② 頭痛と同側に頭部自律神経症状を伴う
- ③ 脳画像検査で後部視床下部の活性化を認める
- ④ 迷走神経などの電気刺激が治療に有効

(発症メカニズムに共通性があることを示唆する?)



## インドメタシンの用量について

- 3.2「発作性片側頭痛」、3.4「持続性片側頭痛」の診断基準の注釈には「成人では経口インドメタシンは最低用量150 mg/日を初期投与として使用し、必要があれば225 mg/日を上限に増量する」と記述されている。
- わが国では、インドメタシン経口薬の使用量は最高量75 mg/日までで、直腸投与（坐薬）は最高量100 mg/日までとされている。
- わが国ではこれ以上の用量の安全性が確認されていないので、ICHD-3の診断基準の記載にある用量の使用は一般には推奨できない。
- 日常臨床では75 mg/日までの投与で反応性を判断してよいと考えられるが、75mg/日のインドメタシンが無効の場合は臨床的特徴や抗てんかん薬との相乗効果なども勘案し総合的に判断する必要がある。

国際頭痛分類第3版 (ICHD-3) 日本語版作成にあたって

### 石崎講師のテキストより引用

は本邦の保険診療では不可能であり、このことが以前より「診断基準における“治療量”のジレンマ」として問題になっていた（上図）。また、欧米の著名な頭痛専門医の中にも、高用量のインドメタシンを用いて確定診断とすることを疑問視する人たちがおり、現在も議論が続いている。

石崎講師は、他にも、インドメタシンの「治療量」の設定量を増やせば、診断の感度があがる可能性はあるが、一方で特異度をさげてしまうリスクがあること（二次性頭痛や他の一次性頭痛での有効例があるため）や、用量を増やすことで、副作用の頻度が上昇する（使用量が150～200 mgを超えると治療効果より副作用が増える）ことなども「ジレンマ」として解説された。

そして最後に以下のように述べられ、講演を終えられた。

- ・TACs は頻度の高い疾患ではないがごく稀というわけでもなく、日常臨床で遭遇する可能性がある疾患である。
- ・TACs 様の痛みは、二次性の疾患で生じることが稀ではないため、鑑別のための画像検査は必須である。
- ・TACs 患者は歯科を受診する可能性がある。

なお、インドメタシン製造中止に伴う代替薬剤についての情報が12月末に日本頭痛学会ホームページに掲載された。今後はインドメタシンファシネルとアセメタシンを使用することになること、またインドメタシン反応性頭痛に対し高用量を用いることができるよう公知申請する予定であることが記されている。

（頭痛学会 HP 参照：<http://www.jhsnet.org/>）

【閉会の辞】井川講師より聴講者への感謝の意と、各演者への謝辞が述べられ閉会となった。

次期学会は、2020年11月7日8日つくば国際会議場にて開催され、第4回 HAFd も予定されている。参加経験のある先生はもとより、経験のない先生も是非奮ってご参加頂きたい。

昨年の内容との大きな違いは、インドメタシンについての詳細な解説があったことである。これには、国内のインドメタシン内服剤は2019年をもって製造中止となることが決定しており、当時、頭痛学会が対応を迫られていたという背景も考慮されたとと思われる。

TACs は4つで、そのうち2つ（発作性片側頭痛と持続性片側頭痛）はインドメタシン反応性頭痛であり、インドメタシンに対する反応性が確定診断に直結するものである。

しかしながら、ICHDの診断基準にあるような高用量（150-225mg/日）のインドメタシンを処方することは



---

## 【木津真庭（きづ まにわ）先生のプロフィールと近況】



1961 年生まれ

1985 年:東京歯科大学卒業/慶應義塾大学医学部歯科口腔外科学教室入局

1988 年:慶應義塾大学医学部歯科口腔外科学教室退局/鷹栖町立歯科診療所 所長

2014 年:鷹栖歯科 院長

所属学会, 研究会: 日本口腔顔面痛学会/北日本インプラント研究会/旭川デンタルインプラント研究会

本学会に入会して 3 年目に入った。 広大な北海道には, 未だ口腔顔面痛専門医 (指導医 2 名, 認定医 1 名), 認定研修施設 2 か所という状態 (すべて札幌市) であり, とりわけ私が診療に身を置いている旭川市や道他地区は, 専門医 (指導医, 専門医, 認定医 0) 認定研修施設 0 という状態である。 この現状と小生が在籍していた同門 TMD 研究班のチーフ和嶋浩一先生の定年退職パーティーにて, 先生の講演を拝聴したのを機に, 眠っていた我が志と知的好奇心に俄然火が付いた。 受験資格も整い, 目下, 認定医試験を通過点として目指し, 口腔顔面痛の研鑽に楽しく勤しんでいる。

---

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](mailto:jsop-service@onebridge.co.jp)