

[臨床] 松本歯学 9 : 65~73, 1983

key words: 三叉神経痛様疼痛 — 原因除去 — 完治

三叉神経痛様疼痛を主訴とし来院した4症例

佐藤 透, 古賀俊治, 内田栄三郎, 徳植 進

松本歯科大学 総合診断学・口腔外科学講座 (主任 徳植 進 教授)

Four Cases of a Pain Resembling Trigeminal Neuralgia

TORU SATO, SHUNJI KOGA, EIZABURO UCHIDA and SUSUMU TOKUUE

Department of Oral Diagnostics and Surgery

(Chief : Prof. S. Tokuue)

Summary

Trigeminal neuralgia is one of the most important diseases in dentistry. Especially false trigeminal neuralgia caused to patients much pain by many factors. Four cases diagnosed as trigeminal neuralgia by the other dentists were referred to our department for the treatment. Each of them had the cause in the jaw and pars facials. The pain was disappeared by the treatment of the causes.

緒 言

顎, 顔面領域には, 真性三叉神経痛と仮性三叉神経が発現することは, 成書に記述されておる如くであり, その原因, 誘因, 症状, 本態への考察, 療法に関する検討など, 耳鼻科, 歯科, 麻酔科を中心としての症例報告も多い。

真性三叉神経痛は, 神経そのものに器質的, 機能的変化を認めない発作痛で, 神経走路に沿って電撃ショック様の激痛が走ることが, 典型的とされているが, 非典型的なものの中には, 疼痛が限局的で, 解剖学的な発痛帯を認めないものもあり, 又, 仮性三叉神経痛の疼痛要因も, 口腔領域ならびに隣接器管のすべての疾患 (炎症性病変のみな

らず, 解剖的, 組織的, 生理的変化まで含めて) が関与してくると言っても過言ではなからう。

日常の臨床で, 「仮性のものの要因を総べて否定したら真性のものと考えよ」「類似した激痛(放射型疼痛もあり)を現わす, 神経炎, 歯周症, 症候群, ViCの欠乏, 外傷性疾患, 神経腫, 帯状疱疹後疼痛, 或いは, 新生物増殖, 嚢胞形成, 顎関節症, 非典型顔痛を考慮すべきだ」とは言われているものの, 実際上の鑑別は, 軟組織炎にしる, 二次象牙質の過剰沈着, 埋伏歯, オドントーム, 隣接面カリエス等々, その所見が陰になっている例が多く, その診断は著しき困難を伴わざるを得ない。まして現在, 何人といわず, なんらかのストレス的刺激を受けていると考えると, 心因性のもので, 病的感覚のものが重複して表現される折も多く, ここに「三叉神経痛様疼痛」を訴える患者も増加し, 診断も容易ではなくなってくる傾向にあ

症例 1, 2 は第10回みちのく歯学会 (昭和53年10月) で報告した。(1983年4月27日受理)

ろう。

私共は、他科、他院で、三叉神経痛との診断を下され、又、それに対処すべく療法を施されたが完治せず、当科に紹介された4症例をここに一括報告し、検討するものである。

症 例

〔症例1〕安○真○子 ♀ 35歳

初診：昭和53年4月11日（高校美術教員）

主訴：左側眼窩下部の断続的激痛と、左側側頭部重苦感。

家族症：父母健在、患者は3人姉弟の長女で、男児（1歳10ヶ月）の母親である。母方祖母が乳癌で死亡しておる他、特別な家系的疾患をみない。

一般既往症：患者は生来やや虚弱で、幼児より学童期までに胸膜炎に罹患、その後も脳貧血や、原因不明の皮膚疹を繰返していた。大学卒業後、高校美術教員を続け、結婚、出産を経験してきたが、現在、日常生活に支障のない全身状態にあると言う。

現症既往歴：約1ヶ年前（S52年）より、左側眼窩下部を中心に断続的激痛が走る様になり、歯科、耳鼻科を訪れたが、疾患部を確認できず、鎮痛剤の効果も少なかったため、三叉神経痛として当科に紹介されたものである。

現症：身長154 cm、体重51 kg、TPR 係数=96と正常域値内にあり、血液末梢一般、尿検査にて異常を認めず、ASLO 検査は（-）で関節ロイマチスは否定できた。

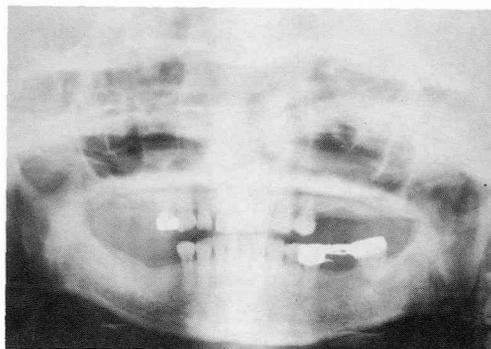
顔貌は左右対称、健康色を示し、顎下淋巴腺を触れなかった。開口は4 cmで障害を認め、右顎関節部に軋轢音を聞く事もあり、キネジオグラフでは、開口時の左方偏位と、閉口時の意識的運動が目立った。その他、左右側方運動にも差異を見たが、レ線像所見と併せ、顎関節部の変形、異常とは考えられなかった。

口腔内は、③21 | 12③、⑥5④ | ⑤6⑦、 $\overline{⑤6⑦}$ に架工義歯が装着されており、 $\frac{7}{4}$ にアマルガム、 $\frac{53}{23}$ にレジン充填（ $\frac{7}{5}$ / $\frac{2}{2}$ 二次C₂）されていた。 $\frac{4}{4}$ / $\frac{5}{5}$ 歯肉乳頭部にやや発赤、浮腫性腫脹を見ている。なお、レ線像で $\overline{7}$ （支台歯）の根端部慢性病巣があり骨吸収を示していた。

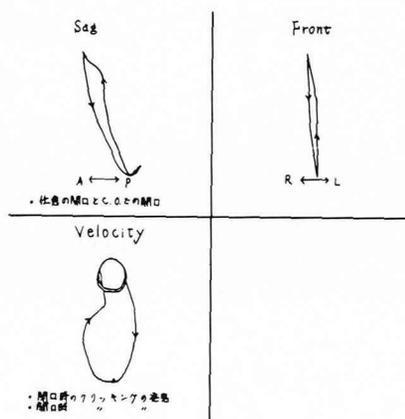
診査・考察：疼痛表現は詳細であるが、その走行方向は一定しておらず、断続的激痛が走るとの

主訴にもとづき診査を繰返した結果、 $\overline{7}$ の根端病巣を有する歯牙に動揺、打診痛はなく、他の補綴処置部にも咬合面過剰負担などの異常を認めな

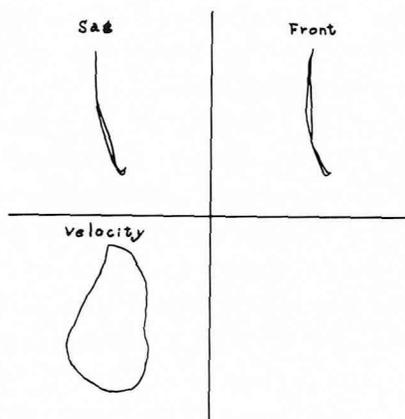
〔症例1〕



術前パノラマ



術前キネジオ



術後キネジオ

かった。又、関節変形、関節ロイマチスも否定できた。ただキネジオグラフにて、特に閉口時の意識的運動があるのは確かなので、⑤⑥⑦部歯周組織炎？と消炎処置を行い、念のため咬合調整を試みたが、疼痛症状の改善を見なかった。

後日、パノラマと、デンタル(④⑤⑥⑦部)のレ線再撮影像を改めて検討した結果、④遠心隣接面のC₃が、⑤冠装着歯にかくれる様に存在しているのを発見、当該歯のカリエス探針刺激にて眼窩下部への激痛が走ることを知り得た。

診断：④隣接面C₃、慢潰Pulの上顎への疼痛反映。

処置・予後：直抜(ポンタール4T投)、根管拡大、根治、根充と通法に従って治療を進め、冠装着にて完治し、疼痛は消失している。

〔症例2〕上○秀○ ♂ 29歳

初診：昭和53年5月22日(印刷出版業)

主訴：左側上頬部の発作的激痛。

家族歴：家系的に特別な疾患をみず、父母健在、患者は4人兄妹の長男として正常分娩されている。

一般既往歴：小児期に流行性耳下腺炎、小学6年時より、オスグートヘルナテレス氏病と診断され、高校1年時から約1年間、足部及び椎間板用ギプスで固定を受けたと言う。その他、全身的な疾患の治療経験はない。

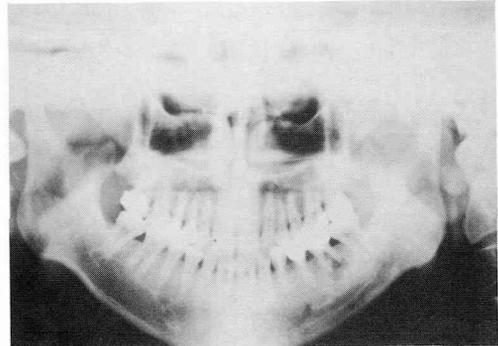
現症既往症：昭和50年、26歳時、転落により左側顔面を強打、腫脹、疼痛を来たしたので、某大医学部にて処置を受け、鎮痛剤服用により約1週間後、一応疼痛は治まっている。しかし約1ヶ月後、再び疼痛が間歇的に発現、50年から1ヶ年間、三叉神経痛との診断のもと、神経ブロック療法を繰返したが完治しなかった。更に1ヶ年を経過した現在、左側上顎部に発作的激痛が起こると共に、上頬部と肩胛骨部もコル様になり、某歯科を訪れた結果、再び三叉神経痛と診られ、当科へ紹介されたものである。

現症：身長162.5cm、体重57kgで、オスグートヘルナテレス氏病による骨吸収変形症は、すでに停止状態にあり、レ線像でも、両膝関節、鎖骨、肩胛骨、顎関節に著明な変形は認められない。全身的にも、血液末梢一般、血清ASLO値、尿検査など異常はなかった。

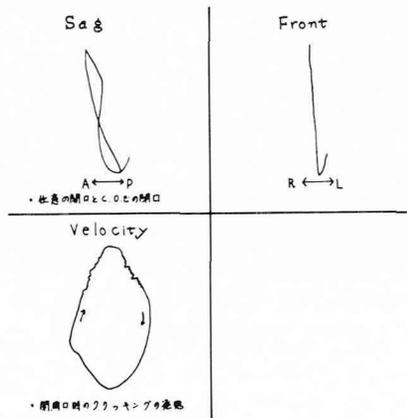
顔貌は、疼痛のためやや消衰感、蒼白感をみせ

ていた。左側顎下淋巴腺に小豆大の腫脹1個を触れ、これは圧痛を伴っていた。開口は3横指で、開口時に両側顎関節が強く圧迫される様な激痛が走ると訴えた。キネジオグラフにて、最大開口時(6.4cm)下顎は左方へ4mm偏位、開口開始よ

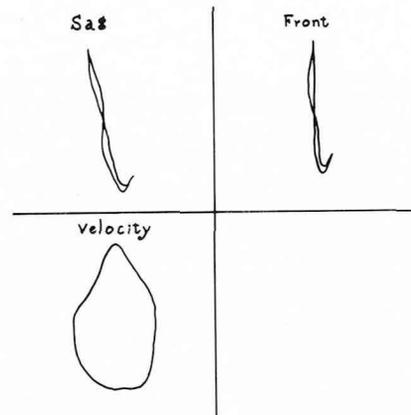
〔症例2〕



術前パノラマ



術前キネジオ



術後キネジオ

り4 cmの点と、閉口時後半に、顎関節の異常動揺を認めた。

口腔内は比較的清潔に保たれ、歯石沈着をみず、歯肉歯周に病的所見はなかった。齶蝕罹患歯の $\begin{matrix} 7 & 6 & 5 & 4 & | & 4 & 5 & 6 & 7 \\ 7 & 6 & 5 & 4 & | & 4 & 5 & 6 & 7 \end{matrix}$ は処置ずみ、 $\underline{2}$ | C₂のみ未処置のまま残っていたものである。

診査・考察：激痛の走り方が神経走路に順わず、左側上頰部を中心に放射線状に拡がる点、顎関節の変形がなく、ASLO検査でロイマチスを否定した。しかし咬合時キネジオグラフに攣縮状異常をみたので、歯牙咬合痛が想定できた。口腔内を改めて詳査した所、 $\underline{5}$ (アマルガム充填歯) が二次的にC₃、慢漬Pulとなっていた事を発見、該部への2%キシロカイン局注にて、無痛性の開閉口が可能となったものである。

診断： $\underline{5}$ 二次齶蝕 (慢漬Pul) の咬合痛

処置・予後：局麻の下、アマルガム除去に引きつづき、抜髄、根治、根充、インレイ充填で、疼痛は消失している。

〔症例3〕 春○公○ ♀ 65才

初診：昭和51年12月9日 (物産販売店主)

主訴：咬合時、左側下頰部の神経痛様疼痛

家族歴：父母系共に特記すべき疾患なし。患者は、4人姉弟の長姉で、22才時長女を出産、50才時に夫を結核にて失っている。

一般既往歴：正常分娩で出生したと聞いている。幼児より頻繁に皮膚疹を経験し、10才時…腸チフスと中耳炎 18才時…発熱が続く肋膜炎と診断され、2年半療養したが、その後再三、気管枝炎を惹起し、20才時…血沈速度亢進とリンパ腺腫脹からT. Bを疑われた事があった由、22才時…の

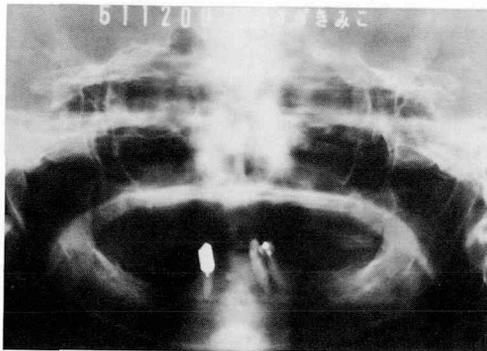
長女出産は正常分娩であったが、26才時…子宮外妊娠にてラッパ管破裂の手術を経験している。35才…虫垂炎手術、40才…頃より風邪をひきやすくなり、抗生物質の連続投与を受け、45才時…貧血ぎみだった折はレイノイ氏病と診断され、通院加療、49才…左側下頰部に発作痛が起り始め、某大医学部歯科で、三叉神経痛と診断されている。なお、現在でも、グレラン、ミグレニン、及び、卵、牛乳にて一時的皮膚疹をみる(約1時間程で消失) 抗生物質投与では副作用は認められない。

現症既往歴：48才時、左側上頰臼歯部の架工義歯を装着したが、歯槽膿漏のため動揺が著しくなったので、間もなく撤去したと言う。三叉神経痛様疼痛はその直後より惹起され(49才時)、某大医学部歯科で、始め第3枝、次いで第2枝、第1枝の三叉神経痛と診断され、光線療法、アリナミン多量服用、鎮痛剤の連用、アルコールブロックを受けたと言う。しかし、頬に風が当たっても、舌運動でも、発作的激痛が繰り返したので、某歯科で改めて抜歯をし、疼痛惹起より約2年経た51才時には、上頰総義歯、下頰局部義歯(7654 21 | 12 567欠損、 $\overline{3}$ | 34鉤歯)となっている。

最近、下頰部に走っていた疼痛も左方舌側歯肉部と限局され、咬合咀嚼時の疼痛はやや鈍となったものの、時折、激痛がおこるので、長野より上京し、都内某大歯学部、並びに某大医学部歯科を訪ね、相方より当科への紹介状を渡され受診してきたものである。

現症：身長146.5cm、体重44.5kg、血圧110/50と低血圧ぎみだったが、頰部疼痛の他、なんら通院加療を要する疾患はなかった、血液末梢一般、

〔症例3〕



術前パノラマ



3 デンタル



34 デンタル

血清 ASLO, 尿検査に異常を認めず, 開口2.5横指, 3 3 部歯槽堤はフラビイガム状態を示し, 義歯は安定に欠けていた. 下顎局部義歯の鈎歯 3 34 は, いずれも C₃ で, レ線像に根端病巣をみせていた. 又, 歯周組織の慢性炎所見も明らかで, 歯肉乳頭部の発赤, 盲嚢よりの排膿を認めている. 特記すべきは, 34 C₃ の触診, 動揺, 打診痛は小さいにもかかわらず, 歯肉頰側 34 部への指頭での軽い接触で, 第3枝走路に沿った激痛を訴えたことである.

診査・考擦: 49才時の疼痛初発時点での疼痛様式や, 歯肉 34 部頰側の接触の方が, 神経走路に沿った一定時間持続する発作激痛をおこし易いことなどは, 真性三叉神経痛を疑わしめたが, 上顎義歯不安定による下顎義歯への不自然な加圧, 床縁下への刺激, 並びに残存歯牙の病巣所見は否定できなかった. 加えて, 既往歴の総てとその治療経過を, 一冊のノート記入, たえず持参している様な, 疾病に対する神経質さと, 家庭的環境として, 8年間にわたる夫の看護, 一人娘の家出, 養子夫妻との店舗経営などの苦勞話が多出する所から, 過剰主訴の傾向も受け止めたものである.

診断: 3 34 C₃ の病巣と, 34 部遠心歯槽鋭利縁

処置・予後: 3 34 の抜去と根端病巣搔爬に引きつづいた歯槽骨形成を行い, 骨鋭利縁を滑沢にした. 術後, ロイコマイシン1200mg, ビタメジン 6 Tab, ビタミン C300mg, SM 散 3 g, レフトーゼ30mg を, 分3包×6日間投与, 消炎処置を繰り返し, 創面治癒後, 下顎義歯に増歯, 復床を施した結果, 疼痛の発現をみなくなっている.

〔症例4〕 池○イ○ ♀ 44才(飲食店経営)

初診: 昭和49年9月3日

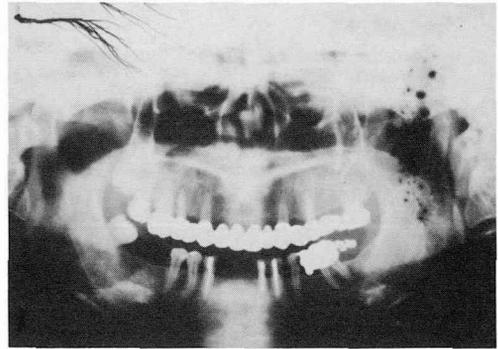
主訴: 開閉口時の関節部激痛と軋轢音

家族歴: 父母系共に遺伝的疾患を見ず, 患者は7人姉弟の長女として生まれている.

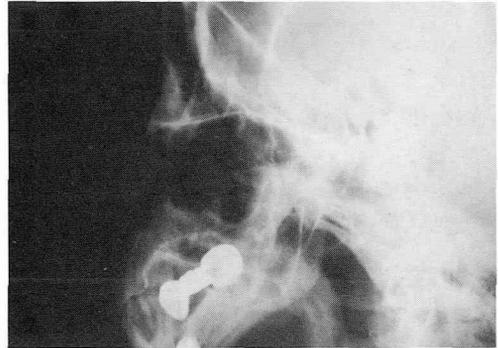
一般既往歴: 小学校6年生時, 中耳炎に罹り通院加療を受けた他, 著患を知らないという. 口腔内処置は, 昭和34年から39年にかけて, 6 6 / 6 6 を齶蝕のため抜去, 3 C₃ の根充後冠装着, 7 6 5 | 5 6 7 に局部義歯を, 7 6 5 | 5 6 7 に架工義歯を調製したが, 治療中, 治療後なんらの自覚症状はなかった.

現症既往歴: 約1ヶ年前(S48年6月初旬)摂食中 右顎関節部に急激な疼痛を覚え, 開口障害(0.5cm)を来たし当日夜半より右側上頰部の腫脹が始まった由, 某国立病院でレ線診断のもと, 三叉神経痛か, 関節部軟骨形成かと言われ, 週1回, 4回程, 右関節部附近に注射を受けたが, 右側顔面麻痺感と偏頭痛が生じたのみで, 開口2cmが限度の状態と上頰部疼痛が続いた. 殊に夏の終りから咬合咀嚼時に激痛が起こり, 10月に入

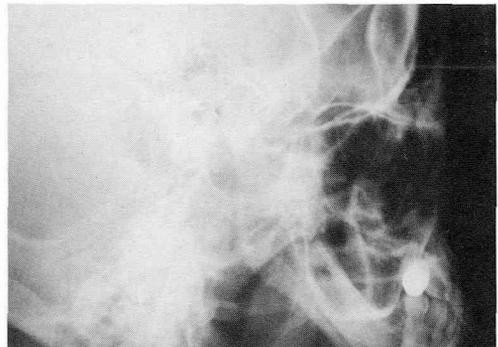
〔症例4〕



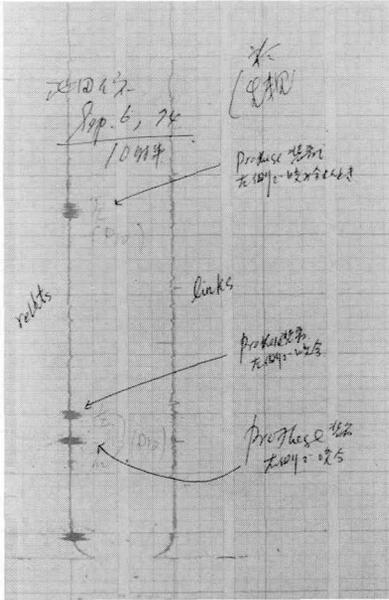
術前パノラマ



右側顎関節



左側顎関節



咬合時筋電図

ると、上顎義歯装着だけで嘔吐感を伴う様になったと言う。この折、上下義歯を脱すると右側顎関節部の疼痛と軋轢音は軽度となった由。

48年11月(疼痛発現より5ヶ月後)某歯科にて、 $\overline{4} C_3$ の治療と上顎義歯を再調整するため、翌年49年6月まで治療されている。49年7月初旬、再び右側頬部に疼痛が発作的に起こる様になり、8月1日、 $\overline{7} 6 \overline{5}$ 部の架工義歯撤去、 $\overline{75}$ 抜去により、疼痛と重苦感はやや軽減している。しかし8月20日、 $\overline{4}$ 鈎歯の形成中、「ガクンと音がして…」突然閉口状態となり、右側頬部に激痛を来たし、4日間程、右頬面部、関節部が腫脹した。この折は某精神神経科にて、自律神経失調症と診断され、精神安定剤と鎮痛剤の投与を受けている。

疼痛はその後も続き、摂食時や、民謡を唄ったりした時、激しい発作痛を繰返したので、他院を訪れ、そこで三叉神経痛として診断のもと、神経ブロックを行い、又、咬合調整も試みたが疼痛は去らず、当科へ紹介されてきたものである。

現症：顔貌はやや消瘦感をみせ、右側頬面の「張っている感じ」を訴えたが、左右相対を示し特別の発赤、腫脹は認めなかった。触診により、右側下顎隅角部(咬筋附着部)に硬結あるを知り、圧痛をみている。開口は約2横指と障害され、開口時に右側偏位を示したが、軋轢音は消失してい

た。キネジオグラフにて顎運動の上下左右制限を確め得た。顎関節部の疼痛は、普通開閉口時には起こらず、少し大きく開口させた折、「骨の中からジワジワくる様な痛み」を訴え、疼痛程度、様式、部位、走路などを明確に表現できず、摂食時に舌を運動させたり、唇をなめる時などの折、むしろ激痛がおり、この為、食事は重湯や、スパゲッティを切ったものなどを摂っていると述べていた。

口腔内は、 $\overline{765} \mid \overline{567}, \overline{765}$ が欠損、 $\overline{4}$ に冠装着、 $\overline{5} \overline{6} \overline{7}$ は架工義歯となっており、上顎欠損部は $\overline{4} \mid \overline{4}$ 鈎歯の局部義歯、下顎は $\overline{4} \mid \overline{3}$ 鈎歯の局部義歯で補綴されていた。その他、 $\overline{3} \mid \overline{3}$ 部に軽度の歯間乳頭部発赤、腫脹をみせ、 $\overline{3}$ 部頬側歯肉にアフター形成を認めている。

診査、考擦：疼痛初発時につづく、歯科治療時の突然の閉口、民謡、摂食の疼痛は、三叉神経痛とは考えられず、初診当日よりすべての従来投薬を中止させ、その疼痛様式を検索しなおしたが不明な点が多く、投薬中止しても疼痛の変化はなかった。キネジオグラフにて顎関節運動の制限があることと、咬筋部の筋電図(条件 CaiC, 左8/10, 右8/10, ATT, 左₂, 右₂)を調べた所、義歯装着なき場合、開閉口時の左右波形に差異変化はないが、装着時咬合によって右側のみ高い波形を生ずることを知り得た。数回にわたる突発的疼痛と腫脹、顎関節運動制限、義歯有無による筋電図の変化より三叉神経痛を否定したものである。

診断：慢性亜脱臼による右側咬筋炎?

処置・予後：顎運動の左右均一を計り、顎関節の安静を保たすため、 $\overline{5} \overline{6} \overline{7}$ 架工義歯を撤去、上下顎左右の欠損状態を同様なものとした。次いで、9月6日より、開口制限(11.5mm)を行うため、上下左右 $\frac{4}{4} \mid \frac{4}{4}$ に、骨折時に準じて金属線二重結紮によるフックを装付、これに矯正ゴムリング(Unitiek $3\frac{1}{2}$ oz, 3/16") 3本づつをかけ(350g 庄) $\frac{4}{4} \mid \frac{4}{4}$ を索引した。3日後(9月9日より)ゴムリングを交換、200g 庄とし、開口制限(15.0mm)を16日間継続、流動食事を指示、(その間、投薬は、ソフトイルガビリン6 Tab, ポンタール3 Tab, SM散3.9gを分3包、計13日を服用せしめている)。安静を保たせた所、9月25日には顎関節の自発痛及び咬合痛が消失したので、ゴムリングによる歯牙索引を除去、その後、チンキャップ

(ゴム弾力400g)を睡眠時着用させた。咬筋部圧痛は10月までやや続き、開口時の右方偏位も残ったものの、昼間咬合咀嚼時の激痛発作は10月末までに全く消失したものである。改めて上下局部義歯を作成、現在まで再発をみていない症例である。

考 案

三叉神経痛に関する報告紹介と見解の大向は、三浦(1940)の神経痛診断治療学に総括されていると言え様、若杉文吉の文献には、Dandy(1943)が、三叉神経痛の原因は、脳腫瘍、動脈瘤、血管腫ではないかと述べて以来、Gardner(1966)の解剖学上の神経圧迫説、Kaemmerer(1970)の中枢神経への過興奮現象説、そしてRothman(1974)の50臨床例からの神経圧迫説への否定的な見解が記載され、未だもって原因は不明と述べられている(1974)。

本邦、歯科界においても、大井²⁾(1953)は、真性三叉神経痛(原発性、特発性、中枢性、大三叉神経痛)と、仮性三叉神経痛(症候性、続発性、三叉神経痛)の区別は、事実上不可能な場合があり、無意義の様にも思われるが、診療上の便のため分類して述べるとの立場をとられ、一般臨床家が三叉神経痛と診断した症例中、仮性の型に属するものが多くと指摘されている。そして、河野³⁾(1954)は、臨床上最も多く遭遇する口腔領域疼痛も多くは、炎症性疾患の場合であるとしながら、原因不明の疼痛の場合、しばしば神経痛と診断されがちである事にふれ、原因不明とは現代の科学で検査が不可能であるか? 或いは検査法があっても検査が不十分であるか? なので、少なくとも後者の如き検査不十分のない様、努力を望まれている。又、大森⁴⁾(1965)は、口腔領域の疼痛は、1) 歯髄炎、顎炎、歯冠周囲炎、上顎洞炎などによる神経に対する細菌感染と、圧迫などによるもの、2) 神経炎、3) その他として、神経痛、関連痛、中枢性疼痛、精神病か、顔面疼痛としておこると3視点を示し、三叉神経痛患者83名の観察成績から、女性に70%と多く、高齢者(50才以上59名)に偏ると報告し、パレーの圧痛点は60%に見られるに止まった事を記している。そして、他に原因があるにもかかわらず、三叉神経痛として処置されないうえに鑑別は必要だと強調された。前に述べた若杉⁵⁾(1974)は、文献の趨勢に続けて、

麻酔科12年の診療経験(1,000症例)から、特発性神経痛に対し、他を大きく顔面痛と区別し、特発性のものは、50歳以上に757例と目立った点と、誘発因として、食事、洗面、歯磨き、鼻かみ、腕あげ、あくび、頭部運動、舌や口唇の働き、毛髪への接触などを挙げ、特に扇風器の風が患者に嫌われていると報告している。そして注目すべきは、特発性三叉神経痛の診断に誤りがなければ、神経ブロックで完全に鎮痛が得られると附言している事である。又、同じく麻酔科として口腔領域のペインクリニックの立場から、久保田⁶⁾(1979, 3)は、外からの刺激による生理的疼痛と、内部から発する病的疼痛に分けこれを把らえ、その原因は、末梢性局所的な所と、中枢性の所があり、時には、心因性または精神的ですらあることもありと述べ、口腔領域の疾患外来患者500名中、約60%が疼痛を訴えてくるものの、三叉神経痛と診断された者は1%足らずであったと発表。さらに、原因不明の疼痛と紹介された80例中、簡単な診査で特発性三叉神経痛と診断されたものが62例、より詳細な検索結果では、この62例中さらに20例に病因病巣を発見しておる事を報告し、その具体的疼痛因の例として、抜歯窩治療不全、歯根端病巣、歯周慢性疾患、埋伏歯、オドントーム、充填剤の根端部過剰突出、不良補綴物、治療時の過度開口による顎関節異常、隣接面カリエスなどをあげ、療法に言及している。

同年秋、高橋⁷⁾(1979, 11)は、特発性三叉神経痛の臨床統計的観察と題し、紛らわしい疼痛を誤って三叉神経痛として処置しない為にも、正確な診断が必要であるとし、117症例に対する検討を加え、発現は女子70例と多く、年齢は50歳以上が93名を占め、罹患分布では、II枝、III枝が79.4%と多かった成績をあげ、その療法として、1) 単独薬物療法(Tegretol...93.2%, Caloride...31.2%)で鎮痛効果のあったもの計85例、2) 神経ブロックの各神経走路の奏効期間として、初回ブロックで1年以上有効...32例(平均20.8ヶ月)、再度ブロックで奏効1年未満...19例(平均16.6ヶ月)、3) 神経捻除療法40例を行って平均有効期間は36.3ヶ月であったと報告している。そして診断の重要要素として、若杉と同じく、三叉神経痛に似た症状でも患者が若年ならば、先ず症候性を疑うべきであろうと考按している。

最近、待田⁹⁾(1982)は、歯科臨床の実際の分担執筆に際し、従来諸家の見解を括め、原因を確定できない典型的発作疼痛である三叉神経痛の原因として考えられている説として、1)交感神経の興奮、毛細動脈の反射性痙攣、血行障害、神経の機能障害、2)神経の圧迫や、局所血行障害による酸素供給不足、3)骨管中での神経に併起する静脈のウツ血、還流障害、4)末梢神経炎の一症型をあげ、その誘因として、リウマチ、自家中毒、貧血、急性白血症、動脈硬化症、インフルエンザ、副鼻腔炎、歯性病変、糖尿病などを載せており、これに対する仮性三叉神経痛は、病変が判明して、その症状の一つとして発作性激痛を三叉神経領域に覚えるもので、その原因として、1)全身性=リウマチ、インフルエンザ、代謝障害、内分泌障害、中毒性など、2)局所性=①歯性病変(歯髄炎、歯周炎、顎骨炎、顎骨腫瘍、顎骨嚢胞など)、②外傷、異常、③顎骨変形、神経管の浅在、④神経萎縮、神経炎、⑤副鼻腔炎、中耳炎、顎関節症などを列挙している。

この如くに、真性の誘因と、仮性の全身的、局所的原因には、多くの病変が重複列挙されざるを得ない所に、三叉神経痛診断の困難さが示されると言えよう。

なお、舌咽神経痛の症例や、関連領域の疾患の症例報告も多く、佐藤⁹⁾(1979, 12)は、小脳橋角部腫瘍が発見された三叉神経痛の一例報告で、診断に際してCTスキャンによる検索の要も指摘している。

ここに報告した4症例は、疼痛の発現、様式に各々特徴をみるものの、いずれも三叉神経痛と診断され、種々の処置療法を受けたが治癒せず、当科を紹介されたもので、症例1… $\overline{4}$ 隣接面C³(慢潰歯髄炎)の上顎への疼痛反映、症例2… $\overline{5}$ 二次C³(慢潰歯髄炎)の咬合痛、症例3… $\overline{3}$ $\overline{34}$ C³根端病巣と歯周病変、 $\overline{34}$ 遠心部の歯槽骨吸収不全に対する上顎義歯不安定、症例4…右顎の慢性亜脱臼による咬筋炎と診断され、それぞれの処置療法で、三叉神経痛疼痛の完全消退をみているものである。改めて4症例に共通した点を列挙すると、

(1) 三叉神経痛様疼痛を主訴とし、特に開閉口時、咬合咀嚼時の発作痛が著しかった。

(2) 数科、数医院を訪れ、歯科、耳鼻科などで、

三叉神経痛との診断を受けている。

(3) 鎮痛剤投与、神経ブロックなどの三叉神経痛の療法で効果のみず、紹介来院している。

(4) 全身所見、血液末梢一般、血清ASLO、尿検査で異常を認めず、疼痛のための消費感を除いては、所謂健康体として日常を過している。

(5) 初診時の口腔診査、 \vee 線像で、疼痛因を決定し得なかった。

(6) デンタル、パノラマの再撮影と詳細な検討と、時間をかけた再度問診、口腔内上下全領域に対する診査を要した。

(7) キネジオグラフによる顎運動の異常形や、筋電図での高値変動を確認した。

(8) 4症例とも、口腔内、顎関節部(顎、口腔領域)に疼痛要因を発見、それに対する療法で疼痛消失をみている。

(9) いずれも、一般既往歴に多大の懸念を有しており、又、口腔内疾患への(発痛前後)治療経験が多い。

(10) 職業的なものか、家庭的環境かは定め難いが、精神的安定に欠けているのが、問診中に感じられる(聞かないのに職場や、家族の事を話する)し、疼痛表現が詳細なるにもかかわらず把握し難かった、等々であろう。

結 語

三叉神経痛は、真性にしろ、仮性にしろ、口腔領域では看過できない疾患であり、その疼痛発現には複雑な要因が関与してくる。すなわち、口腔領域疾患のいずれもが、三叉神経痛様疼痛を惹起する要因になり得るので、診断する私達としては、教科書的先入観念をすて、疼痛の表現を特に誘導せず、より時間をかけた問診と、詳細な口腔内診査、 \vee 線像の熟読、或いは、キネジオグラフ、筋電図の観察を重視すべきであると痛感するものである。

文 献

- 1) 三浦袋栄(1940)神経痛診断治療学 鳳鳴堂、東京。
- 2) 大井 清(1953)口腔外科学(各論) 第15版、188—198、永末書店、京都。
- 3) 河野庸雄(1954)臨床診断学総論 第7版、49—54、永末書店、京都。
- 4) 大森清弘(1965)三叉神経痛について。歯科時報、

- 19(1) : 26. 19(3) : 32.
- 5) 若杉文吉 (1974) 三叉神経痛・顔面痛. 最新医学, 29 : 1507-1513.
- 6) 久保田康耶 (1974) 顎顔面痛の治療(1), (2). デンタルミラー, 19(4) : 5-12.
- 7) 松田康男, 山根源之, 柿沢 卓, 野間弘康, 大森清弘, 高橋庄三郎 (1974) 特発性三叉神経痛の臨床統計的観察. 日口外会誌, 25 : 1073-1078.
- 8) 待田順治, 山岡 稔 (1982) 第10章 神経機能異常. 林 進武, 手島貞一, 歯科臨床の実際 第5編 口腔外科学 臨床検査法. 第1版, 168-171. 文京書院, 東京.
- 9) 佐藤 匠, 伯田純一, 川井健二郎 (1979) Computed tomography で小脳橋角部腫瘍が発見された三叉神経痛の一例. 日口外会誌, 25 : 1440-1440.