原 著 論 文

顎口腔機能異常のプロトコールに関する一考案

上田 裕次 八塚 信博 相良 正明
津賀 一弘 野崎 晋一 大川 周治
赤川 安正 長澤 亨 津留 宏道

A New Protocol for Diagnosis and Treatment of TM Disorders

Yuji Ueda, Nobuhiro Yatsuzuka, Masaaki Sagara,
Kazuhiro Tsuga, Shin-ichi Nozaki, Shuji Ohkawa,
Yasumasa Akagawa, Tooru Nagasawa and Hiromichi Tsuru

Abstract : A new protocol for classifying of TM disorders was developed in order to classify the types of TM disorders followed by the criteria of Japanese Society for Temporomandibular Joint.

This protocol consists of following several characteristics.

1. It may be possible to shorten filling up time because of a filling up way of systematic procedure and selecting minimum items.
2. It may be possible to classify TM disorders quickly because an instruction for filling up and a table for classifying the type of TM disorders are attached.
3. It may be easy to evaluate the process of change of symptoms.
4. It attaches a table of examination for finding differential diagnosis of TM disorders.
5. It may be possible to fill up the results for various examinations of jaw function.
6. It may be possible to use the construction of data base for the protocol for TM disorders by Japanese Society of Stomatognathic Function.

Key words : protocol, TM disorders

I. 緒 言

近年、顎口腔機能異常の患者が増加してきており、臨床上重要な問題となっている。

本疾患は、顎関節部および咀嚼筋群の疼痛、顎関節雑音、下顎運動制限を主症状とし、さらにその多くは、こ

れらが複合した病態を示している。このように複雑な病態を呈する顎口腔機能異常に対して適切な治療方法を選択するためには、有用な病型分類が是非とも必要であり、そのためには、必要最小限の診査項目を選択し、能率的な情報収集が可能なプロトコールを作成することが急務であると考えられる。

顎口腔機能異常の症型分類に関しては、1987年に顎関

広島大学歯学部歯科補綴学第一講座（主任：津留宏道教授）
Department of Removable Prosthodontics, Hiroshima
University School of Dentistry (Chief: Prof. Hiromichi

Tsuru)
平成3年4月8日受付

節学会によりⅠ～Ⅴ型に分類する提案がなされ^{1,2)}、また、山下らはこの分類のⅢ型を、復位を伴う関節円板前方転位と復位を伴わない関節円板前方転位とに分類している³⁾。しかし、これらの症型分類によく対応するプロトコールの作成の試みは、あまりなされていないように思われる。

さらに、従来より臨床サイドで用いられている種々のプロトコールは、記載項目が多く、記入に長時間を要し、加えて症状の経過が捉えにくいなどの問題点を有しているものが多く、より適確な診断および治療が可能となるよう、診査項目を詳細に再検討し、改良すべきであると考えられる。

著者らは、顎関節学会の症型分類および山下らの報告に対応し、適確な記入を行い、かつ症状の経過を把握することが容易な新しいプロトコールを考案したので、ここに報告する。

II. 考案した顎口腔機能異常に対する プロトコールについて

1. プロトコールの構成

本プロトコールはわずかB4判5枚から構成され(図

1～5)、記入を均質かつ容易にするためのマニュアル(B5判5枚)が添付されている(図6-1, 2)。

2. プロトコールの記入方法

マニュアルに従い、順次項目別に記入する(図1)。

1) 主治医名、初診年月日、カルテ番号およびX線写真番号を記入する。

2) 患者の氏名、性別、年齢などを記入する。

3) 主訴について記入する。

4) 現病歴について記入する。現病歴では疼痛、関節雑音、運動障害などの経過、その他の症状の経過および前医の有無と前医の治療内容について記入する。

5) 既往歴では、顎口腔機能異常との関係が疑われる慢性関節リウマチなどの全身的疾患、および頭頸部外傷や慢性中耳炎などの隣接疾患、さらにブラキシズムなどの口腔悪習癖の既往について記入する。

6) 現症では、疼痛、関節雑音、運動障害および関連症状の順に記入する。これらの項目は来院日毎に経過を追ひ、記入する。

(1) 疼痛の強さは、図6-1に示す基準に従い記入する。

開口時、閉口時、前方運動時、左右側方運動時、咀嚼

顎口腔機能異常プロトコール (No)

主治医	初診	年	月	日	カルテ番号	X線写真番号
患者名:	性別: 男/女	年齢:	生年月日	年	月	日
職業	既婚/未婚					
主訴:						
現病歴:						
疼痛の経過:						
関節雑音の経過:						
運動障害の経過:						
その他の経過:						
前医の有無と前医の治療内容:						
既往歴:						
外傷:						
悪習癖:						
他:						

筋の症状誘発テスト

- ・疼痛の有無(有、無)
- ・疼痛発生時の上下顎接触関係(C.O., C.R)
- ・ブラキシファセットの部位

鑑別診断(要、不要:別紙)

診断:

症状 月日	自 発 痛 など	疼痛 (顎関節部)		筋痛 (□:運動痛, ○:圧痛, 左右の記入をすること)							関節雑音				運動障害		関連症状	治療法 および 治療内容 (X線所見は別表)
		運 動 痛	圧 痛	咬 筋	側 頭 筋	外 側 翼 突 筋	内 側 翼 突 筋	顎 二 腹 筋 後 腹	胸 鎖 乳 突 筋	そ の 他	クリック		クレピタス		有 痛 最 大 開 口 量	そ の 他 (別 表)		
											開	閉	開	閉				
/																		
/																		
/																		
/																		

図1 プロトコール1ページ目

症状 月日	自 発 痛 な ど	疼痛 (顎関節部)		筋痛(□:運動痛,○:圧痛,左右の記入をすること)							関節雑音				運動障害		関連症状	治療法 および 治療内容 (X線所見は別表)
		運 動 痛	圧 痛	咬 筋	側 頭 筋	外 側 翼 突 筋	内 側 翼 突 筋	顎二 腹筋 後腹	胸鎖 乳突 筋	そ の 他	クリック		クレピタス		有 痛 最 大 開 口 量	そ の 他 (別 表)		
											開	閉	開	閉				
/																		
/																		
/																		
/																		
/																		
/																		
/																		
/																		
/																		
/																		
/																		

図 2 プロトコール 2 ページ目

下顎運動に関する診査

月日	開 口 路	下顎切歯点 限界運動路	その他の診査結果 (咬合音, 顎関節音, 咀嚼運動パターン, 筋電図など)
/	+
/	+
/	+
/	+
/	+

顎関節部X線所見 (関節鏡検査所見を含む)

月日	撮影方法	異常所見 (器質的異常についてはその部位も記入)
/	左顎関節	
/	右顎関節	
/	左顎関節	
/	右顎関節	
/	左顎関節	
/	右顎関節	
/	左顎関節	
/	右顎関節	

撮影方法 A. パノラマ法 B. シューラー法 C. 眼窩・下顎枝方向撮影法
D. 断層撮影法 E. 造影撮影法 F. その他 ()

異常の種類

顎頭の位置異常 (閉口時)	円板の位置異常	円板の器質的異常
1. 前方偏位	9. 前方転位 (復位を伴う)	17. 肥厚
2. 後方偏位	10. (復位を伴わない)	18. 薄弱
3. 上方偏位	11. 後方転位 (復位を伴う)	19. 穿孔
4. 下方偏位	12. (復位を伴わない)	20. 癒着
5. 内側偏位	顎頭の器質的異常	
6. 外側偏位	13. erosion 侵食	
顎頭の位置異常 (開口時)	14. flattening 扁平化	
7. 運動制限	15. osteophyte 骨棘	
8. 過大異常	16. concavity 陥凹化	
21. その他の異常所見 (		

図 3 プロトコール 3 ページ目

時および咬みしめ時のいずれかに運動痛が認められた場合, 該当する欄に左右別に□を記入し, 疼痛の強さを□の中に記入する。顎関節部に関しては, 運動痛の欄に左右別に疼痛の強さを記入する。疼痛発生時の運動の種類

も記入する。

触診により圧痛が認められた場合, 該当する欄に左右別に○を記入し, 同様に疼痛の強さを○の中に記入する。顎関節部に関しては, 圧痛の欄に左右別に疼痛の強

顎口腔機能異常の分類

分類	主 病 変			病 理	症 状						X線像	
					疼痛 (顎関節部)		筋痛	関節雑音		運動 障害	骨吸収 骨添加	円板 転位
					運動痛	圧痛		クリック	クレピタス			
I 型	咀嚼筋に障害が限局 (MPD症候群)			筋緊張 筋 炎	+	—	++	—	—	+	—	—
II 型	顎関節軟組織に 障害が及んだもの	下顎頭—円板関係は 障害されていない (微小外傷性関節症)		関節包, 靱帯, 関節円板の 伸展, 捻挫	+	+	+	+	+	+	—	—
III 型		復位性関節円板 前方転位		関節円板の 脱位と復位	+	+	+	++	—	+	+	+
		非復位性 関節円板 前方転位	ステージⅠ	関節円板前方 転位 関節円板の変 性, 穿孔	+	+	—	—	++	+	+	+
ステージⅡ	+		+		—	+	+	+	+	+		
IV 型	顎関節硬組織に障害が及んだ症例 (変形性顎関節症)			軟骨破壊, 骨 吸収骨添加, 骨変性	+	+	—	+	++	+	++	+
V 型	心身医学的要因により, 顎関節領域に異常をきたしたもので, 上記Ⅰ～Ⅳ型に該当しないもの.											

図 4 プロトコール4ページ目

(表中の印は症状の強さを示し, ±の印は—から
+までの症状が認められることを示している)

顎口腔機能異常の鑑別診断

鑑別診断を要する疾患と診査のポイント	診査結果
歯牙の疾患——カリエス, 歯髄炎による疼痛 (口腔内診査, パントモによる診査)	(有, 無)
歯周組織, 顎骨の疾患——歯周炎, 智歯周囲炎などによる疼痛 (口腔内診査, パントモによる診査)	(有, 無)
腫瘍による疼痛(顎骨内) (口腔内診査, パントモによる診査) ——鈍痛, 持続的, 運動との関係は通常なし 口腔周囲の軟組織に腫瘍が形成された場合には運動障害が認められる。	(有, 無, 不明)
神経疾患——三叉神経痛, 非定型顔面痛, 頭痛など ・三叉神経痛——器質的な病変(—), 顔面片側に発現 ごく軽微な刺激で激しい発作が出現, 間欠期には全く症状を欠く ・非定型顔面痛——顎関節機能異常との間に関連性なし 症状は多彩かつ広範, 難治性 ・血管性頭痛——典型的偏頭痛, 搏動性, 発作的, 激痛 ・筋性頭痛——側頭筋, 後頭筋の過剰収縮による持続的, 圧迫性の痛み	(有, 無, 不明) (有, 無, 不明) (有, 無, 不明) (有, 無, 不明)
慢性関節リウマチ——微熱, 食欲不振, 全身倦怠, 全身の方々が痛む, (中期以降に顎関節に波及してくることが多いので, 他の関節の チェックが重要)	(有, 無, 不明)
心因性の痛み——(先入観で診査をせず, 患者の言葉に隠されている真実を 見いだすよう努力することが肝要)	(有, 無, 不明)
その他の原因——他の器官, 目, 耳, 鼻, 頭蓋内に起因する場合 →専門医への紹介	(有, 無, 不明)

図 5 プロトコール5ページ目

さを記入する。

顎関節部および各筋に運動痛, 圧痛ともに認められないときは—を記入する。

触診部位は, 顎関節部外側および後側, 咬筋では咬筋浅部中央, 咬筋前縁, 咬筋起始, 停止および深部, 側頭筋では前部と後部, 外側翼突筋, 内側翼突筋では前縁と停止, 顎二腹筋後腹, 胸鎖乳突筋では停止, 中央および

起始とする。その他頭頂部, 後頭部, 後頸部などの触診も併せて行う。

(2) 関節雑音は, 図6-2に示す基準に従い記入する。クリックおよびクレピタスの発生時期, ならびに雑音の程度を開口前, 中, 後期および閉口前, 中, 後期の6段階に分け左右別に記入する。両側に認められる場合には, 雑音の程度のみを記入する。

顎口腔機能異常プロトコール記入マニュアル

1. 主治医名, 初診年月日, カルテ番号およびX線写真番号を記入する。
2. 患者名, 性別, 年齢, 生年月日, 職業および既婚/未婚について記入する。
3. 主訴について 患者が受診するに至った直接の症状または最も気になっている症状を患者自身の言葉で記録する。

4. 現病歴について

- 1) 疼痛の経過—いつから自覚するようになったか？
その部位はどこか？ どのような時に自覚したか？ など尋ねる。
- 2) 関節雑音の経過—いつから自覚するようになったか？ 左右どちらか？ どんな音だったか？ どのような下顎の動きによって生じたか？ 音が起きたとき疼痛を伴っていたか？ など尋ねる。
- 3) 運動障害の経過—いつから自覚するようになったか？ 急に口が開かなくなったのかあるいは徐々に開かなくなったのか？ 開口時疼痛があるかどうか、あるいは開口時引っかかった感じがするかどうか？ 開口あるいは閉口の途中で下顎が側方に偏位するか？ 最大開口したときに下顎が偏位するか？ など尋ねる。
- 4) その他の経過—耳部の症状（耳鳴り、めまい、耳痛、難聴）、眼部の症状（眼精疲労、眼痛）、肩こり、偏頭痛などの発現時期、頻度、程度および経過中の変化などについて尋ねる。

5. 前医の有無と

前医の治療内容—患者が顎口腔機能異常の治療を目的として他の医療機関を受診したことがあるかどうか、もし他の医療機関を受診したことがある場合には、何科で具体的にどのような治療を受けたかなどについて尋ねる。

5. 既往歴について

顎口腔機能異常との関係が考えられる全身的疾患（慢性関節リウマチ、痛風など）や、隣接疾患（頭頸部外傷、慢性中耳炎、むちうちなど）の既往があるかどうか尋ねる。

悪習癖—1) ブラキシズム（クレンチング、グラインディング、タッピング）2) 片側咀嚼 3) 硬固物咀嚼などを尋ねる。

6. 現症について

1) 疼痛（顎関節部および各筋）

- a) 自発痛など—自発痛あるいは違和感などの存在部位を所定の欄に記入する。
- b) 運動痛—開口時、閉口時、前方運動時、側方運動時、咀嚼時および咬みしめ時のいずれかで運動痛が認められた場合、該当する欄に左右別に○を記入する。顎関節部に関しては疼痛の強さを記入する。疼痛発生時の運動の種類についても記入する。
- c) 触診による圧痛—触診により圧痛が認められた場合、該当する欄に左右別に○を記入する。顎関節部に関しては疼痛の強さを記入する。

疼痛の強さについては、以下の基準に従い○・□の中に記入する。同一筋に複数の触診部位があり、その各々の疼痛の強さが異なる場合、最も疼痛の大きいものを記入する。

—：疼痛・不快感のないもの

±：軽度の疼痛ないし不快感を認めるもの

＋：中程度の疼痛を感じ、眉をしかめるなどの反応のあるもの

＋＋：高度の疼痛を感じ、上半身が大きく動揺するなどの反応が認められるもの

例えば、右側咬筋に開口時に軽度の疼痛が認められた場合は、咬筋の欄に

右	左
開田	

と記入する。

また、左側側頭筋に軽度の圧痛が認められた場合は、側頭筋の欄に

右	左
	⊕

と記入する。

なお、各部位の圧痛の把握（触診）については以下の方法を参考にすること。

- 顎関節部の触診 1) 顎関節部外側—顎関節の外側皮膚上を軽く押さえる。
- 2) 顎関節後側—外耳孔に小指を挿入し、その前壁を前方および前下方に軽く押さえる。

以上、1), 2) のうちいずれかに圧痛あるいは運動痛が認められた場合、顎関節部の該当する欄に左右別に痛みの強さを記入する。

運動痛がある場合には、疼痛発生時の運動の種類も記入する。

- 咬筋の触診 1) 咬筋浅部中央一強く咬みしめると咬筋の輪郭がはっきりわかり、その中央部を軽く押さえる。
- 2) 咬筋浅部前縁一前縁を中央部と同様に軽く押さえる。
- 3) 咬筋浅部起始一頰骨弓下縁を軽く押さえる。
- 4) 咬筋浅部停止一下顎角部で咬筋付着部を軽く押さえる。
- 5) 咬筋深部一耳孔前約 1 cm, 頰骨弓下方のやや凹んだ部を軽く押さえる。

以上, 1)~5) のうちで 1 カ所でも圧痛あるいは運動痛が認められた場合、咬筋の欄に左右別に○・□を記入し、痛みの強さを○・□の中に記入する。

運動痛がある場合には、疼痛発生時の運動の種類も記入する。

- 側頭筋の触診 1) 側頭筋前部一強く咬みしめさせると側頭筋の前縁がこめかみの部分ではっきりみられるが、この部を軽く押さえる。
- 2) 側頭筋後部一耳介の上方から後方の部分を軽く押さえる。

以上, 1), 2) のうちで 1 カ所でも圧痛あるいは運動痛が認められた場合、側頭筋の欄に左右別に○・□を記入し、痛みの強さを○・□の中に記入する。

運動痛がある場合には疼痛発生時の運動の種類も記入する。

- 外側翼突筋の触診一上顎結節部から後上方あるいは後内上方に指先で軽く押さえる。この部に圧痛あるいは運動痛が認められた場合、外側翼突筋の欄に左右別に○・□を記入し、痛みの強さを○・□の中に記入する。運動痛がある場合には、疼痛発生時の運動の種類も記入する。

- 内側翼突筋の触診 1) 内側翼突筋前縁一舌口蓋皺襞の後方を軽く押さえる。
- 2) 内側翼突筋停止一下顎角の内側を外方に向かって軽く押さえる。

以上, 1), 2) のうちどちらかでも圧痛あるいは運動痛が認められた場合、内側翼突筋の欄に左右別に○・□を記入し、痛みの強さを○・□の中に記入する。

運動痛がある場合には、疼痛発生時の運動の種類も記入する。

- 顎二腹筋後腹の触診一下顎角の後方で耳のつけねの部位から約 1 cm ぐらい下の所を、内方に向かって軽く押さえる。この部に圧痛あるいは運動痛が認められた場合、顎二腹筋後腹の欄に左右別に○・□を記入し、痛みの強さを○・□の中に記入する。運動

痛がある場合には、疼痛発生時の運動の種類も記入する。

- 胸鎖乳突筋の触診 1) 胸鎖乳突筋停止一乳様突起の下部を軽く押さえる。
- 2) 胸鎖乳突筋中央一筋中央部を軽く押さえる。
- 3) 胸鎖乳突筋起始一鎖骨付着部は広い範囲にあるので数カ所を軽く押さえる。

以上, 1), 2), 3) のうちで 1 カ所でも圧痛あるいは運動痛が認められた場合、胸鎖乳突筋の欄に左右別に○・□を記入し、痛みの強さを○・□の中に記入する。運動痛がある場合には、疼痛発生時の運動の種類も記入する。

その他の部位の触診一頭頂部、後頭部、後頸部、肩部など必要に応じて調べる。

- 2) 関節雑音 a) クリック一開口前期, 中期, 後期および閉口前期, 中期, 後期の 6 段階に分けて左右別に記入する。
- 雑音の程度については以下の基準に従い記入する。

ー: 雑音のないもの

±: 可触音

+: 聴診器にて聴診可能なもの

++: 可聴音

例えば、右側顎関節に開口中期に可聴音のクリックが認められるときは、クリックの開の欄に

右	左
+	

と記入する。

- b) クレピタスクリックと同様に記入する。

- 3) 運動障害 a) 有痛最大開口量一上下顎中切歯切縁間の距離をノギスを用いて計測する。
- b) MKG あるいはシロナソグラフを用いた場合
開閉口路一開閉口路の軌跡を別表の欄に記入する。
下顎切歯点限界運動路一下顎切歯点限界運動路の軌跡を別表の欄に記入する。
- c) その他一必要に応じて、咀嚼運動パターン、筋電図、咬合音、顎関節音などの診査を行い、その結果を記入する。
- 4) 関連症状一耳鳴り、めまい、肩こり、その他の関連症状があれば記入する。

7. 筋の症状誘発テスト

方 法：ブラキシファセットが相互に接触する下顎位に誘導し、30-60 s 持続的に強く咬みしめさせる。また、中心位への誘導も行う。それにより痛みが増強すれば、その咬合位でのブラキシズムが原因因子として関与していると考ええる。

記入方法：このテストにより痛みの増強が認められた場合は○をつける。

次に、中心咬合位あるいは中心位で痛みの増強が認められたときは、C.O. あるいは C.R. に○をつける。

ブラキシファセットにおいて痛みの増強が認められたときは、その部位を記入する。

8. 顎関節部X線所見について（関節鏡検査所見を含む）

1) 撮影方法の記入—A～Fの中から該当するものを記

入する。

2) 異常所見の記入—左右別に認められた異常所見を 1～21 の選択肢より選び記入する。器質的異常が認められた場合は、その部位も記入する。

9. 鑑別診断について

主訴、現病歴、既往歴、現症、各種テストおよびX線所見から鑑別診断が必要であるか判断し、もし必要なら別紙による鑑別診断を行う。

10. 顎口腔機能異常の診断について

以上の手順に従ってプロトコルを作成し、別表の顎口腔機能異常の分類に従って診断する。

通常は単一のための病型ではなく、I + II, I + IIIなどの複合型になる。

11. 治療法および治療内容について

これから行う治療法および当日行った治療内容について簡単に記入する。

図 6 マニュアル

(3) 運動障害について、最大開口量を上下顎中切歯切縁間距離の計測により記入する。

下顎運動に関する診査（開閉口路、限界運動路、MKG、シロナソグラフの記録など）あるいはその他の診査（咬合音、顎関節雑音、筋電図など）を行った場合には該当する欄に○を記入し、図3に示す下顎運動に関する診査の別表に記入する。

(4) 耳なり、目まい、肩こりなどの関連症状があれば記入する。

7) 筋の症状誘発テストを行い、その結果を記入する。

疼痛の有無を記入した後、中心咬合位あるいは中心位で疼痛が認められた場合は、その咬合位に○をつける。ブラキシファセット部で痛みが認められた場合は、その部位を記入する。

8) 顎関節部のX線所見について記入する（図3）。

撮影方法の記入欄には、A～Fの中から該当するものを記入する。X線的に認められた異常を左右別に 1～21より選び記入する。器質的異常が認められた場合は、その部位も記入する。

9) 主訴、現病歴、既往歴、現症、各種テストおよびX線所見から鑑別診断が必要であるか否かを判断する。必要である場合には、図5に示す顎口腔機能異常の鑑別診断の各項目について記入し、顎口腔機能異常であるか否かを鑑別する。

10) 以上の手順に従って記入したプロトコルの内容を、顎関節学会による分類^{1,2)}および山下らの報告³⁾を参考にして作成した図4の症型分類表と照らし合わせるこ

とにより、顎口腔機能異常の診断を行う。

以下にこの症型分類を説明する。

すなわち、I型は、異常が咀嚼筋に限局しているMPD症候群等の症例で、顕著な咀嚼筋の圧痛、開口障害などの運動障害はあるが、顎関節部の運動痛は軽度である。また、X線所見では顎関節部に異常は認められない。

II型は、顎関節部に加わる急性あるいは慢性の外傷により関節周囲組織に障害が及んでいるが、下顎頭—円板関係は障害されていないものである。症状として開口障害、運動痛、および顎関節部の圧痛はあるが、下顎頭—円板関係が正常であるため、顎関節はそれほど障害されていない。

III型は、下顎頭と円板との関係が不正になったものである。この型は、復位を伴う関節円板前方転位と復位を伴わない関節円板前方転位とに分けられ、後者はさらに開口時に下顎頭の前方移動が完全に制限、あるいは認められても少量の場合のステージ1と、ある程度下顎頭の移動が認められるステージ2とに分けられる。復位を伴う関節円板前方転位では、円板の復位と脱位を伴うクリック音が多くの症例で認められる。復位を伴わない関節円板前方転位のうち、ステージ1では顕著な開口障害が認められるが関節雑音は消失している。ステージ2では円板後部結合組織の伸展により、ある程度下顎頭の前方移動が認められるようになる。

IV型は、顎関節硬組織に障害が及んだもので、X線所見として下顎頭の変形像などが認められる。また、顎関節部の運動痛、圧痛、クリック、クレピタス、および開

口障害の症状を呈する。

V型は、心身医学的要因が強く関与すると考えられているもので、今までのI~IV型のいずれにも該当しないものである。X線所見では異常が認められず、顎関節部や隣接組織の違和感、不快感などが主な症状である。

このように、顎口腔機能異常の分類と今回のプロトコールにおける項目の順序は対応しており、これらに対応させることにより、症型分類が容易になる。例えば、筋痛が著明で、関節雑音がなくX線像に異常がなければ、I型と診断する。

11) 最後に治療法および当日行った治療内容について簡単に記入する。

III. 考察および総括

顎口腔機能異常の病態は多様であり、複雑な様相を呈するためその診断には、顎口腔系の複数の要因の診査が必要とされる。そこで、さまざまなプロトコールが考案されてきた^{4~8)}が、これらが抱える問題点として、症状の経過が捉えにくい、記載項目が多く、記入に長時間を要する、記入に関するマニュアルがないため臨床経験の少ない歯科医師では記載が容易でなくその再現性に乏しいなどがあげられてきた。

今回考案したプロトコールは、上記の問題点を解決すべく作成し、以下のような特徴を有している。

1. 記入の順序が系統的であり、診断に必要な最小限の項目を取り上げることで、記入に要する時間を短縮できる。
2. 記入に関するマニュアルおよび顎口腔機能異常に関する分類表を添付し、症型分類も迅速に行える。
3. 診療日毎の診査結果が1ページ以内に記入できるため、症状の経過を把握することが容易となる。
4. 鑑別診断に関する診査表が添付されている。
5. 各種機能診査の結果を記入することができる。
6. 日本ME学会の専門別研究会である顎口腔機能研究会が作製している下顎運動機能の診査・診断用データ・ベース・プロトコール^{9,10)}と共通する項目を可能な限り採り入れているため、データ・ベースの蓄積に利用することも可能である。

実際、われわれは日常の臨床において本プロトコールを使用しているが、その記入時間は、日本ME学会の専門別研究会である顎口腔機能研究会が作製している下顎運動機能の診査・診断用データ・ベース・プロトコー

ル^{9,10)}やわれわれが以前用いていたプロトコールに比較して大幅に短縮できている。また、臨床経験の少ない歯科医師に著者の指導下で記入させたところ、約15分で完了した。

柴田ら¹¹⁾による顎関節症プロトコールに関する実態調査では、プロトコールに対する歯科医師側の要望として、1. 必要最小限の情報を記載できる簡便性、2. 症例に応じて追加検査等の所見を加えることができる形式、3. 症状の変動が一覧できる形式等がよせられている。今回のプロトコールはこれらの要望に十分に対応でき、顎口腔機能異常の診断と治療の展開に第一線の臨床医の多くの参加を促すことが期待できよう。今後は、本プロトコールによるデータを蓄積することで、その有用性を明確にすることができると考える。

文 献

- 1) 小野尊睦, 岡 達, 金田敏郎ほか: 顎関節症分類案, 顎関節研究会誌, 7: 135~136, 1987.
- 2) 金田敏郎: 臨床歯科の動向—1—顎関節症, 歯界展望, 71: 873~890, 1988.
- 3) 山下 敦: 診断機器の使い方, 顎関節症の臨床, 1版, 163~170, 医歯薬出版, 東京, 1989.
- 4) Laskin, D.M. and Sarnat, B.G.: History and physiological examination, in: The Temporomandibular Joint: A Biological Basis for Clinical Practice, (edited by Sarnat, B.G. and Laskin, D.M.) 3rd ed., 229~239, Charles C Thomas Publisher, Springfield, 1980.
- 5) 丸山剛郎, 中村公雄: 顎関節機能異常と咬合治療, 1版, 99~115, 医歯薬出版, 東京, 1984.
- 6) 高橋庄二郎, 柴田孝典: 顎関節症の基礎と臨床, 1版, 137~154, 日本歯科評論社, 東京, 1986.
- 7) 川添堯彬: 診断と治療像を探る, 1版, 139~152, 医歯薬出版, 東京, 1989.
- 8) 岡村敏弘, 河田良二, 太田敦子ほか: 顎関節症のプロトコールに対する検討 第1報 当教室のプロトコールについて, 歯学, 78: 89~105, 1990.
- 9) 上原重親, 石岡 靖: マイコンによる下顎運動機能の検査・診断用データベース 統計的分析, 下顎運動機能とEMG 論文集, 5: 121~126, 1986.
- 10) 石岡 靖: 全国ネット化による下顎運動機能の検査診断データベース構築に関する研究, 下顎運動機能とEMG 論文集, 8: 201~225, 1990.
- 11) 柴田孝典: 顎関節症プロトコールに関する実態調査, 第3回日本顎関節学会総会抄録集, 165, 1990.