

# 憤怒痙攣児の歯科治療の経験について

野田 忠 田 口 洋 長 本 孝 一

新潟大学歯学部小児歯科学教室（主任：野田 忠教授）

（昭和56年11月16日受付）

A Case of Dental Treatment in Breath Holding Child

Tadashi NODA, Yo TAGUCHI and Kohichi NAGAMOTO

Department of Pedodontics, School of Dentistry, Niigata University  
(Chief: Prof. Tadashi Noda)

小児歯科の臨床においては、小児の取り扱いに成功するか否かが、治療の成否に大きな影響を持っている。全身疾患を持つ小児、特に発作を伴う疾患を持つ小児の歯科治療は、歯科治療のストレスによって発作が誘発されてくる危険があるため、普通の小児に比べてより慎重な取り扱いが必要となってくる。

著者らは、国立小児病院の歯科外来において、痙攣発作のある憤怒痙攣の3歳の小児の歯科治療を経験したので、その歯科治療の経過を報告する。

憤怒痙攣は、泣き入りひきつけとも呼ばれ、生後7か月から3歳頃の小児に好発し、不快な精神的、身体的刺激で急激に泣いたときに呼気の状態で呼吸が停止してしまい、チアノーゼや蒼白、意識の消失が起こるもので、全身の強直や痙攣を起こすこともある<sup>1~3)</sup>。

## 症例および治療経過

症例は、昭和49年8月21日生れ、初診時年齢3歳7か月の男児である。

在胎期間9か月の自然早産児で、生下時体重は2239gであった。また、メラニン色素欠乏症であり、髪の毛や皮膚などが白色を呈している。

初診時における家族構成は父41歳、母36歳、兄5歳の4人家族で、兄は幼稚園へ行っている。

小児の痙攣は、昭和50年8月の満1歳の誕生日

前後に始まり、日赤医療センターにおいて憤怒痙攣と診断された。

憤怒痙攣の頻度は、表1に示すとおり、1歳頃には1日に1~3回、1週間に10~14回であり、1か月に30~35回と頻回に起っていた。2歳になっても同じ状態が続いていたが、3歳になり、1週間に1~3回、1か月に3~10回程度に減少してきた。

憤怒痙攣は、兄弟げんか、叱られたとき、転んだとき、欲しいものが買ってもらえないなどの気に入らないことがあったときなどをきっかけとして起こっていた。

小児は、兄が歯の治療を受けていた都内の小児歯科専門医で歯科治療を受けようとしたが、治療に際して痙攣を起こすため、国立小児病院歯科へ昭和53年3月に紹介されてきた。

初診時の口腔内は、図1に示すように、乳歯20本のうち12本が齲蝕に罹患し、そのうち6本が歯髄炎を起こしていた。

処置は、生活断髄5歯、失活断髄1歯、乳歯冠2歯、レジン冠4歯、アマルガム充填4歯、レジン充填2歯で、これらを8回に分けて治療した。治療は全て局所麻酔下で行った。憤怒痙攣は一種の酸素欠乏の状態になって起こるため、痙攣発作の起ったときの危険性を考え、ラバーダム防湿は行わなかった。

歯科治療は、表2に示すように8回に分けて行

表1 憤怒痙攣の頻度

	1日	1週	1月
1歳	1～3回	10～14回	30～35回
2歳	1～3	10～14	30～35
3歳	0～1	0～3	3～10

図1 口腔内状態

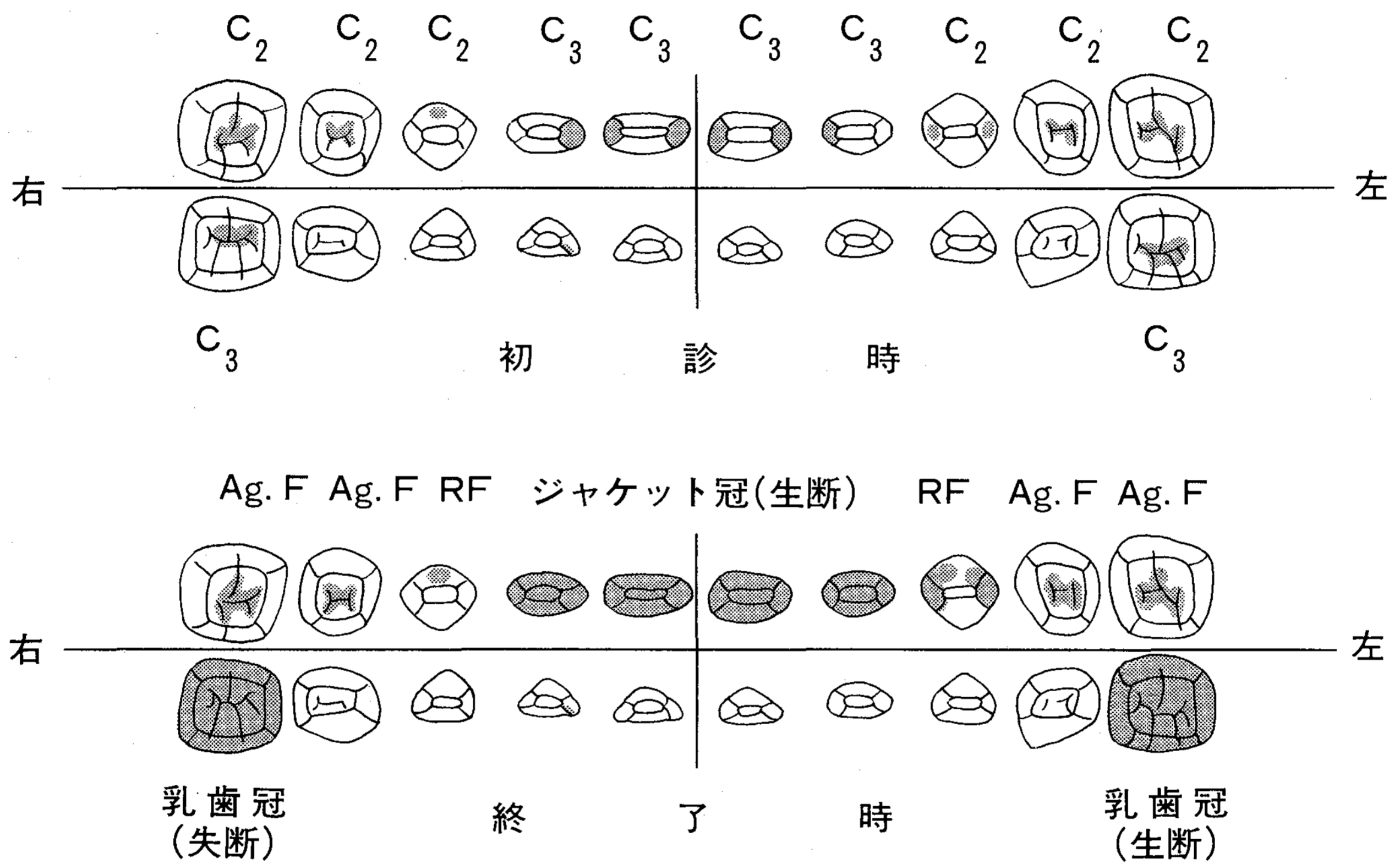


表2 歯科治療の状態

	処置	小児の状態	付添い
初診	53. 3.22 診査. X線写真	良好	父・母・兄
1回目	4. 4 DE Ag. F	ぐずる	母・兄
2	11 ED Ag. F	ぐずる	母・兄
3	18 C RF	良好	父・母・兄
	B 生断. RCr.		
4	24 C RF	ぐずる	父
	B 生断. RCr.		
5	5. 2 E パラホルム	けいれん	父・母・兄
	E Z.O.E		
6	11 E 失断. MCr.	ぐずる	母・兄
7	23 E 生断. MCr.	良好	父
8	30 A/A 生断. RCr.	良好	父
定診	8. 3 齶蝕なし	良好	父・母・兄
	11.28 齶蝕なし	良好	母・兄
	54. 2.20 D/D Ag. F	良好	母・兄

われ, その後第3回目の定期診査時にアマルガム充填を2歯行った。歯科治療にあたっては, 小児の精神的安定を第1とし, ゆったりとした気分になるように配慮した。また, 治療中は絶えず小児に話しかけ, 勇気づけるように努めた。歯科治療に際して, 小児がおとなしく治療台にのぼったので, レストレイナーなどの固定装置<sup>4,5)</sup>は使っていない。

治療中は, 親や兄を付き添わせた。これは小児に精神的な安定を与えるためと, 憤怒痙攣の発作の看視のためである。

1・2回目の治療はアマルガム充填であり, 局所麻酔のときと切削のときにややぐずっていた。乳歯の治療は歯髄処置を優先するのが原則であるが, 歯髄処置は時間がかかることもあり, 治療に慣らす意味もあって, 上顎のアマルガム充填より治療を開始した。

3回目の治療は, 生活断髄とレジン冠およびレジン充填であったが, 歯科治療にも慣れて, ぐずることなく30分近い治療を受けた。4回目の治療は, 局所麻酔が1度で効かなかったこともあって, ややぐずる様子がみられた。

5回目に歯科治療に慣れたと判断し, 下顎両側に局所麻酔し, 軟化象牙質を除去して右下の第2乳臼歯の断髄にかかったところで痙攣が起こった。それまでぐずった状態ではあったが, 泣き騒ぐようなことはなく治療を続けていたが, 突然息をつめた状態となった。この変化は母親が最初に発見した。3秒から5秒くらいその状態が続いたあと, もとの状態にもどってぐずるようになった。その日は生活断髄をあきらめ, 小児の安定を待って, 右下の第2乳臼歯にパラホルムを入れ, 左の第2乳臼歯はユージノールセメントで仮封した。

6回目はややぐずったが失活断髄を行い, 乳歯冠を装着した。7・8回目はぐずることなく, 生活断髄, 乳歯冠, レジン冠の処置を行った。6回目頃から, 歯科治療が普通に受けられるという自信のようなものが小児に現われ, 治療はスムーズに進んだ。

その後3か月後と6か月後に定期診査を行い,

9か月後に2歯のアマルガム充填を行ったが, 普通に治療を行うことができた。

1週間に1～3回起っていた憤怒痙攣は, 歯科治療終了後ほとんどなくなり, 4歳10か月に都内の小児歯科専門医へ転医してから後の歯科治療も普通に行われている。

## 考 察

はじめに述べたように, 小児歯科の臨床においては, 小児の取り扱いが治療の成否に大きな影響を持つ。歯科の治療が快適なものではなく, 切削や麻酔などの苦痛を伴うものである以上は, 小児が平静な状態で治療を受けることは難しい。一般には小児が歯科治療に慣れ, 切削による振動や響きに耐えるようになり, また, 麻酔のしびれや口腔内を長時間触られることに耐えることを覚えてゆくので, 平穏な状態で歯科治療が行われるようになる<sup>6)</sup>。

歯科を初めて受診する小児は, 不安と怖れをいだき, 麻酔や切削に驚いて泣いたり騒いだりする。これらの小児を歯科の治療に慣れさせ, いろいろと勇気づけながら歯科治療を行ってゆくのが小児歯科の治療であり<sup>6,7)</sup>, 本症例の憤怒痙攣の小児も, 一般の小児と同様の方法で歯科治療を行った。

憤怒痙攣は泣き入りひきつけとも呼ばれ, 欲求不満の反応であり, かんしゃくと似ている。泣くと過度の呼気が生じ, 突然呼吸が停止し, 引き続いてチアノーゼと硬直が起きる。また, 重症の場合には, 一時的に意識を失い, 痙攣して顔面が蒼白となったりチアノーゼを起し, ぐったりするといわれる<sup>2,3)</sup>。

普通の小児は, 気に入らないことがあると泣くが, 憤怒痙攣の小児では, これが発作となって現われると考えられる。普通の小児は年齢の増加もあり, 我慢するということを覚えて泣かなくなっていくが, 憤怒痙攣の小児は, 親や兄弟たちが痙攣の発作が現われるのを恐れて, 小児のきげんを損ねないようにするため, 小児のいいなりになり易い傾向があって, 小児は我慢するということを殆んど経験していない。

本症例の小児の場合、歯科治療というストレスを加えられて、最初に受診した小児歯科専門医では、憤怒痙攣の発作が起った。その後国立小児病院歯科へ転医し、両親や兄を付き添わせたり、ゆったりとしたテンポで勇気づけながら治療することによって、軽度の痙攣が1度あったものの、普通に歯科治療を行うことができた。

本症例の小児は、歯科の治療という成人でもいやなぐらいのストレスを、我慢するという経験を持つことにより、それが自信となって、歯科治療以後、憤怒痙攣は殆んどなくなった。

小児の歯科治療に際して、父親や母親、兄弟を付き添わせることの適否については、さまざまな論<sup>6-10)</sup>があるが、本症例の小児のように痙攣発作のある場合や、全身性の疾患を持っている小児の歯科治療においては、保護者を付き添わせるべきと思われる。全身性疾患を持つ小児では、歯科治療に際して痙攣発作などの全身状態の変化の前駆的な状態や初期の状態を、早い時期に発見することが大切であるが、この変化は歯科医や介助者よりも、毎日その小児と接している保護者、特に母親が最も良く知っているから、歯科治療に際しては、必ず保護者を付き添わせるべきだと思われる。

本症例の治療に際しては、2歳年長の兄を付き添わせたが、父親や母親と同様に、小児の精神的安定に役立ったと思われる。

### 総 括

全身疾患を持つ小児、特に発作を伴う疾患を持つ小児の歯科治療は、歯科治療のストレスによって発作が誘発されてくる危険があるため、普通の小児に比べてより慎重な取り扱いが必要となる。

著者らは、国立小児病院の歯科外来において、1週間に1～3回の痙攣発作のある憤怒痙攣の3

歳の男児を、普通の小児と同様の取扱い方法で歯科治療した。

憤怒痙攣は、興奮によるひきつけの状態であり、全身的な危険はないので、歯科治療に際して、普通の小児と同様に行えると思われる。しかし、憤怒痙攣の小児は、自我が強い反面、極度に気が弱いところがあり、歯科治療にあたっては、家族を付き添わせるとか、絶えず話しかけて勇気づけるとか、気持をゆったりとさせる配慮が必要であると思われる。

### 文 献

- 1) 大国真彦：小児疾患の診断，69-77頁，南山堂，東京，1979.
- 2) 中山健太郎 監訳：ネルソン小児科学，87-88頁，医学書院，東京，1979.
- 3) 三浦寿男：神経系疾患。「シノプス小児科学」藤井良知，坂上正道(監修)，493-494頁，講談社，東京，1980.
- 4) 後藤譲治ほか：患児固定装置レストレイナーを用いた重症心身障害児の歯科治療，小児歯誌，16：517-520，1978.
- 5) 藤井信雅：新しい小児歯科抑制具 Vacuum-Fixing Holder について，歯界展望，30：697-699，1967.
- 6) 野田 忠：小児の取扱い法の実際，新歯科時報，2(8)：20-24，1979.
- 7) 藤井信雅：強制治療に対する私の考え方。「小児歯科臨床」落合靖一(編)，25-36頁，医歯薬，東京，1980.
- 8) 小椋正ほか：小児の取り扱い，歯界展望，57：1263-1275，1980.
- 9) 黒須一夫：現代小児歯科学，188-190頁，医歯薬，東京，1980.
- 10) Ripa, L. R.: Management of dental behavior in children, P. 27-40, PSG Publishing Co., Littleton, Massachusetts, 1979.