

資 料

## 口の痛みについて – 口腔顔面痛とその随伴症状 –

桃田幸弘\*・東 雅之\*

An Overview of Oral Pain: Orofacial Pain and Concomitant Symptoms

Yukihiro MOMOTA, Masayuki AZUMA

### 要 旨

口の痛みには菌原性歯痛・非菌原性歯痛などがある。前者は歯を原因とする歯痛であり、従来の歯科治療（つまり歯を削る・抜くなど）によって対応可能で、これまで問題視されることはなかった。後者は歯を原因としない歯痛であり、従来の歯科治療は奏効し難く、対応に苦慮することが多い。これに鑑み、米国において新しい疾患概念「口腔顔面痛」が提唱され、本邦においても、その対策は喫緊の課題とされる。また、口腔顔面痛は随伴症状を有することも多い。その原因や症状は歯科領域に止まらず、内科・外科・精神神経科領域など多岐にわたり、的確な判断と対応が求められる。

キーワード：口腔顔面痛，菌原性歯痛，非菌原性歯痛

### 緒 言

口の痛み（以下、口腔顔面痛）は種々の疾患によって発現し、その他に様々な症状を伴うこと（以下、随伴症状）が多い。それらは患者個人を苦しめるに止まらず、社会の関心事でもある。本稿では口腔顔面痛とその随伴症状について概説する。

### 菌原性歯痛

歯を原因とする歯痛であり、従来の歯科治療（つまり歯を削る・抜くなど）によって対応可能である。

#### 1. う蝕

いわゆるムシ歯である。エナメル質または象牙質への細菌感染を原因とする。

#### 2. 象牙質知覚過敏症

歯根象牙質の露出を原因とする。歯周炎を合併することがある。

---

\* 徳島大学大学院医歯薬学研究部口腔内科学分野

### 3. 歯髄炎

う蝕が歯髄（いわゆる神経）に及ぶ病態である。歯の破折が原因することもある。

### 4. 歯周炎

根尖性と辺縁性に分類される。根尖性は歯髄炎が根尖に及ぶ病態であり、辺縁性は歯肉・歯根膜・歯槽骨など歯周組織の炎症（いわゆる歯周病または歯槽膿漏）である。痛みの他に歯肉の発赤・腫脹または発熱を伴うことがある。

### 5. 智歯周囲炎

第三大臼歯（いわゆる親知らず）の歯冠周囲組織への細菌感染を原因とする。痛みの他に歯肉の発赤・腫脹または発熱を伴うことがある。

### 6. 咬合性外傷

不正咬合または過度の咬合力を原因とする歯痛である。歯周炎を合併することがある。

## 非歯原性歯痛

歯を原因としない歯痛であり、従来の歯科治療は奏効し難く、対応に苦慮することが多い<sup>1)</sup>。これに鑑み、米国において新しい疾患概念「口腔顔面痛」が提唱された。本概念は非歯原性歯痛を包含し、本邦においても、その対策は喫緊の課題とされる。

#### 1. 筋・筋膜性歯痛

咀嚼筋に関連する歯痛であり、筋疲労が原因とされる。トリガーポイント（いわゆる筋肉の凝り）を圧迫することによって筋痛が生じるとともに歯痛も再現される。歯科（とくに口腔顔面痛専門医）受診が推奨される。

#### 2. 神経障害性歯痛

末梢または中枢神経障害が原因とされる<sup>2)</sup>。発作性と持続性に分類される。発作性の代表は三叉神経痛であり、誘発帯に触れると発作性の電撃痛が生じる。その41.5%に脳腫瘍・上小脳動脈の圧迫など頭蓋内病変が認められたとの報告がある<sup>3)</sup>。持続性の代表は帯状疱疹後神経痛（いわゆるヘルペス）であり、帯状疱疹ウイルスの感染を原因とする。急性期には痛みの他に水泡を伴う。その他に抜髄（いわゆる神経を抜く）または抜歯などの歯科治療後に発症する求心路遮断痛がある<sup>4)</sup>。抜髄後の3.0～6.0%<sup>4,5)</sup>、抜歯後の2.2%に本疾患が認められたとの報告がある<sup>6)</sup>。幻歯痛（喪失歯の痛み）・灼熱感を伴うことがある<sup>7)</sup>。体性感覚試験において触圧覚の上昇・低下、アロディニア（異痛）、痛覚過敏または温度感覚の低下が認められることが多い。歯科（とくに口腔顔面痛専門医）受診が推奨されるが、頭蓋内病変は脳神経外科の対象である。

#### 3. 神経血管性歯痛

頭痛に関連する歯痛であり、脳神経外科の対象である。

#### 4. 心臓性歯痛

心疾患に関連する歯痛であり、内科の対象である。

## 5. 上顎洞性歯痛

上顎洞疾患に関連する歯痛であり、耳鼻咽喉科の対象である。

## 6. 精神疾患による歯痛

精神疾患に関連する歯痛であり、精神神経科の対象である。

## 7. 特発性歯痛（または非定型歯痛）

持続性特発性顔面痛（または非定型顔面痛）の亜型とされ、その32.3%に歯痛が認められたとの報告がある<sup>8)</sup>。局在不明瞭な持続性の深部痛を特徴とする。原因不明であるが、中枢における痛みの処理過程の障害（痛みの修飾・増幅など）を原因とする報告がある<sup>1)</sup>。神経学的所見、画像所見および臨床検査所見のいずれも見出せないことが多い。歯科（とくに口腔顔面痛専門医）受診が推奨される。

## その他の痛み

歯科疾患は歯痛の他に口腔顔面痛を発現し、さらに随伴症状を有することも多い。

### 1. 顎関節症

咬合性の要因が指摘されているが、詳細は不明である。関節痛の他に関節雑音または開口障害を伴うことがある。歯科受診が推奨される。

### 2. アフタ性口内炎

局所性または全身性（ビタミン欠乏症・ベーチェット病・クローン病・潰瘍性大腸炎・PFAPA症候群など）の要因が指摘されているが、詳細は不明である。アフタ（潰瘍の一種）は小さいもの（1～2mm大）から大きいもの（10mm大）まで、単独（1個）から多数（10個程度）のものまであり、局所痛を伴う。局所性ものは歯科受診が推奨され、全身性ものは内科の対象である。

### 3. 口腔カンジダ症

真菌（おもに *Candida albicans*）の感染を原因とする。易感染性宿主に対して日和見感染を起こし、深在性真菌症として諸臓器に発症することがある。粘膜痛の他に灼熱感または味覚障害を伴うことがある。口腔乾燥症または舌痛症を合併することもある。歯科受診が推奨されるが、深在性ものは内科の対象である。

### 4. 口腔乾燥症

局所性または全身性（シェーグレン症候群・サルコイドーシス・糖尿病・甲状腺機能亢進症・熱性疾患・脱水・薬物など）の要因によって唾液分泌量が減少する。粘膜痛の他に灼熱感または味覚障害を伴うことがある。口腔カンジダ症または舌痛症を合併することもある。歯科受診が推奨されるが、全身性ものは内科の対象である。

### 5. 貧血による舌炎

鉄欠乏性貧血によるものをプランマーピンソン症候群、巨赤芽球性貧血によるものをハンター舌炎という<sup>9)</sup>。舌痛の他に舌の発赤・腫脹を伴うことがある。さらに、倦怠感・めまい・立ちくらみ・

動悸・息切れなどの全身症状を伴うこともある。歯科受診が推奨されるが、全身性のものは内科の対象である。

## 6. 歯科用金属によるアレルギー

歯科用金属による免疫反応を原因とする<sup>10)</sup>。扁平苔癬・掌蹠膿疱症などの皮膚病変がしばしば現れるが<sup>11-16)</sup>、われわれは気管支喘息と間質性肺炎が増悪した症例を経験した<sup>17)</sup>。粘膜痛の他に粘膜の発赤・腫脹を伴うことがある。口腔扁平苔癬または舌痛症を合併することもある<sup>17)</sup>。歯科受診が推奨されるが、皮膚病変は皮膚科の対象である。

## 7. 口腔扁平苔癬

金属アレルギー・ウイルス性肝炎などの関連が指摘されているが、詳細は不明である。粘膜痛の他に粘膜の発赤・腫脹を伴うことがある。舌痛症を合併することもある。歯科受診が推奨される。

## 8. 舌痛症

一次性と二次性に分類される。一次性は舌痛などの異常感を訴えるものの、器質的または精神的要因のいずれも見出せない病態である<sup>18,19)</sup>。加齢・更年期・ビタミン欠乏・薬剤・心因などが要因として指摘されているが<sup>20)</sup>、未だ結論を見ない。われわれは本疾患に特徴的な臨床症状として手掌部発汗を見出し<sup>21)</sup>、本疾患と自律神経系の異常との関連を指摘した<sup>21-23)</sup>。さらに、その病態は単なる舌痛だけでなく、加齢に伴って心理社会的に複雑化することも見出した<sup>24)</sup>。二次性は原因の明らかな病態であり<sup>19)</sup>、舌炎・口腔カンジダ症・口腔乾燥症・口腔扁平苔癬・歯科用金属アレルギーによるものが多い。歯科（とくに口腔顔面痛専門医）受診が推奨される。

## 9. 口腔異常感症

歯科臨床において、器質的にも臨床検査においても異常が認められない、すなわち医・歯学的見地からは説明できない口腔異常感覚を訴える患者に遭遇することは決して稀ではない。その訴えは「口がネバネバする」、「ベタベタする」、「ヌルヌルする」などの粘稠感から「口がザラザラする」のような粗造感、「歯から糸が出る」、「口に蜘蛛の巣が張る」、「口に虫が這う」などの了解不可能なもの、痛み、痺れ、歯の浮遊感、咬合不調、開口困難、発語困難、嚥下困難、自臭、名状し難い違和感、歯科治療に対する不適応に至るまで実に様々であり、歯科臨床では口腔異常感症として取り扱われる。本疾患に対応する際、精神症状を伴うものは精神科リエゾンを考慮することに論を俟たないが、口腔症状に対しては歯科での対応を求められることも多い。しかしながら、口腔異常感症の歯科対応を示した成書は少なく、苦慮するのが実情である。今般、われわれの臨床経験<sup>25,26)</sup>をもとに歯科対応について考察する。

### (1) 口腔異常感覚と身体化

歯科領域における口腔異常感覚は、精神神経科領域においては身体化として取り扱われる。身体化とは身体疾患によらない身体症状のことを指し<sup>27)</sup>、器質的にも臨床検査においても異常は認められない。口腔異常感覚にしても身体化にしても、身体疾患由来であるのか精神疾患由来であるのかという議論は旧来なされてきたが、心身医学的には必ずしも明確には分けられない。歯科臨床にお

いて経験するであろう身体化を発現する疾患について概説する。身体表現性障害は身体化障害・転換性障害・疼痛性障害・心気症・身体醜形障害などに分類される<sup>27)</sup>。身体化障害は、いわゆるヒステリーと呼称されてきた疾患で、種々の身体症状を繰り返し訴え、検査や治療を執拗に要求することを特徴とする<sup>28)</sup>。転換性障害も同じくヒステリーと呼称されてきた疾患で、ストレスや葛藤を身体症状に転換し、あたかも神経疾患を思わせる知覚麻痺や運動麻痺などの神経症状を訴えることを特徴とする<sup>29)</sup>。疼痛性障害は主として疼痛を訴えることを特徴とする<sup>30,31)</sup>。本患者は過去の物理的的刺激や侵襲的治療などを自らの症状の原因として訴えることがあるが、これらの身体的要因では症状を上手く説明できないことが多い<sup>30,31)</sup>。心気症は疾患に対する恐怖感または不安感に囚われる病態であり<sup>32,33)</sup>、癌恐怖症がよく知られる。本患者は正常な生理機能や軽微な身体症状を重大な身体疾患の症候であると誤解し、その症状を執拗に訴えるが、診査や検査によって身体疾患が否定されても、医師が疾患を見落としていると考え、いわゆるドクターショッピングを繰り返す<sup>33)</sup>。身体醜形障害は、実在しない、あるいは些細な外見上の欠陥に囚われることを特徴とする<sup>34)</sup>。本患者は歯科・美容外科などで醜形部位を矯正するが、決して満足することはない<sup>34)</sup>。セネストパチーはセネステジー（体感）に異常を生じた病態である<sup>35-37)</sup>。本患者は、例えば「歯から糸が出る」、「口に蜘蛛の巣が張る」、「口に虫が這う」のように虫・糸・鉄板・石・膜・果物など様々な事物が云々の様にと比喩的表現を用いて、奇妙かつ荒唐無稽な訴えを繰り返し<sup>38)</sup>、治療（症状の緩和）を執拗に要求することを特徴とする<sup>32)</sup>。主として口腔症状を訴えるものを口腔セネストパチーと呼ぶこともある。本疾患はDSM-IV TRでは妄想性障害の身体型、ICD-10では心気妄想症の体感幻覚に近似する。身体化は精神疾患の種類を問わず現れる可能性があり、気分障害・不安障害・統合失調症・パーソナリティ障害などが合併していることもある<sup>28,31,39)</sup>。各々の疾患の病態ならびに治療法の詳細は専門書に委ね、本稿では歯科対応について述べる。

## (2) 歯科対応－面接について－

初診時の面接には時間を割くべきである。歯科臨床においては効率性が重要視されるあまり、面接は手短に済まされることが多いが、心理社会的要因の存在が疑われる患者に対しては慎重を要する<sup>40)</sup>。まず、開かれた質問から始め、患者が自発的に多くを語れるよう工夫し、次第に閉じた質問によって医療情報を確実に聴取する。その際、カウンセリングの技法、すなわち傾聴・傾き・オウム返し・言い換え・明確化・要約などを駆使する（図1）。傾聴とは端的に言う、患者の訴えを途中で遮って解釈や意見を差し挟むことなく、最後まで聴く態度である。合わせて患者の訴えをありのまま受け入れること（受容的・共感的態度）、患者なりの対処法を支持すること（支持的態度）が重要である<sup>30,41)</sup>。医学的常識と称して医師の見解を押し付けたり、「医学的に有り得ない」、「気のせい」などと患者の訴えを一蹴することはラポール（信頼関係）の構築に有効には働かない。また、たかが面接と侮ってはならない。良質な面接はカタルシス（浄化）効果によって心理的負荷の軽減が得られ、治療と同等の効果がある<sup>40,42)</sup>。われわれは初診時の面接からカウンセリングの技法と受容的・共感的・支持的態度を踏まえた患者対応を実践しているに過ぎないが（図2,3）、身体

## カウンセリングの技法

**受容:** 医学的常識と称して自分の考えを押しつけない。  
 とにかく相手目線で、「はい」「うんうん。それで」(最小限の動かし)  
 自己肯定感を高める効果  
 こちらも受容される。  
**繰り返し:** 相手が言った言葉で、「～なのですね」  
 理解してもらえたと感じる。  
**明確化:** 言葉の裏にある潜在意識を明らかにする。  
 「つまり～なのでは?」「それは大変ですね」  
 「よくぞ言ってくれた」と感じる。  
**支持:** 「私もそうです」「誰でもそうです」  
 自己を受容する効果  
**保証:** 心理療法の技法  
 「～すれば分かります」「～すれば大丈夫です」  
 不安を取り除き、積極的になる効果

図1 カウンセリングの技法

## 初診時医療面接例1

「半年くらい前から舌の先がズリズリするんです。上アゴも焼けるようなんです。口の中がいつも苦いんです」  
 →受容と繰り返し「うんうん。それで」  
 「夜中になると痛みがひどくて眠れません。もう限界です。何とかして下さい」  
 →受容と繰り返し「うんうん。それで」 保証「検査して原因を明らかにしましょう」  
 「歯医者、耳鼻科、内科いろいろ行きましたが、何ともないとか気のせいだと言っただけなんです。痛み止めとか塗り薬とかいろいろ試しましたが、まったく効きません」  
 →受容と繰り返し「うんうん。それで」 保証「原因に応じて、いろいろな治療法があります」  
 「原因は何ですか。ガンと違いますか。内臓とかどこか他に悪いんと違いますか」  
 →保証「血液検査とかレントゲン検査をして原因を明らかにしましょう」  
 「(検査計画に対して)それで原因が分かりますか」  
 →保証「分かるものであれば大丈夫です」  
 「(治療計画に対して)それで治りますか」  
 →保証「少し時間はかかるかもしれませんが、治るものであれば大丈夫です」  
 「私みたいな人、他にいますか。皆さん治ってますか」  
 →支持「誰だって痛い時にはそうなります。決して珍しい病気ではありません」 保証「治る方も沢山おられます」

図2 初診時医療面接例1

## 初診時医療面接例2

「半年くらい前に近くの歯医者で上の奥歯を抜いたんですが、痛みが止まらないんです。目の奥とか頭まで痛くなってきました」  
 →受容と繰り返し「うんうん。それで」  
 「隣の歯も痛くなってきました。抜いてください」  
 →受容と繰り返し「うんうん。それで」 保証「歯が悪いかどうか検査しましょう」  
 「もう痛くて寝れません。何とかしてください」  
 →受容と繰り返し「うんうん。それで」 保証「検査して原因を明らかにしましょう」  
 「歯医者、耳鼻科、眼科いろいろ行きましたが、何ともないとか気のせいだと言っただけなんです。痛み止めも飲みましたが、まったく効きません」  
 →受容と繰り返し「うんうん。それで」 保証「原因に応じて、いろいろな治療法があります」  
 「原因は何ですか。歯医者はもちろんと診ってますが、本当ですか。ガンと違いますか。脳とかどこか他に悪いんと違いますか」  
 →保証「血液検査とかレントゲン検査をして原因を明らかにしましょう」  
 「(検査計画に対して)それで原因が分かりますか」  
 →保証「分かるものであれば大丈夫です」  
 「(治療計画に対して)それで治りますか」  
 →保証「少し時間はかかるかもしれませんが、治るものであれば大丈夫です」  
 「私みたいな人、他にいますか。皆さん治ってますか」  
 →支持「誰だって痛い時にはそうなります。決して珍しい病気ではありません」 保証「治る方も沢山おられます」

図3 初診時医療面接例2



治療だけで軽快する例を少なからず経験した。さらに、解釈モデルを明らかにすることもラポールを築くために不可欠である<sup>42)</sup>。解釈モデルとは患者や医師が考える病因・病態・治療・予後などを指す<sup>42,43)</sup>。患者と医師の間で解釈モデルに不一致が見られる場合、トラブルが生じる危険性がある<sup>43)</sup>。また、当然ながら訴えの内容から身体疾患または精神疾患の可能性を探らねばならない。脳神経疾患や神経疾患の可能性を常に念頭に置き、進行性に疼痛・知覚麻痺・運動麻痺などの神経症状が発現した場合、必要に応じてMRIを撮像し、脳神経外科または神経内科に対診することを怠ってはならない。その他の身体疾患についても可及的に精査し、その上で心理社会的要因の存在を検討する態度が望ましい。そうしないと患者は納得しない（つまり心を病んでいるのではなく、体の病気であると訴える）ことが多い。身体科である歯科を受診する際、患者自ら精神症状、すなわち「辛い」、「死にたい」、「疲れた」、「面白くない」、「やる気がしない」などを訴えることは少ない。しかし、心理社会的要因をわざわざ詮索するのも得策ではない。患者がストレスを自覚していない場合もあり、仮にそれを聴取したとしても、われわれ歯科医師では「ストレスを抱えずに生活してください」程度のことしか助言できない。われわれは睡眠障害と食思不振の有無について聴取するようにしている。また、口数・声の張り・目線・表情などから憔悴・疲労感の有無を感じ取るように努めている。挙動不審・支離滅裂な発言・攻撃的発言または態度・他者批判・強引な要求なども精神疾患の存在を疑わせる手掛かりと考える。病状が深刻で、社会生活に影響していると判断したならば精神科リエゾンを考慮する。その際、器質的にも臨床検査においても異常が認められないことは、すなわち精神疾患であるという短絡的思考によって精神神経科への受診を勧めても受け入れてもらえないことが多い。また、精神神経科にすべてを委ねる態度も好ましくない。とくに、心気症においては定期的な診察によって症状の軽減が期待される<sup>33)</sup>。

### (3) 歯科対応－治療について－

次いで如何に治療するかであるが、主訴に対する明らかな原因とそれに見合う器質的変化と臨床検査に異常が認められる場合、治療することに対して何ら躊躇することはない。反対に、原因、器質的変化および検査所見のいずれも認められない場合も歯科疾患以外の可能性を考慮するなどして対応に困ることは少ない。われわれが対応に苦慮するのは主訴に不釣り合いな原因らしきものは確認できるが、器質的にも臨床検査においても異常が認められない場合、さらに心理社会的要因の存在も疑われる場合であり、原因に対して如何に対応するのか、症状に対して如何にマネジメントするのかに尽きる。基本的には治療によって完治できる、いわゆるレスキューファンタジー（救済幻想）を抱かないことである<sup>31)</sup>。ラポールの形成前、とくに初診時においては侵襲的・不可逆的治療は極力避けるのが賢明である。訴訟やそれに至らぬまでもトラブルに発展する危険性がある。とくに、侵襲的治療の既往があるものや疼痛性障害は侵襲的治療によって症状が悪化するので注意を要する<sup>31,44,45)</sup>。われわれは可能な限り保存的治療（非侵襲的・可逆的治療）に止め、患者が「このままでは生活できない」との窮状を訴えた場合に限って侵襲的・不可逆的治療を行っている。治療に際して、その利点と欠点、予後について十分に説明し、文書にて同意を得るのは言うまでもない。

さらに、症状に対するマネジメントとしてコーピング（対処法）について指導することも欠かせない。具体的には症状の如何が日常生活の活動性に影響しないように指導すると良い。

## 結 語

以上、口腔顔面痛とその随伴症状について概説した。ひとくちに口腔顔面痛と言っても、原因疾患や症状は多岐にわたり、的確な判断と対応が求められることが改めて確認された。

## 謝 辞

本研究は JSPS 科研費 16K11888 の助成を受けた。

## 利益相反

本論文について申告すべき利益相反はない。

## 参考文献

1. 非菌原性歯痛診療ガイドライン（2011）日本口腔顔面痛学会編，日口顔面痛誌 4（2）：1-88.
2. Loeser JD, Treede RD (2008) The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. Pain 137:473-477.
3. 橋本健吾, 長尾 徹, 他 (2011) 三叉神経痛症例の MR 脳画像と臨床所見. 日口外誌 60 (8): 468-473.
4. Oshima K, Ishii T, et al (2009) Clinical investigation of patients who develop neuropathic tooth pain after endodontic procedures. J Endod 35: 958-961.
5. Campbell RL, Parks KW, et al (1990) Chronic facial pain associated with endodontic therapy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 69: 287-290.
6. Berge TI (2002) Incidence of chronic neuropathic pain subsequent to surgical removal of impacted third molars. Acta Odontol Scand 60: 108-112.
7. 小川節郎 (2010) 日本人慢性疼痛患者における神経障害性 疼痛スクリーニング質問表の開発. ペインクリニック 31 (9) : 1187-1194.
8. Wirz S, Ellerkmann RK, et al (2010) Management of chronic orofacial pain: a survey of general dentists in german university hospitals. Pain Med 11 (3): 416-424.
9. 桃田幸弘, 高野栄之, 他 (2015) 貧血による舌炎. 月刊デンタルハイジーン 35 (4) : 357-359.
10. 桃田幸弘, 東 雅之 (2015) 歯科用金属によるアレルギー. 月刊デンタルハイジーン 35 (5) : 513-515.



11. 中山秀夫, 大城晶子, 他 (1972) 歯科金属アレルギーによると思われる扁平苔癬の2例について. 耳鼻咽喉科 44: 239-247.
12. 中山秀夫, 村田真道, 他 (1974) 金属アレルギーの観点から検討した掌蹠膿疱症. 皮膚臨床 16 (5): 313-329.
13. 中山秀夫, 村田真道, 他 (1974) 歯科金属による感作の可能性について. 歯界展望 43: 382-389.
14. 栗原誠一 (1993) 金属アレルギーによる皮膚粘膜疾患. 歯科と金属アレルギー, 井上昌幸, 中山秀夫編, デンタルダイヤモンド社, 東京, 第一版, 38-53.
15. 清水純子, 伊藤明子, 他 (2004) 新潟大学皮膚科における10年間の扁平苔癬症例のまとめ. 特に歯科金属との関連について. 日皮会誌 114: 1277-1282.
16. 野村修一, 橋本明彦 (2004) 歯科金属アレルギーの臨床. 新潟歯誌 34 (1): 1-10.
17. 桃田幸弘, 細木真紀, 他 (2016) 口腔ならびに呼吸器症状を呈した歯科用金属が原因と考えられるアレルギーの1例. 日口検査誌 8 (1): 12-17.
18. 永井哲夫 (2003) 舌痛症. 歯科心身医学, 日本心身医学会編, 医歯薬出版, 東京, 第1版, 247-256.
19. Scala A, Checchi L, et al (2003) Update on burning mouth syndrome: overview and patient management. Crit Rev Oral Biol Med 14: 275-291.
20. Tourne LP, Friction JR (1992) Burning mouth syndrome. Critical review and proposed clinical management. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 74: 158-167.
21. 桃田幸弘, 可児耕一, 他 (2014) 一次性舌痛症における手掌部発汗の発現－皮膚水分量測定の有用性について－. 日歯人間ドック誌 9 (1): 18-23.
22. 桃田幸弘, 東 雅之 (2011) 舌痛を訴える患者について考える. 四国歯誌 23 (2): 133-137.
23. 桃田幸弘, 高野栄之, 他 (2012) 舌痛などの舌症状を主訴とする患者の臨床統計学的検討－舌痛症の特異性について－. 日口顔面痛誌 5 (1): 27-35.
24. 桃田幸弘, 高野栄之 (2015) 一次性舌痛症に関する健康関連QOLの調査－MOS 36-Item Short-Form Health Survey Version 2日本語版を用いて－. 日口内誌 21 (1): 9-14.
25. 桃田幸弘, 東 雅之 (2015) 対応に苦慮した口腔異常感覚に対して五苓散が奏効した1症例. 漢方医学 39 (3): 190-192.
26. 桃田幸弘, 東 雅之 (2016) 口腔異常感覚に対して白虎加人参湯が奏効した1症例. 漢方と診療 27 (3): 27.
27. 身体表現性障害 (2005) メルクマニュアル 18版, 日本語版.
28. 身体化障害 (2005) メルクマニュアル 18版, 日本語版.
29. 転換性障害 (2005) メルクマニュアル 18版, 日本語版.
30. 疼痛性障害 (2005) メルクマニュアル 18版, 日本語版.

31. 山田和男 (2009) 歯科・口腔外科領域における身体表現性障害の診断と治療. 歯科学報 109 (1) : 79-84.
32. 保崎秀夫 (1980) 心気症 vs セネストパチー. *Medicina* 17: 2106-2107.
33. 心気症 (2005) メルクマニュアル 18 版, 日本語版.
34. 身体醜形障害 (2005) メルクマニュアル 18 版, 日本語版.
35. Dupre E, Camus P (1907) Les cenethopathie. *Encephale* 2: 616-631.
36. 保崎秀夫 (1960) セネストパチーとその周辺. *精神医学* 2 : 325-332.
37. 宮岡 等 (1997) 口腔内セネストパチー. *精神治療学* 12 (4) : 347-355.
38. 大久保恒正, 田中宏史, 他 (2005) 口腔内セネストパチーの 4 例. *高山赤十字病院紀要* 29 : 59-63.
39. 岡村 毅, 杉下和行, 他 (2012) 高齢者の口腔内セネストパチー - 20 症例の後方視的調査 -. *精神医学* 54 (8) : 811-817.
40. 宮岡 等 (2013) 精神科面接改善のために医療面接を活用する. *臨床評価* 40 (2) : 415-417.
41. 宮地英雄, 和気裕之, 他 (2009) 高齢者の口腔セネストパチー. *老精医誌* 20 : 160-164.
42. 宮岡 等 (2014) ところを診る技術. 第一版, 医学書院, 東京, 1-112.
43. Kleinman A (1998) *The Illness Narratives Suffering, Healing and the Human Condition*, Basic Books Inc, 1st ed, New York.
44. 宮岡 等 (1986) 口腔内セネストパチー. *臨精医学* 15 (1) : 29-36.
45. 大津光寛, 長谷川功, 他 (2003) 口腔セネストパチー発症の契機となった歯科治療の臨床的検討. *心身医学* 43 : 137-143.

## Abstract

Oral pain may be due to odontogenic toothache, non-odontogenic toothache, or other causes. Odontogenic toothaches can be resolved by conventional dental treatments, but non-odontogenic toothaches are refractory to such treatments; dental practitioners have not yet devised a way to deal with them. In light of these circumstances, a new disease concept, orofacial pain (OFP), was advocated in the United States. OFP is an urgent issue to be resolved in Japan, too. Individuals with OFP frequently present with concomitant symptoms, and these causes and symptoms of OFP are associated not only with dentistry but also fields of study such as medicine, surgery, and psychology. Appropriate clinical judgements and actions are required to deal with cases of OFP. Keywords: Orofacial pain, Odontogenic toothache, Non-odontogenic toothache