

口腔の不定愁訴への対応—— MUOSをどう診て、 どう対処するか？



豊福 明 (東京医科歯科大学大学院歯科心身医学分野教授)

本コンテンツはハイブリッド版です。PDFだけでなくスマホ等でも読みやすいHTML版も併せてご利用いただけます。

▶ HTML版のご利用に当たっては、PDFデータダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶ シリアルナンバー付きのメールはご購入から3営業日以内にお送り致します。

▶ 弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することでHTML版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は <https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/> をご参照ください。

▶ 登録手続

- | | |
|---|-----|
| 1. やっかいな口腔領域の不定愁訴 | p2 |
| 2. 歯科心身症 | p3 |
| 3. MUOS (medically unexplained oral symptoms) | p7 |
| 4. 歯科心身症の治療 | p14 |
| 5. pit fall | p41 |
| 6. まとめ—— MUOS への基本的対応 | p44 |

▶ 販売サイトはこちら

日本医事新報社では、Webオリジナルコンテンツを制作・販売しています。

▶ Webコンテンツ一覧

1 やっかいな口腔領域の不定愁訴

歯科はもちろん、内科や耳鼻咽喉科や婦人科など多くの診療科で、「口が渇く」「味がおかしい」「舌がヒリヒリする」などと訴える中高年の女性患者をしばしば経験する(図1)。各種検査で異常は認められず、かといって明らかに精神科領域とも言いがたい。仕方なく対症療法でお茶を濁す……という対応を余儀なくされる患者群である。

このような“医学的に説明困難な”痛みや、口腔内の違和感・不快感は、歴史的に「歯科心身症」¹⁾と呼ばれてきた。ところが、この「心身症」という用語を素直に受け入れることができない患者や医療者も少なくない。それは身体科にとどまりつつも、少し「こころ」の領域まで踏み込むことが求められるからである。

本稿では、臨床各科で遭遇する可能性が高い「口腔領域の不定愁訴」についてその対応も含め概説したい。

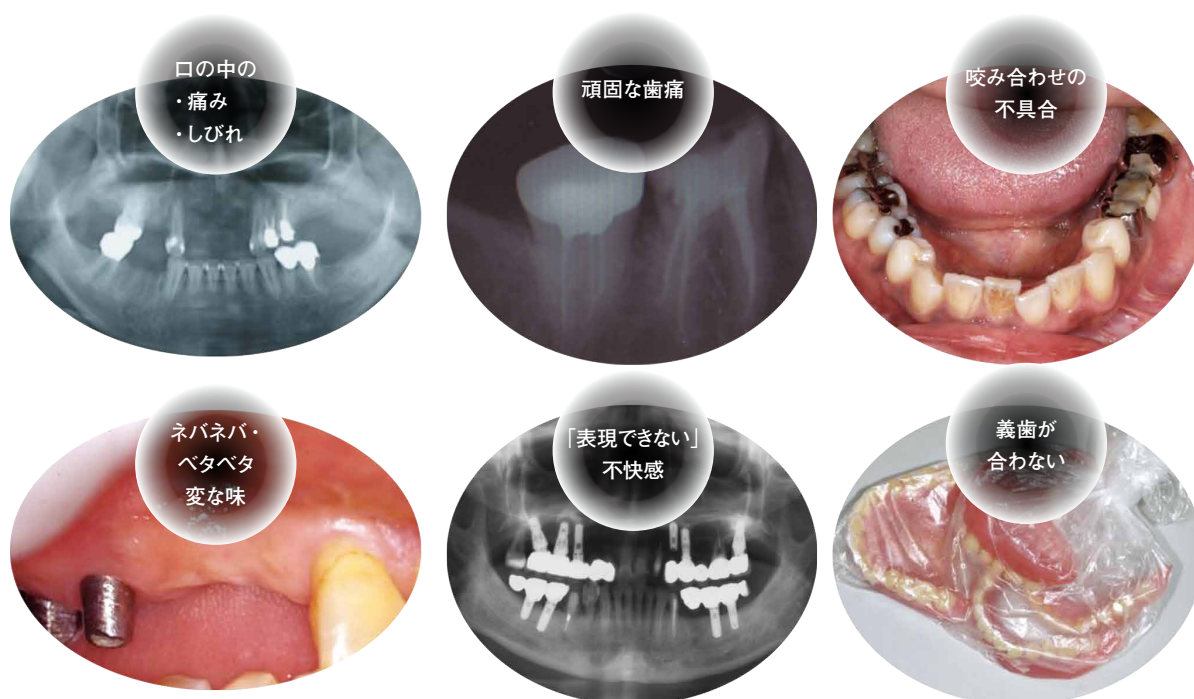


図1 口腔領域の不定愁訴

2 歯科心身症

歯科心身症は、“臨床的な検索では刺激源を認めず， 歯科的な自覚症状のみが慢性的に持続する機能的病態で， 患者の思考や言動には異常性を認めない” 症候群と定義される (図2)。

代表的疾患として， 舌痛症 (glossodynia/burning mouth syndrome)， 非定型歯痛 [atypical odontalgia, または非定型顔面痛 (atypical facial pain)]， 咬合異常感 (phantom bite syndrome : PBS)， 口腔異常感症 [oral dysesthesia, または口腔セネストパチー (oral cenesthopathy)]， 口臭恐怖症 (halitophobia)， 歯科治療恐怖症 (odontophobia) 等が挙げられる。

- 歯や口の痛み・しびれが治らない
 - ー 舌痛症
 - ー 非定型歯痛 (非定型顔面痛)
- 咬み合わせがよくない
 - ー 咬合異常感 (PBS)
- 口の中の不快感 (ネバネバ， ベタベタ， 変な味・ニオイ， 異物感など)
 - ー 口腔異常感症 (口腔セネストパチー)
 - ー 口臭恐怖症 (自己臭恐怖症)
- その他
 - ー インプラント術後の不快感， 義歯や矯正治療後の不具合・体調不良， など

図2 口腔領域の不定愁訴 (歯科心身症)

各種検査で異常が検出されない本症は， 病歴や訴えの性状から診断するしかない。器質的疾患を速やかに除外診断する必要があり， 図3のような主訴や愁訴で本症と気づかれることが多い。

- ・ヒリヒリ・ピリピリ
- ・ネバネバ・ベタベタ
- ・辛い，苦い，しょっぱい
- ・乾く，唾液が多すぎる
- ・歯の痛みが治らない
- ・咬み合わせがよくない
- ・口臭が気になる
- ・歯科コワイ

図3 歯科心身症の主訴・愁訴（よく使われる擬態語など）

鑑別診断には，悪性腫瘍，三叉神経痛・舌咽神経痛などが挙げられ，高齢者では認知症にも注意が必要である。念のため，うつ病や双極性障害などの精神科的既往を確認する。

(1) 精神疾患なのか？

歯科心身症と精神疾患との関連性は古くから議論されているが，その合併率に関するデータは多くない。歯科（身体科）での「確定診断」が難しいことと，精神科との連携に障壁があることなどの要因が推測される。

図4に示す当科でのデータは，主治医からの紹介状や当科からの照会状に基づいたものであるが，一般医療機関より高めに出ていると推測される。なお，通常はおおむね30％程度であると推測される。**それでも統合失調症など，明確な“精神病”は少数で，当該精神疾患では口腔症状の説明がつかないことはしばしばある。**以下に示す，合併する精神疾患の治療を優先，と判断されれば，精神科に治療の主体となってもらえばよい。しかし，精神疾患では説明がつかないケースは，身体科の仕事になるわけである²⁾。

- 舌痛症：49.2% (Takenoshita, 2010)
- 非定型歯痛：46% (Miura, 2018)
- 口腔セネストパチー：62% (Umezaki, 2018)
- 咬合異常感 (PBS)：48.5% (Watanabe, 2015)
- 統合失調症など、明確な“精神病”は5～20%
- 精神疾患では口腔症状の説明がつかないことも

図4 各歯科心身症の精神障害合併率

たとえば，原因不明で治療抵抗性の歯の痛みを訴える，非定型歯痛患者の精神科既往歴は半数弱に認められる（図5）^{3）}。しかし，その多くはうつや不安を主体としたもので，しかも主治医からは「精神的には安定している」とみなされていることが多い。よって，精神疾患の既往・合併があれば即，口腔症状の説明がつく，とは限らない。「何でも精神科に丸投げ」が機能しない所以である。

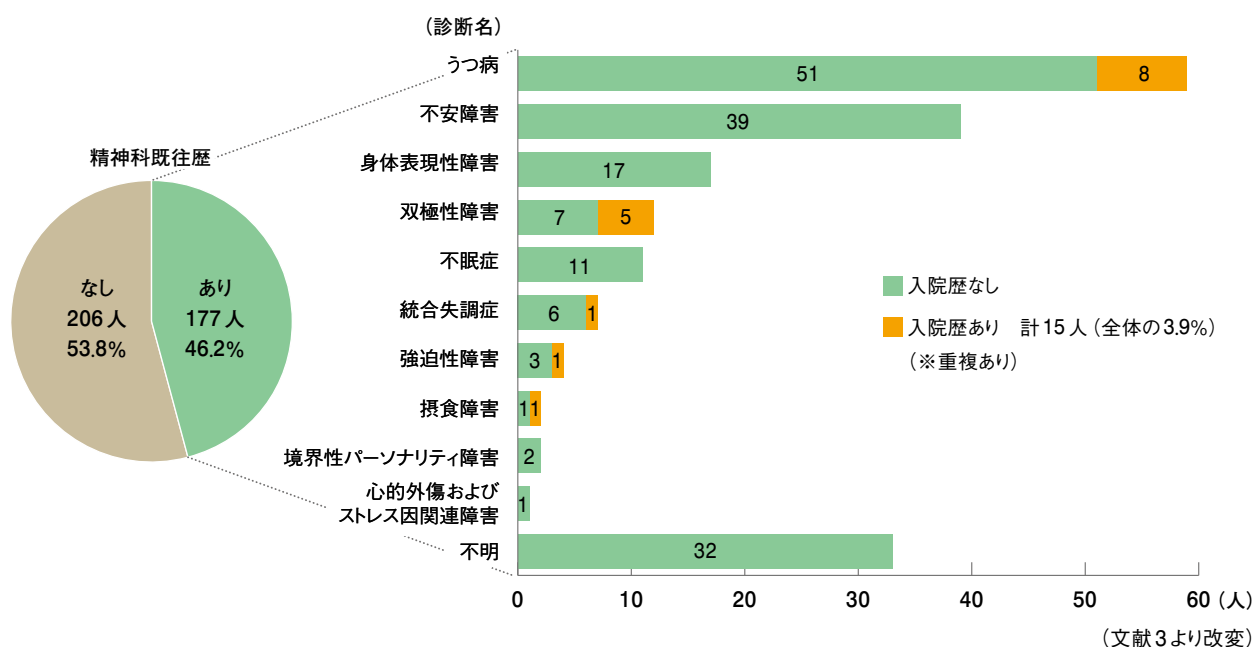


図5 非定型歯痛患者の精神科既往歴

器質的異常の見逃しは厳禁であり，いかにも「不定愁訴」と敬遠したくなる患者こそ，あくまでも身体面に軸足を置いて診察していったほうがよい。

(2)「身体疾患か？ メンタルか？」の心身二元論的思考の陥穽

一方で、本症の特性から、下記のようなことがしばしば起こる。

- ・いくら検査しても異常が見出せない
- ・自分の専門領域では診断がつかない
- ・訴えの内容がよく理解できない
- ・そもそも歯科のことはわからない
- ・歯科医でも“異常なし”と言われたら、どうしようもない

昭和初期の教科書にも、舌痛症に対する口腔外科医の困惑が率直に記載されている(図6)⁴⁾。100年近く経っても普遍性がある疾患、誰が診ても負担を感じる疾患、と言える。このような患者に直面すると、いつの間にか染みついた「身体疾患でなければ、メンタルの問題」とする短絡思考が、「手に負えない無力感」につながる。つい、患者を敬遠するような一言が、口をついて出てしまいがちである(図7)。しかし、患者としては、紛れもなく自覚症状はある。よって、巷に溢れる「心因性」仮説はとても受け入れがたく、容易に「被害者－加害者関係」に陥ってしまう。

精神疾患の合併があっても、それでは説明がつかない。器質的疾患が背景にあっても、それだけでは説明できない。そのような口腔領域の病態を「歯科心身症」と呼んでいる。しかし、どうもこの用語は使いづらく、より臨床に実践的なコンセプトが求められている。

「検査ヲシテモ何物ヲモ発見シ得ズ、患者一人デ痛イ痛イト八釜シク言フノデ実ニ閉口スル」

図6 舌痛症に対する口腔外科医の困惑

(文献4より引用)

- 医療関係者の呪詛？
 - －「異常ありません」
 - －「もう治りません」
 - －「治療はありません」etc.
 - －医療者側の「手に負えない無力感」の裏返し？
- 「ストレスで痛いんじゃない。痛いのがストレス！」
- 信頼関係の破綻→**被害者－加害者関係**
- **「歯の治療のあとから、だから」(ストレスなんかじゃない！)**

図7 患者の訴えが宙に浮く……

3 MUOS (medically unexplained oral symptoms)

(1) 心身二元論からの脱却

体の原因がわからないから心の問題とする心身二元論からの脱却と、患者との治療的関係の構築に有効なのが、MUOS (medically unexplained oral symptoms, 医学的に説明困難な口腔内症状) のコンセプトである (図8)。これによって、「検査で異常がないから心因性」といった、患者と非常にトラブルになりやすい“水かけ論”から距離を置ける。精神科医に紹介する前に、また紹介した後でも、身体科医としての職務を全うしやすくなる。

MUOS : medically unexplained oral symptoms

何らかの歯科疾患が存在するかと思わせる症状が認められるが、適切な診察や検査を行っても、その原因となる疾患が見出せない口腔内症状

図8 MUOSの定義