

Q73

## 口腔によくみられる疾患は、 何ですか？

A73

口腔ケアを必要とする患者さんでは、自浄作用の低下や薬剤などの影響でう蝕や酸蝕症のほか、歯周炎や口内炎、口腔乾燥症、義歯性潰瘍などがみられ、いずれも対症療法だけでなく、原因から治療することが重要です。



エビデンスレベル I

回答者

柿木保明



### 口腔疾患の原因

●口腔ケアを必要とする要介護高齢者や障害者では、ADLや全身状態のほか、服用薬剤の影響で、様々な口腔疾患がみられます<sup>1,2)</sup>。

#### a) 歯の疾患

●咬耗、磨耗、歯頸部のくさび状欠損、歯の着色のほか、う蝕や酸蝕症などがみられます (図1)。

##### ①咬耗・磨耗

・咬耗は、咬合による歯の磨滅で、歯ぎしりや食いしばりが強い患者さんでみられ、磨耗は、咬合以外の摩擦要因による歯の磨滅をいいます。咬耗が進むと、神経にまで症状が及ぶことがあります。

##### ②酸蝕症

・酸蝕症は、酸による硬組織の脱灰ですが、薬剤や、寝たきりによる胃内容物の逆流などでも生じることがあります。特に、咬耗がある部位では進行しやすいので、注意します。

##### ③う蝕

・唾液が少なく、自浄作用が低下した場合や、食後の口腔清掃が不十分であると生じやすく、また、歯科治療が十分に行われていない患者さんでは、残根状態の歯も観察されます。根面う蝕は、高齢者でよく観察され、歯肉退縮に伴って、露出した根面に多くみられます。

##### ④その他

・歯髄炎は、歯髄組織の炎症ですが、その多くは、う蝕に継続して発症します。温熱による痛みや、自発痛が生じます。そのほか、稀に、歯の破折や脱臼がみられます。

#### b) 歯周組織

##### ①歯周炎

・口腔ケアを必要とする高齢者では、歯周組織の炎症も

よくみられます。歯垢や歯石の沈着により、炎症が進行すると、歯肉出血や歯の動揺、排膿などの症状がみられるようになります。

##### ②歯槽膿瘍

・残根状態などで、根管からの炎症が歯周組織に波及すると、歯槽部が腫脹して膿瘍の貯留がみられるようになり、切開と消炎治療が必要です。

##### ③根尖部の炎症

・根尖部の組織に炎症が波及すると、咬合痛や動揺などが生じます。

#### c) 口腔粘膜

●口腔粘膜には、口内炎や潰瘍、カンジダ症などの疾患がみられますので、歯磨きや食事などで粘膜に傷がつかないように配慮します。

●義歯性潰瘍や、歯による外傷がみられることもあり、稀に悪性腫瘍もみられるので、急激な変化の場合は、早めに歯科医師の診察を受けます。

#### d) 顎関節

●顎関節症で、顎関節に疼痛や雑音、開口障害などがみられることもあり、稀に顎関節脱臼がみられます。

●寝たきりで開口状態が続くと、閉口筋の力が弱まり、脱臼しやすくなるので、注意が必要です。

#### e) 口腔乾燥

●服用薬剤の長期連用による薬剤性口腔乾燥は、高齢者でよくみられます (図2~4)。また、口呼吸や食事制限があると、口腔周囲や舌の機能低下により、口腔乾燥が進行します。

#### f) 舌

●貧血や血液疾患などで舌乳頭が萎縮すると、平滑舌が生じ、溝状舌では辛いものがしめたり痛みが生じやすいです。口腔乾燥や亜鉛欠乏などでも、味覚障害が観察されることがあります。

Q74

口腔に症状の現れる疾患と口腔ケア、口腔がん患者の口腔ケアについて教えてください。また、術前と術後における口腔ケアの違いはありますか？

A74

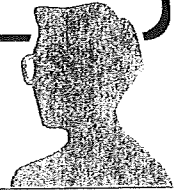
口腔には、局所の原因に由来する疾患と、全身状態に起因する疾患がありますので、これらの原因と関連性を理解して口腔ケアを行うことが必要です。口腔がんの術前、術後では、誤嚥性肺炎や、術後の治癒やリハビリを考慮した口腔ケアを行います。



エビデンスレベルⅡ

回答者

柿木保明



### 1. 口腔に症状の現れる疾患

- 口腔内に症状がみられる疾患としては、全身性疾患のほか、服用薬剤に関連した疾患、全身性疾患の一部としてみられる疾患などがあります<sup>1)</sup>。
- a) 全身性疾患
- 糖尿病では、口腔症状として、歯周病がよくみられます。また、創傷治癒不全がありますので、歯や歯肉の清掃を十分に行い、う蝕や歯周炎の進行の予防に努めます。
- また、糖尿病がコントロールされていない状態では、唾液分泌低下がみられ、口腔乾燥傾向が生じやすいことが知られていますが、治療により血糖値がコントロールされると、口腔乾燥はほとんど生じなくなります。
- 副腎機能低下の患者さんでは、易感染や治癒遅延などがみられるので、口内炎や歯周炎の状態に気をつけます。
- ステロイドを長期投与されている患者さんでは、口腔カンジダ症が発症しやすいので、注意します。
- 甲状腺機能亢進症では、歯周炎の進行が進みやすいため、歯肉マッサージや口腔ケアを十分に行います。
- 鉄欠乏性貧血では、口腔粘膜の感覚異常や、舌乳頭萎縮で平滑舌がみられるようになります。
- 平滑舌の患者さんでは、粘膜が弱いので、力をかけすぎない口腔ケアが重要です。
- 慢性腎不全では、出血傾向がみられやすく、口腔内で口腔潰瘍が形成されやすく、カンジダ症も生じやすくなります。
- 慢性的な胃腸障害では、口腔粘膜の再生力が低下して、傷つきやすくなっているため、注意しましょう。
- 腎移植患者では、免疫抑制薬の影響で、カンジダ症や易感染状態にあります。自浄作用をよくするように、また、口腔乾燥や唾液分泌低下にならないように、保湿ケアを行います。

### b) 感染症

- 結核や肝炎、性病などの感染症では、唾液や血液からの感染に注意が必要です。口腔内の潰瘍や炎症、歯周炎などで、唾液に血液が混在している場合が多いので、口腔ケア時には、手袋を常用することが望ましいです。必要があれば、殺菌作用のある薬剤の使用も有用です。

### c) 呼吸器疾患

- 呼吸器疾患では、呼吸不全などで口呼吸になりやすく、口腔乾燥を生じていることが多いので(図1)、口呼吸でも唾液が蒸発しにくくなるように、ゲル状の保湿剤を用いた口腔ケアも有効です<sup>2)</sup>。
- また、服用薬剤も、唾液分泌低下をきたす薬剤が多く、口腔粘膜の保湿に気をつけます。
- 喘息患者では、地図状舌やカンジダ症がみられることが多いので、舌ケアなどで傷がつかないようにします。

### d) 循環器疾患

- 循環器疾患では、口腔ケア時に、痛みやストレスを与えないようにしましょう。また、服用薬剤の作用で、出血しやすくなっていることがあるので、注意します。
- 心疾患などの術後では、細菌性心内膜炎の発症を予防するために、強い歯磨きなど菌血症を生じる可能性のあるケアに注意します。
- うっ血性心不全では、肺への体液貯留を軽減するために、口腔ケアはできるだけ坐位で行います。
- 狭心症や高血圧の治療薬であるカルシウム拮抗薬ニフェジピンとその誘導体の長期連用は、ヒダントインなどと同じように歯肉増殖をもたらすことがあるので、丁寧な清掃が必要です。

### e) 粘膜疾患

- 皮膚疾患や粘膜疾患では、その部分症として、口腔内に症状がみられることがあります。扁平苔癬などでは、頬粘膜などにレース状の粘膜斑がみられ、痛みや潰瘍を伴うこと

がありますので、刺激の強い薬品などは避けましょう。

f) 血液疾患

- 白血病などの血液疾患では、出血傾向や免疫低下がみられます。
- 歯周炎などの炎症が生じると、易出血状態になるので、予防としての口腔ケアが大切です。出血するからといって口腔ケアを中止すると、さらに出血しやすくなるので、丁寧な口腔ケアを心がけます。

2. 口腔がん患者の口腔ケア

a) 口腔がんの術前

- 舌がんなどの口腔がんでは、症状の部位と程度により異なりますが、軽度の場合は、通常の口腔ケアで十分の場合が多いようです。特に、易出血などの症状がなければ、歯磨きや口腔ケアは通常どおりに行います<sup>9)</sup>。
- 肺炎発症の予防のために、術前に、歯石除去など専門的な処置が有効な症例が多いので、歯科医師による診察を依頼

し、必要があれば、十分な口腔ケアとともに口腔内の感染源を解消することが大切です。

- 重度の口腔がんでは、潰瘍面からの易出血状態になっている場合があります。このような場合は、主治医の指示により、口腔ケアを積極的に行う部位と、そうでない部位を確認して、行います。

b) 口腔がんの術後

- 口腔がんの術後では、手術による麻痺が残っていたり、経管栄養の状態になっていることが多く、摂食嚥下障害や清掃困難状態のために、不潔になりやすくなっています。したがって、口腔ケアについても、摂食嚥下リハビリテーションを考慮した方法を選択します(図2)。
- 術直後の、食事ができない状態であっても、粘膜ケアや定期的な口腔ケアを行うことが必要です。術後、経管栄養から経口摂取への移行期間は、粘性の唾液などを除去するようにケアします。粘膜や舌は、効果的な刺激が伝わるように、丁寧な口腔ケアが重要となります。

表1 全身疾患の口腔症状と口腔ケアへの影響

主な疾患	注意すべき影響、口腔症状
リウマチ熱, リウマチ性心疾患 人工心臓弁, 先天性心疾患	菌血症, 細菌性心内膜炎の可能性
抗凝血薬の投与, 冠状動脈粥状硬化性心疾患 狭心症, 心筋梗塞 高血圧性疾患	出血の延長 ストレスや不安による増悪
嘔気や嘔吐	薬剤の副作用
うっ血性心疾患	出血所見, 坐位が良い
慢性呼吸器疾患	呼吸機能の低下
気管支喘息, アレルギー疾患	薬剤等によるアレルギー
感染症(結核, 肝炎など)	感染の危険性
腎不全, 血液透析	出血傾向, 潰瘍, 菌血症
腎移植	口腔感染しやすい
糖尿病	創傷治癒不全, 口腔乾燥
副腎機能低下	易感染, 治癒遅延, 高血圧症
ステロイド剤の連用	カンジダ症, 創傷治癒不全 ストレス耐性の低下, 易感染
甲状腺機能亢進	歯周病が進行しやすい
上皮小体機能亢進症	歯の動揺, 褐色腫
血液疾患	易出血, 出血の延長
鉄欠乏性貧血	感覚異常, 舌乳頭の消失

# 唾液, 唾液腺の異常にかかわる疾患

柿木保明<sup>1)</sup>

**(SUMMARY)** 唾液は, 口腔の機能や環境を正常に保つうえで極めて重要であるが, 正常な状態では認識されていないことが多い。しかし唾液分泌低下や嚥下障害が生じると, 唾液の存在が理解されることとなる。唾液分泌は, 様々な因子から影響を受けているが, 特に近年は, 薬剤やストレスと関連した唾液分泌低下や口腔乾燥症が多くみられることから, 単に老化が原因と決めることは避けたい。さらに寝たきりに伴う口腔乾燥や全身疾患の一症状として発現する場合は注意を要する。唾液や唾液腺の異常については, これらの複合した因子を考慮して対応することが必要となる。〔臨床検査 53:785-791, 2009〕

**(KEYWORDS)** 唾液, 唾液腺, 口腔乾燥症

## はじめに

唾液は, これまでは, 加齢に伴って分泌量が減少すると考えられてきたが, 近年では, 非刺激唾液や全唾液量への老化による有意な違いはないとする報告が多く, 加齢による唾液分泌量の減少は少ないと考えられる<sup>1-3)</sup>。

唾液分泌は, 様々な因子から影響を受けている。特に, 近年は, 薬剤やストレスと関連した唾液分泌低下や口腔乾燥症が多くみられる。これらの患者に対する治療やケアは, 症状発現のメカニズムを理解したうえで, 行うことが必要となる。

本稿では, 臨床の現場でよくみられる唾液および唾液腺に関連する疾患について述べたい。

## 唾液分泌と主な成分

唾液は, 三大唾液腺(耳下腺, 顎下腺, 舌下腺)と小唾液腺(口蓋腺, 口唇腺など)から分泌され, 分泌量は, およそ1.0 l/日とされている。健康成人の平均的唾液分泌量は, 1日当たり1.0~1.5 lといわれているが, 唾液分泌量は刺激される神経や細胞の種類, 刺激の強さ, その組み合わせによっても著しく変化するので個人差が大きく, 季節変動や性別などでも変動がみられる。

成分としては, 水分が99.5%で, 残りが無機質を主とする固形分である。性状としては, 耳下腺は漿液性, 舌下腺は粘液性, 顎下腺は混合型で, 顎下腺からの分泌量が最も多い。唾液は抗菌性物質や保湿成分, 免疫成分などを含み, 消化作用や粘膜保護作用, 口腔機能に不可欠である<sup>1)</sup>。

口腔機能が正常な機能を発揮するには, 唾液が不可欠である。分泌された唾液は, 食事以外でも常に嚥下されており, これを空嚥下(dry swallowing)という。唾液分泌が低下すると, 咀嚼障害, 嚥下障害, 味覚異常, 言語機能障害などがみられるようになり, 空嚥下の頻度が極端に低くなる。空嚥下は, 嚥下機能の維持に有用であり, 健康者では, 日中と夜間にも空嚥下を繰り返しているが, 高齢者などで, 空嚥下の回数が減少すると, 食事前に行うべき嚥下の準備体操ができなくなる。このままで, 食事を経口摂取すると, 誤嚥が生じやすくなり, 嚥下性肺炎の危険性とも関連すると思われる<sup>4)</sup>。

1) KAKINOKI Yasuaki 九州歯科大学摂食機能リハビリテーション学分野・教授

表1 唾液に関連した口腔疾患

1. 唾液分泌量の変化
2. 口腔乾燥症
3. 唾石症
4. 閉塞性唾液腺疾患
5. 唾液腺の炎症
6. 流行性唾液腺炎
7. シェーグレン症候群
8. 唾液腺の腫瘍
9. 唾液分泌低下に関連した疾患

表2 唾液分泌低下

1. 口腔粘膜からの感覚刺激の低下
2. 味覚刺激の低下
3. 咀嚼機能や口腔機能の低下
4. 薬剤による分泌低下
5. 全身疾患(糖尿病など)
6. シェーグレン症候群などの膠原病
7. ストレス
8. 口腔領域の廃用症候群
9. その他

唾液の分泌様式は、明らかな刺激がなくても分泌される安静時唾液と、食事など明らかな刺激によって分泌される刺激唾液とに分けられる。唾液の成分は、ほとんどが水分であるが、消化酵素、ヒスタチンなどの抗菌物質、成長因子、サイトカイン類など様々な生理活性物質を含んでいる<sup>5)</sup>。



## 唾液関連の口腔疾患

唾液に関連した口腔疾患では、近年、口腔乾燥症をはじめとして様々な疾患がある。唾液分泌の減少と過多は生理的現象としてもみられるが、全身状態や口腔症状、服用薬剤などによる影響も多くみられるようになった。さらに、唾液腺の疾患もみられる(表1)。

唾液腺疾患は、一般に感染による反応や免疫反応およびホルモンの変化が主で、似たような臨床所見がみられるので注意する。そのため、理学検査の所見だけで診断を下すのは適切ではない場合もあるが、臨床症状や現病歴で判断できる場合も多い。一般に、唾石の診断にはX線撮影が必要であるが、導管部や開口部に近い症例では臨床所見のみで確認できる。免疫疾患の診断には、生検や唾液腺造影検査、唾液流出量のほかに、広範な生化学的、血液学的検査が要求され、検査内容にはかなりの幅がある。



## 唾液分泌量の変化

唾液は、これまでは、加齢に伴って分泌量が減少すると考えられてきたが、近年では、非刺激唾液や全唾液量への老化による有意な違いはないとする報告が多く、加齢による唾液分泌量の減少は

少ないと考えられる<sup>1)</sup>。

唾液腺はポンプ作用を有していないため、分泌は、咀嚼などの物理的的刺激や、味覚などによる刺激時に行われる。したがって、咀嚼機能の障害や口呼吸などで、物理的的刺激がなくなったり、経管栄養などで味覚刺激がなくなると、唾液腺に対する刺激が減少することになる。

唾液腺の分泌様式は、安静時唾液と食事などの刺激によって分泌される刺激唾液とに分けられる。唾液腺からの唾液分泌は、交感神経および副交感神経により調節されている。延髄の上下唾液核を起始核として耳神経節および顎下神経節を介して、副交感神経系の唾液腺支配があり、漿液性唾液分泌を促進する。一方、胸髄側核を起始核として上頸神経節を介する交感神経系の支配により粘性の唾液分泌が促進される<sup>6)</sup>。

交感神経と副交感神経は、導管や血管に沿って走行し、腺房部細胞および血管に投射する。どちらの神経が刺激されても唾液分泌量は増える。副交感神経刺激では、有機分が少なく水分が多い唾液が分泌され、交感神経刺激では有機分が多く粘稠性の唾液が分泌される。味覚刺激や口腔粘膜の触圧刺激などにより唾液が分泌され、また歯根膜や口腔粘膜などからの感覚情報も反射的な唾液分泌に影響を与える。条件反射としての唾液分泌は、食べ物を見たりにおいを嗅いだりしただけでも唾液が分泌される場合で、これはパブロフが犬で行った実験として有名である。逆にストレスなどで常に緊張していると唾液が出にくくなる<sup>6)</sup>。

唾液分泌低下は口腔内への感覚刺激や味覚刺激の低下、口腔機能の低下などで生じ、最近では薬剤やストレスの影響で唾液分泌が減少している症例が多くみられる。食いしぼりがある患者では舌

表3 唾液分泌過多

1. 咽頭や口腔部の炎症や腫瘍
2. 義歯による刺激
3. 脳性麻痺などの脳障害, パーキンソン病, 筋緊張異常
4. ヒステリー, 自律神経障害
5. バセドウ病や糖尿病などの全身疾患
6. 胃炎, 膵臓炎
7. 薬物中毒(水銀・鉛など)

の緊張も強くなり、唾液が舌粘膜上を流れにくくなることで、乾燥感を強く訴える場合もある。義歯不適合の場合も同様で、十分に咀嚼できないために唾液分泌が低下していることもある。また、シェーグレン症候群などの疾患や糖尿病など全身疾患の一症状としてみられることもある(表2)。

一方、唾液分泌過多は臨床的には極めて稀で、その多くは仮性の唾液分泌過多の場合が多い(表3, 4)。唾液の分泌が多くなる場合には、咽頭部や口腔内の炎症や腫瘍などによる場合や、義歯で分泌が刺激されることもある。また、脳性麻痺などの脳障害やパーキンソニズム, 筋緊張異常などでも生じ、そのほか、ヒステリーや自律神経障害, 胃炎や膵臓炎, バセドウ病や糖尿病などでも生じることがある。水銀や鉛などの薬剤中毒でも生じることがあるので、生活環境で摂取している可能性があれば注意する。

仮性の唾液分泌過多は流涎の場合が多く、咽頭や食道疾患による嚥下障害や、顔面神経や舌咽神経の麻痺でも生じる。さらに開口状態や口唇閉鎖が困難な症例では流涎がみられやすく、唾液分泌過多と理解されやすい。また、粘性の高い唾液で唾液が泡になる場合にも、唾液分泌が多いと感じて、唾液を吐き出す行為につながることもある。このような場合には、むしろ唾液分泌量が多くなって唾液の粘性が低くなると嚥下しやすくなり、改善することが多い。

## 口腔乾燥症

口腔乾燥症は、口腔粘膜や口腔内の乾燥というイメージが強いために、わずかでも唾液が存在すると口腔乾燥ではないと判断されやすい。また、自覚症状があるにもかかわらず、唾液量の検査な

表4 仮性唾液分泌過多(流涎症)

1. 咽頭や食道疾患による嚥下障害
2. 顔面神経麻痺・舌咽神経麻痺
3. 下顎運動障害
4. 粘性の高い唾液の泡

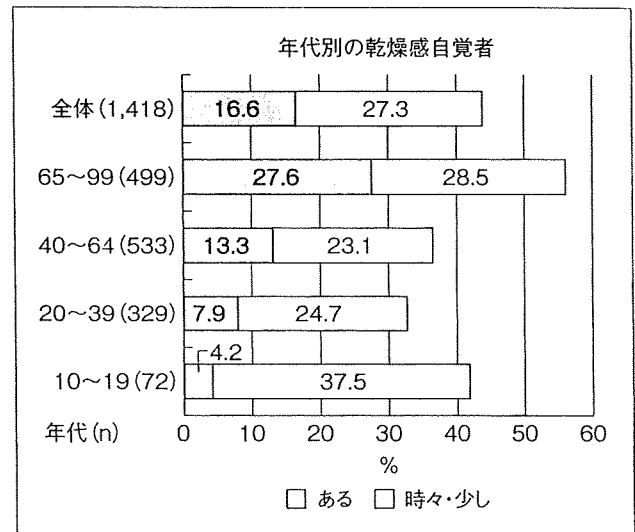


図1 年代別の口腔乾燥感

どで正常範囲と判断されることも多い。これらの多くは、唾液分泌量の低下と口腔乾燥を混同していることによるとと思われる。唾液量が多くても口呼吸や口腔機能低下などがあると、口蓋や舌などの粘膜乾燥がみられる場合がある。一方、唾液量が少なくても、飲水や保湿が十分であると、口腔粘膜の乾燥をある程度防止することができる。したがって、口腔乾燥症は口腔粘膜の乾燥症状として捉えると、口腔乾燥症を理解することが容易になる。

近年、加齢による唾液分泌低下については、全唾液量への老化による有意な違いは確認されないとする報告が多いことは前述したが、その中でも、抗うつ剤や睡眠薬, 安定剤, 降圧剤, 抗コリン製剤などによる薬剤性口腔乾燥症が増加している<sup>1)</sup>。

口腔乾燥は、口腔組織の乾燥によって特徴づけられる臨床症状であり、唾液分泌が正常範囲であっても口呼吸などで引き起こされる。口腔乾燥の自覚症状は、唾液の粘性などの物性や生活習慣, 全身症状などとも関連していることもある。2001年度に行った調査では、高齢者の3人に1

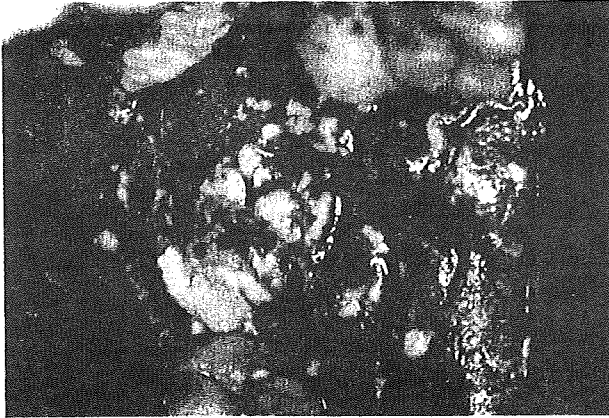


図2 粘性亢進した唾液による食物残渣の附着

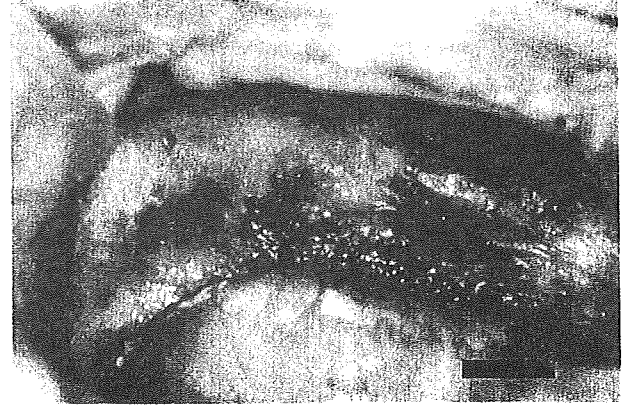


図3 粘膜の乾燥剥離上皮

口蓋の粘膜上皮が乾燥のために剝がれて粘着性の剝離上皮になっている。舌粘膜と接着しているために、発音ができない。

表5 臨床の現場で利用される新たな唾液検査

1. 問診・自覚症状
2. 臨床診断基準による分類
3. 唾液湿潤度検査紙(キシウエット)
4. 口腔水分計
5. 唾液物性検査(曳糸性検査)
6. 通常の唾液検査(ガム法, サクソン法, 吐唾法など)

人が口腔乾燥感を自覚しており、軽度を含めると半数以上にみられた<sup>4)</sup>(図1)。

口腔乾燥の原因としては、薬剤の副作用によるものも多い。寝たきり患者など飲水行動が自由にできない高齢者では、摂取する水分量が低下することで、口腔乾燥感を訴えることになる。口呼吸がある高齢者では、唾液分泌量は正常であるにもかかわらず、口腔乾燥を訴えやすい。咀嚼障害など口腔機能が低下すると唾液腺に対する物理的的刺激が低下し、唾液分泌量が減少して口腔乾燥感が増す。そのほか、口腔乾燥感は、唾液分泌量だけでなく、ネバネバ感などの唾液物性や口腔粘膜の状態とも大きく関連し、重度の乾燥では口腔粘膜の剝離上皮膜がみられるようになる(図2, 3)。

唾液分泌量の検査は、一般にガム法やサクソン法といった刺激唾液量の検査が行われる。これは、シェーグレン症候群といった唾液腺そのものの機能低下がみられる疾患では重要な検査である。しかしながら、要介護高齢者や障害者、寝たきり患者などでは、安静時唾液検査である吐唾法などといった従来の検査そのものが実施できないことから、最近では、口腔内の唾液分布から口腔乾燥症の判断を行う手法なども開発されてきた(表5, 6)。

表6 口腔乾燥の臨床診断基準

度数	所見
0度(正常)	口腔乾燥や唾液の粘性亢進はない。
1度(軽度)	唾液が粘性亢進、やや唾液が少ない。唾液が糸を引く。
2度(中程度)	唾液が極めて少ない。細かい泡がみられる。
3度(重度)	唾液が舌粘膜上にみられない。

細かい泡=おおよそ1mm以下の泡あるいは白くみえる泡  
粘性亢進は、糸引き状態で判定する。1~2mm以上の泡の場合は1度と判定する。

## 唾石症

唾石症は、唾液腺の腺体または導管中に石灰化物の形成が生じたものである。無症状の場合もあるが、臨床症状としては、唾液腺あるいは導管部の疼痛と腫脹で、特に食事時の疼痛が強い場合が多く、これを唾仙痛と呼ぶ。これに感染が生じると排膿がみられるようになる。

顎下腺の唾石症は、臨床的に耳下腺や舌下腺よりも多くみられる。石灰化物は、一般に円形か卵形であり、大きさは、砂粒のように小さいものから2~3cmの大きさのものまである。大部分の症例では唾石は1つであるが、2つ以上の場合もある。

唾石症の治療は、同時感染の有無や腺の状態、唾石のある場所によって異なってくる。もし唾液腺の機能が著しく減少していなければ、唾石を除去し、抗生物質で治療する。

## 閉塞性唾液腺疾患

粘液栓(mucus plugs)は、唾液腺管内に生じる非石灰化物で、閉塞が強く唾液分泌を障害するようになると、唾石と同じような症状が出てくる。粘液栓は、しばしば腺管の拡張、腺のマッサージと唾液の流出刺激法によって治療される。そのほか、大唾液腺の開口部や腺管そのものの中に歯ブラシの毛や魚の骨、食物の一部などの異物がみられることもある。

唾液腺が異物などで閉塞すると感染が生じやすくなる。開口部から逆行性に細菌感染が生じることで閉塞性唾液腺炎になる。治療は、粘液栓や異物の除去とともに抗生物質による治療を行う。

粘液嚢胞は、大・小唾液腺に生じる液体の詰まった腫脹を特徴とした種々の状態をいう。粘液嚢胞の大部分は下唇の小唾液腺に生じるが、おそらく外傷の起きやすい場所のためであろうと考えられる。治療は、一般に、原因となっている小唾液腺の腺体ごと摘出するが多い。

ガマ腫とは顎下腺や舌下腺の腺管の閉鎖を伴い口腔底に起きた腫脹につけられた名称である。通常は、一側性であり大きさにもよるが口腔の機能を障害することもある。ガマ腫は軟らかく波動を触れ、通常、黒ずんだ青色をおびている。治療は、外科的に摘出するか造袋術が行われるが、腺全体が摘出されていない場合は、再発するが多い。

## 唾液腺の炎症

唾液腺の炎症は、流出障害に伴う逆行性の細菌感染による場合などが多く、前述した唾石症や粘液腺、異物などにより生じることも多い(表7)。

小児の耳下腺で発熱や疼痛を伴って腫脹がみられる場合には、流行性耳下腺炎や反復性耳下腺炎を疑う。前者は流行性の有無とペア血清から、後者は耳下腺開口部からの膿汁排泄と反復する症状から鑑別する<sup>7)</sup>。

反復性耳下腺炎は抗菌薬の投与で軽快し、口腔内清潔と唾液分泌促進効果のある食品摂取など、日常生活の改善を心がける。

表7 主な唾液腺の炎症

1. 細菌性唾液腺炎
2. 唾石症
3. 慢性硬化性唾液腺炎
4. ウイルス性唾液腺炎
5. 流行性耳下腺炎
6. 特異性炎
7. シェーグレン症候群
8. ミクリッツ病

顎下腺の腫脹と炎症は、唾石症で多くみられ、これに感染が生じると疼痛や排膿がみられるようになる。

慢性硬化性唾液腺炎は顎下腺に好発し、硬く触れる腫瘤を形成する炎症性病変で、顕微鏡的には、高度のリンパ球と形質細胞の浸潤および線維化からなる。

ウイルス性疾患としては、学童期の小児に好発するムンプスウイルスが原因の流行性耳下腺炎が知られている。そのほか、胎生期の唾液腺に感染するサイトメガロウイルスによる巨細胞封入体症があるが発症は稀である。

また、顎放線菌症；結核、梅毒、サルコイドーシスなどの感染によって、生体側が組織反応によってそれぞれに特有の結節状の肉芽腫性変化を生じる特異性炎も稀にみられる。

全身性の免疫異常が原因でみられるシェーグレン症候群は自己免疫疾患とされており、耳下腺の腫脹と口の乾き、涙腺の分泌異常によるドライアイを主な症状とする。ミクリッツ病は、左右の耳下腺、顎下腺、舌下腺と涙腺が無痛的に対称的に腫脹を繰り返す疾患のうち、原因不明のものをミクリッツ病、白血病や悪性リンパ腫、結核、サルコイドーシスなど原因の明らかなものをミクリッツ症候群と呼ぶ。

## 流行性耳下腺炎

流行性耳下腺炎は、一般におたふく風邪と呼ばれている疾患である。ムンプスウイルスによる感染で生じ、最初は唾液腺を侵すが、生殖腺や中枢神経系も侵す。流行性耳下腺炎の50%は5~9歳に、90%は14歳以下にみられる<sup>8)</sup>。症状が現れるまでの期間は約2~3週間で、感染力が比較的



弱いため、感染しても症状がでない場合もあり、これを不顕性感染と呼び、感染者の約2~3割にみられる。

ワクチン利用が普及して以来、流行性耳下腺炎の罹患数は劇的に減少したが、予防接種で疾患が絶滅したわけではない。

流行性耳下腺炎の主な臨床症状は、唾液腺管からの化膿性の排出物なしに、突然唾液腺の腫脹が始まることで、それに伴って軽い発熱や不快感、食欲減退などの全身症状が発現する。罹患する症例の大部分は耳下腺で、両側の耳下腺が同時に罹患することもあるが、普通は一側が腫脹し、24~48時間後に反対側の腫脹が起こる。顎下腺も腫脹することがあるが、耳下腺より顕著ではなく、痛みも少ない。

大部分の流行性耳下腺炎は、1週間以内に唾液腺の腫脹が消滅する定型的である。頻発する流行性耳下腺炎の併発症として、多くの場合、軽度であるが脳膜炎と脳炎がある。思春期後の男性においては、睾丸炎と副睾丸炎が起こることがある。難聴、心筋炎、甲状腺炎、睪炎や卵巣炎も起こることが報告されている。診断は、小児においては容易であるが、非化膿性耳下腺炎に罹患した成人では、診断はより複雑である。治療は一般的に保存療法がとられる。

## シェーグレン症候群

シェーグレン症候群は、唾液腺や涙腺などの外分泌線の障害を中心とした原因不明の自己免疫疾患で、30~60歳の女性に好発する。症状は、口腔乾燥症とドライアイ(目の乾燥感や異物感)が特徴的であるが、そのほかにも末梢神経症や間質性肺炎、自己免疫性肝炎、慢性睪炎、萎縮性胃炎などのほか、多発性関節炎や血液異常など多彩な全身症状もみられる<sup>9)</sup>。

病理的には外分泌線のリンパ球を主体とした細胞浸潤がみられる。本症は、一次性のもの、関節リウマチ、強皮症、全身性エリテマトーデスなどのほかの自己免疫疾患に合併する二次性のものがある。一部のものでは悪性リンパ腫などの造血系腫瘍を併発するためにリンパ性病変も考えられている。

治療は、口腔乾燥や涙腺異常などに対する分泌改善薬による治療のほか、漢方薬による治療も行われる。対症療法としては、口腔保湿剤の利用や人工唾液などが用いられる。

## 唾液腺腫瘍

唾液腺の腫瘍の発生部位は耳下腺が最も多く、次いで顎下腺、舌下腺、小唾液腺がみられるが、その頻度は低いとされ、そのほとんどは両性腫瘍で全唾液腺腫瘍の55~70%は多形腺腫である。年代的にはあらゆる年代に出現するが30歳代の女性に多くみられる。次いでみられる良性腫瘍は、ワルチン腫瘍で40歳以上の男性で特に喫煙者に多くみられる。悪性腫瘍は、腺房細胞癌、粘表皮癌、腺様嚢胞癌、腺癌、唾液導管癌などがある<sup>7)</sup>。

そのほか、小児期から存在する腫瘍や血管腫、リンパ管腫は経過観察とするか切除するかは症例によって異なる。

## 唾液分泌低下に関連した疾患

唾液は、口腔の機能や環境を正常に保つうえで極めて重要で、この唾液が減少したり、口腔粘膜が乾燥すると様々な症状がみられる。日常の臨床で、口腔乾燥や唾液分泌低下と関連してみられる症状は、自覚症状のほかに機能障害や他覚的所見も多いので、口腔内観察とともに関連因子に関する問診も重要となる。

口腔乾燥症状だけでなく、根面齲蝕やカンジダ症、舌痛症、口内炎、口腔潰瘍、義歯不適合や義歯性潰瘍、味覚異常、平滑舌などが多くみられるようになる。また、寝たきり患者では、剝離上皮膜などもみられるようになり、誤嚥性肺炎の予防の観点からも治療と保湿を中心とした口腔ケアが必要となる。

## おわりに

歯科口腔領域の疾患や症状で、唾液分泌低下が疑われる場合には、機能低下による口腔乾燥や薬剤性の唾液分泌低下、唾液腺疾患などを考慮した

対応が必要となる。特に高齢者では、食欲不振や嚥下障害などに発展する場合もあるので、日常の口腔観察が重要となろう。

文 献

- 1) 柿木保明：口腔乾燥症の診断・評価と臨床対応—唾液分泌低下症候群として考える—。歯界展望 95：321-332, 2000
- 2) 安細敏弘, 柿木保明編著：今日からはじめる！口腔乾燥症の臨床, 医歯薬, 2008
- 3) 斉藤一郎監修：ドライマウスの臨床, 医歯薬, 2007
- 4) 柿木保明：口腔乾燥症と唾液分泌低下症候群—診断と治療フローチャート—。歯界展望 103：39-46,

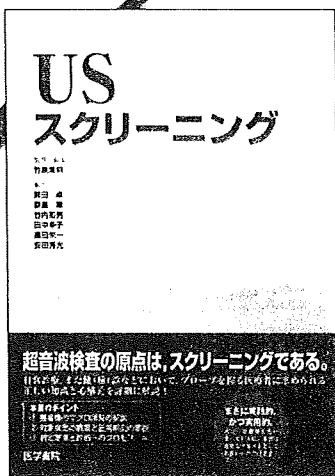
2004

- 5) 川口充：唾液腺疾患と機能回復の展開。日本歯科医師会雑誌 55：15-25, 2002
- 6) 稲永清敏：生理学の立場から。唾液と口腔乾燥症(柿木保明, 西原達次編著), 医歯薬出版, 東京, pp 120-125, 2003
- 7) 吉原俊雄：唾液腺腫脹。今日の治療指針 2008, 医学書院, 東京, pp 1116-1117, 2007
- 8) 三條大助：唾液腺疾患。パーケット オーラルメディスン 口腔病の診断と処置, 医歯薬出版, 東京, pp 192-209, 1981
- 9) 高橋哲：口腔乾燥の原因/全身。唾液と口腔乾燥症(柿木保明, 西原達次編著), 医歯薬出版, 東京, pp 44-47, 2003

超音波検査の入門者からベテランまで使えるテキスト

# US スクリーニング

監修・編集 竹原靖明  
 編集 熊田 卓・桑島 章・竹内和男・田中幸子・  
 遠田栄一・安田秀光



「超音波検査」を日常診療、検診に行っている医療者に向けて、超音波検査の入門者からベテランまで使えるテキスト。本書は超音波像とマクロ像との対比の意義を打ち出し、病理についての詳細な解説に加え、各臓器別に主要な疾患の「疾患概念」も詳述。「所見の書き方」についても解説した。検査士のレベルアップに、またエコーをより理解したい研修医にとっても有用な書。

●B5 頁472 2008年 定価7,350円(本体7,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00433-6]  
 消費税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23  
 [販売部] TEL: 03-3817-5657 FAX: 03-3815-7804  
 E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替: 00170-9-96693

携帯サイトはこちら



## ■ ケーススタディ 褥瘡&amp;口腔マネジメント — ⑤

# ドライマウスに対する 口腔マネジメント

柿木 保明

## Key Points

九州歯科大学 生体機能制御学講座 摂食機能リハビリテーション学分野 教授

- ◎ 老化のみでドライマウスが生じることは、ほとんどないので、薬剤の長期連用などの原因について考慮する。
- ◎ ドライマウスの臨床症状は、安静時唾液の低下が中心であるため、刺激時唾液のみで評価しない。
- ◎ シェーグレン症候群が疑われる場合には、診断基準による評価を実施する。
- ◎ ドライマウスの改善には、漢方薬が効果的であり、唾液腺マッサージなどと併用するとよい。
- ◎ 安易な水分摂取ではなく、保湿などの対症療法および原因療法を考慮した治療法を選択する。

## はじめに

ドライマウスは、口腔の乾燥が主な症状で、唾液分泌が正常範囲であっても口呼吸などで引き起こされる。また、自覚症状は、唾液の粘性などの物性や生活習慣、全身症状などとも関連していることもあることから、患者が口腔乾燥感を訴える場合は、唾液分泌量と口腔乾燥の程度、唾液の物性、関連症状などを十分に把握することが重要といえる。

ドライマウスは、一般的に安静時の唾液の分泌量低下と関連しているが、唾液量が正常であっても、口腔や舌の機能の低下によって口腔内の唾液分布が不均一になると、口腔乾燥感を生じやすい。とくに、全身疾患による入院患者や要介護高齢者、障害者などでは、口腔の乾燥が重度化すると、発語できなくな

り、口腔乾燥の訴えが表現できなくなる。このような状態では、唾液嚥下の頻度も急激に減少するために嚥下障害を起こしやすいことから、経管栄養になることも多い。ひとたび経管栄養になると、口腔機能が低下して、さらに唾液腺への刺激も低下するため、急激に口腔乾燥が進む症例も多い。

## ドライマウスの原因

ドライマウスは、シェーグレン症候群や慢性関節リウマチなどの膠原病や糖尿病、唾液腺疾患による場合などで生じることが知られている。また、脱水やストレスも唾液分泌低下をきたしやすい。機能低下などによるものとしては、咀嚼機能の低下や神経損傷、口呼吸などがある。治療の結果として生じるもの

としては、唾液腺への放射線照射による障害、薬剤の副作用、唾液腺の外科処置などがある。

薬剤性の口腔乾燥症については、主治医の理解が得られていない場合も多いが、これは降圧薬や安定薬、睡眠薬などの服用が短期間の場合には影響がほとんどないため、これが長期間連用すると、唾液分泌低下や口腔機能低下による口腔乾燥症が生じやすくなる。したがって、これまでは何の問題もなかったから薬剤性ではないと判断するのは間違いであり、このような症例では、長期連用したために徐々に薬剤の影響が出てきたと理解すべきである。

### 薬剤服用と口腔乾燥の自覚症状

65歳以上の高齢者499人における唾液分泌低下と関連する薬剤の服用状況について調査したところ<sup>2)</sup>、薬剤非服用者は153人(30.6%)であり、1剤以上の薬剤服用者は346人(69.3%)であった。薬剤服用の有無における口腔乾燥感の発現頻度についてみると、薬剤を服用していない者では、乾燥感自覚者が68人(44.4%)、常時自覚者が29人(18.9%)であった。一方、薬剤服用者では、乾燥感自覚者が212人(61.3%)、常時自覚者が109人(31.5%)となり、いずれも非服用者と比較すると、有意( $p < 0.01$ )に高い発現頻度であった(表1)。

服用薬剤の種類による口腔乾燥感の自覚症状の発現頻度についてみると、常時自覚者(質問項目で2と回答)および乾燥感自覚者(質問項目で1あるいは2と回答)については、ほとんどの薬剤で服用なしの者に比べて、有意に発現率が高いことが認められた。軽度乾燥感のみの回答についてみると、抗パーキンソン薬とその他群で有意差がみられた。常時乾燥感では、抗ヒスタミン薬とアルコールを除くと、服用なし群に比べて有意に自覚している者の割合が高いことが認められた(表2)。

### ドライマウスの評価

一般的には、安静時唾液の分泌量としては吐唾法が用いられ、刺激時唾液量の評価にはサクソン法やガム法が採用される(表3)。これらは、シェーグレン症候群の診断基準にも採用されていることから応用されているが、要介護者や寝たきり患者では応用できない。その場合は、新たな評価法として、唾液湿潤度検査やワッテ法、臨床診断基準などが用いられる<sup>3)</sup>(表4)。唾液湿潤度は、舌粘膜の上などに測定用具を垂直に10秒保持して、湿潤した幅を計測することで評価する。一般に1mm未満は重度の口腔乾燥の場合が多い<sup>4,5)</sup>(図1)。吐唾法とも相関があることから、スクリーニング検査としても応用可能である<sup>6)</sup>。

表1 服用薬剤と口腔乾燥感

区分 (回答)	人数	乾燥感自覚者 (1および2)	常時自覚者 (2)
薬剤服用	346	212 (61.3%)	109 (31.5%)**
服用なし	153	68 (44.4%)	29 (18.9%)
合計	499	280 (56.1%)	138 (27.7%)

\*\* $p < 0.01$   $\chi^2$  test (服用なし群に比較して)

(文献2)から引用改変)

**表2** 薬剤の種類と口腔乾燥感

薬剤名(人数)	軽度(%)	常時(%)	合計(%)
抗高血圧薬(204)	24.0	25.5*+	49.5*+
抗ヒスタミン薬(25)	32.0	20.0*+	52.0
精神安定薬(146)	22.6	31.5*+	54.1*+
抗うつ薬(28)	28.6	35.7*+	64.3**
抗パーキンソン薬(24)	45.8*	25.0	70.8*+
利尿薬(63)	20.6	33.3*+	53.9*
β遮断薬(128)	33.6	37.5*+	71.1*+
アルコール(135)	21.5	12.6	34.1
その他(229)	32.3*	26.2*+	58.5*+
服用なし(757)	25.1	8.7	33.8

※重複あり \*p<0.05, \*\*p<0.01, +p<0.001  
服用なし群に比べて有意( $\chi^2$ test)

(文献2)から引用改変)

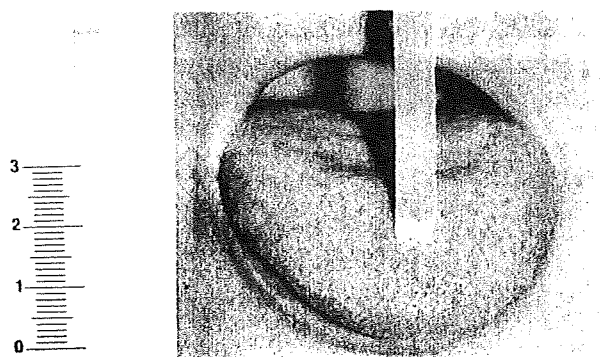
**表3** 主な唾液の検査

項目	口腔乾燥症の目安
1. 自覚症状の問診 ・口が乾く ・乾いた物が食べにくい ・べたべたする ・乾いた物が飲み込みにくい	あると回答した場合 あると回答した場合 あると回答した場合 あると回答した場合
2. 臨床診断基準による分類	3度(表4参照)
3. 唾液分泌量 ① 刺激唾液量(ガム法) (サクソン法) ② 安静時唾液量(吐唾液) ③ 安静時唾液量(ワッテ法)	10分で10ml以下 2分で2g以下 10分で1ml以下 30秒で0.1g未満
4. 湿潤度 ① 唾液湿潤度(舌上粘膜) ② 口腔水分計(舌上粘膜)	10秒で1mm未満 検査値が25未満
5. 唾液の物性 ・曳糸性測定器	正常(1~4mm)

**表4** 臨床診断基準

0度(正常)	口腔乾燥や唾液の粘性亢進はない
1度(軽度)	唾液が粘性亢進, やや唾液が少ない. 唾液が糸を引く
2度(中程度)	唾液が極めて少ない. 細かい泡がみられる
3度(重度)	唾液が舌粘膜上にみられない

(柿木, 1999)



**図1** 唾液湿潤度検査紙(KISO-WeT)  
舌粘膜上に垂直に立てて保持し、10秒間で湿潤した部分の幅を読み取る。  
(未検査の湿潤度検査紙をカバーに入れた状態)

また、唾液の物性の評価として糸引き度を測定する曳糸測定器なども開発されている。

## 臨床的対応

### 1 薬剤の副作用を除去・軽減

薬剤性口腔乾燥症や服用薬剤による唾液分泌低下が考えられる場合は、薬剤性の影響を避けるようにすべきである。降圧薬や利尿効果のある薬剤、向精神薬や抗うつ薬など抗分泌作用のある薬剤などを服用している場合は、副作用の少ない薬剤への変更や薬剤量の減量が必要である。主治医の先生には、薬剤性の口腔乾燥の可能性があることを報告して、検討をお願いするようにするとよい。しかし現実には、全身疾患との関連や主治医の治療方針などとの関連で、変更不可能な場合が多い。

### 2 唾液分泌の改善

原因薬剤を減量、中止してもすぐには効果が出ないことが多いので、唾液分泌作用のある薬剤の処方では臨床的に極めて有用である。シェーグレン症候群や放射線障害の場合には、セビメリン塩酸塩(サリグレン、エボザック)、ピロカルピン塩酸塩などの唾液分泌改善薬が有効である。しかし、これ以外の口腔乾燥で

は保険適応でないため使用できない。

唾液分泌改善薬の適応以外のドライマウスでは、漢方薬が有効である。これらの処方選択には、体質や全身状態を考慮して選択するが、処方選択には、舌の色や舌苔の状態から全身状態を把握する舌診も極めて有用である<sup>7)</sup>。

唾液分泌改善効果のある漢方薬としては、白虎加人参湯、麦門冬湯、十全大補湯、八味地黄丸、柴胡桂枝乾姜湯、五苓散などがあるが、それぞれの体質や特徴を考慮した処方が効果的である。効果がみられても中断せずに、徐々に減量していくことが臨床上効果的である<sup>7)</sup>。

### 3 口腔のリハビリテーション

口腔機能障害や義歯不適合の患者では、さらに口腔機能が低下しやすく、唾液分泌量の低下が生じやすい。経口摂取していない患者などであっても、唾液分泌を促すようなリハビリテーションや口腔機能訓練が効果的である。さらに、口腔ケアとして適度な刺激を与えたり、顎下腺や耳下腺などのマッサージ、舌体操、口腔体操などを応用する。義歯患者では、義歯咬合の安定や調整だけで唾液分泌が促され、乾燥感が軽快する場合もある。義歯を使用していない患者では、分泌促進の目的で義歯使用をすすめる。

#### 4 口腔の保湿

口腔粘膜が乾燥しやすい患者では、洗口液、絹水や洗口液オーラルウェットなどを人工唾液として応用すると乾燥の予防になる。保湿薬は多くの製品があるが、それぞれに特徴があるので、それを間違わないように使用することが大切である(表5)。すなわち、粘膜への保湿効果のあるオーラルウェットなどの液体保湿薬や蒸散防止効果のあるオーラルバランスなどを症状にあわせて使用する。

また、口呼吸がみられる場合には、口を閉じるための口腔機能リハビリテーションや義歯使用を試みる。口が閉じることができない場合には、ガーゼを用いた保湿や湿潤薬の使用を行う。口呼吸の患者では、室内環境も大きく影響するので、湿度の調整や冷暖房の効きすぎに注意する。いびきの患者についても夜間に口腔乾燥が生じやすいので、いびき治療や睡眠時の体位工夫などについて指導する。

#### 5 水分補給

急性の口腔乾燥あるいは唾液分泌低下では、水分補給が有効であるが、慢性症状となった口腔乾燥や唾液分泌低下では、水分補給による効果が少ない。細胞内外の浸透圧調節の障害により、水分補給によっても体内に水分が吸収されにくく、水分過剰摂取による尿意が夜間睡眠を障害することも多い。慢性の

口腔乾燥症患者に対する水分補給は逆効果の場合もあり、体質改善や浸透圧調節を考慮した原因療法としての治療法が必要で、その意味での漢方薬は有用である。

#### 6 生活習慣や体質の改善

症状の原因は、服用薬剤や生活習慣、生活環境、ストレス、末梢の血液循環状態、全身状態、口腔清掃状態などとも大きく関連することから、舌診などによる全身症状や体質についての判断も考慮しながら、治療や生活指導、漢方治療などを行う(表6)。

薬剤によって症状に影響がでることを理解することで、本来の疾患や症状に対する日常の対応が改善される場合が多く、原因薬剤を必要とする疾患の改善にもつながる。口腔乾燥患者では水分の過剰摂取も逆効果の場合があるので、水分摂取の状況について詳しく問診して指導を行う。

生活指導では、水分摂取だけでなく、栄養学的なバランスやライフスタイル、末梢血液循環状態、免疫学的な問題も含めて対応する。生活習慣や食事指導だけでは、治癒しにくいと判断した場合には、全身の状態にあった薬剤を使用することになるが、体質改善の目的も含めて、漢方製剤の使用で緩解してくる症例が多い。

**表5** 保湿の種類

1. 粘膜の保湿
2. 粘膜からの蒸発防止

**表6** 生活習慣や体質の改善

1. 原因薬剤の作用と副作用を理解する
2. 原因薬剤を必要とする生活習慣を改善する
3. 運動や食事、睡眠を改善する
4. 水分摂取のコントロール
5. 栄養のバランスやライフスタイルを改善する
6. 体質改善目的の漢方薬服用

## 要介護者のドライマウスに対する対応

要介護者の口腔内には、ゼリー状に付着する乾燥剥離上皮膜がみられることがある。これは、口腔粘膜が乾燥することで生じるため、継続した保湿ケアにより付着を防止することができる。唾液分泌低下により義歯不適合などがみられる場合には、粘膜の積極的な保湿を行うことで、疼痛や義歯による外傷を軽減できる<sup>8)</sup>。

口腔ケアは、唾液量や唾液嚥下の状態などに応じて、その方法を選択する。すなわち、口腔水分計や唾液湿潤度検査紙などを用いた客観的評価により、粘膜保湿が必要と判断されれば、保湿成分を含有した洗口薬やジェル製品を用いた粘膜保湿ケアを行う。口腔乾燥をそのままにして口腔ケアを実施すると、カンジダ症を発症することもあり、口腔乾燥の改善は、口腔ケアを行ううえでは重要な課題となる。

要介護高齢者などでは、唾液分泌が改善しても舌乳頭が萎縮して平滑になっていると、舌乳頭による唾液の保水ができないうえに、舌粘膜の乾燥感を訴えやすい。このような場合には、漢方薬服用や栄養改善、積極的な保湿ケアなどで舌粘膜の正常化を図ることも必要となる。

## おわりに

ドライマウスに対する口腔マネジメントは、その原因と症状を理解することが大切である。

単に、保湿薬の応用だけにとどまらず、原因に対する対応を考慮するように心がける。

とくに、コミュニケーションが取りにくい全身疾患患者や要介護高齢者、寝たきり患者では、口腔観察を十分に行い、口腔粘膜や唾液状態などの口腔環境を正常に整える口腔ケアや対応が求められる。

唾液は健康のバロメータであり、胃腸の機能や全身の水分代謝機能とも大きく関連している。また、ストレスなどとも関係していることも多く、口を潤すことは心を潤すことにもつながる。

## 文献

- 1) 柿木保明：口腔乾燥症の診断・評価と臨床対応－唾液分泌低下症としてとらえる－。歯界展望, 95(2)：321-332, 2000
- 2) 柿木保明ほか：年代別にみた口腔乾燥症状の発現頻度に関する調査研究。厚生科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「高齢者の口腔乾燥症と唾液物性に関する研究」平成13年度報告書, 19-25, 2002
- 3) 柿木保明ほか：障害者・要介護者にける口腔乾燥症の診断評価ガイドライン。日本歯科医学会誌, 27：30-34, 2008
- 4) 柿木保明：唾液湿潤度検査紙を用いた高齢障害者の口腔乾燥度評価に関する研究。障害者歯科, 25(1)：11-17, 2004
- 5) Kakinoki Y et al：Usefulness of new wetness tester for diagnosis of dry mouth in disabled patients. Gerodontology, 21(4)：229-231, 2004
- 6) 内藤浩美ほか：長期経管栄養者における口腔環境に関する検討－唾液分泌量について－。障害者歯科, 27(2)：23-27, 2006
- 7) 柿木保明ほか編：疾患と漢方。歯科医師・歯科衛生士のための舌診入門, p.190-194, ヒューロン, 東京, 2001
- 8) 柿木保明ほか編：口腔乾燥と唾液分泌低下への対応。看護で役立つ口腔乾燥と口腔ケア, p.95-103, 医歯薬出版, 東京, 2005



## 編集後記

高齢者における唾液の評価が口腔機能向上プログラム作成にどのように関連するかについて、平成19年度から3年間の総合的な研究を進めたが、高齢者の口腔乾燥症状の発現と口腔機能との間には、改めて、大きな関連があることが認められた。しかしながら、一方では、高齢になるにしたがって、口腔乾燥感を自覚しにくくなることも認められたことから、高齢者では、知的レベルや口腔機能などに依存しない客観的な評価方法が必要であると思われた。また、口腔乾燥の発現には、服用薬剤も関連していることから、今後の情報提供のあり方にも検討が必要と思われた。

高齢者における口腔乾燥の状態と口腔機能については、正しい情報の提供と、より簡便で客観的な判断基準を用いることで、これらの症状の予防や改善は可能になると考えられた。口腔乾燥は、歯科口腔疾患の悪化や増加だけでなく、咀嚼障害や嚥下機能の低下、味覚障害、意欲低下などとも関連しており、高齢者では見逃せない症状である。

今回は、唾液湿潤度検査紙や曳糸性測定器などといったこれまでにない新しい評価器具を用いることで口腔乾燥と口腔機能の関連性を明らかにすることができた。本研究事業を通して、口腔乾燥状態や唾液分泌低下度を正しく評価することで、要介護高齢者や障害者などにおける誤嚥性肺炎の予防や食機能支援に役立つことが示唆された。

介護予防として口腔機能向上サービスが導入されたが、本研究事業の成果として、唾液を指標として、口腔の機能や食機能、口腔環境をより客観的に評価できることが認められたことから、今後は、ドライマウスによる口腔機能障害や低栄養状態、嚥下機能障害の予防に関するガイドライン作成に関する研究として継続していきたいと考える。

最後になりましたが、本研究に際しまして、ご協力頂いた皆様、ご助言をいただきました皆様方に、心より御礼申し上げます。

主任研究者 柿木保明

(公立大学法人九州歯科大学 教授)

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

### 唾液を指標とした口腔機能向上プログラム作成

平成19～21年度 総合研究報告書

発行日 平成22年3月31日

発行者 主任研究者 柿木保明(九州歯科大学 教授)

〒803-8580 北九州市小倉北区真鶴2-6-1

九州歯科大学摂食機能リハビリテーション学分野

TEL(093)582-1131 FAX(093)285-3074

印刷 陽文社印刷

福岡市南区大楠2-4-10 (092)522-0081

