

今回は、2023 年 12 月 10 日に行われた口腔顔面痛精神医学セミナーについて鈴木歯科医院 玉川敦子先生に報告していただきます。

口腔顔面痛精神医学セミナー参加報告

鈴木歯科医院 玉川 敦子

2023 年 12 月 10 日(日)に昭和大学歯科病院第一会議室にて口腔顔面痛精神医学セミナーが山田和男先生(東北医科薬科大学 精神科)をお招きして開催された。参加者は現地参加者 10 名、オンラインでの参加申し込み者が(2024 年 1 月 5 日時点で)57 名であった。

山田先生は井川雅子先生(静岡清水市立病院 口腔外科)と以前、リエゾン外来を担当されており、特発性口腔顔面痛に対しても大変造詣が深く、経験も豊富な精神科医であり、本学会でもこれまでに多数講演をして頂いている。今回は、その山田先生から特発性口腔顔面痛の治療に必要な臨床精神薬理学知識と鑑別が必要な疾患について、1 日にわたってお話を聞く事ができ、多くの事を学べたのでその内容を報告させて頂く。

セミナーは午前の部(10:00~12:30)と午後の部(13:30~16:00)で行われ、午前の部では講義1「器質的な異常がない痛みを精神科医はどのように考えるか」、講義2「精神科医はどう治療しているのか」、午後の部では、口腔内特発性疼痛に併存しやすい精神疾患であるうつ病・不安症・双極性障害・統合失調症や妄想についての解説、井川雅子先生、池田浩子先生(日野市立病院口腔外科)より提示された症例の解説も行われた。



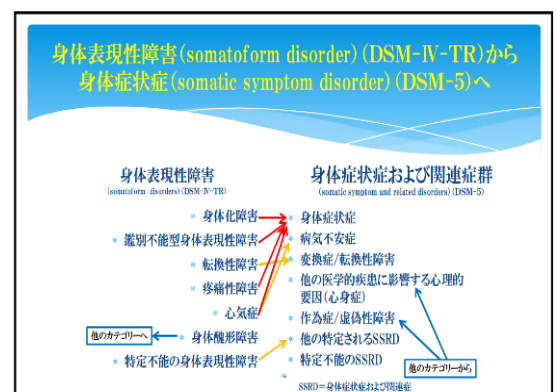
山田和男先生

講義1「器質的な異常がない痛みを精神科医はどのように考えるか」

講義1においては身体症状症および関連症群(DSM-5)の説明があり、身体症状症および関連症群(DSM-5)は身体表現性障害(DSM-IV-TR)と重なる部分が多いこと、身体疾患の有無に関わらず、身体症状に対して重篤に考えたり、症状に対する不安が強かったり、長時間にわたって症状にとらわれたりしている場合に診断されるとのことであった。

国際疼痛学会における痛みの分類において、第三の痛みとして痛覚変調性疼痛という用語が決定されたが、精神医学的には痛覚変調性疼痛は“身体症状症、疼痛が主症状のもの”と考えられる事、身体症状症の治療においては、①不可逆的な処置や侵襲的な処置は絶対に行わないこと

②抗うつ剤による薬物療法 ③心理的なアプローチ(認知行動療法的アプローチ等)もないがしろにしない事が重要とのことであった。薬物療法としては三環系抗うつ薬のアミトリプチリン、ノルトリプチリンやセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬のデュロキセチンを用いることが多いとのことであった。認知行動療法的アプローチとしては、①病名の告知と保証 ②症状に固執しないこと ③ストレス要因との関連の自覚 ④コーピングの会得を挙げられ、認知行動療法の最終目標は、患者が「この痛み(違和感)は自分でコントロールできるのだ。」と自覚させることであると述べられた。



講義2「精神科医はどう治療しているのか」

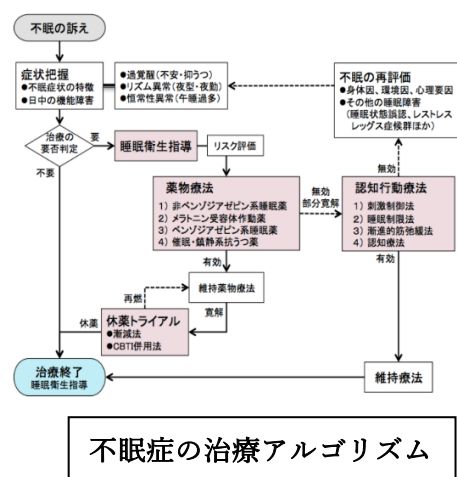
講義2では、痛みを訴えている精神疾患患者に使用する薬剤についての解説があった。疼痛に対する薬物療法として処方されることが多い三環系抗うつ薬のアミトリプチリン、ノルトリプチリンやセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬のデュロキセチンなどの解説があり、その中でも最も処方されることが多いアミトリプチリンについては具体的な処方例や有害作用について特に詳しく解説して頂いた。三環系抗うつ薬の有害作用の中でもQT延長については突然死を起こすこともあり特に注意しなければならないが、低用量(10 mg/日)でもQT時間の延長を認めることがあり、投与開始前、投与開始1～2週間後、最終増量1～2週間後、その後は6カ月～1年に1回程度の間隔で心電図をチェックすることが大切であると説明された。

疼痛に対するアミトリプチリン増量の具体例

- 最初の1週間(～10日)は、10mg/日(夕食後1回)。
- 次の1週間は、20mg/日(夕食後1回)。
- 次の1週間は、30mg/日(夕食後1回)。
- 次の1週間は、50mg/日(夕食後1回)。
- (中略)。
- 150mg/日(夕食後1回)にて4～6週間は経過観察を行う。

※患者の忍容性に応じて、増量間隔を決定する(通常は1～2週間)。
※ただし、無効時には、増量を躊躇すべきではない。

セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬のデュロキセチンについては、主な有害作用は悪心・嘔吐・胃部不快感が特に開始、増量時にみられるとのことであるが、心毒性は認めないとのことだった。抗精神病薬(非定型抗精神病薬)による augmentation therapy(増強療法)についても解説があり、井川先生から提示された症例の解説もして頂いた。抗精神病薬は本来統合失調症の治療薬であるが、うつ病や身体症状症の増強療法として抗うつ薬に付加されるリスパリドンを使用することが多いとのことであった。有害作用としては錐体外路症状、高プロラクチン血症関連症状、その他として過鎮静、口渇、起立性低血圧があるとのことであった。また身体症状症の患者では不安や不眠を訴える方が多く、抗不安作用や催眠・鎮静作用としてGABA-A受容体作動薬を使用する。代表的な薬剤としてベンゾジアゼピン系薬剤があるが、臨床用量依存症が問題であるとのことだった。不眠に対する標準治療としては睡眠衛生指導、薬物療法(睡眠薬)、認知行動療法があり、睡眠の認知行動療法として、睡眠制限法(睡眠の質を高めるために敢えて睡眠時間を制限し、短い時間で深く眠れるようにし、その後睡眠時間を長くしていく方法)を紹介頂いた。



症例検討



会場の様子

午後からの講演は井川先生と池田先生の症例を交えながら、口腔内特発性疼痛に併存しやすい精神疾患としてうつ病、不安症、双極性障害、統合失調症や妄想についての解説があった。DSM-5の診断基準の説明だけでなく、実際にうつ病と不安症をイメージする際には「抑うつ」「不安／恐怖」「身体症状(疲労、倦怠感、食欲不振、不眠など)」の3つをキーワードにするとわかりやすいとのアドバイスも頂いた。うつ病の鑑別疾患として大切な双極性障害について解説もあり、井川先生より歯痛を主訴とし、抜歯を強く希望した双極性障害患者の症例提示もあった。双極性障害を併存されている方の多くは異常でもない歯の抜歯を強く希望したり、抜歯をすでに何本もしていることがある。山田先生より躁状態の時は派手なことを平気でやってしまうことがよくあるとのことだった。次に統合失調症と妄想についての解説があった。統合失調症の診断基準(DSM-5)の症状の中に必須ではないが妄想が含まれている。統合失調症では妄想内容が奇妙であったり、風変わり(例: 歯の中に通信機がありそれにより痛みが出ている)な特徴があるとのことであった。妄想を認める疾患としては精神疾患以外では認知症に注意すべきであるとのことであった。井川先生から精神科医と連携した妄想性障害(被害型)とセネストパチーの症例、池田先生からもセネストパチーの症例提示もあった。

最後に精神科に依頼する際のポイントが述べられ、患者の主訴に対して歯科的には十分説明できるような所見がみら

れないこと、歯科としてもフォローしていく、といった内容を記載するとよいとのことだった。

講演後の質疑応答では精神科医への紹介の仕方、精神科医の探し方など具体的な方法について質問があり。精神科医への紹介の仕方は前述した通りだが、精神科医の探し方は井川先生より「疼痛性障害」、「精神科医」で検索し論文を書かれている先生をみつけるとよい、といったアドバイスがあった。また紹介先には可能であれば紹介前に連絡をとるのが望ましいとのことだった。

日常臨床では精神科に通院されていても診断名が把握されていない場合や、患者が精神科に通院していることを伝えてくれない事もある。薬手帳をみて把握できることもあるのだが、疼痛を主症状とする精神疾患を併存されている方の特徴や薬剤の種類によってどういった治療をされているかある程度推測するための理解が深まった。また精神科医との連携の仕方や患者への対応法も具体的に学ぶことができ、明日からの臨床にすぐに役立つ内容が満載の精神医学セミナーであった。

現在、オンデマンド配信中(2023年12月23日 12:00～2024 年 2 月 29 日 23:55)であるので口腔顔面痛を勉強の一貫として是非多くの先生に受講していただきたいと思う。

【玉川 敦子先生のプロフィール】

【略歴】 1996 年 東京歯科大学卒業

慶応義塾大学歯科・口腔外科教室入局

2000 年 おやまにし病院（現：さくらのクリニック）出向

2002 年 東京都内開業医勤務

現在 鈴木歯科医院、後藤歯科医院、タウンセブン歯科クリニック、
立川病院歯科口腔外科非常勤



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