

症 例

自傷行為により頬粘膜に裂傷を形成した自閉症の一症例

名原 行徳, 住吉 淑子, 三宅雄次郎  
河原 道夫

A case of Autism of self injured wound at buccal mucous membrane

Yukinori Nahara, Yoshiko Sumiyoshi, Yujiro Miyake  
and Michio Kawahara

(平成6年8月18日受付)

緒 言

現在, 当院特殊歯科総合治療部障害者歯科治療室の患者で自閉症の患者の割合は, 14.2%を占めている<sup>1)</sup>。自閉症の特徴は, 情緒障害であり, その原因については未だ解明されていない。今日多くの研究者は, 生化学的・遺伝的あるいは何らかの異常の結果, 器質性の中樞神経系の損傷を生じ, そのために引き起こされた精神発達上の欠陥と見ている<sup>2,3)</sup>。自閉症の症状は多様であるが, その中でも自傷行為は家族や周囲の人々を驚かせ, 医科や歯科にその処置や予防を依頼され, 早急の対策が必要とされる。しかし, その対応には苦慮することが多い。医科においては, 隔離, 拘束し薬物などによる鎮静が行われているが, 一過性であり予後は不良であると言われている。歯科的には, 対症療法が行われ, オーラルスプリントやマウスピースなどが使用され効果が認められている<sup>4-6)</sup>。だが, 症例によっては適応困難な場合も考えられる。

今回, 我々は自傷行為により頬粘膜に裂傷を形成した自閉症の患者を治療する機会に恵まれたので, その処置および経過について報告する。

資料および方法

症 例

患者: 17才, 男性, 1971年10月17日生

初診日: 1988年1月6日

主 訴: う蝕と上顎前歯の唇側傾斜による咬合不正の治療

広島大学歯学部附属病院特殊歯科総合治療部(部長: 河原道夫) 本論文の要旨は平成5年10月の障害者歯科学会において発表した。

現 症 歴

本症例は当附属病院保存科より治療困難のため紹介を受けたものである。患者は, 養護学校高等部入学直後パニックが起こり自傷行為が始まる。これは, 両手で顔をたたいたり, 額を壁や柱にぶつけるものであった。次にこだわりの箇所が口に移行し, タオルやハンカチを強く咬むものとなった。そのため歯科的現症として上下左右側第二大臼歯のみ咬合し, 開咬状態となり前歯部上顎は唇側傾斜, 下顎は舌側傾斜をきたしていた。また, 口腔内の清掃状態は不良で多数のカリエスが認められた。

・顔 貌 所 見

初診時, 左右口角部に引っかき傷を認める程度で大きな自傷行為の跡は認められなかった。しかし, 今回の自傷行為により顔面が全体的に腫脹し, 口角部および眼角部の擦過傷も認めた(図1)。

・知 能

初診時の問診において, 知能は障害児センターの医師によれば3才半程度である。また, 言語は必要なことをかたことと話していたが, 養護学校の高等部からはほとんどない。しかし, 治療中“オワッタヨ”と独特な口調で反復して話す。日常生活では, 患者の行動などから人の言葉はある程度理解できるものと考えられる。

・口 腔 内 所 見

口腔内は図2の状態で充填処置が施術され, 歯冠修復処置も一カ所認められた。しかし, 口腔内の清掃状態は良好ではなかった。ブラッシングは前歯部が少し

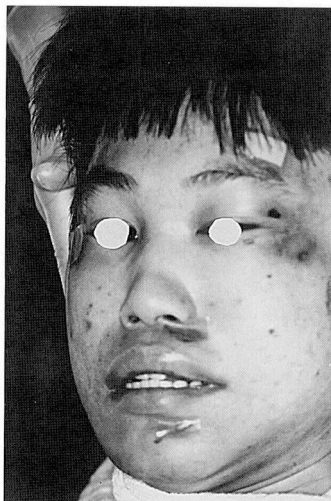


図1 初診時の顔.

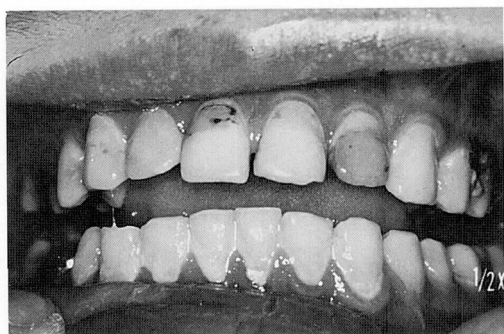


図2 初診時の口腔.

行われている程度で臼歯部には食物残渣およびプラークの付着が認められた。またプラークの染色を行うと、歯頸部付近にプラークの付着を認め、カリエスも認められた。

#### ・自傷行為について

1988年1月から1993年9月までの自傷行為の経過を表1に示した。初診時は、こだわりのためかタオル及びハンカチを常時口の中に入れて行動していた。診療を開始して3カ月経過した時、浸潤麻酔の疼痛か違和感のため、左右頬粘膜を強く咬み筋層にまで及ぶ裂傷を形成する(図3)。1990年6月、顔タタキを始め、制止するとさらに強く行った。(この時点より治療を中断するも、患者の生活パターンの中に当治療室が入ったためか、日曜日を除く毎日来院した。)顔タタキがおさまると口唇を咬み始めた。また、この頃より保護者同伴で自家用車にて作業所への通所を始めた。その作業所で1階の窓より飛び降りる動作を始め、自

表1 5年間の自傷行為の経過

1989年5月	頬粘膜の咬傷
1990年6月	顔面殴打
7月	パニック
9月	口唇に咬傷
10月	5階のベランダより飛び降りる
1991年3月	首すじを引っ掻く
6月	口の中に手を入れる
7月	顔をマットに擦り付ける
1992年9月	顔叩き(両眼の充血)
10月	パニック
11月	髪をかきむしる 顔面を掴む
1993年9月	下口唇を膝で打つ

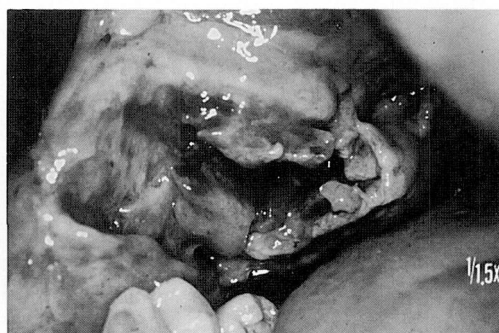


図3 咬傷により筋層にまで達した裂傷.

宅でもその気配があったため、ベランダのガラスドアを施錠したが効果なく、医師に相談すると“そういうこともある。”と言われるのみであった。同年10月、自宅の5階ベランダより飛び降りたが、奇跡的にも一命をとりとめた。某病院に緊急入院。長期には入院できず通院処置となった。1991年3月、患者の歯に痛い所があるのではということで、歯科治療を再開した。その頃の自傷行為としては、自宅などで首筋をひっかけ出血しても、目を離すとまたひっかくということであった。さらに、治療室では、マットや廊下に顔をすりつけることもあった。1992年9月、両眼が充血するほどの顔タタキが始まった。母親より家でのパニックの時間が長く、回数が多くなり、今度は髪をむしったり、顔面をつかむようにして傷つけるようになり、手がつけられないと言うことであった。そのため、某病院に入院のため歯科治療を中断した。1993年7月、診療を開始すると、嘔吐しようとするようになった。また、下口唇を膝で叩くことも加わった。本症例の自傷行為としては、咬む、たたく、引っ張る、引っかく、こすりつける、手を口に入れるという動作があり、部

位は口唇、眼瞼、頬粘膜、手指、頬、額、首筋、髪等であり主として顔、口腔に集中していた。当大学附属病院の神経科の医師に相談したが、やはり有効に対処することは難しいということであった(表2)。

#### ・全身所見

生下時、顔および胸から大腿部にかけて色素性母斑が認められ、医師からは中枢神経性の障害があると告げられた(図4)。しかし、その他の異常は認められなかった。尚、我々は遺伝性の疾患も考えられたため、染色体の検査を行ったが、46XYで異常は認められなかった(図5)。

#### ・生活環境の変化

17才では、公立の養護学校に在籍、高等部になって

表2 本症例において認められた自傷行為

頬を平手打ちする
頬粘膜を咬む
髪を引っ張る
口唇を咬む
高所から飛び降りる
額を壁や床に擦り付ける
首を引っ掻く
マットに顔を擦り付ける
両眼瞼をかきむしる
口腔内をかきむしる
手指を咬む
膝で下口唇を叩く



図4 色素性母斑により黒変した背中。

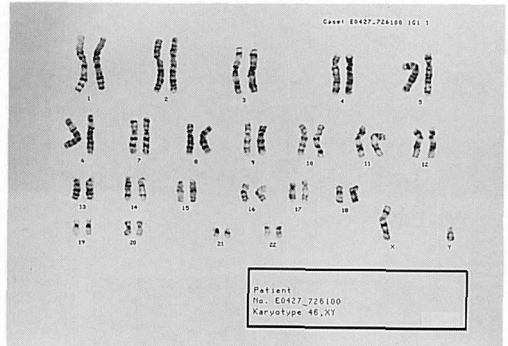


図5 染色体の核板写真。

パニックがみられるようになった。その後、作業所に通所を始めたが、パニックがひどいため、母親同伴で通所していた。これはパニックがひどい場合、作業所の職員だけでは対処しきれないためであった。ここには、短期間通所したが、飛び降りがあったため、また別の重度の作業所に通所することになった。ここでは少し落ち着きがみられていたが、その後パニックがひどくなり再入院し、現在は作業所への通所を中断している。母親は長期間の欠席で、作業所の籍を切られることに不安をつのらせている。

#### ・処 置

##### 1. 咬傷

治療方針としては、咬合させないよう、頬粘膜を咬みこませないようにすることにした。そのため、軟性レジンによるスプリントの製作を行った。まず、上下顎をアルジネートにより印象採得し、作業用模型の製作を行った。次に熱加圧成型し、軟らかいレジンスプリントを製作した。装着はフロスシルクで歯牙に結紮して行った。(図6)。しかし、患者は装着の後、体動抑制を解放するとすぐ、足で除去したため、効果をみるに至らなかった。次に、上顎第一、第二小臼歯の口

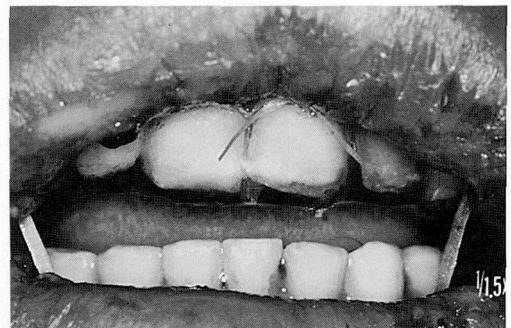


図6 オーラルスプリントを装着した状態

蓋側から舌側咬頭にかけて光重合レジンで高さ3mmのピボットを付与した(図7)。これにより、頬粘膜を咬むことはなくなり、約半月位で咬傷治癒がみられた。このピボットは2年9カ月の長期間接着されていたが、こだわりがとれカリエスも認められたため、このピボットを除去し、もとの咬合状態で全部鑄造冠により歯冠修復を行った。

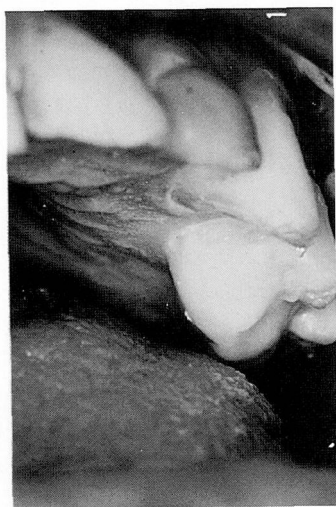


図7 上顎第一、第二小臼歯に付与したピボット

## 2. 顔タタキ

処置方針としては、腕を使っでの自傷行為であるため、肘を屈曲できないようにし、腕を顔に近づけないようにした。そのため、腕にすだれを改良したものを巻き、背部で両腕を拘束し、顔タタキをさせないようにした。しかし、常時、親、職員などの注意が必要であった。

## 3. 高所からの飛び降り

作業所などでも、窓から飛び降りていたということであるが、飛び降りることは危険であることを理解させるとともに、ベランダに出さず、飛び降りることができないようにすることである。そのため、親はドアを施錠しハリガネで固定していたが、それを取り去って飛び降りてしまった。事故後は、住居を5階より1階に変更することにより解決をはかった。

## 考 察

自閉症については、Kanner (1943年) が初めて幼児自閉症として報告し、Asperger (1944年) が自閉的精神神経質として報告している。従来、自閉症とみられたものの中には学習障害や微細脳損傷などの別の概念でみられるものもある。WHO では生後30カ月以前に

症状が顕現する症候群とし、いくつかの行動特性を指摘しているが、その定義は状態像を描記するような表現をとっている<sup>3)</sup>。

その状態像の一つに自己咬傷がある。自己咬傷には Lesch-Nyhan 症候群<sup>7-9)</sup>、Gilles de la Tourette 症候群<sup>10)</sup>、脳性麻痺<sup>6)</sup>、MR<sup>11,12)</sup>、全身無汗無痛症<sup>13,14)</sup>、精神分裂症<sup>15)</sup> など全身疾患や知能障害を有する患者におけるものと、精神緊張や欲求不満から発現する心因性のものが報告されている。Reed ら<sup>16)</sup> は自傷行為を起こすのは口腔内だけでなく、他の部位に痛み等があった時の一つの表現の手段ではないかと述べている。本症例の場合、母親は処置時の浸潤麻酔が咬傷の引金となったのではないかと述べているが、それだけではなく、環境の変化もおおいに関与していると考えられる。それは養護学校の卒業、作業所への通所などと彼の日常生活パターンが激しく変化し情動がついていけず、そのストレス発散の一つが咬傷につながったものと考えられる。

その対策として環境の問題も大きいですが、歯科的に一番の問題は原因歯を抜去するか保存するかと言う点にある。原因歯の抜去は自己咬傷を行う患者に対して問題解決の最も実際的手段として勧める報告がある<sup>17,18)</sup>。本症例はすべて永久歯であり、症状が一過性ではなく、長期間にわたり同一部位を繰り返し咬み、頬粘膜の筋層に至るまでの実質欠損をきたしていたので抜歯の適応症と考えられた。しかし、患者は青年期であり、知能的にも向上の可能性が残されており、自傷部位の変化も認められ保護者の歯を保存する希望が強かったため、本症例は歯を保存し軟組織の保護にとめた。また、大岩ら<sup>18)</sup>の抜歯の症例はいずれも咬傷の移動が認められ無効であったと言う報告もあり、永久歯の抜歯は絶対に必要と考えられる場合以外行うべきではないと考えられる。咬傷の対策として歯を保存する方法は、挙上型として咬合挙上冠、被覆型としてオーラルスプリント、遮断型としてオーラルスクリーン、圧排型として市販の頬・口唇圧排装置を応用した口唇プロテクター、矯正用の弾性高分子材料製の口唇プロテクターの2種類が考えられる<sup>19)</sup>。今回、咬傷による裂傷の部位などから被覆型のオーラルスプリントの装着を行ったが、装着と同時に膝で除去されてしまった。次に挙上型の咬合挙上冠を考えたが、膝で頬部を圧迫して咬みこみ裂傷を創るため、頬側部を咬合させないで3mmの空隙を設けるには不相当と考えられた。そこで、上顎第一、第二小臼歯舌側から咬頭部にかけてピボットを光重合レジンにて付与し3mmの咬合挙上を行った。これは診療に要する時間が短く、強度も高く本人が除去することは不可能で

ある。また、違和感もなく舌による探索運動も認められず、咬傷による裂傷の治癒が認められた。

現在、経過観察中であるが自傷による咬傷は認められないものの、口腔以外の他の部位への自傷行為がみられるようになっている。

## 結 論

本症例の治療を通じて以下の結論が得られた。

1. 自閉症患者においては日常生活パターンにおける環境の変化がストレスを増長させる。
2. 歯科治療における浸潤麻酔も自傷行為（咬傷）の誘因になりえる。
3. 光重合レジンによるピボットの付与は咬傷に対して有効であった。

自傷行為により頬側部を咬み、裂傷を形成した自閉症の患者について歯科的治験例を報告した。17-22才までの5年間診療を行い、その期間中、咬傷のため左右頬側部に裂傷を形成した。これに対して、上顎小臼歯に口蓋側から舌側咬頭部にかけてピボットを付与することにより咬傷の治癒と予防の効果を認めた。

歯科医の成し得ることはあくまでも対症療法であるが、この患者のように年齢が高く永久歯列の場合、できるだけ歯の保存処置を考えるべきである。その際、患者の口腔清掃にも歯科医を中心としてスタッフ、保護者とも真剣に取り組む姿勢が重要と考えられる。

## 文 献

- 1) 名原行徳, 三宅雄次郎, 長坂信夫: 障害者歯科治療室の患者及び診療の実態. 広大歯誌 24 (1), 119-124, 1992.
- 2) 懸田克窮, 大熊輝雄, 他編: 現代精神医学大系 A 精神遅滞. 中山書店, 東京, 1, 280-281, 1979.
- 3) 関根 弘: 歯科医学大辞典 (縮刷版). 医学出版, 東京, 1240, 1989.
- 4) Goodman, R.M., et al.: Atlas of the face in genetic disorders.: The C.V. Mosby Co. Saint Louis. 388, 1977.
- 5) Gorlin, R.J., et al.: Syndromes of the head and neck. McGraw-Hill book Co. New York. 433, 1964.
- 6) 木村興雄, 中田 稔: 自傷行為をする患児に対する歯科的治験例. 小児歯誌 17 (3), 364-367, 1979.
- 7) 山城正宏, 藤井信男, 他.: Lesch-Nyhan 症候群の一例. 日口外誌 25, 341-344, 1979.
- 8) Joseph, L. Dicks: Lesch-Nyhan Syndrome a treatment planning. *Pediatric Dentistry*. 4. 127-130, 1982.
- 9) Richard Christie, Carslyn Bay, et al.: Lesch-Nyhan disease: clinical experience with Nine teen patients. *Develop. Med. Child. Neurol.* 24, 293-306, 1982.
- 10) 逸見精児, 都 温彦: Gilles de la Tourette 症候群の自傷行為に起因した軟治性潰瘍. 日口外誌 27, 1978-1979, 1981.
- 11) Nicholas Patnam, Martin Stein: Self-inflicted injuries in childhood. *Clinical Pediatrics*. 24, 514-518, 1985.
- 12) 松林武之, 山下昇三, 他: 自症心身障害児の自傷行為に対する sulphide (Dogmatyl) の使用効果. 臨床精神医学 12, 1587, 1983.
- 13) 四宮 茂, 青山亮介, 他: 無痛無汗症患者の自傷行為による舌口唇欠損例. 日美外報 8, 71-78, 1986.
- 14) 西田五郎, 野村雅雄, 他: 全身無汗症, 最新医学. 6, 1100-1104, 1951.
- 15) 水野有効, 江幡晃治, 他: 精神障害にみられる舌咬傷例. 口科誌 35, 395-400, 1986.
- 16) Reed, W.B., et al.: Hypercuricemia with Self-mutilation and choreoathetosis, lesch Nyhan syndrome, *Arch. Derm.* 94, 194-195, 1966.
- 17) Cudziowski, L. and Perreault, J.G.: The Lesch-Nyhan Syndrome: Report of case. *J. Dent. Child.* 46, 143-144, 1979.
- 18) Shoptan, J.T. and Rezmika, J.I.: Lesch-Nyhan Syndrome: Report of Three cases in one Family. *J. Dent. Child.* 45, 403-407, 1978.
- 19) 大岩隆則, 横井基夫, 神野卓三, 石黒 光: 自己咬傷への対策—歯科的対症療法について. 障歯誌 9 (1), 77-84, 1988.

# 訂 正

(本号 第26卷第2号)

誤

正

P. 373. 右. 22行目

12) 松林武之, 山下昇三, 他: 自症心身障害児の自傷行為に対する sulphiride (Dogmatyl) の使用効果. 臨床精神医学 12, 1587, 1983.

12) 松林武之, 山下昇三, 他: 自閉症心身障害児の自傷行為に対する sulphiride (Dogmatyl) の使用効果. 臨床精神医学 12, 1587, 1983.