

症 例 報 告

自傷行為により上下口唇に裂傷を形成した知的障害者の1症例

名原 行徳, 川口 由佳, 山口 純生
三宅雄次郎, 河原 道夫

A Case of Mental Retardation Patient for Mutilation of Upper
and Lower Lip for Self Injured

Yukinori Nahara, Yuka Kawaguchi, Sumio Yamaguchi,
Yujiro Miyake and Michio Kawahara

(平成11年9月30日受付)

緒 言

自傷行為とは、自分で自分の身体を傷つける習癖、傾向を言い、自分で自分の頭や頬を叩く、顔や皮膚を掻きむしり、頭髪を引き抜いたり、顔を壁、柱、床などにぶつける、口唇や舌を噛むなど非常に多様である。

自傷行為のなかで自己咬傷は、歯科領域において、頬粘膜や口唇部への咬傷が見られ、審美的にも大きな影響を与える。そのため、家族や周囲の人の驚きは大きく、歯科にその予防や処置を依頼されることがあり、その対応に苦慮することが多い^{1,2)}。

こうした状況において、自己咬傷の対症療法としては、原因歯牙と咬傷部軟組織に対する保護手段から咬合挙上型、被覆型、遮断型、圧排型、抜歯型に分類され、患者の年齢、障害の種類や程度、口腔内の状態などが考慮され行われている^{3,4)}。

今回、知的障害で24歳、男性の自己咬傷の処置を行ったので、その詳細について報告する。

資料および方法

症 例

患者：20才，男性，1973年5月18日生

初診日：1994年3月10日

主 訴：歯科検診とう蝕の歯科治療を主訴に受診したが、1998年4月から下口唇への咬傷が始まり、その治療を行うこととなった（表1）。

生育歴としては、知的障害や言葉の始めが遅いという問題は認められたが、その他は特に異常は認められなかった（表2）。

表1 症例

患者：20才，男性，1973年5月18日生
初診日：1994年3月10日
主 訴：歯科検診とう蝕の治療であったが、1998年4月から下口唇への咬傷が始まり、その治療となった。

表2 生育歴

妊 娠	中：正常
分 娩	娩：正常
生 下 時 体 重	3,350 g
言葉の出始めた時期	2歳6ヶ月
現在までの発育状態	普通

現 病 歴

本症例は施設より歯科検診とう蝕の治療で来院したものである。患者は年齢が20才となり、近くの一般歯科医院では行動調整が困難となったためである。歯科治療は行動抑制で行い、自傷行為が始まるまではリコールで来院していた。しかし、1998年4月に施設で自傷行為が始まり、最初は軽く職員のを引く程度であったが、無視され、激しく噛むようになった。近医の整形外科医院に診察してもらったが、経過観察であったので当治療室への依頼となった。

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）本論文の要旨は第6回日本歯科医療福祉学会大会において発表した。

顔貌所見

当治療室に相談に来院した時は、下口唇に裂傷を形成し、腫脹、発赤し出血が認められた。数日後、再来院したときは、裂傷部が2箇所となり、以前からある傷口は更に深く大きくなり、筋層にまで至っていた。傷口から出血し潰瘍を形成していたが、新しい裂傷部は軽微であった。

知能と性格

知能は障害児センターの医師によれば、3才半程度で、ボタンをかけたり、ファスナーをあげたりすることができ、生活面における自立はできていた。言語に関しては、精神病院に入院するまでは片言の言葉を話していたが、入院して言葉が出なくなり、現在もあまり言葉は出ないということであった。

性格は強迫性と同一保持の性格と、自閉的行動特性をもっている。繊細な神経でとりわけ対人関係の面で警戒心を抱きやすい反面、慣れ親しんだ相手に対しては、依存性を強めるとともに自分をストレスに追い込み易く、とりわけ、自制コントロールの低さから癇癪、粗暴行為に至ることもあるようであった。

口腔内所見

初診時では、右上下顎第一大臼歯のレジン充填、左下顎第一大臼歯のインレー処置がなされていたが、左右下顎第二大臼歯にC₁のう蝕が認められた。その後、当治療室で一歯欠損の⑦6⑤のブリッジ、④、④、⑥での全部鑄造冠、⑦、⑧、⑧のインレー、⑦のレジン充填などの歯科処置を行った。患者は朝夕2回自分で歯磨きをするとのことであったが、十分ではなく、プラークや歯石の付着が認められた(図1)。



図1 初診時の口腔内

自傷行為について

患者は小さい頃より多動であり、油断すると直ぐ外に出て、3日も山に潜伏していたこともあったとのこ

とであった。癖は小さい頃、人をつねったり、噛み付いたりしていたが、現在は治まってきたと言うことであった。その他、よく嘔吐する癖が認められた。患者は1998年まで自傷行為らしきものは認められなかった。また、全身所見としての特記事項も認められなかった。

生活環境の変化

患者は、父親が失踪したため、養護学校入学を機会に患者の障害の程度や母子家庭と言う家庭環境のため、在宅療育は困難と判断され、施設に入所となり現在に至っている(表3)。施設では、4月に新入所者が入所し、担当者やグループでの人員が変わる。また、年齢により受け入れ施設が変わると言うことであった。

表3 家族歴

父親 (失踪) ………	母親 48歳
長男 (本人) 25歳	長女 21歳 (1995年他界)

処置

1. 咬傷

自傷行為は最初、下口唇に対する咬傷で始まった。この自傷行為が始まったのは1998年4月で、最初は軽く噛む程度で目だった傷は認められず放置されていた(表4)。その後、自傷行為は止まらず激しくなり、傷口の深い広がり認められた。そのため、6月にはいって上顎左右第一、第二小臼歯部に光重合レジンにて3mm程度咬合挙上を行い、経過の観察を行った(図2)。しかし、施設職員からの連絡で出血が激しいと急患で来院した。診察すると、傷口が更に拡大し筋層にまで達し、自然治癒が期待出来ないと判断したため、口

表4 自傷行為の治療の流れ

平成10年4月3日：下口唇への自傷行為が始まった。
5月26日：下口唇の洗浄
6月16日：光重合レジンにて咬合の挙上を行った。
6月22日：下口唇の縫合
6月25日：再度縫合
6月26日：下顎プロテクターを装着
6月29日：上顎プロテクターを装着
7月29日：上下顎プロテクターを除去
8月11日：咬合挙上を行った光重合レジンの除去
以後、経過観察とリコール



図2 自傷が始まった時の下口唇の状態

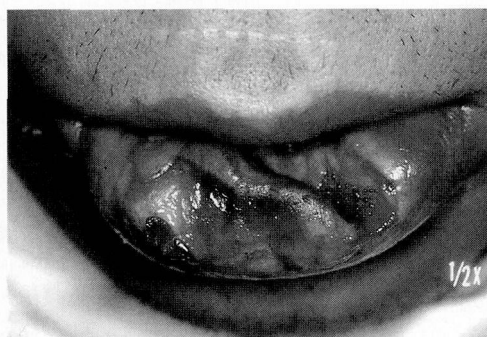


図3 自傷が激しく、筋層にまで達した下口唇の状態

腔外科に口唇の縫合を依頼した(図3)。術後は、患者が手で縫合部の糸を抜去するため、施設職員は両腕を筒状のもので囲み、曲げられないように紐で身体に固定していた。しかし、3日後には縫合糸を患者が抜去したため、再度縫合を行った。その際、同時に即時重合レジンにて直接口腔内でプロテクターを製作し、スーパーボンドにて下顎前歯部に装着、下口唇を歯で噛めなくした(図4)。次に、下口唇が噛めなくなると上口唇を噛み始めた。そのため、3日後、上顎前歯部にも下顎と同様のプロテクターを装着し、経過観察を行った。プロテクターは上縁が歯冠頂と同じ高さで、歯

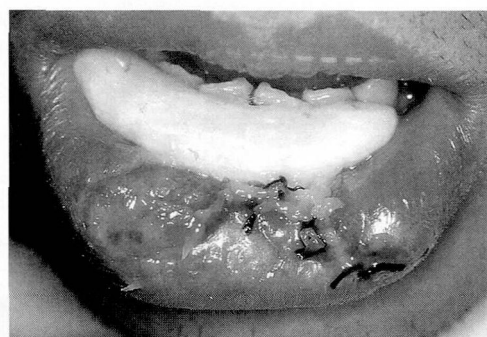


図4 下口唇を縫合の後、プロテクターを付けた状態

から約8mmの厚さとし、犬歯部から犬歯部までの6前歯の範囲を覆った。上顎のプロテクターも同様に製作し、口唇を巻き込んで噛み込めないようにし、傷の回復や口唇へのこだわりが取れるまで装着した。1カ月後、傷が軽快し、自傷行為も治まったようであったので、上下のプロテクターを除去した。その後、2週間毎に、経過観察の後、4回目に良好と考えられたので、上顎小臼歯部の光重合レジンも除去した(図5、6)。



図5 下口唇の裂傷が治癒した状態



図6 正面から観察した下口唇の裂傷が治癒した状態

考 察

自閉症は、生後まもなく、あるいは遅くとも30ヶ月までには出現する症候群であり、1941年 Kanner が幼児自閉症を報告し、1978年に WHO がその状態像について定義した。この中で、自閉症は聴覚刺激への反応が異常で、ときには視覚刺激への反応にも異常な反応を示し、話言葉の理解と言うことに著しい障害が付きまとう。また、社会的なかわり、抽象的思考、象徴的思考や想像遊びの能力も劣っている。特に社会的なかわりの障害は深刻であり、儀式的なこだわり行為等が認められる。これらの状態像の一つに自己咬傷がある^{5,6)}。

自己咬傷は、周りの人たちに大変な驚きと不安を与

える。これは、Lesch-Nythan 症候群⁷⁻¹⁰⁾、Gilles de Tourette 症候群¹¹⁾、脳性麻痺、精神発達遅滞¹²⁻¹⁶⁾、全身無汗無痛症¹⁷⁻¹⁹⁾、精神分裂症などの全身疾患や知的障害を有するものと精神的緊張や欲求不満などの心因性のものからの発現が報告されている。

本症例では、初診時、自傷行為が認められておらず、歯科診療時は行動抑制を行うも、診療が終了すればケロツとして嫌なことは忘れて診療室から退出し、施設でも特別な異変は認められなかった。

そのため、本症例では診療における医療行為が自傷行為の引き金になったとは考えられず、施設での、職員の注意を自分に引き付けるために始まったものがこの自傷行為に繋がったもので、欲求不満から発現する心因性のものと考えられた。

その対策として、歯科的に重要な問題は原因となる歯を抜去するか、保存するかと言う点にある。また自傷行為の原因が知的障害によるものか心因性によるものかも考慮しなければならない。乳歯であれば、後続永久歯の有無およびこれに対する影響を検討し対処する必要がある。永久歯であれば、後続の歯がないため抜去するか保存するかは重大な選択となる。自傷行為のなかで咬傷は原因歯を除去することが問題解決の実際的な手段として有効であり、これを勧める報告がある^{7,8)}。しかし、咬傷が限局し移動が見られなければ有効であるが、咬傷部位が移動する可能性が考えられる場合は無効である。最初、本症例では長期間、同一部位を繰り返し咬んでおり、抜歯の適応と考えられたが、下顎口唇を咬み込むことができなくしたら、上顎口唇を咬み込みだした。そのため本症例は心因性であるためか、咬傷部位が変化し、抜歯は有効な手段とは考えられなかった。これは大岩ら³⁾の報告と同様で、永久歯では、様々な観点から検討し、絶対に抜歯が必要と考えられる以外は歯を保存することが必要であると考えられた^{9,10,12)}。

本症例は知的障害者であり、その自傷行為の対策として、歯を保存して、軟組織の保護に努めることとした。原因歯牙と咬傷部軟組織に対する保護手段としては、咬合挙上型、被覆型、遮断型、圧排型が挙げられる。咬合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、圧排型として口唇プロテクターなどが考えられた。本症例では患者の年齢が24才と若く、知的障害も注意して観察すれば対処できると考えられたので咬合挙上と口唇プロテクターを併用して対処した。

最初、咬合挙上のため、咬合挙上冠を検討したが歯が健全であるため、上顎第一、二小臼歯部の機能咬頭である舌側咬頭に光重合レジンで築盛し、3 mm 程度咬合挙上した。これは、当治療室が先の症例に行った

と同様の方法で、簡単に歯に損傷を加えることがなく除去も簡便で効果的なためである⁶⁾。しかし、本症例は、この方法のみでは、自傷部位が下口唇から上口唇に移動が認められ、効果は不十分であった。そのため、圧排型として口唇プロテクターを用いた。口唇プロテクターの製作は直接口腔内で、即時重合レジンにて上縁が歯冠と同じ高さで、厚さを 8 mm として作製した。下顎の口唇プロテクターも同様に作製した。装着はレジン系セメントにて行い、着脱後は、歯面研磨を行った。これは急患でその処置が即時に直接口腔内で、患者の表情や動作を観察しながら、口唇プロテクターの製作を行うことができるためである。

そして、レジン系セメントで装着したのは接着強度が高く、着脱は歯質を傷つけることが軽微なためである。また、施設職員は咬傷が治癒するまで患者の腕に筒状を装着し、紐で身体に固定していた。これは、患者が咬傷部位に手をもっていくのを防ぐためであり、私達もそのような指導を行ったためである。これら一連の処置や対策が功をそうして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、自傷行為による口唇への咬傷は認められない。しかし口腔以外の鼻への自傷行為を行っており、鼻を擦り、擦過傷となっているが施設職員も注意しているため、大事には至っていない。

結 論

この様に、本症例は原因は不明であるが、心因性で、自傷行為が患者の何らかの精神的な動揺や施設職員の注意を喚起させるために行っていたものが、こだわりとなり重大な結果を引き起こしたものと考えられた。

本症例では、当治療室での光重合レジンによる咬合挙上と口唇のプロテクター装着、口腔外科とのチーム医療による筋層に至るまでの縫合処置や施設職員の患者への絶え間ない患者への注意がこの結果に繋がったものと考えられた。

今後、この様な処置の依頼はあると考えられるので、さらに他科との関係を強化し、チーム医療を充実させ、保護者や施設職員との関わりを密にしたいと考えている。

文 献

- 1) 緒方克也：地域で診る障害者歯科。医歯薬出版、東京、1990。
- 2) 森崎市治郎、緒方克也、向井美恵：障害者歯科ガイドブック、医歯薬出版、東京、1999。
- 3) 大岩隆則、横井基夫、他：自己咬傷への対策—歯科的対症療法—。障害誌、9、77-83、1988。
- 4) 大西暢子、櫻井 聡、猪狩和子、斎藤 峻、神山

- 紀久 男：自傷行為により舌および下唇に潰瘍を形成した先天性知覚障害の1症例。障歯誌，**10**，87-93，1989。
- 5) 中尾 晃：自閉症の臨床—その治療と教育。岩崎学術出版社，1983。
- 6) 名原行徳，住吉淑子，三宅雄次郎，河原道夫：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。広歯誌，**26**，369-373，1994。
- 7) Shoptaw, J.T. and Reznik, J.T.: Lesch-Nyhan Syndrome.: Report of Three Cases in One Family. *J. Dent. Child.*, **45**, 403-407, 1978.
- 8) Cudzioski, L. and Perreault, J.G.: The Lesch-Nyhan Syndrome: Report of Case. *J. Dent. Child.*, **46**, 143-144, 1979.
- 9) Budnick, J.: The Lesch-Nyhan Syndrome. *J. Dent. Child.*, **36**, 277-280, 1969.
- 10) Shapira, J., Zilberman, Y., et al: Lesch-Nyhan syndrome: a nonextracting approach to present mutilation. *Special Care in Dent.*, **5**, 210-212, 1985.
- 11) 逸見精児，都 温彦：Gilles de la Tourette 症候群の自傷行為に起因した難治性潰瘍。日口外誌，**27**，1978-1979，1981。
- 12) 一色泰成：口腔所見における問題点—自己咬傷 selfmutilation と歯科処置—厚生省心身障害研究「重症心身障害児医療の質的向上に関する研究」昭和56年度報告書。103-111，1981。
- 13) 木村興雄，中田 稔：自傷行為をする患児に対する歯科的治療例。小児歯誌，**17**，364-367，1979。
- 14) 上原 進：精神薄弱児の歯科治療。歯科ジャーナル，**7**，677-692，1978。
- 15) 酒井信明：精神薄弱成人の歯科治療，歯科ジャーナル，**7**，693-698，1978。
- 16) 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。
- 17) 西田五郎，野村雅雄，他：全身無汗症。最新医学，**6**，1100-1104，1951。
- 18) 原 秀一，大出祥幸，他：全身無汗無痛症 (Congenital Sensory Neuropathy with Anhidrosis) の一症例の歯科所見。小児歯誌，**15**，31-41，1977。
- 19) 四宮 茂，青山亮介，他：無汗無痛症の自傷行為による舌口唇欠損例。日美外報，**8**，71-78，1986。