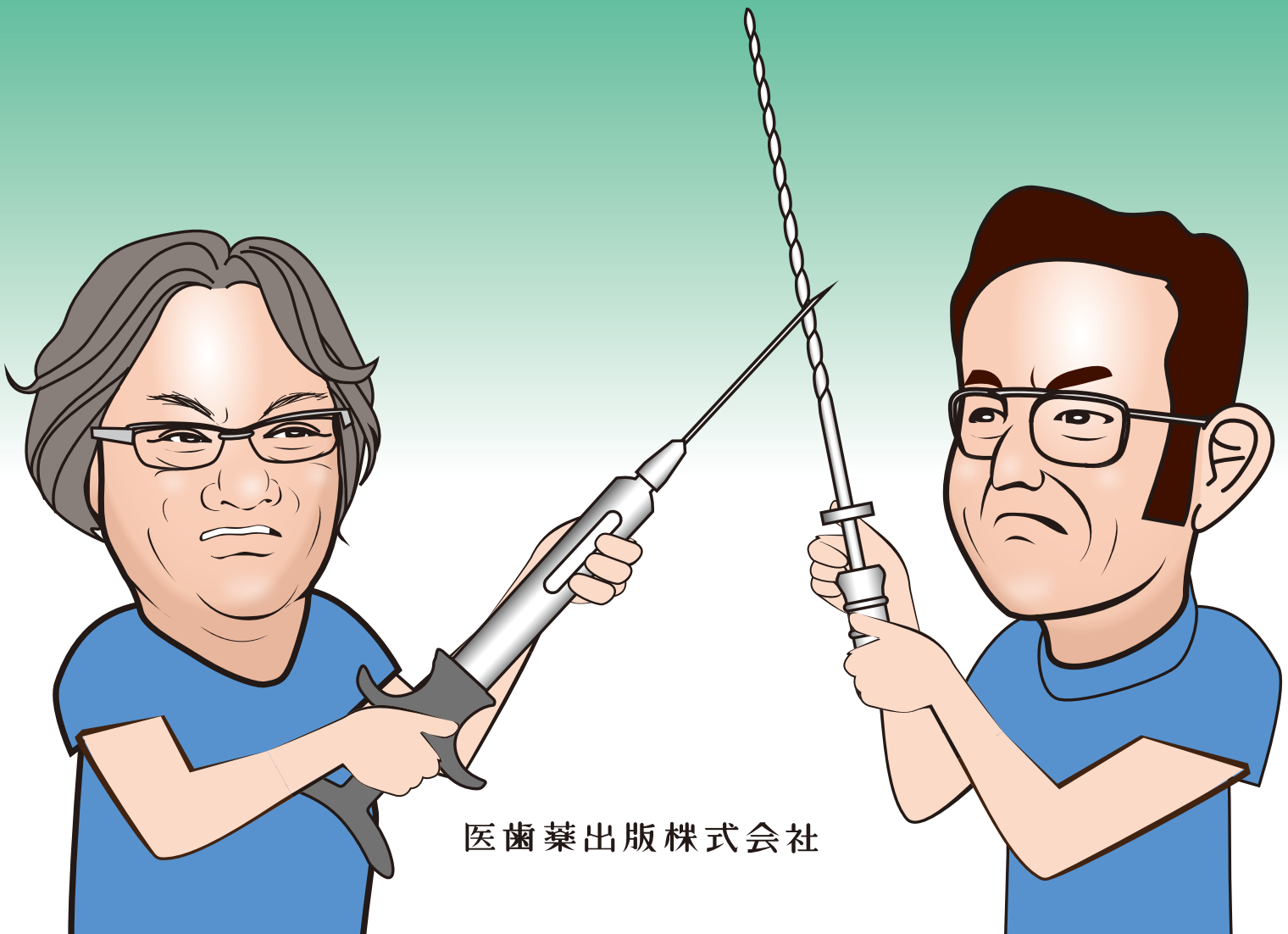


エンド由来歯痛

非歯原性歯痛への歯内療法からの挑戦

福西 一浩
監修

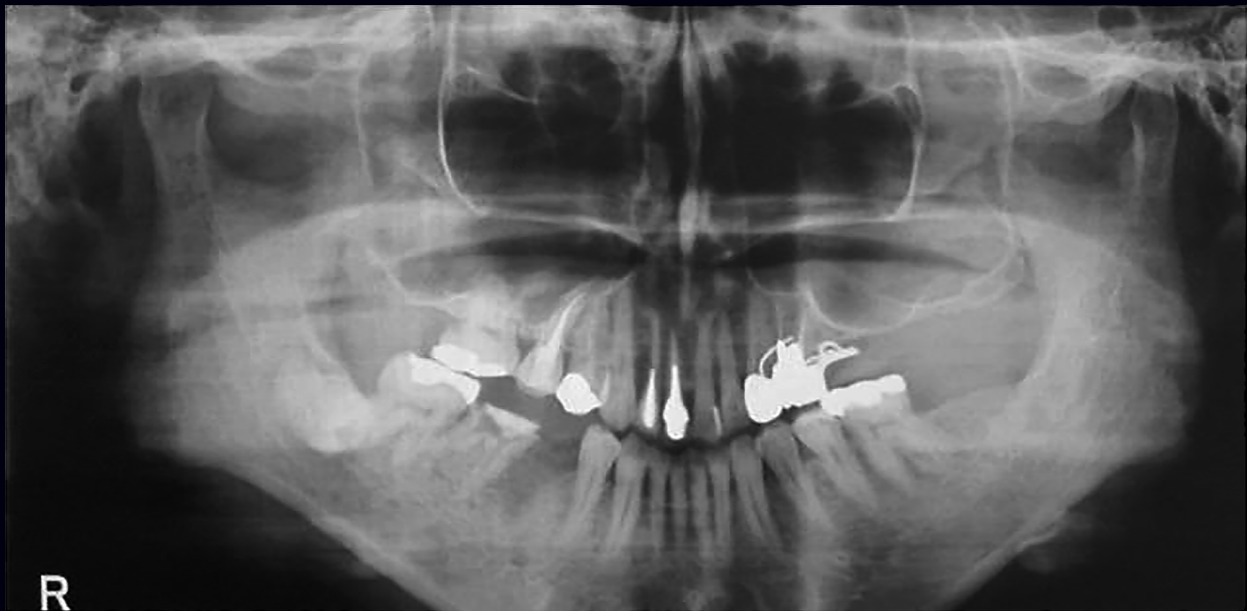
長谷川誠実
著



医歯薬出版株式会社

Prologue

ある日、こんな患者がやってきた……



患者は、47歳の女性である。主訴は、6の自発痛ということであった。まず歯式をとると、47歳という年齢にしては多くの欠損歯が認められた。

さて問題の歯は打診には反応するが、痛みというほどのことではない。しかし、根尖部の圧痛を調べようと、根尖部歯肉に触れると、顔をのけぞらすほどの反応を示し、激しく痛むとのことであった。歯肉の接触痛は著しく、本人は「腫れている」というが、視診では腫脹は確認できなかった。抜髄後であるため、根管にはVitapexによる糊剤貼薬が施されていた。

現病歴について述べてみると、これはなかなかの歯内療法の治療歴があった。

はじめに痛んだのは、当該歯の反対側である7であった。強い温水痛を認め、その後自発痛に至り、抜髄処置を受けたが、自発痛が解決せず、主治医と相談のうえ、抜歯することとなった。抜歯処置を受けたのが1年前のことである。そのときは、楽になれるのなら抜歯してもよいと感じたそうである。

さらにその前方歯の6に引き続き自発痛を生じたため、同様に抜髄したが、この歯も痛みが取れず、抜歯に至ったのである。さらに7に自発痛を生じ抜髄、そして抜歯。

同様の悲劇は続き、5の自発痛のため抜髄後、この歯も抜歯される。そして、今度は5に自発痛を生じ、抜髄した。さらに6の自発痛を生じ、抜髄に至るも自発痛は解決せず、現在に至る。

この間、治療にあたった歯科医師は4名、抜髄から抜歯を行った歯科医院には、大学歯学部病院での治療も含まれている。この症例の、当院初診時のパノラマX線写真を示す。

キーワードは「ある特定の歯」

「非歯原性歯痛」の診断名がこの世になければ、この患者の患歯を見逃すことはなかったであろう。これが「定義すら曖昧なまま病名が一人歩き」したことの証拠である。

非歯原性歯痛という単語からは、この診断をされた症例に歯原性歯痛が関わってはならない。しかし、これは「定義」という学問的制約のうえでいえることであって、実際の臨床を定義で割り切ることはできない。非歯原性歯痛は、本当に「非歯原性」なのか。このような考えをもった契機は、慢性歯痛治療を自らの主題として臨床を開始し、ほどなく抱いた疑問に端を発する。

一般的に歯内療法を専門とする私のもとで紹介されてくる患者の非歯原性歯痛は、（ある特定の歯を）抜髄した後、「歯痛（打診痛）が取れない」あるいは「しみる症状が取れない」、また、（ある特定の歯を）再根管治療をしたが、「歯痛の改善がない」「むしろ歯痛が強くなった」といったものがほとんどである。このことは、おかしくはないか？ 非歯原性歯痛における歯痛は、関連痛ではなかったのか？

ここでのキーワードは、「ある特定の歯」*ということである。



もし非歯原性歯痛が「非歯」（歯が原因ではない）ならば、生じている歯痛は関連痛なので、明確に痛む歯を特定することができないという性格があるはずである（図3）。このことは、エンド由来歯痛を考えるうえでの最重要な事柄である。

それに関して、再び2つの症例を提示する。

*「ある特定の歯」…

関連痛に関して、どの医学書を紐解いても記載されていることではあるが、容易に提示できる特徴が、「痛む部分を、ココと指させない」ということである。もし、歯に問題がないのなら、非歯原性歯痛に「この歯が痛い」ということはないはずである

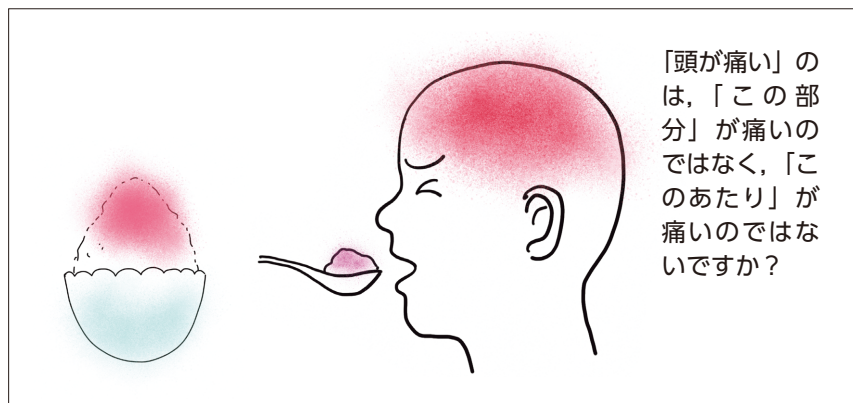


図3 「このあたりが痛い」のが関連痛

関連痛の代表的な疼痛は、かき氷を食べたときの頭痛。痛む頭痛部位に再現性はない。となれば、非歯原性歯痛における歯痛は関連痛ではなかったのか？ いや、特定の歯が痛いのは、歯も悪いからではないか

症例 4

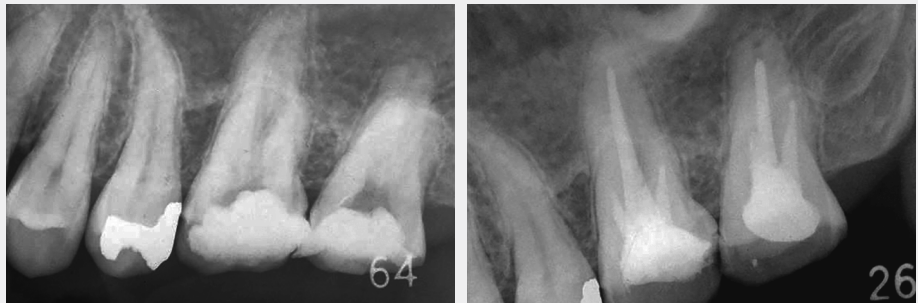
患者は、51歳の女性である。[7]の抜髄をしたが診断名はない、自発痛が取れず、日常生活に支障ありとのことであった。

これまでの経緯は、紹介状から読み取れなかった。患者から聴取した内容では、はじめ[6]が痛むといって近くの歯科医院を受診したところ、即日に抜髄処置を受けたとのことである。抜髄処置を受けたが痛みが取れないと告げたところ、[7]の抜髄に至ったとのことである(4-1, 4-2)。それでも痛みが取れないといったところ、これは「非菌原性歯痛」だといわれ、紹介状を手渡されたとのことであった。

現症は、[6, 7]ともに打診反応あり(痛みというほどではない)、自発痛は鈍痛がずっと続き、非常に耐えがたい。特に夜間痛が強く、起床時は比較的楽である。

※特発性歯髄炎…

特に異常の認められない歯が、突然激しい急性歯髄炎様の症状を訴える場合に与えられる病名(歯科医学大辞典、医歯薬出版、1989)。象牙質粒の増大あるいは石灰沈着の増加に伴い、神経線維が圧迫されて、時に激しい神経痛様の痛みを起すことがあり、このような歯髄炎を特発性歯髄炎と呼ぶ(歯内治療学、医歯薬出版、1983)



4-1, 4-2 抜髄前後のデンタルX線写真

推測するに、鼻咽腔性疼痛が特発性歯髄炎※に関連痛を生じていたところに、抜髄処置を行ったのではないか。根管形成時に根尖孔を破壊したと思われる。根管充填後のデンタルX線写真をみれば、根尖孔破壊の跡がよくわかる

症例 1

患者は、44歳の女性である。ものを食べると痛いということで、近くの歯科を受診。51に深いう蝕を生じ、う蝕巣は歯髄に達しているということで、即日抜髄処置を受けた（紹介状に歯髄診断はなかったが、現病歴から慢性潰瘍性歯髄炎か？）。抜髄直後および補綴処置が終了するまでは問題なく経過したが、やがて頬に痛みを感じると、歯に自発痛を生じるようになった。

当初は短時間で痛みは治まっていたが、徐々に自発痛が長引くようになり、最近では絶えず痛みを自覚するようになり、再びその歯科を受診するが、原因がわからないと告げられた(1-1)。

1-1 当院初診時のデンタルX線写真

EDTAの使用やロータリーインストルメントの開発などが注目されるが、歯内療法は根管壁象牙質の切削技術ではなかったはずである。歯内療法のなかに感染巣の選択的摘出の概念は、存在しないといわざるをえない。これは抜髄という感染歯髄摘出の範疇では、考えられない。抜髄のために健全歯質の根管壁をこれだけ多く削合する必要はなく、デンタルX線写真をみれば根尖破壊は明白である。結局、Backup preparation（詳細は118ページ参照）による根尖保護と薬物療法で、症状は軽快した。たとえ抜髄の「形成」であっても、歯内療法が治療学であるのなら（根管充填のための技術学でなければ）、根管壁の削合は必要最小限でなければならない。インピーダンスによって根尖側基準点として点による根尖孔を評価し、根管充填のしやすさのみを考え、根管壁を削合すれば、根尖の器質障害は避けられず、結果、慢性痛の発症の母地となる



参考症例：歯内療法の痛みへの対応について問う症例である。感染と痛みは必ずしも一致しない。もし、歯痛の持続を訴え、救急受診を繰り返したら、どうしよう。ひたすら根管壁の感染源除去と称して、器具操作を続けるのだろうか。実際に患者は主治医から、痛みが取れるまで根管を拡げるしかないといわれたそうである。根管拡大は、痛みの解決につながるのだろうか。顕微鏡でもCTでも、「痛みの虫」はみえない。歯内療法の技術論は、根管壁のファイルによる切削と有機質溶解、無機質脱灰薬剤による清掃がほとんどである。持続的な歯痛に対して、ひたすら根管を拡大し続けたが、拡大という根管の彫刻技術は、除痛学と同次元にあるのだろうか。逆に、根管の彫刻方法の伝授は、持続する痛みに対してどのような意義があるのだろうか。根管内の切削以外の治療方法の検討が重要であろう。根管内の切削は、単なる技術論であって治療学とは別次元のものとする。では、痛みが続くときに、歯内療法はどうすべきなのか



(3) 根管貼薬

現在、根管貼薬剤として水酸化カルシウムがゆるぎない地位を得ている。これに関しても不思議を感じる。

なぜ、歯科の世界では「これ1本」なのか。薬とは、疾患に対して原因除去か対症療法かの目的をもって、適切なものを選択し、適切な量と期間をもって使用されるべきである。この世に万能薬など存在しない。ワインの著書に、N2に対して「万能薬と考えてはならない」の記載があるが、まったく同感である。

水酸化カルシウムが「〇〇菌が主体となり生じた急性根尖性化膿性歯周組織炎の治療薬」という存在なら理解できるが、「歯内療法全般の治療薬」では理解できない。しかも、これだけ市民権を得たその水酸化カルシウムですらも、この病名の場合は何%、この病名の場合にはペースト使用、などといった使用方法の基準すら定まっていない(図3)。さらに、水酸化カルシウムが根管貼薬として登場して以来、これほどの年限を経ているにもかかわらず、それに代わる薬剤の開発がないのが不思議である。しかも、種々の薬用量設定や使用期間設定も、何も定められてはいない。ここでも歯科は診断というものを放棄しているように感じる。

抗生物質の変遷をみればわかるように、微生物との戦いは日進月歩でなくてはならない。そして武器である薬は、その種類や使用法も日々進歩を遂げ、さらに多様な微生物に対して有効な薬であれば、同系列であっても種類をどんどん増やしていくのが、医学としての薬理学の役割である。抗生物質のなかに合成抗菌薬が登場したときの効果の切れ味はすごかった。治療学において、薬が減らされていき、「これ1本」になることなどありえない。疾患に即応した治療薬の選別を、確立する必要がある。これまでフェノール誘導体やホルムアルデヒド系の薬剤も、否定の渦に巻き込まれるまで、その処方さまざまな変遷を遂げていた。

この世に副作用のない薬などない。



経験知でものを語るのはいくつかかもしれないが、根管貼薬は確実に根尖性疾患に対する治療効果が認められる。それならば水酸化カルシウムは、ある疾患に対する治療薬の選択肢の一つであって、ミスター貼薬剤であってはならないと考える。

根尖性疾患

慢性(急性, 亜急性)根尖性漿液性歯周炎

慢性(急性, 亜急性)根尖性化膿性歯周炎

慢性根尖性肉芽性歯周炎

歯根嚢胞

急性一部性(全部性)漿液性歯髓炎

急性一部性(全部性)化膿性歯髓炎

慢性壊疽性歯髓炎 …

水酸化カルシウム

濃度も, 用量も, 原因も,
一切考える必要のない
超万能薬…?

図3 なぜ水酸化カルシウム1本なのか?